

**«Det er velkjent at det burde vært mer»**

En kvalitativ studie av helsepersonells opplevelse av fysisk  
aktivitet i behandling av psykoselidelser



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Master i rus- og psykisk helsearbeid**

**Masteroppgave (40 studiepoeng)**

**Student: Anja Rosseland**

**Veiledere: Kolbjørn K Brønnick (Professor)**

**Einar Furulund (Aktivitetspsykologisk rådgiver)**

**29.05.2019**

## Forord

Med denne mastergraden avsluttes en periode som har vært både lærerik og svært utfordrende. Arbeidet med masteroppgaven har vært krevende til tider, men jeg sitter igjen med mye ny kunnskap. Prosessen med å skrive selve masteroppgaven hadde vært umulig uten all den hjelp og støtte jeg har fått fra folk rundt meg.

Jeg vil først og fremst takke helsepersonellet som lot seg intervju, og som bidro med mye nyttig informasjon. Takk for at dere villig svarte på spørsmålene jeg hadde, og tok initiativ til å gi meg ny kunnskap.

Jeg vil også takke mine to veiledere Einar Furulund og Kolbjørn Brønnick for god støtte og veiledning gjennom hele prosessen. En spesiell takk til Einar som har satt av mye av sin fritid for å hjelpe meg med oppgaven.

Jeg vil også rette en takk til erfaringskonsulenten som hjalp med utformingen av min intervjuguide, og som villig delte sine erfaringer med bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

Sist men ikke minst ønsker jeg å takke min familie og spesielt min samboer, Mari, for en uendelig tålmodighet gjennom hele prosessen. Takk for all støtte og oppmuntrende ord gjennom arbeidet med oppgaven.

Anja Rosseland

Stavanger, mai 2019.

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN .....	7
1.2 FORMÅL.....	8
1.3 PROBLEMSTILLING .....	9
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>9</b>
2.1 TIDLIGERE FORSKNING .....	10
2.2 SCHIZOFRENI OG FØRSTEGANGSPSYKOSE.....	13
2.3 BEHANDLINGSFORMER .....	15
2.4 FYSISK AKTIVITET .....	16
2.5 HELSEPERSONELL.....	17
2.6 SELF-EFFICACY .....	17
2.7 PROMOTING ACTION ON RESEARCH IMPLEMENTATION IN HEALTH SERVICES (PARIHS).....	19
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>20</b>
3.1 STUDIEDESIGN .....	20
3.2 KUNNSKAPSSYN .....	21
3.3 LITTERATURSØK.....	21
3.4 INNSAMLING AV DATA .....	23
3.4.1 Utvalg .....	23
3.4.2 Utvalgsstørrelse.....	24
3.4.3 Intervju.....	25
3.4.4 Utforming av intervjuguide .....	26
3.4.5 Gjennomføring av intervjuene.....	28
3.5 TRANSKRIBERING.....	29
3.6 ANALYSE .....	31
3.7 FORFORSTÅELSE.....	34
3.8 STUDIENS VALIDITET OG RELIABILITET.....	35
3.8.1 Brukermedvirkning.....	36
3.9 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER .....	37
<b>4.0 FUNN</b> .....	<b>38</b>
4.1 OPPLEVDE EFFEKTER AV FYSISK AKTIVITET SOM BEHANDLING .....	39
4.2 OPPLEVD KOMPETANSE TIL Å UTFØRE JOBBEN .....	42
4.3 OPPLEVD INTEGRERING AV FYSISK AKTIVITET SOM EN DEL AV BEHANDLINGEN .....	46
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>52</b>
5.1 DISKUSJON AV RESULTATER .....	52
5.1.1 Opplevde effekter av fysisk aktivitet som behandling.....	52
5.1.2 Opplevd kompetanse til å utføre jobben.....	54
5.1.3 Opplevd integrering av fysisk aktivitet som en del av behandlingen .....	57
5.2 OPPSUMMERING DISKUSJON .....	63
5.2.1 Svakheter ved studien.....	63
5.2.2 Implikasjoner.....	64

5.2.3	<i>Aktuelle problemstillinger for videre forskning</i> .....	65
<b>6.0</b>	<b>AVSLUTNING</b> .....	<b>65</b>
	<b>REFERANSER</b> .....	<b>67</b>
	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>70</b>

## Sammendrag

Studien undersøker hvordan helsepersonell opplever fysisk aktivitet som en del av behandlingen til pasienter med psykoselidelser. Her inkluderes deres opplevelse av hvordan det blir tilrettelagt for at fysisk aktivitet skal bli brukt som behandling, hvordan det oppleves å jobbe med dette og hvilken effekt de opplever av fysisk aktivitet. Det teoretiske rammeverket i studien er motivasjonsteorien «Self-efficacy» og implementeringsrammeverket «Promoting Action On Research Implementation in Health Services».

Metoden som er brukt i studien har en kvalitativ tilnærming, der tematisk analyse av Braun & Clarke er benyttet. Dataene kommer frem av fire semistrukturerte intervju utført med et utvalg av helsepersonell som primært jobber med fysisk aktivitet som en del av behandlingen til pasienter med psykoselidelser. Funnene viser at det er intensive aktiviteter som krever konsentrasjon som gir best opplevd effekt. Informantene opplever at pasientene blir mer «normale» under og i etterkant av fysisk aktivitet. Kunnskapsgrunnlaget til informantene er erfaringsbasert, men de har en kompetansegruppe der de får faglig påfyll. Det er et ønske om å få mulighet til å utvikle kunnskapsgrunnlaget gjennom jobben, og det er et behov for mer øremerket personal for å kunne tilby best mulig behandling. Det som kommer frem av studien er at for å løfte fysisk aktivitet mer frem i lyset som en behandlingsmetode må det bli mer prioritert. Det må bli satt av stillinger som er øremerket fysisk aktivitet, og det må bli satt av nok penger i budsjettene for innkjøp av utstyr.

## 1.0 Innledning

Psykoselidelser er en gruppe psykisk lidelser, som kjennetegnes av negative og positive symptomer. Det er også vanlig med kognitive vansker, som problemer med oppmerksomhet, hukommelse og konsentrasjon (Helsedirektoratet, 2013, s. 129-132). Psykoselidelser og spesielt schizofreni bringer med seg mye lidelse både for personen selv og pårørende (Johannessen, 2011, s. 38). Det er vist at det er en økt selvmordsfare for personer med schizofreni, denne økte faren kan knyttes til blant annet stoffmisbruk og somatiske lidelser. Ofte har også schizofrenipasienter symptom på andre psykiatriske lidelser, som depresjon, tvangslidelser og panikkidelser (Johannessen, 2011, s. 36-37).

Schizofreni er svært dyrt for samfunnet, mye grunnet de negative symptomene. I mange tilfeller lever personene med schizofreni med denne diagnosen hele livet, noe som betyr behov for støtte til nødvendig livsopphold, sysselsetting, bolig og helsetjenester. I 2005 var de reelle kostnadene knyttet til personer med schizofrenidiagnose anslått å være på over 5 milliarder kroner per år, regnet med både direkte og indirekte kostnader (Johannessen, 2011, s. 37).

Dagens behandlingstilbud består i stor grad av antipsykotiske medisiner, noe som har vist god effekt på positive symptomer. Redusering av disse alene er derimot ikke nok til å bedre funksjonsnivået. Som sagt, så er det i stor grad de negative symptomene som fører til store kostnader for samfunnet, samt det fører til en sosial byrde for personen selv (Tarpada & Morris, 2017, s. 29). Det er behov for en supplerende behandling som også kan være med å redusere de negative og kognitive symptomene på schizofreni. Flere studier har vist at fysisk aktivitet i stor grad er med på å forebygge og behandle komorbide lidelser hos personer med schizofreni, som da også kan være med på å minske sjansen for redusert levealder. Det er i tillegg vist at fysisk aktivitet er med på å redusere de negative symptomene og kognitive problemene ved schizofreni (Firth et al., 2017; Nuechterlein et al., 2014; Schmitt et al., 2018; Wang et al., 2018). Fysisk aktivitet kan dermed være et godt supplerende behandlingstilbud til personer med psykoselidelser.

Selv om det finnes mye evidens for at fysisk aktivitet har god effekt på psykosesyntomer, og at det har blitt anerkjent som behandling og forebygging så er

det dårlige rutiner og praksis for å bruke det (Happell, Scott, Platania-Phung & Nankivell, 2012a; Stanton, Happell & Reaburn, 2015). Det er ulike forklaringer på hvorfor implementeringen av fysisk aktivitet ikke er tilstrekkelig, noen av disse er mangel på ressurser, andre daglige gjøremål som gjør at fysisk aktivitet blir nedprioritert og mangel på relevant personal (Happell et al., 2012a). Det er også mulig at fysisk aktivitet nedprioriteres på grunn av egenskaper ved denne pasientgruppen, som at de negative symptomene i seg selv er barrierer ved at de innebærer motivasjonssvikt.

Det jeg ønsker å se på i denne masteroppgaven er helsepersonell sin opplevelse av å jobbe med fysisk aktivitet som behandling, og hvordan de beskriver implementeringen. Blir det betraktet som en viktig del av behandlingen? Og hvilke effekter oppleves?

## 1.1 Bakgrunn

Det er i de senere år blitt publisert mye forskning som viser at fysisk aktivitet har god effekt på den psykiske helsen (Rønning, 2018). Det har også blitt økt oppmerksomhet på den effekten fysisk aktivitet kan ha på psykoselidelser. Ved schizofreni kan det å være i fysisk aktivitet bidra til å få «kontroll over positive symptomer, redusere negative symptomer, bedre livskvalitet, normalisere kroppsfølelsen og redusere risikoen for tilbakefall» (Gangås). Behandlingen som i dag blir gitt til personer med schizofreni er preget av medisiner, noe som er viktig for å unngå tilbakefall, men det kan og gi mange bivirkninger. Det kan se ut som om det er behov for en supplerende behandling, og her kan fysisk aktivitet være et godt bidrag. Som Bjørnstadjordet sier så er fysisk aktivitet «lett tilgjengelig, billig og enkelt for de fleste, og med minst mulig bivirkninger» (Gangås, 2011).

Selv om det etter hvert er godt dokumentert at fysisk aktivitet har positive effekter, så sier Moe at det kan ta mellom 10 og 15 år før det blir en del av behandlingen til personer med psykiske lidelser (Rønning, 2018). Der fysisk aktivitet blir brukt virker det som om de fysiske aktivitetstilbudene har lite faglig forankring, er lite målrettet og i lav grad systemisk tilrettelagt. Moe påpeker også at de færreste behandlingsstedene har dette som en prioritet i sine virksomhetsplaner og budsjett. Og de har heller ikke

personal som er blitt gitt et spesielt ansvar for å tilrettelegge for fysisk aktivitet og sørge for at det blir en del av behandlingsplanen til pasientene (Rønning, 2018).

Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser støtter og opp om bruken av fysisk aktivitet i behandling. Her har fysisk aktivitet, trening og fysioterapi fått evidensnivå 1b og gradering A. Dette er samme evidensnivå og høyere gradering enn det for eksempel kognitiv trening har, det har og samme gradering som medikamentell behandling og høyere enn psykodynamisk psykoterapi. Det blir blant annet satt fokus på viktigheten av informasjon, motivasjon og tilrettelegging, og at trening bør være en del av behandlingen (Helsedirektoratet, 2013, s. 71).

Som vi kan se er det mye som tilsier at fysisk aktivitet bør ha en større plass i en holistisk behandling ved psykoselidelser, men det virker ikke som om det har blitt fullverdig implementert i praksis. Gjennom forskning vet vi mye om pasientene sitt perspektiv og opplevelse av fysisk aktivitet, og at det virker (Firth, Cotter, Elliott, French & Yung, 2015; Firth et al., 2016), men det er få som har sett på hvordan det fungerer i praksis, og hvilken oppfatning helsepersonell har av fysisk aktivitet som en del av behandlingen (Stanton, Happell & Reaburn, 2014, s. 178). Faulkner og Biddle har gjort en undersøkelse som viser at fysisk aktivitet som er promotert av helsepersonell ofte fremstår som uplanlagt og ustrukturert, og ofte basert på helsepersonellens kunnskap, tro og erfaring (Stanton et al., 2014, s. 178).

## 1.2 Formål

Formålet med denne masteroppgaven er å eksplorere hvordan helsepersonell som jobber med personer med schizofreni og førstegangpsykose(FEP) opplever fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Helsepersonellet som undersøkes skal primært jobbe med fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Her skal det ses på hvordan fysisk aktivitet blir brukt i praksis, blant annet hvilken holdning det er til det, hvordan det er å jobbe med fysisk aktivitet, hvilke barrierer som oppleves og hvilke resultater helsepersonellet opplever av fysisk aktivitet.

Dette er interessant å se på fordi det er få som har gjort systematiske intervju av de som jobber med fysisk aktivitet i det daglige, og det er få som har utforsket helsepersonells



subjektive opplevelse av fysisk aktivitet som behandling. Det er flere grunner til at det er viktig å få helsepersonellens perspektiv på hvordan det er å jobbe med fysisk aktivitet. Det kan gi fagfeltet et innblikk i hva som skal til for et bedret behandlingstilbud, og hva fysisk aktivitet kan bidra med i livene til pasienter med schizofreni eller FEP. Det er også gjort en del forskning på hvordan pasientene opplever fysisk aktivitet som en del av behandlingen, og det vil være interessant å se om helsepersonell har den samme oppfattelsen.

### 1.3 Problemstilling

Problemstillingen til denne masteroppgaven er:

« Hvilke opplevelser har helsepersonell som jobber med pasienter med schizofreni og førstegangpsykose med bruken av fysisk aktivitet som en del av behandlingen?»

## 2.0 Teori

I denne delen vil teori som ligger som bakgrunn for oppgaven bli presentert. Først vil tidligere forskning på området bli presentert, deretter teori om psykoselidelser, så hvilke behandlingstilbud som eksisterer, hva som ligger i begrepet fysisk aktivitet og hva som defineres som helsepersonell. Deretter vil Banduras begrep «Self-efficacy»(Bandura & Estes, 1977), og implementeringsrammeverket «Promoting Action on Research Implementation in Health Service» (Rycroft-Malone, 2013) bli presentert. Disse teoriene er valgt for å være med å belyse motivasjonsfaktorer hos helsepersonell og pasienter, og for å belyse hvordan fysisk aktivitet blir implementert som en del av behandlingstilbudet. Dette kan være med å forklare hvorfor fysisk aktivitet blir brukt eller hvorfor det ikke blir benyttet i så stor grad på ulike avdelinger.

## 2.1 Tidligere forskning

Det meste av forskning som finnes om fysisk aktivitet som en del av behandlingen til personer med schizofreni og FEP er kvantitative og ut fra et pasientperspektiv, men det har blitt utført noe forskning de senere årene som har fokusert på de som jobber med denne pasientgruppen. Det vil nå bli presentert tidligere forskning om fysisk aktivitet som en del av behandlingen fra ulike perspektiv, både fra pasient og helsepersonell. Disse ble funnet ved hjelp av litteratursøk i utvalgte databaser (se under metode).

Gjennom en systematisk gjennomgang og meta-analyse utført av Firth et al. (2015, s. 1343-1361) kom det frem at moderat til hard trening gir gode resultater både for negative og positive symptomer hos personer med schizofreni, det gav også gode resultater for korttidshukommelse. Det ble vist at fysisk aktivitet ved førstegangpsykose kunne føre til bedring over lenger tid både for negative symptomer og kognitive vansker. Jo mer fysisk aktivitet man utfører ved førstegangpsykose, jo bedre resultat kan man forvente. Det ble også vist at fysisk aktivitet kan forbedre funksjonsnedsettelse, komorbide lidelser, psykiatriske symptomer og kardiometabolsk risiko (Firth et al., 2015, s. 1343-1361).

Firth et al. har sett på motivasjonsfaktorer og barrierer når det kommer til fysisk aktivitet ved alvorlige psykiske lidelser. Der fant de ut at motivasjon i forhold til fysisk helse var å få bedre generell fysisk helse, der de ønsket å komme i bedre form og få mer energi. Det å få bedre utseende og å gå ned i vekt ble sett på som viktig i noen av studiene de gikk gjennom. Når det kom til psykologiske motivasjonsfaktorer var det å få bedre mental helse, redusere stress og bedre kontroll over humør det som ble sett på som det viktigste. Bedre søvn og det å like trening ble òg sett på som viktige motivasjonsfaktorer her. Sykdom og dårlig helse var noen av de barrierene som ble rapportert når det kom til fysisk helse, men tretthet og lav energi ble sett på som viktigere motivasjonsbarrierer for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Når det kom til psykologiske barrierer var stress og depresjon det som ble rapportert oftest, mens likegyldighet overfor trening og lite motivasjon ble nevnt som barrierer for trening av noen. De så også at støtte fra profesjonelle ble sett på som en viktig motivasjonsfaktor, og fravær av dette førte til en barriere til fysisk aktivitet (Firth et al., 2016).

Både sykepleiere og fysioterapeuter står i en unik posisjon for å kunne tilby, evaluere og utvikle treningsintervensjoner til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Grunnen til deres unike posisjon er blant annet fordi det er de som har tettest kontakt med pasientene (Happell et al., 2012a; Stanton et al., 2015; Stubbs et al., 2014). Tidligere forskning viser også at selv om man har mye evidens for virkningen av fysisk aktivitet, og at det har blitt mer anerkjent som behandling og forebygging, så er rutinene og praksisen for å forskrive dette dårlig (Happell et al., 2012a; Stanton et al., 2015). Det er ulike forklaringer på hvorfor fysisk aktivitet ikke blir brukt i den grad som det er ønskelig, blant annet så er det noen sykepleiere i en studie utført av Howard & Gamble som mener at det er en uklarhet rundt rollene når det kommer til fysisk helse (Happell, Scott, Platania-Phung & Nankivell, 2012b). Denne rolleambivalensen som sykepleiere uttrykker kom blant annet av at de mente de ikke hadde kompetanse nok når det kom til den fysiske helsen, at deres kompetanse lå på det å identifisere symptomer, men også å behandle psykiske lidelser. For andre kom denne ambivalensen av ansvarsfordelingen mellom sykepleier og pasient for pasient sin fysiske helse, der de mente at det var pasient sitt egent ansvar å håndtere egen livsstil (Happell et al., 2012b).

Andre punkter som var fremtredende når det kom til implementering og bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen var at det ofte var noe som ble nedprioritert. Grunnen til at det ble nedprioritert var mangel på ressurser til å gjennomføre treningsintervensjoner, høye krav fra andre daglige gjøremål, mangel på personal og uforutsette hendelser som måtte bli tatt hånd om (Happell et al., 2012a). En tidligere studie pekte også på at bevegelse mot eller ifra bruk av fysisk aktivitet ble påvirket av brukerens helhetlige situasjon, om sykepleiere trodde at de kom til å få støtte av sin arbeidsplass, selvopplevd klinisk kompetanse og hvordan de så på koordineringen og prioriteringene til sin arbeidsplass (Happell et al., 2012b). Sykepleierne sa at prioriteringer ofte måtte bli gjort grunnet mangel på ressurser, men at mental helse alltid ble sett på som en hovedprioritet, der for eksempel medikamentell behandling ble sett på som viktig (Happell et al., 2012b).

En studie som ble gjennomført i Australia ser på hvordan barrierene for forskrivning av fysisk aktivitet strekker seg til systemnivå. Her nevner Happell blant annet hvordan dette blir påvirket av fragmenterte roller, prioritering av andre oppgaver, mangel på tid og mangelfulle ressurser (Stanton et al., 2015). Andre barrierer som var fremtredende i

denne studien var mangel på mulighet for fysisk aktivitet på døgnposter og den lave prioriteten som ble gitt til fysisk aktivitet av andre yrkesgrupper. En mindre fremtredende barriere men likevel viktig var mangel på kunnskap (Stanton et al., 2015).

Det som er gjennomgående i alle studiene er at helsepersonellet ser viktigheten av fysisk aktivitet. De ser blant annet at det er bra for den generelle fysiske helsen, og at det er biopsykososiale fordeler av fysisk aktivitet, som for eksempel sosial integrering, livskvalitet og fordeler for den mentale helsen (Stubbs et al., 2014). Det er også en enighet om at det må bli mer fokus på fysisk helse innenfor psykiatrien (Happell et al., 2012b). Disse forskningsartiklene har også sett på hva helsepersonellet mener bør gjøres for at fysisk aktivitet skal få en større plass i behandlingen. Her er det nevnt tiltak som bedre formell opplæring, opplæring innenfor utdanningene, mer kunnskap og selvtillit om trening og å ansette profesjoner som er spesialisert på fysisk aktivitet (Stanton et al., 2015).

Leutwyler, Hubbard, Jeste og Vinogradov (2013) har sett på helsepersonell sitt perspektiv på fysisk aktivitet i forhold til eldre med schizofreni. Her kom det frem at helsepersonellet spiller en viktig rolle i både tilrettelegging av fysisk aktivitet og i å hindre at fysisk aktivitet blir brukt. Helsepersonellets rolle ved tilrettelegging var å tilpasse aktivitetene til pasientene, være rollemodeller og bruke motivasjonsteknikker. Det kom også frem at helsepersonellet kunne være ødeleggende ved at de for eksempel lot pasientene være sløve istedenfor å motivere dem til aktivitet. Fysisk aktivitet var her ikke den behandlingen som ble prioritert først, dette var noe som kom etterpå når pasientene var mer stabile (Leutwyler et al., 2013).

Carlbo, Claesson & Åström har gitt ut en forskningsartikkel som omhandler sykepleiere sin erfaring ved bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen til pasienter med schizofreni. Resultatene fra deres forskning viser at det er flere faktorer som er med på å forhindre bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen; usikkerhet om fordelene med fysisk aktivitet, usikkerhet rundt evidens, for lite kunnskap om fysisk aktivitet, mangel på enighet rundt effektene av fysisk aktivitet og et fokus på mulige negative effekter ved fysisk aktivitet. Det som ble sett på som positivt i forhold til tilrettelegging for fysisk aktivitet var at sykepleierne var engasjerte selv i aktivitetene, at det ble satt av

nok tid, at opplegget var fleksibelt og tilpasset den enkelte og at motivasjon over tid var viktig (Carlbo, Claesson & Åström, 2018).

## 2.2 Schizofreni og førstegangpsykose

Psykosener regnes som en alvorlig psykisk lidelse, der fellestrekket er at den vanlige realitetsoppfatningen ikke er til stede. «Psykoseutvikling innebærer ofte at de mer basale funksjonene, som gjør at vi opplever oss som individer, selvoppfatningen, blir annerledes enn vanlig» (Helsedirektoratet, 2013, s. 129). Tidlige tegn på psykose er for eksempel dårlig søvn, angst, depresjon, isolasjon og at man ikke klarer å holde orden i hverdagen (Helsenorge, 2018). Psykosener er en stor påkjenning både for personen selv og for menneskene som står denne personen nær. En stor utfordring når det kommer til denne pasientgruppen er redusert levealder, som blir påvirket av samtidige somatiske lidelser. Eksempler på dette er diabetes og hjertesykdommer, der viktige årsaksfaktorer er overvekt og inaktivitet (Helsedirektoratet, 2013, s. 3,37).

Ifølge diagnosesystemet ICD-10 deles psykosener inn i 4 grupper; schizofreni, paranoide psykosener, akutte og forbigående psykosener og schizoaffektiv psykose. Når man snakker om psykosener eller psykotiske opplevelser referer man ofte til det «å høre stemmer, ha synshallusinasjoner eller ulike former for vrangforestillinger» (Jordahl & Repål, 2009, s. 18-19). Psykoselidelser er en sammensatt gruppe psykiske lidelser som kjennetegnes av noen hovedsymptomer; realitetsbrist, bortfall av normal fungering og symptomer på andre psykiske lidelser som angst og depresjon og kognitive vansker (Helsedirektoratet, 2013, s. 129).

En av hoveddiagnosegruppene under psykose er schizofreni. Det er også den fasen som betraktes som den alvorligste i den dynamiske prosessen som psykoselidelser utgjør (Helsedirektoratet, 2013, s. 133). Dette er den gruppen innen psykoselidelser som har fått mest oppmerksomhet, mye grunnet at lidelsen ofte rammer yngre mennesker og virker invalidiserende på mange av de (Helgesen, 2011, s. 266). Schizofreni er en diagnose som er omdiskutert, og det er et «syndrom, ingen klart avgrenset sykdomstilstand» (Johannessen, 2011, s. 28). For å klare å stille en diagnose må man få et helhetlig symptom-bilde. Her finner man da fire grunnsymptomer som pasientene har

varierende grad av, disse er «assosiasjonsforstyrrelser, autistiske trekk, affektavflatning og ambivalens» (Helgesen, 2011, s. 266).

Man skiller gjerne mellom positive og negative symptomer når det kommer til schizofreni. Positive symptomer er vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og hallusinasjoner, årsaken til at de blir kalt positive er fordi det er tilstedeværelse av atferd som de fleste av oss har lite av, men som pasientene har mye av. Negative symptomer er fravær av reaksjoner som en betrakter som normale. For eksempel vil dette være isolasjon, apati, mangel på spontanitet og avflatninger i følelseslivet (Helgesen, 2011, s. 267).

Schizofreni har stor påvirkning på menneskers liv og helse. Det gir utslag både personlig, sosialt og økonomisk (Firth et al., 2015, s. 1343). Dette kan innebære blant annet vektøkning, fare for sykdommer som diabetes, overvekt og høyt blodsukker (Alberi et al, sitert i Firth et al., 2015, s. 1344), og kroppsvekten kan øke med opptil 15 kilo de første årene på antipsykotisk medisin (Alvarez-Jiménes et al, sitert i Firth et al., 2015, s. 1344). Schizofreni reduserer også forventet levealder med opp til 15-20 år (Hennekens et al, sitert i Firth et al., 2015, s. 1344). Ofte er det naturlige årsaker som fører til at de har en redusert levealder, der kardiovaskulær sykdom er den viktigste årsaken, her bidrar også en usunn livsstil, fysisk inaktivitet, dårlig kosthold og tobakksrøyking (McCreadie, 2003, s. 534). Hvis man sammenligner denne gruppen med personer uten psykiske lidelser så er det en dobbelt så stor sannsynlighet for at disse personene røyker, og sannsynligheten for overvekt er 50% større, «noe som ofte skyldes usunt kosthold og fysisk inaktivitet» (Martinsen & Taube, 2009, s. 563).

Et annet element som fører til at schizofreni påvirker menneskers liv er redusert kognitiv funksjonsevne, noe som kan føre til «vansker med mentalt tempo, konsentrasjon, hukommelse og planleggingsevne» (Sundet, 2011, s. 102). Redusert kognitiv funksjonsevne er ikke et kriterium for å få diagnosen, men det vurderes å ta dette med. Grunnen til dette er at schizofreni er en spektrumlidelse, og det er behov for nyanserte beskrivelser der blant annet kognitiv funksjonsevne blir tatt med for å kunne tilby best mulig behandling. Dagens behandling for schizofreni består i stor grad av medikamenter, poliklinisk oppfølging og psykoterapeutisk intervensjon, dette er med å

dempe psykosen. Men de kognitive vanskene som pasientene ofte opplever profiterer mindre på disse behandlingsmåtene (Sundet, 2011, s. 102-103).

Her er det blitt presentert teori om schizofreni og førstegangpsykose, dette vil senere i oppgaven bli omtalt som psykoselidelser fordi det var dette begrepet informantene brukte.

### 2.3 Behandlingsformer

Behandlingen som i dag blir tilbudt til personer med både schizofreni og andre former for psykoselidelser er som nevnt dominert av antipsykotiske medisiner, noe som er viktig for å unngå tilbakefall. Men det er også mange bivirkninger som er knyttet til antipsykotiske medisiner (Gangås, 2011). Disse bivirkningene kan for eksempel være vektøkning, diabetes og redusert livskvalitet. Det er også vanlig at personer slutter å bruke medisinen sin etter en periode, og det er vist at omtrent 20% ikke har effekt av den medisinen som gis (Bjørnstadjordet, 2009, s. 19). Det er behov for behandling som er både billigere, mer tilgjengelig, som reduserer negative symptomer og som virker positivt på kognisjon (Firth et al., 2015, s. 1344). Eventuelt er det behov for kombinasjonsbehandling som forebygger de negative effektene av medisiner.

Her kan fysisk aktivitet være et bra tilbud å ha i behandlingsforløpet. Gjennom forskning har det blitt vist at fysisk aktivitet har en positiv effekt på de fleste psykiske lidelser. Her dreier det seg om enkle aktiviteter som løping, gå på ski, gå tur og trening med vekter. Det er også forskning som har fokusert spesielt på schizofreni og FEP, hvor det har blitt vist at fysisk aktivitet kan bidra til «bedre kontroll over positive symptomer, redusere negative symptomer, bedre livskvalitet, normalisere kroppsoppfattelse og redusere risikoen for tilbakefall» (Gangås, 2011). Som nevnt så fungerer dagens behandling dårlig for redusert kognitiv fungering, men dette har Firth et al. (2017) vist at fysisk aktivitet kan være med å bedre (s. 552).

## 2.4 Fysisk aktivitet

Med fysisk aktivitet siktes det til all kroppslig bevegelse som innebærer muskelarbeid og som medfører økt energibruk. Dette kan utføres med varierende intensitet, men jo høyere intensitet man har, jo større umiddelbar virkning får man. Effekten man får av fysisk aktivitet bestemmes av flere faktorer. Blant annet vil utgangspunktet man har før man begynner å trene ha mye å si, en utrent person vil oppleve større effekt enn en trent person vil. Man vil også oppleve mer effekt dersom man trener over flere år, kontra hvis man trener i noen uker. En annen viktig faktor er frekvens, altså hvor ofte man trener. Skal man oppleve effekt er det derfor viktig at man trener ofte og regelmessig. Det anbefales at man utfører fysisk aktivitet minst 30 minutter per dag, men at man får mer effekt jo mer man trener. Siste viktige faktor er intensiteten på treningsøkten, hvor hardt man trener. Man får mer effekt av å trene hardt, så lenge man ikke trener alt for intensivt for da vil effekten bli dårligere igjen (Henriksson & Sundberg, 2009, s. 8-10).

De generelle anbefalingene for fysisk aktivitet har blitt oppsummert på denne måten: «Alle mennesker bør, helst hver dag, være fysisk aktive i til sammen minst 30 minutter. Intensiteten bør være minst middels, for eksempel en rask spasertur. Ytterlige helseeffekt kan oppnås ved å øke den daglige mengden eller intensiteten utover dette» (Jansson & Anderssen, 2009, s. 37). Dette er en anbefaling som gjelder for alle mennesker. Uansett alder og fysisk form, så bør man være fysisk aktive i minst 30 minutter per dag.

Når det kommer til fysisk aktivitet i forhold til schizofreni er det viktig å være klar over at det ikke kan erstatte tradisjonell behandling, men at det kan være en viktig del av et helhetlig behandlingsopplegg. Når helsedirektoratet gav ut sin aktivitetshåndbok var det lite forskning på hvilke effekter man kunne oppnå ved fysisk aktivitet, men i dag vet man litt mer om det. Men i aktivitetshåndboken står det at det ser ut til at det kan være med på å redusere negative symptomer, og at det kan være nyttig for å mestre positive symptomer (Martinsen & Taube, 2009, s. 561). Som vist under tidligere forskning vet man mer om disse effektene nå.



## 2.5 Helsepersonell

Med helsepersonell i denne oppgaven siktes det til det loven definerer som helsepersonell. Det vil si personer med autorisasjon, eller personell som jobber i helse- og omsorgstjenesten som utfører helsehjelp. Med helsehjelp menes handlinger som har «forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål» (Helsepersonelloven, 1999, §3). Når helsepersonell blir nevnt i denne oppgaven vil det være personer som jobber med fysisk aktivitet som en del av behandlingen til pasienter med psykoselidelser. Dette kan være yrkesgrupper som leger, sykepleiere, sosionomer og vernepleiere.

## 2.6 Self-efficacy

Banduras ”self-efficacy” handler om ”evnen som et individ har til å sette seg klare handlingsmål kombinert med en sterk forventning til seg selv om å mestre disse målene” (Helgesen, 2011, s. 140). Dette er en teori som kan bidra til at helsepersonell på en bedre måte kan motivere pasienter til å gjennomføre fysisk aktivitet som en del av behandlingsopplegget. Den kan også være med å forklare motivasjonen helsepersonellet har til å utføre fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

Banduras teori bygger på en antagelse om at psykologiske prosesser bidrar til å styrke en persons mestringsforventning (Bandura & Estes, 1977, s. 193).

Mestringsforventning betyr at man har tro på at man kan utføre en handling på en slik måte at man får det resultatet som man ønsker (Bandura & Estes, 1977, s. 193). Hvor stor grad av mestringsforventning en har i forhold til en oppgave en skal utføre vil påvirke både igangsettingen og utholdenheten. Dette vil si at styrken i en persons overbevisning på å klare en oppgave vil ha mye å si for om man i det hele tatt prøver å håndtere den gitte situasjonen. For eksempel hvis man er redd for noe så kan det ende opp med at man unngår situasjoner der man møter dette, hvis man tror at dette er noe som overstiger ens egne mestringsferdigheter (Bandura & Estes, 1977, s. 194).

Bandura peker på noen viktige elementer som kan være med på å øke mestringsforventningen til en person, disse er: «performance accomplishments,

vicarious experience, verbal persuasion, and physiological states» (Bandura & Estes, 1977, s. 195). Performance accomplishments er det som blir omtalt som mest effektivt når det kommer til å øke en persons mestringsforventning, grunnen til dette er at det baserer seg på personlige erfaringer av at man har fått noe til, man har selv opplevd å mestre noe. Når man så har oppnådd økt mestringsforventning på denne måten fører det ofte til at mestringsforventningen blir overført til andre situasjoner. Dette trenger ikke være lignende situasjoner som det du har opplevd å mestre, det kan også være situasjoner som er helt ulike (Bandura & Estes, 1977, s. 195).

«Vicarious experience» handler om å observere andre, altså få en erfaring gjennom å se noen andre gjøre det. Det å se andre utføre truende aktiviteter uten uheldige konsekvenser kan føre til at man selv får troen på at man kan klare dette hvis man gir litt mer innsats. Modellæring eller observasjon av andre er ikke like sterkt som det å oppleve mestring selv, og kan derfor være en svakere type mestringsforventning og er sårbar for endring (Bandura & Estes, 1977, s. 197).

«Verbal persuasion» handler om å påvirke mennesker gjennom språk, dette blir brukt ofte siden det er enkelt og tilgjengelig til alle tider. Det handler om at mennesker blir overtalt eller fortalt at de kan mestre noe av andre, for eksempel at de kan klare en oppgave som tidligere har vært utfordrende for dem. Hvis man oppnår mestringsforventning på denne måten vil den også mest sannsynlig være svakere enn om man opplever mestring selv, dette grunnet at man ikke får en erfaring med mestring gjennom at noen forteller deg at du kan klare det (Bandura & Estes, 1977, s. 198).

«Emotional arousal» handler om negative og positive følelser knyttet til en handling, eller om man opplever å ha entusiasme eller bekymringer i forhold til det man skal gjøre. I følge Bandura vil det påvirke troen på egen mestringsevne hvis man klarer å kontrollere de negative følelsene relatert til en oppgave man skal utføre, for eksempel hvis man klarer å unngå å bli alt for bekymret eller urolig (Bandura & Estes, 1977, s. 199).

## 2.7 Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)

PARIHS er et rammeverk som viser elementer som kan spille en rolle når det kommer til suksessfull implementering av evidens til praksis (Rycroft-Malone, 2013, s. 120). Det gir en oversikt over elementer som er viktige å ta i betraktning før, under og etter implementeringsforsøk (Rycroft-Malone, 2013, s. 110). I følge dette rammeverket så får man suksessfull implementering ut fra en funksjon av evidens, kontekst og tilrettelegging. Disse blir bedømt ut fra et kontinuum som strekker seg fra lavt til høyt, som viser hva som må til for at man skal få til en god implementering av evidens. PARIHS kan brukes både for å praktisk implementere evidens til praksis, eller det kan brukes for å undersøke implementeringsprosesser i organisasjoner (Rycroft-Malone, 2013)

Evidens i dette rammeverket inkluderer evidens fra forskning, klinisk erfaring, pasient og behandlers erfaring og lokal informasjon. For at disse skal befinne seg mot høy på kontinuumet er det visse kriterier som må være oppfylt. Noe av det som er felles for alle er at de må bli sett på som evidens, at alle anerkjenner for eksempel pasientens erfaring som evidens. Det må også bli sett på som relevant evidens for det som skal bli implementert (Rycroft-Malone, 2013, s. 114-115).

Kontekst sikter her til det miljøet eller omstendighetene der evidens skal bli implementert, og det finnes her tre underelementer som er kultur, ledelse og evaluering. For at det skal skje en suksessfull implementering må det være en kultur som blir betegnet som læringsorganisasjoner, dette fordi disse ofte er mer tilbøyelige for forandringer. Det som kjenner ut læringsorganisasjoner er blant annet at det er nok ressurser, at hver enkelt personell og pasient blir sett på som verdifull og at det er et fokus på forholdet mellom ledere og personal. Det andre underelementet her er ledelse, som har en viktig rolle for å skape god kultur for implementering. Ledere må i følge dette rammeverket kunne skape klare rolleforventninger, danne basis for effektivt samarbeid og ha en god organisasjonskultur. Evaluering handler om å få tilbakemeldinger på hvordan arbeidet blir utført og å bruke ulike metoder for å få dette til (Rycroft-Malone, 2013, s. 116-119).

Tilrettelegging er den prosessen som muliggjør eller gjør det enklere å implementere evidens til praksis. Her er det da et individ som skal være tilretteleggeren, som har rett

ferdigheter og kunnskap til å kunne hjelpe både individer, team og hele organisasjonen til å implementere evidens til praksis. For å få til best mulig tilrettelegging her er det viktig at tilretteleggeren har nok ferdigheter og kunnskap til å kunne gjøre det mulig for andre å implementere, istedenfor å gjøre dette for dem. Dette handler da blant annet om å gi de opplæring, hjelpe med å forstå mening og veilede gjennom prosessen (Rycroft-Malone, 2013, s. 117-119).

## 3.0 Metode

I dette kapitlet vil det bli presentert hvorfor og hvordan kvalitativ metode ble brukt. Her vil studiedesign, kunnskapssyn, litteratursøk, utvalg, datainnsamling og analyse bli gjennomgått. Avslutningsvis i dette kapitlet vil studiens validitet og reliabilitet bli diskutert, før forskningsetiske vurderinger blir lagt frem.

### 3.1 Studiedesign

Det er flere faktorer som er med på å bestemme hvilken metode man velger, blant annet problemstillingen, formål og egne forutsetninger og ressurser (Larsen, 2017, s. 26). Disse faktorene vil være avgjørende for om du velger å gå for en kvalitativ eller kvantitativ metode. Det som skiller disse to fra hverandre er at man ved en kvalitativ metode «tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle» (Dalland, 2012, s. 112). Innenfor kvalitativ og kvantitativ finnes det også ulike metoder igjen, men det vanligste skillet er spørreskjema og intervju (Larsen, 2017, s. 25). Hvilken metode en velger vil få konsekvenser for blant annet hvilken type informasjon man innhenter, hvor mange undersøkelsesenheter en trenger og forholdet mellom forsker og informant (Dalland, 2012, s. 113). Ved et kvalitativt design intervjuer man få personer, men innhenter informasjon som går i dybden.

Som sagt er blant annet problemstillingen med på å bestemme hvilket design eller metode en bør velge. Når jeg bestemte meg for at jeg ønsket å finne ut hvordan helsepersonell opplever fysisk aktivitet som en del av behandlingen til personer med schizofreni og FEP ble det klart at kvalitativ metode var det som kom til å passe best for å innhente nødvendig informasjon. Grunnen til at dette egner seg er fordi det ønskes å gå i dybden på fenomenet, der man får frem mest mulig nyanser og detaljer, samt å få

en helhetlig forståelse av forholdet mellom helsepersonell og deres syn på bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen (Jacobsen, 2010, s. 55). Det er også lite eksisterende kunnskap på dette feltet, slik at for å danne nye hypoteser bør en kvalitativ tilnærming benyttes før man skaper større effektstudier. Dette fordi man da får dannet et fundament av forståelse før større kvantitative studier utføres. I denne sammenheng er også utvalget så lite i Norge at det ikke egner seg til større kvantitative studier (Larsen, 2017, s. 30).

### 3.2 Kunnskapssyn

Studiens kunnskapssyn er humanvitenskapelig (Dalland, 2012, s. 56). Det søkes her å forstå hvordan helsepersonell opplever å jobbe med fysisk aktivitet som en del av behandlingen til personer med schizofreni og FEP. Det søkes ikke forklaring på hvordan man oppnår effekter av fysisk aktivitet, ei heller målbare resultater, men hvordan de opplever sin arbeidshverdag. Problemstillingen peker også på en fenomenologisk forankring. I følge Thomassen er man i fenomenologien opptatt av «verden slik den konkret oppleves og erfares» (Dalland, 2012, s. 57). Dette er også det som er fokuset i denne oppgaven, å forstå hvordan helsepersonellet opplever og erfarer det å jobbe med fysisk aktivitet.

Selv om fokuset er å få frem informantene sitt syn på den jobben de gjør kan min rolle som forsker påvirke de resultatene som kommer frem. Informantene kan bli påvirket av min væremåte og måten jeg snakker (Jacobsen, 2010, s. 156). Dette er noe som er viktig å være klar over, siden det kan påvirke hvilke svar som kommer frem i intervjuene.

### 3.3 Litteratursøk

Litteratursøkene er basert på søkestrategien «Success», som består av 5 faser; «What, Where, Words, Work, Wow» (Zins, 2000, s. 1237). Disse fasene skal være med å hjelpe å finne ut hva du ønsker å fokusere på, hvilke databaser som skal benyttes, søkeord, søkemetode og evaluering av resultatene (Zins, 2000, s. 1237).

Første fase, What, var å finne ut hva som skulle undersøkes, dette for å få mest mulig fokuserte søk. Her ble det tatt utgangspunkt i problemstillingen som omhandler helsepersonell sin opplevelse av bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen til

personer med schizofreni og førstegangpsykose. Where handler om å finne ut hvor en ønsker å gjennomføre sine søk (Zins, 2000, s. 1238). Her kom mine veiledere og meg frem til at Psycinfo, Embase, Medline, Cinahl og SveMed+ var de databasene som kunne gi mest mulig informasjon. Grunnen til at disse virket mest passende til problemstillingen er fordi de er konsentrert rundt fagfeltene psykisk helse, sykepleie og medisin. Strategiens tredje fase, Words, handler om å finne søkeord som gir presisjon til søkene (Zins, 2000, s. 1239). Søkeordene som ble benyttet tok utgangspunkt i sentrale ord fra problemstillingen. For å få mest mulig presisjon er flere basert på MeSH-termer, noen er keywords fra artikler som er relevante for oppgaven og noen ble funnet ved hjelp av Wikipedia. Søkeordene som er benyttet er presentert i tabellen under:

Helsepersonell	Health professional* Mental health professional Health personnel Health Personnel/(MeSH) Allied Health Personnel/ (MeSH) Mental Health Personnel/ (MeSH)
Fysisk aktivitet	Anaerobic exercise Physical training Aerobic exercise Exercise Exercise/ (MeSH) Walking/(MeSH) Running/(MeSH) Physical Activity/ (MeSH)
Schizofreni/ Førstegangpsykose	Psychosis Schizophrenia Psychotic

	First-episode psychosis Psychotic Disorders/ (MeSH) Schizophrenia/ (MeSH) Psychosis/ (MeSH)
I praksis	Prescribe Mental health service Implementation

Den fjerde fasen i denne søkestrategien er Work, som vil si å finne passende søkemetode (Zins, 2000, s. 1240). Det ble utført strukturerte søk i de valgte databasene ved hjelp av mine søkeord.

### 3.4 Innsamling av data

#### 3.4.1 Utvalg

Utvalg av informanter skjedde ved et strategisk utvalg (Dalland, 2012, s. 116), det vil si at informanter ble valgt ut fra hvor mye potensiell informasjon de hadde om temaet som ble undersøkt. Her var det viktig at informantene hadde mye kunnskap om det å jobbe med fysisk aktivitet som en del av behandlingen til personer med schizofreni og FEP (Jacobsen, 2010, s. 115). Dette er et meningsfullt utvalg, ved at informantene som ble rekruttert satt på informasjon som kunne være med å besvare forskningsspørsmålet.

Utvalget skulle bestå av informanter som var mest mulig typiske for gruppen helsepersonell som jobber med fysisk aktivitet i forhold til schizofreni og FEP (Larsen, 2017, s. 90). Inklusjonskriteriene baserte seg på hvilke helsepersonell som kunne gi god og interessant informasjon om forskningsspørsmålet, men også hvem som var typiske for de som jobber med fysisk aktivitet i forhold til schizofreni og FEP (Jacobsen, 2010, s. 115-116). Her var det viktig at informantene primært jobbet med fysisk aktivitet i det daglige. Det var også viktig at de jobbet på lukkede eller åpne døgnposter der det var personer med psykoseproblematikk.

Informantene ble innhentet gjennom mailkontakt med leder for kompetansegruppen for treningsterapi i klinikk psykisk helse. Leder informerte deretter videre til gruppemedlemmer som igjen tok kontakt med prosjektleder/meg om tid til intervju. Grunnen til at det ble valgt å fokusere på helsepersonell som jobber med fysisk aktivitet i det daglige er fordi de da hadde friskt i minne hvordan dette faktisk påvirker dem og pasienter som har diagnosen schizofreni eller FEP. Dette minnet har mye å si for validiteten og sannferdigheten til dataen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 142).

Det at informantene ble rekruttert fra en kompetansegruppe kan være med på påvirke resultatene. Dette fordi det er mennesker som allerede jobber med fysisk aktivitet i det daglige, og har kanskje et mer positivt syn på fysisk aktivitet enn det andre ville hatt. I oppgaven virket det likevel rett, siden fokuset er på helsepersonell som bruker fysisk aktivitet som en del av behandlingen i det daglige. De må derfor ha en del kunnskap og erfaring for å kunne være til nytte for undersøkelsen.

#### 3.4.2 Utvalgsstørrelse

Det endelige utvalget til masteroppgaven besto av fire helsepersonell, disse tilhørte yrkesgruppene sosionom, vernepleier og sykepleier, der enkelte hadde videreutdanning. Informantene var tett knyttet til problemstillingen, deres primær oppgave på jobben var fysisk aktivitet som en del av behandlingen til personer med psykoselidelser. Som nevnt er det teori om schizofreni og FEP i denne oppgaven, men det vil nå bli omtalt som psykoselidelser grunnet informantenes uttalelser. Gjennomsnittlig ansiennitet var 12 år, der det var 13 års forskjell mellom den som hadde jobbet kortest og den som hadde jobbet lengst, det er da en gruppe med lang erfaringskompetanse som er gunstig for å besvare studiens forskningsspørsmål. Som man kan se besto utvalget av litt forskjellige yrkesgrupper, men alle hadde samme arbeidsoppgave, det var et homogent utvalg (Jacobsen, 2010, s. 118).

Utvalget er også ifra en kompetansegruppe for fysisk aktivitet, så man kan anta at dette er helsepersonell som er typiske for denne gruppen, selv om dette ikke kan sies helt sikkert (Jacobsen, 2010, s. 153). Dette øker sannsynligheten for at funnene er overførbare til andre helsepersonell i lignende situasjon. Et sentralt spørsmål når det kommer til kvalitativ metode er hvor stort utvalget må være for å få best mulig



resultater. En fordel med at utvalget er lite er at hvert intervju kan ses på i dybden, der analysen kan gjøres grundig slik at mønstre og særtrekk i informantenes uttalelser kommer frem (Jacobsen, 2010, s. 153). Ved store utvalg øker sjansen for at viktig informasjon går tapt i all informasjonen som fremkommer av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 149).

Det er heller ikke alltid nødvendig med et stort utvalg for å kunne belyse interessante områder innenfor et felt, eller for å kunne øke kunnskapen på et område (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 149). På bakgrunn av det strategiske utvalget, som består av personer som har mye informasjon om fenomenet som skal undersøkes, kan kunnskapen på dette området økes uten å ha noe større utvalg (Jacobsen, 2010, s. 115). Fokuset er på at de personene som intervjues besitter nødvendig informasjon, ikke på å ha størst mulig utvalg der det kanskje ikke kommer frem nødvendig informasjon, eller eventuelt risikerer å miste oversikt over datamaterialet.

### 3.4.3 Intervju

Semistrukturerte intervju er benyttet for å innhente den informasjonen som var nødvendig for å besvare problemstillingen. Det som kjennetegner et semistruktuert intervju er at det har en viss grad av struktur, noe som kan gjøre det lettere å sammenligne svar, men det øker og sjansen for å miste viktig informasjon (Larsen, 2017, s. 99). DiCicco-Bloom og Crabtree sier at dette er en populær intervjuform, mye grunnet at det er en allsidig og fleksibel form for intervju (Kallio, Pietilä, Johnson & Kangasniemi, 2016, s. 2955). Dette er også en metode som kan være med på å skape gjensidighet mellom informant og intervjuer i følge Galletta (Kallio et al., 2016, s. 2955).

Grunnen til at semistrukturerte intervju ble valgt er fordi det egner seg for forskere på novise nivå, der det kan være en fordel å ha en viss struktur på intervjuene og noe å forholde seg til hvis informantene ikke hadde mer å si om et tema. Her kunne det blant annet stilles planlagte oppfølgingsspørsmål for å få gang på samtalen igjen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 166). Oppfølgingsspørsmålene ble også brukt for å få utdypende svar eller hvis det var noe som var uklart (Larsen, 2017, s. 29). En grad av strukturering hjalp også med å holde intervjuet på rett spor, slik at relevant informasjon ble innhentet.

Gjensidigheten som ble skapt mellom meg og informanten bidro til bedre flyt i samtalen, slik at det ble mer som en vanlig samtale. Flyten bidro til deskriptive svar fra informantene, slik at det ble en forståelse for deres opplevelse av jobben som de gjør (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 47).

Under intervjuene ble det benyttet en fleksibel intervjuguide (se vedlegg 3), denne inneholdt ferdig formulerte spørsmål og stikkord til spørsmål. Men selv om det var ferdig formulerte spørsmål var det en fleksibilitet i forhold til rekkefølgen de ble tatt opp i (Larsen, 2017, s. 99). Spørsmål ble stilt etter hva som passet best inn i samtalen. En av hovedgrunnene for valget av en slik intervjuguide var fordi den er fleksibel i forhold til helsepersonellet sitt initiativ til å ta opp tema (Larsen, 2017, s. 99). Dette var viktig siden de da kunne komme med informasjon som ikke direkte ble spurt om, noe som resulterte i en type kunnskap som kanskje ellers ikke hadde komt frem.

#### 3.4.4 Utforming av intervjuguide

Utformingen av den fleksible intervjuguiden (vedlegg 3) tok utgangspunkt i «Systematic methodological review; developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide» (Kallio et al., 2016). Denne artikkelen skal gi en ramme for hvordan man kan utvikle en semistrukturert intervjuguide og er basert på flere forskningsartikler som omhandler dette temaet.

Det første punktet var å se om det var passende å benytte semistrukturerte intervjuer til denne oppgaven, i følge Turner må det da finnes noe tidligere kunnskap på området (Kallio et al., 2016, s. 2959). Ved hjelp av litteratursøket kom det frem at det var nok tidligere forskning på området. Dette er også en intervjuform som passer for å få frem menneskers opplevelser, noe som også var med på å støtte opp om at det passet til oppgaven.

Andre fase av utformingen gikk ut på å hente og ta i bruk tidligere kunnskap/forskning. Tidligere kunnskap skal danne en basis for intervjuguiden, og spørsmålene skal ta utgangspunkt i denne kunnskapen (Kallio et al., 2016, s. 2959). Her ble det som nevnt tidligere, utført litteratursøk som førte til mye kunnskap. For å fylle på denne kunnskapen ble det tatt i bruk empirisk kunnskap ved hjelp av personer med mye kunnskap på området. En erfaringskonsulent med erfaring fra innleggelse på psykiatrisk

avdeling og fysisk aktivitet som en del av behandlingen bidro med mye kunnskap til intervjuguiden. Jeg fikk også hjelp av min veileder som jobber med denne pasientgruppen med fysisk aktivitet som en del av behandlingen (Kallio et al., 2016, s. 2959). Det er ivaretatt flere perspektiver i utformingen av intervjuguiden, både klinikk nær, forskningsstyrt og brukervedvirkning fra systemet.

Etter at tilgjengelig kunnskap var kartlagt, og det var dannet en god kunnskapsbasis startet utformingen av intervjuguiden. Her ble kunnskapen brukt som en ramme for den fleksible intervjuguiden (Kallio et al., 2016, s. 2959). Spørsmålene som her ble dannet skulle bidra til å innhente spontane, detaljerte og ekte svar. For å få frem deskriptive svar ble det brukt spørreord og spørremåter som gav åpne svar, eventuelt utdypningsspørsmål der det var fare for at helsepersonellet skulle svare ja eller nei. Det var ønskelig å unngå å stille ledende spørsmål, som for eksempel «kan du forklare meg hvorfor du synes jobben din er vanskelig?», slik at informantene ikke ble ledet til å si noe som de egentlig ikke mente (Larsen, 2017, s. 102).

Intervjuguiden ble bygd opp med hovedtema og oppfølgingsspørsmål, på denne måten kunne informantene oppmuntres til å snakke mest mulig fritt, uten noen form for føring. Intervjuguiden begynner med noen oppvarmingsspørsmål, som er lette å svare på, slik at det skal føles mest mulig komfortabelt å svare på resten av spørsmålene (Kallio et al., 2016, s. 2960).

I den siste fasen før gjennomføring av intervjuene ble intervjuguiden pilottestet. Dette for å sikre at intervjuguiden dekket de temaene som var relevante, og for å se om det var nødvendig å reformulere enkelte av spørsmålene. Pilottestingen ble gjort ved at mine veiledere så gjennom intervjuguiden, og kom med tilbakemelding. Her ble ledende spørsmål og vanskelige formuleringer fjernet, slik at intervjuguiden ble mer presis og komprimert og dekket flere temaer (Kallio et al., 2016, s. 2960). Grunnen til at mine veiledere pilottestet intervjuguiden er fordi de begge har mye erfaring med fysisk aktivitet, forskning og psykiske lidelser. Intervjuguiden ble også sendt til erfaringskonsulenten slik at personen kunne komme med tilbakemeldinger på den.

### 3.4.5 Gjennomføring av intervjuene

I løpet av mars-april 2019 gjennomførte jeg 4 intervjuer. Alle intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen til informantene. Konteksten et intervju blir foretatt i vil alltid være med å påvirke intervjuet, og det finnes ingen fasitsvar på hvor det er best å gjennomføre et intervju (Jacobsen, 2010, s. 92). Grunnen til at intervjuene ble foretatt på arbeidsplassen til informantene var for det første at det var det informantene ønsket, men også for at dette kunne føles mer komfortabelt. På deres arbeidsplass er det de som har kontroll, og jeg er bare en gjest der. Tanken var her at dette kunne bidra til å lette på intervjusituasjonen og gi de beste svarene.

Intervjuene startet med å fortelle hvem jeg var, hva jeg holdt på med og hva resultatene skulle brukes til. Deretter ble det delt ut samtykkeskjema og informasjonsskriv (vedlegg 1 og 2) som informantene skrev under på, her fikk de blant annet informasjon om at de kunne trekke seg når som helst fra undersøkelsen, og hvordan lydfile og transkripsjonene skulle oppbevares, og når de skulle bli slettet. De fikk informasjon om at det bare var meg og mine veiledere som skulle ha tilgang til lydfile og transkripsjonene. Alle informantene samtykket til bruk av lydopptaker. Før denne ble skrudd på ble det presisert at det var fokus på deres perspektiv på det å jobbe med fysisk aktivitet som en del av behandlingen, og at de gjerne måtte ta opp tema som de følte var viktige å få frem. Informantene fikk mulighet til å stille spørsmål rundt intervjusituasjonen før lydopptaker skruddes på, og de kunne stille spørsmål underveis.

Under intervjuet ble intervjuguide (se vedlegg 3) benyttet, for å sikre at intervjuet var på rett spor, men og for å se at det ble innhentet informasjon om samme tematikk fra alle informantene. De fleste informantene var flinke til å holde seg til problemstillingen og flere av dem besvarte mange av spørsmålene på intervjuguide av eget initiativ. Enkelte ganger ble informantene bedt om å utdype seg eller forklare mer om et tema, og de hadde somregel mer å si om emnet.

Intervjuene varte fra 45 minutt til rundt en time. De fleste hadde mye erfaring og tanker rundt temaet som ble undersøkt, og hadde mye de ønsket å dele om sin arbeidshverdag. I de tilfellene intervjuene ble gjennomført på rom som informantene var vandt med å jobbe i så var de mer frittalende, det virket som om de følte at de hadde mer kontroll

over situasjonen. Informantenes erfaring og kompetanse virket som å ha mye å si for hvor observante de var på symptomer og symptomreduksjon hos pasientene. Det ene intervjuet ble også gjennomført på et rom som var svært mørkt og lydtett, her var det en litt mer anstrengt stemning i starten av intervjuene, til forskjell fra de andre intervjuene som ble gjennomført på lyse rom. Noe som var gjennomgående ved hvert intervju var at informantene ofte kom med ny informasjon i det lydopptaker ble skrudd av, som om de kanskje følte at det var tryggere å komme med uttalelser da. Alle informantene brukte ordet psykose når de omtalte pasientgruppen de jobbet med, derfor vil psykose og psykoselidelser bli brukt istedenfor schizofreni og FEP i funn og diskusjon.

Etter hvert intervju satt jeg igjen noen minutter for å reflektere over hva som faktisk kom frem i intervjuene, hvordan informantene oppførte seg og hvilke tanker jeg hadde gjort meg. Disse ble skrevet ned i et feltnotat, slik at de var nedskrevet til analysen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 161). En av grunnene til at et feltnotat er greit, er fordi en lydopptaker aldri fanger opp hele sannheten om et intervju, den fanger ikke opp hvilken stemning det er i rommet, kroppsspråket til meg og informanten og generelt andre nonverbale uttrykk (Dalland, 2012, s. 175).

Informantene traff målgruppen til problemstillingen, og informantene kom med mye nyttig informasjon som var med på å belyse emnet fysisk aktivitet som en del av behandlingen til pasienter med psykoselidelser. Den ene informanten hadde ikke tid til å bli intervjuet i mer enn en time, her kunne det nok ha komt frem en del mer informasjon, for det følte som om intervjuet ble brutt midt i. Intervjuprosessen ble ikke avsluttet fordi det opplevdes å inneha nok informasjonskraft i utvalget (Malterud, Siersma & Guassora, 2016), men fordi jeg ikke fikk tak i flere informanter. Grunnen til dette er nok mest sannsynlig at det er få som jobber primært med fysisk aktivitet som en del av behandlingen til pasienter med psykoseproblematikk, men også at selve intervjuprosessen startet opp senere enn planlagt.

### 3.5 Transkribering

Jeg transkriberte intervjuene selv, fordelten med dette var at jeg lærte mye om meg selv og hvordan jeg er under en intervjusituasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207), det

bidro og til bedre sikring av pålitelighet og gyldighet til transkripsjonene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211-212). Grunnet lite erfaring med intervju var dette med på å øke kvaliteten for hvert intervju som ble gjennomført. Dette førte også til at analyseprosessen startet allerede her, og det var god kjennskap til datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 87-88). Allerede i transkripsjonsdelen kom det frem tanker og ideer om hvilke temaer som virket sentrale, og hva som fremsto som viktigst for informantene.

Ved en tematisk analyse er det ikke så strenge krav til selve transkripsjonsprosessen som det gjerne er hvis du gjennomfører andre former for analyse. På et minimum så krever denne metoden at en skriver ned det som blir sagt i intervjuene (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Alt som ble sagt ble skrevet ned ordrett, både stamming, avbrutte setninger og ord som gjerne ble sagt feil. I tillegg til det verbale notertes bruk av humor, hvis informantene brukte ironi eller sarkasme for å få frem sine poeng, lengre pauser, latter og andre nonverbale faktorer som var viktige å få ned slik at transkripsjonen var tro til lydopptaket og det som ble uttrykket i intervjuene (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Dette ble gjort av respekt for informantene, slik at det ikke var fare for å bruke noe de hadde sagt ironisk som en sannhet i analysen. Det var god lyd på lydopptakene, slik at det i de fleste tilfeller ikke var noe problem å forstå hva som ble sagt. Transkripsjonen ble utført samme dag som intervjuet var gjennomført, slik at alle detaljer kom med som ikke kom frem på lydopptakene.

Grunnet manglende erfaring med transkripsjon ble det gjort en ekstra gang, denne gangen ble det tatt i bruk et IPA skjema. Dette består av tre kolonner, der transkripsjonene ble nedskrevet i den ene, og tanker rundt intervjusituasjon og mulige temaer ble nedskrevet i de to andre (Edward John, 2018, s. 77-78). Dette gav en bedre oversikt og ytterligere kjennskap til datamaterialet. Avslutningsvis ble intervjuene skrevet om til bokmål, for å sikre anonymiteten til informantene og for å gjøre transkripsjonene mer lettleselige.

Informantene fikk tilsendt renskrevne transkripsjoner, der alle kommentarer og tanker var fjernet. På denne måten fikk informantene se om noe var mistolket, eller overtolket av det de hadde sagt. Dette ble gjort for at informantene skulle få mulighet til å godkjenne eller komme med kommentarer til transkripsjonen.

### 3.6 Analyse

For å analysere intervjuene ble tematisk analyse som baserer seg på en artikkel av Braun og Clarke (2006) benyttet. Dette er en metode som blir brukt for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i data. Den er med på å minimalisere og forklare datamaterialet i detaljer, og kan være med på å bringe inn flere perspektiv på forskningsspørsmålene (Braun & Clarke, 2006, s. 79). En av grunnene til valget av denne analysemetoden er grunnet dens teoretiske fleksibilitet (Braun & Clarke, 2006, s. 78), den kan bli brukt på tvers av ulike teoretiske tilnærminger i oppgaven. For min del var dette viktig, for en solid analysemetode kunne bli benyttet som ikke ble bestemt av teoretisk ståsted. Det er også en analysemetode som er relativt lett å lære seg for studenter som meg som har lite erfaring fra før med analysering. Den er også med på å vise likheter og forskjeller mellom og på tvers av den innsamlede dataen, samtidig som den gir en god oppsummering av viktige temaer i datasettene samt gir en god beskrivelse av dataen (Braun & Clarke, 2006, s. 97).

Den tematiske analysen består av 6 faser, og det vil nå bli beskrevet hvordan det har blitt utført;

**Første fase** var å gjøre seg kjent med datamaterialet. Som beskrevet tidligere var det allerede god kjennskap til datamaterialet når analyseprosessen startet, dette grunnet at jeg selv gjennomførte og transkriberte intervjuene, og skrev gode feltnotater herfra. For en enda bedre oversikt ble transkripsjonene lest gjennom flere ganger på en aktiv måte, som vil si at det ble sett etter meninger og mønstre mens transkripsjonene ble lest, samt hørte på lydopptakene av intervjuene (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Selv om dette var noe som tok lang tid, så var det viktig fordi det var plattformen for selve analysen (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Samtidig som transkripsjonene ble lest gjennom flere ganger noterte jeg ideer for kodingen som kommer i neste steg.

**Andre fase** i analyseprosessen var å danne koder (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Her ble det kodet med en induktiv tilnærming (Braun & Clarke, 2006, s. 83), det vil si at kodene som ble dannet var sterkt knyttet til datamaterialet. Kodene var direkte sitat fra intervjuene som fanget viktige elementer fra det informantene hadde sagt. Dette er en

kodingsprosess som man også finner igjen i stegvis deduktiv induktiv metode (Tjora, 2017). Alle transkripsjonene ble nøye gjennomgått og kodet, slik at absolutt all data ble kodet og interessante aspekter ved intervjuene ble identifisert (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Kodingsprosessen ble også gjennomført av min veileder, der vi etterpå sammenlignet for å se om det var enighet mellom det vi hadde kodet. Dette var for å sikre best mulig gjengivelse av informantenes utsagn, og for å få frem det som var interessant her. Grunnen til at en induktiv tilnærming ble valgt var for å være mest mulig kvalitativ og for å være tro mot informantene og det de sa. Denne tilnærmingen bidro også til at egen forforståelse i minst mulig grad fikk påvirke kodingsprosessen. Etter at alt materialet var kodet ble transkripsjonene gjennomgått igjen for å se om noe viktig var oversett, deretter ble kodene samlet i kodelister for hvert enkelt intervju. Ut fra kodelistene skrev jeg notatark, som var en oppsummering av hva kodene fortalte og som gav en oversikt over materialet slik at det kunne sjekkes for mønster og overlapp i kodene. Notatarkene inneholdt forkortninger av koder som var samlet i forskjellige bolker, eller midlertidige tema.

**Den tredje fasen** i prosessen var å sortere koder inn i potensielle tema (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Først ble det dannet tankekart ut fra kodelistene og notatarkene, der koder som omhandlet det samme ble plassert inn under samme tema. Dette var en dekontekstualisering, der sitater ble tatt ut fra sin sammenheng og knyttet opp mot andre koder (Malterud, 2001, s. 486). Her var det en semantisk tilnærming, noe som ble naturlig siden kodene var direkte sitat fra informantene. Dette vil si at det ikke ble sett etter underliggende motiver for det informantene sa, men tematisert ut fra det som var blitt sagt i intervjuene (Braun & Clarke, 2006, s. 84). Når tankekartene var ferdige ble de sjekket opp mot transkripsjonene, for å se om de potensielle temaene som var dannet passet til det informantene hadde sagt, altså en rekontekstualisering (Malterud, 2001, s. 486). Her kom det frem at enkelte av temaene kunne bli slått sammen til større tema med undertema. Etter denne fasen satt jeg igjen med noen hovedtemaer og flere undertemaer og alle sitatene som passet til hvert enkelt tema. Sitatene som hørte til de forskjellige temaene ble samlet i hvert sitt tekstdokument, slik at det kunne sikres at det var en rød tråd mellom hovedtema og undertema. Det ble dannet to hovedtema i denne fasen, der det ene hadde tre undertema og det andre hadde fire undertema. Disse ble sjekket opp mot transkripsjonene for å se at dette var sammenhenger som var reelle for



helsepersonellet og det de hadde fortalt. Et spørsmål som måtte stilles under tematiseringen er hva som teller som et tema (Braun & Clarke, 2006, s. 82). For meg ble det viktig at temaene fanget noe som var viktig i forhold til min problemstilling, fokuset var både på hyppighet og frekvens, og på bredden i datasettet. Dette for å få en størst mulig forståelse for informantenes situasjon og deres opplevelse av den.

**Fase fire** i prosessen var å gjennomgå temaene for å se at de passet til datasettet, og om det var et sammenhengende mønster innenfor hvert tema. Først ble all data som tilhørte hvert enkelt tema lest gjennom. Det som viste seg her var at sitatene var for korte, eller manglet en del kontekst. Jeg gikk da tilbake til transkripsjonene mine og tok større utdrag fra tekstene, slik at de fortalte meg mer når de var samlet inn under et tema. Det som kom frem nå var at det var sammenhengende mønster innenfor temaene, de ga mening og det var en klar oppfatning av hva temaene var og hva de ikke var. Andre fase i denne prosessen besto av å gå tilbake til transkripsjonene for å se om temaene faktisk representerte det som informantene hadde sagt. Det som viste seg var at temaene ikke helt klarte å fange informantenes historier, og det var litt for oppstykket. Jeg kom her frem til at tre hovedtema var det som passet til datasettet, med flere undertema. Deretter ble transkripsjonene gjennomgått igjen for å kode elementer eller utsagn som ikke hadde komt med innledningsvis (Braun & Clarke, 2006, s. 91).

**Fase fem** omhandler å navngi og definere tema, her ble hvert tema og undertema sett på i forhold til seg selv og i forhold til resten av temaene. Dette for å se at temaene ikke inneholdt for mye men heller ikke for lite informasjon. Jeg klarte i denne fasen å se helt klart hva undertemaene til hvert tema burde være, og jeg klarte tydelig å se hva temaene var og hva de ikke var (Braun & Clarke, 2006, s. 92). For presentasjonens del ble de sitatene som presenterte innholdet i hvert enkelt tema på best mulig måte plukket ut. For at resultatene skulle være mer leselige har enkelte av sitatene blitt konkretisert, ved for eksempel å kutte ut repeterende ord, eller ting som blir sagt feil. Dette ble også gjort for å fremstille informantene på en best mulig måte, siden overføringen fra muntlig til skriftlig språk ofte blir usammenhengende og forvirrende (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213).

**I fase seks** utarbeidet jeg en avsluttende rapport, som da er resultat og diskusjonsdel i min oppgave (Braun & Clarke, 2006, s. 93). Selv om dette er en trinnvis modell så har

analyseprosessen vært en dynamisk prosess som har gått mye frem og tilbake, koder har blitt endret, nye temaer har kommet til underveis mens andre temaer har blitt kuttet ut. Tankekartene ble aldri ferdigstilt, men det var en god hjelp i bearbeiding av datamaterialet. Veileder analyserte også datamaterialet med samme analysesteg for å validere funn.

### 3.7 Forforståelse

Forforståelse eller fordommer er de tanker og meninger som vi tar med oss inn i en undersøkelse, dette vil si at man allerede har gjort seg opp en formening om det man skal undersøke før man starter (Dalland, 2012, s. 117). Min bakgrunn har mest sannsynlig vært med å avgjøre hva jeg ønsket å undersøke, og dermed også hvordan jeg har sett på undersøkelsen. Dette er noe jeg har vært klar over og reflektert over gjennom hele prosessen, slik at både leserne og jeg i størst mulig grad er oppmerksomme på bias og selektiv fremstilling (Malterud, 2001, s. 484). Å være klar over egen forforståelse har vært viktig for å unngå å bare lete etter det jeg har ønsket å finne, slik at jeg har klart å fange opp det uventede- det som fremkommer som følge av en induktiv prosess.

Mye av kritikken mot kvalitativ metode er nettopp det at man ikke klarer å beholde objektiviteten, fordi man tar med for mye av seg selv og ens egen forforståelse inn i forskningen. Det menes da at dette vil påvirke validiteten og reliabiliteten til forskningen (Malterud, 2001, s. 483-484). For å motvirke dette har forkunnskapen blitt reflektert over gjennom hele prosessen, dette fordi subjektivitet oppstår når man prøver å legge skjul på disse elementene (Malterud, 2001, s. 484). Jeg har altså vært klar over gjennom hele forskningsprosjektet at jeg har meninger og forkunnskaper om dette emnet som kan og vil påvirke hvordan jeg betrakter mine resultater. Dette er blant annet på grunn av mine egne positive holdninger til fysisk aktivitet, der jeg allerede før oppstart av oppgaven gikk inn med en positiv innstilling til fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Min utdanning som sosionom og den kunnskapen jeg har fått gjennom master i rus og psykisk helsearbeid har og vært med å påvirke min rolle som forsker. Jeg har altså gjennom hele forskningsprosjektet vært nødt til å ha dette i tankene for å opprettholde validitet og reliabilitet.

### 3.8 Studiens validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er noe en må være oppmerksom på i alle faser av forskningsprosjektet. For å få forskningsresultatene konsistente og troverdige har det vært et fokus på å ikke stille ledende spørsmål, slik at det sikres å få frem det informantene faktisk mener om fysisk aktivitet som en del av behandlingen, og at det ikke er mine synspunkter som kommer frem (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Transkripsjonen har og blitt gjort på en slik måte at informantene kjente seg igjen i sine uttalelser, og at det ikke ble lagt mer i deres uttalelser enn det de faktisk mente (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). For å sikre dette fikk informantene lese gjennom det transkriberte materialet, og gi tilbakemelding på om det var godkjent.

Validitet i kvalitative studier handler om bekreftbarhet, troverdighet og overføringsverdi (Larsen, 2017, s. 93-94). Der bekreftbarhet handler om i hvilken grad datamaterialet reflekterer det fenomenet som undersøkes (Larsen, 2017, s. 93). For å sikre dette ble det stilt spørsmål som var med på å besvare forskningsspørsmålet, og som gjorde at det kunne trekkes valide slutninger (Larsen, 2017, s. 93). For å i størst mulig grad sikre dette ble intervjuguiden utarbeidet med en erfaringskonsulent som hadde opplevd å motta fysisk aktivitet som en del av behandlingen, samt gode råd fra min veileder som har erfaring med å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen til pasienter med psykoselidelser. Dette var med på å sikre brukermedvirkning i oppgaven samt få med flere ulike perspektiver.

I følge Thagaard så handler troverdighet i kvalitative studier om at de fortolkningene en gjør i forhold til datamaterialet er nødt til å være gyldige i forhold til den virkeligheten som blir studert (Larsen, 2017, s. 93). For mitt forskningsprosjekt betydde dette at det ikke kunne trekkes konklusjoner på bakgrunn av egen forkunnskap, men se på den faktiske situasjonen som informantene beskrev. I tillegg, som nevnt tidligere, fikk informantene tilsendt transkripsjonene for å sjekke at det stemte med den virkeligheten de hadde presentert.

Det å sikre reliabilitet i kvalitative studier er ikke like enkelt som det er i kvantitative, fordi det er så mange elementer som spiller inn. Blant annet kan informantene ha blitt påvirket av omgivelsene eller selve intervjusituasjonen, eller at de blir preget av

dagsform (Larsen, 2017, s. 95). Denne faren er prøvd å minimeres ved at intervjuene ble fortatt på informantenes arbeidssted, de fikk også mulighet til å velge tidspunkt for intervjuet. Reliabilitet handler i stor grad om troverdigheten til funnene, at disse skal basere seg på faktiske forhold og ikke på egne subjektive meninger (Larsen, 2017, s. 95). For å forebygge at egne subjektive meninger har farget analyseprosessen har veileder i studien også gjennomført analyseprosessen, for å kontrollere enighet rundt koding og tematisering.

Overførbarhet handler om å kunne overføre funnene til andre grupper enn de som har vært deltakere i forskningsprosjektet (Larsen, 2017, s. 94). Nettopp dette har vært noe av målet med masteroppgaven, at det som kommer frem skal kunne hjelpe helsepersonell til å bruke fysisk aktivitet i en større grad i behandlingen av psykoselidelser. Det er også ønskelig at masteroppgaven skal være med å belyse dagens situasjon når det kommer til dette emnet, slik at det kan bidra til en utvikling i praksis. Et av spørsmålene som ofte dukker opp er hvor stort utvalget må være for at den kunnskapen man får skal være overførbar. I kvalitativ forskning er ikke målet å kunne generalisere funnene til store deler av befolkningen, men at kunnskapen som blir produsert skal kunne være overførbar til andre i lignende situasjon (Malterud, 2001, s. 485-486). Utvalget her er ganske lite, men det er et strategisk utvalg som vil si at informantene har mye kunnskap på nettopp dette området. I tillegg har brukerperspektiv og klinisk perspektiv blitt brukt i utarbeidelsen av intervjuguiden, for å sikre at mest mulig områder blir dekket, og at det har blitt innhentet mest mulig adekvat informasjon. Min veileder jobber som nevnt med fysisk aktivitet som en del av behandlingen til personer med psykoselidelser, og han har bidratt med mye informasjon på området. Siden utvalget var lite har tiden blitt prioritert på forberedelse til intervju og analysen, slik at dette ble gjort grundig, istedenfor å ha et stort utvalg der forsker fort mister oversikten over datamaterialet (Malterud, 2001, s. 486). Disse punktene er med på å øke sjansen for at funnene fra min masteroppgave kan overføres til andre lignende situasjoner.

### 3.8.1 Brukermedvirkning

Studien har som nevnt involvert brukerperspektiv i utformingen av intervjuguiden. Årsaken til dette er fordi helse- og omsorgsdepartementet har gitt ut strategien

HelseOmsorg21 som setter fokus på viktigheten av brukermedvirkning i forskning (2014, s. 32). Fokuset på dette er for å øke kvalitet og relevans på den forskningen som blir gitt ut. I denne studien var en erfaringskonsulent aktivt med på å utforme intervjuguiden, ved å gi mye kunnskap og informasjon underveis, men også godkjenning av intervjuguide før den ble ferdigstilt. Argumentet for brukermedvirkning i forskning er at det er de som kjenner behovene, så de bør være med å sette agendaen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 32). For denne studien var brukermedvirkning relevant grunnet det er pasienter som skal motta fysisk aktivitet som behandling, derfor var det viktig å få med perspektivene fra en erfaringskonsulent som hadde opplevd dette.

### 3.9 Forskningsetiske vurderinger

Mitt forskningsprosjekt inneholder menneskelig kontakt, dette betyr at det finnes ulike etiske hensyn man må være klar over, ikke bare i selve intervjusituasjonen men gjennom alle fasene av prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95). Dette er noe jeg har vært klar over helt fra planleggingen av prosjektet startet.

Forskningsprosjektet har blitt meldt inn og godkjent av personvernombudet ved Stavanger universitetssykehus, forskningsavdelingen ved Stavanger universitetssykehus og klinikk ledelse på klinikk for psykisk helse voksen(se vedlegg 4). Denne prosessen tok lengre tid enn normalt og satt oppgaven min på en rekke prøver, blant annet i forhold til tidsfrister, innhenting av informanter og utførelse av intervjuer. Det satt også press på analyseprosessen, med tanke på tidsbruk. Grunnen til at det tok lenger tid enn antatt skyldes ny ansettelse av personvernombud.

Helsepersonellet som har blitt intervjuet har krav på at den informasjonen de har gitt meg blir behandlet konfidensielt. For min del innebærer dette å holde deres identitet skjult, anonymisering av forskningsmaterialet og tilintetgjøre eventuelle lister med navn når prosjektet er ferdig (Larsen, 2017, s. 15). Anonymisering av forskningsmaterialet ble gjort ved at navn, steder og annen informasjon ble fjernet eller aidentifisert slik at det ikke kunne knyttes opp til enkeltpersoner. Metoden i oppgaven er som nevnt en tematisk analyse, denne er med å sikre høyere grad av anonymisering (Braun & Clarke,

2006). Dataen som er samlet inn har blitt oppbevart på en kryptert minnepenn og en krypter mappe på pcen.

Noe det har vært oppmerksomhet rundt gjennom hele prosessen er at «fra et nytteperspektiv bør summen av potensielle fordeler for deltakeren og betydningen av den oppnådde kunnskap veie tyngre enn risikoen for å skade deltakeren» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). For å sikre dette har det ikke blitt intervjuet flere personer enn det som har vært nødvendig for studien, og det har heller ikke blitt bedt om mer informasjon enn det var behov for.

Før igangsettelse av undersøkelsen ble det sendt ut et samtykkeskjema (se vedlegg 2), dette for å overholde mine etiske forpliktelser om informert samtykke.

Informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 1 og 2) ble også tatt med til selve intervjuet, for å sikre at informantene var klar over formålet med undersøkelsen og hovedtrekkene ved designet. Jeg forsikret meg også om at informantene deltok frivillig, og opplyste om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104)

## 4.0 Funn

Kapittelet presenterer resultater som fremkom av analyseprosessen. Studien endte opp med å se nærmere på tre temaer, dette er <sup>1</sup>opplevde effekter av fysisk aktivitet som behandling, <sup>2</sup>opplevd kompetanse for utføring av jobben og <sup>3</sup>hvordan informantene opplever at fysisk aktivitet er integrert på deres arbeidssted. Funnene tyder på at informantene opplever at pasientene blir mer tilstede og oppmerksomme under, og i etterkant av fysisk aktivitet. Kunnskapsgrunnlaget til informantene er i alle hovedsak erfaringsbasert når det kommer til fysisk aktivitet, og de har et ønske om mer formell kunnskap. Det viser seg også at det er mangel på ressurser til kunnskapsutvikling og øremerket personal til stillinger som omhandler fysisk aktivitet. Men overordnet opplever informantene at det er gode holdninger til fysisk aktivitet som behandling blant kollegaer og ledere.

## 4.1 Opplevde effekter av fysisk aktivitet som behandling

Informantene gir uttrykk for at det er tungt å motivere pasientene til deltakelse i fysisk aktivitet, dette kommer blant annet av at det er en gruppe som har et stort lidelsestrykk og at mange egentlig bare ønsker å ligge i sengen.

*«Det er tungt, det er ingen tvil om det...det er en tung gruppe der lidelsestrykket er stort (og)det er mye depresjon» (HP3)*

Selv om informantene opplever at det er belastende og tungt å få pasientene med, så vet de at den jobben de gjør og den behandlingen de tilbyr gir resultater. Opplevde effekter av jobben informantene gjør er en av hovedgrunnene til at de klarer å motivere pasientene. En av effektene som blir påpekt er at de opplever at pasientene blir mer «normale».

*«Det er så fullt med stemmer eller paranoide tanker, eller at de(pasientene) har nok. De orker ikke noe mer, noe annet. Men så vet jeg at når de kommer ut så får de en pause fra sin psykose»(HP2)*

### ***Det er veldig godt å kjenne på den der normalitetsfølelsen***

Ett av funnene i studien er at informantene opplever at pasientene blir mer «normale» når de er i fysisk aktivitet. Det som kommer frem her er at pasientene snakker om helt andre ting under for eksempel tur, enn det de gjør når de er inne på avdelingen;

*«De(pasientene) snakker jo sammen om helt andre ting enn det de gjør når de er inne. Det kan fort bli sykdomssnakk når de sitter inne(på avdelingen), når de går ut snakker de mer om felles opplevelser» (HP1)*

Det er god konsensus om at når pasientene får felles opplevelser så fører dette til mer alminnelig eller dagligdags snakk. Informantene opplever at dette bidrar til at pasientene får en slags normalitetsfølelse.

*«diskuterer gode temaer som går på sånne dagligdagse ting, som på en måte er sunt for videre sånn når de blir skrevet ut» (HP2)*

Det at de blir mer «normale» blir sett på som viktig nettopp fordi pasientene skal ut etter de har vært på avdelingen. Felles opplevelser gjennom fysisk aktivitet fører til at de

ikke bare sitter inne på avdelingen og snakker om sykdommen sin. Et annet element som bidrar til at pasientene oppleves som mer «normale» på grunn av fysisk aktivitet er at helsepersonellet får se deres ressurser.

*«Jeg har sett enormt mye ressurser når vi har komt litt utenfor veggene» (HP4).*

Det kan virke som om fysisk aktivitet bidrar til at man får se hvem pasientene er bak sin sykdom, og at dette er noe som informantene er opptatt av.

### ***Ut av boblen og legger merke til verden ute***

Informantene beskriver pasientene som å være inne i en boble eller at de er i sin egen verden, noe som gjør at de er innadvendte, har negative tanker og er påvirket av psykosesyntomer. Ved å være i fysisk aktivitet så kommer de ut av denne boblen.

*«Det gjør noe med pasientene, de går ut av den boblen og begynner å legge merke til verden ute»  
(HP3)*

Fysisk aktivitet gjør at pasientene blir mer oppmerksomme på hva som skjer rundt de, for eksempel ved at de ser hva som må bli gjort som kan være det å rydde sammen etter måltid, hjelpe til med å bære utstyr eller se hvilke klær de må ha på seg for å være med på de ulike øvelsene.

*«I starten var hun(pasient) veldig opptatt av seg selv, brydde seg ingenting om andre, nå er hun mye mer obs på hva som skjer rundt seg, nå tilbyr hun å hjelpe» (HP1)*

Det er en enighet om at pasientene forandrer seg på en god måte når de er i fysisk aktivitet. Et annet sentralt punkt er at pasientene oppleves som mer sosiale når de deltar på fysisk aktivitet. Dette går blant annet på at de prater med andre pasienter om ting de ser rundt seg, turer de har vært på eller om det som skjer i verden.

*«Det som har skjedd med den løkkefotballen det er at til og med andre gutter som har vært på løkka har vært med, og da har du fått en grei integrering» (HP4)*

Ut fra funnene kan det virke som om fysisk aktivitet er med på å utvide det sosiale nettverket til pasientene. Muligens fordi pasientene her opplever en annen type oppmerksomhet som de ikke er vant med fra før av.



*«Jeg tror hver enkelt opplever å bli sett...Det føles godt at du får en high five for den rette smashen (i volleyball)...alle ønsker vel en sosial tilhørighet»(HP4)*

Informantene opplever at pasientene får noe ut av det å være i et fellesskap, for de har gjerne ikke opplevd denne type oppmerksomhet før de kom inn på avdelingen, mens der er de en del av et fellesskap.

*«Fysisk aktivitet gjør noe sånn...med mennesker altså. De(pasientene) får symptomlette, de får litt stress ut av kroppen. De har det bedre» (HP3)*

Flere opplevde at fysisk aktivitet er med på å redusere negative symptomer hos pasientene, de opplever at pasientene har det bedre når de deltar på fysisk aktivitet og at de er mer tilstede i øyeblikket.

*«Når de er ute så er de sosiale, der er mer med...de er tilstede i sin egen kropp. Godt blikk og diskuterer temaer som går på sånne dagligdagse ting»(HP2)*

Det oppleves at pasientene får tilbake noe av den funksjonsevnen som ofte forsvinner når man har psykoselidelser, og som fører til sosial tilbaketrekning og at de gjerne virker litt uengasjerte. I følge informantene bidrar fysisk aktivitet til å bedre denne funksjonssvikten, det fører til at pasientene er mer sosiale og har det bedre. Dette begrunnes på ulike måter av informantene, men et av argumentene er at det er mindre tankekaos under den fysiske aktiviteten.

*«De er litt kjappere i å ta en bestemmelse i forhold til noe, og ja altså jeg tror det er mindre tankekaos...mens aktivitetene pågår»(HP4).*

### ***De blir litt tvunget ut av symptomene***

Det kom frem at de aktivitetene som gir best opplevd effekt er intensive aktiviteter, der eksemplene er klatring, ballspill, sykling og lengre turer.

*«Klatring, fotball...ballspill. Intensive aktiviteter der som de må være i nuet» (HP1)*

*«Jeg har sett den aller beste effekten på de lengre turene» (HP3)*

Det er gjennomgående at aktiviteter der pasientene må være i nuet og der de blir nødt til å jobbe med kroppen oppleves å gi best symptomreduksjon. Det er litt uenighet om hvorvidt turer kan være med å redusere symptomene, men det er en enighet om at tyngre turer, gjerne i ulendt terreng viser gode resultat.

*«Men de der små putleturene i byen, nei... da blomstrer psykosen»(HP2)*

Funnene viser at rolige turer der pasientene ikke trenger å vie oppmerksomheten sin til det som skjer rundt bidrar til at de forsetter å være inni denne «boblen» der de går rundt i sin egen verden. Men at kortere turer kan være bra for pasienter som er på skjerming, der opplever informantene at bare det å få litt frisk luft og andre omgivelser kan bidra til å redusere symptomene.

Det er en enighet om at i tillegg til at aktivitetene må være intensive så må de og kreve en del konsentrasjon.

*«(det er) mindre tankekaos mens aktivitetene pågår, på grunn av at de må konsentrere seg om helt andre ting» (HP4)*

Med konsentrasjon siktes det i funnene til der pasientene må være obs på hva som skjer rundt seg, eller hva neste steg i aktiviteten skal være. Informantene sier at konsentrasjonselementet fører til mindre tankekjør, de får fokuset bort fra det som foregår inne i hodet og de blir litt tvunget ut av denne «boblen» Dette tyder på at for å oppleve best mulig symptomreduksjon så må aktivitetene ha en viss intensitet, men også være konsentrasjonskrevende.

*«De intensive aktivitetene...sånn som jeg ser det at de blir tvunget litt ut av symptomene»(HP1)*

## 4.2 Opplevd kompetanse til å utføre jobben

Funnene peker på at informantene i stor grad opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre jobben sin, men at denne er erfaringsbasert. De ser også at de har et ansvar for å opprettholde sin kunnskap, og at de bruker en kompetansegruppe for fysisk aktivitet til å få dette til. Informantene uttrykker også at de føler at det er godt tilrettelagt for å kunne utføre fysisk aktivitet som en del av behandlingen, men at det er enkelte ting de savner som gjør jobben mer krevende.

### ***Jeg elsker jo å være i fysisk aktivitet***

Funnene viser at informantene har et godt forhold til fysisk aktivitet selv, og at dette er noe de driver med på fritiden også.

*«Jeg elsker jo å være i fysisk aktivitet...Det er vel livsstil» (HP1)*

Informantene opplever fysisk aktivitet som meningsfullt, og at dette er noe de avsetter tid til i sin hverdag slik at de holder seg i god fysisk form. De ser hvilken nytte dette har for deres kropp, og er klar over hvor mye fysisk aktivitet de bør være i til daglig.

*«Jeg tror ting går med det jevne. Må holde kroppen i gang» (HP4)*

Enkelte har hatt fokus på fysisk aktivitet gjennom sin skolegang, selv om de ikke har gått studier som er direkte knyttet opp mot fysisk aktivitet og psykisk helse så har de skrevet oppgaver som omhandler tematikken. Felles for alle er at de bruker den erfaringen de har fra fysisk aktivitet i jobben sin.

*«Jeg kjenner jo at jeg kan bruke mange av de erfaringene jeg har selv, ikke bare i forhold til treningsøvelser...men liksom den følelsen som du får etterpå og, bare det å klarne opp i hodet, den der velværefølelsen» (HP1)*

Informantene overfører den opplevelsen de har med fysisk aktivitet til den jobben de gjør, og tenker at hvis fysisk aktivitet virker slik for deres kropp så er det slik for pasientene også. Disse argumentene understrekes med å vise til forskning, at den og viser at fysisk aktivitet har god effekt. Det er gjennomgående at den erfaringskunnskapen informantene tar med seg fra egen bruk av fysisk aktivitet hjelper dem i den jobben de gjør, ved at de blant annet får mer kunnskap om det.

*«Det som helsedirektoratet anbefaler det norske folket å gjøre som jeg egentlig bare videreformidler, pluss jeg bruker det selv for jeg vet det er viktig» (HP2)*

*«Men jeg tror jeg klarer å se de små variablene hele tiden...det tror jeg rett og slett går på en del erfaring jeg har hatt» (HP4)*

Som sitatene viser hjelper egne erfaringer på gjennomføring av jobben, og det forholdet informantene har til fysisk aktivitet påvirker den jobben de gjør.

*«Når du på en måte er interessert i det(fysisk aktivitet) så leser du hele tiden...Det er jo vanvittig mye å lese, artikler og sånn» (HP2).*

De gir og uttrykk for at den interessen de har for fysisk aktivitet fører til at de leser seg opp, her fører egen interesse til kunnskapsutvikling.

### ***Jeg kunne godt tenkt meg mer utdanning***

Når det kommer til spørsmålet om de opplever å ha god nok kompetanse til å gjennomføre jobben sin er det litt varierende svar. De fleste opplever å ha tilstrekkelig kompetanse grunnet at de har en interesse for fysisk aktivitet og har lest seg opp på det, men også fordi de har jobbet med fysisk aktivitet lenge. Dette viser at informantene har mye erfaringsbasert kunnskap. Denne kunnskapen oppleves i stor grad som tilfredsstillende, unntaksvis blir det sagt at denne erfaringskunnskapen ikke er nok for å kunne tilby god nok behandling.

*«Jeg tilfredsstiller nok ikke de som kommer inn og har mye peiling på trening og sånne ting»(HP4)*

Dette peker på at det å ha erfaringskunnskap i de fleste tilfeller er tilfredsstillende, men at det oppstår situasjoner der det å ha faglig kompetanse er nødvendig. Eksempler på der det er behov for å ha mer faglig kunnskap er blant annet når det skal lages treningsopplegg til pasientene. Det er en enighet om at selv om de har mye kompetanse så har de et ønske om å få mer.

*«Jeg skulle gjerne fått reist mer på konferanser og reist på andre sykehus som driver med det...for å på en måte utveksle erfaring»(HP2)*

*«Jeg kunne godt tenkt meg mer utdanning»(HP1)*

Informantene uttrykker et ønske om både mer erfaringskunnskap og formell kunnskap, dette peker på at de per dags dato ikke føler at det de har av kunnskap er tilstrekkelig, eventuelt at de føler at de har mer de kunne ha lært. Gjennomgående er det et ønske om å få utvikle sin kunnskap.

*«Det er liksom en trygghet i det(kunnskap) og. Det gir ofte overfor pasientene, så er det sånn, de hører mer på legen enn på miljøterapeuten» (HP1)*

Dette er et argument som kommer frem når det blir spurt om hvorfor det er et ønske om mer kompetanse. Sitatet kan peke på flere ting, blant annet at det ligger mer respekt i det å ha mer utdanning, skjev maktfordeling mellom roller eller at informantene selv er

usikre på egen kompetanse og føler at det er mer hold i de ordene som kommer fra legen. Ut fra informantenes uttalelser kan det virke som om det å få mer kompetanse og kunnskap kan bidra til å heve selvtilliten på utførelsen av fysisk aktivitet som behandling.

*«Jeg har ingen utdannelse, jeg har bare hatt et engasjement for det. Så jeg har ingen faglig bakgrunn»(HP4).*

### ***Men heldigvis har vi kompetansegruppen***

For å opprettholde og utvide sin kunnskap så er det flere av informantene som nevner kompetansegruppen som et viktig bidrag.

*«Målet med å ha kompetansegruppen er jo for å heve kompetansen på det feltet som du er interessert i» (HP2)*

Kompetansegruppen blir fremhevet som viktig siden de her blant annet knytter de ulike avdelingene sammen, og utveksler og øker kompetansen på fysisk aktivitet. Det som viser seg i funnene er at kompetansegruppen blir brukt for å heve den erfaringsbaserte kunnskapen.

*«Vi prøver å ha leid inn litt forelesere og sånn til å kunne tilføre litt faglig oppdatering» (HP4).*

Den blir og sett på som en læringsarena i forhold til faglige oppdateringer, der de også holder seg oppdatert på ny forskning på området. Kanskje kunne denne gruppen blitt brukt enda sterke til kompetanseheving, med tanke på at flere informanter etterlyser mer kunnskap, eller at dette hadde vært en grei arena å gjort det gjennom.

*«Mange av oss jobber veldig alene, og det er veldig godt å få noen til å dele sine frustrasjoner og gleder (med)» (HP4)*

Kompetansegruppen blir og sett på som en arena for støtte, med tanke på at de fleste som jobber med fysisk aktivitet jobber alene. Det at informantene her opplever støtte kan være viktig for å bygge opp selvtillit når det kommer til gjennomføringen av jobben.

### 4.3 Opplevd integrering av fysisk aktivitet som en del av behandlingen

Funnene viser at informantene opplever fysisk aktivitet som godt integrert i avdelingen, og at det blir tilrettelagt for bruken av fysisk aktivitet. Men at det er en del mangler, der de gjerne skulle ønske at fysisk aktivitet ble litt mer prioritert og at det ble brukt mer ressurser for å fremme dette.

*«Jeg skulle så ønske at det ble mye mer fokusert på enn det det allerede er» (HP1).*

#### ***Det er jo ikke økonomi til det, ikke penger til kurser***

Som vist så føler de fleste informantene at de har god kompetanse til å utføre fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Dette kompetansegrunnlaget er i stor grad erfaringsbasert, gjennom at de har vært i jobben sin lenge og at de gjerne har vært opptatt av tematikken gjennom sin utdanning. Men selv om de føler de har greit med kompetanse er det et ønske om mer

*«Skulle ønske jeg hadde en etterutdanning»(HP4)*

Funnene viser at informantene ikke får tilbud om kompetanseutvikling gjennom sin arbeidsplass, selv om det er et uttrykt ønske om dette, og at de ivrer etter å lære mer.

*«Jeg har gått på utrolig mange hyggelige kurs, og reist mye og sett og snakket med folk rundt forbi, og hentet inspirasjon. Vi gjorde mye mer av det før, før hadde vi litt penger til å gjøre sånne ting. Nå har vi ingenting»(HP3)*

Det virker som om situasjonen innen psykiatrien har endret seg, og at det tidligere ble satt av midler i budsjettet til kunnskapsutvikling. Dette blir ikke tilbudt nå lenger, fordi det ikke er økonomi til det. Årsaken til dette kan være mye, kanskje er det en manglende forståelse for viktigheten av spesialisert kunnskap hos helsepersonell, eller at den jobben de gjør ikke blir betraktet som viktig nok til å sette inn ressurser til kunnskapsutvikling. Uansett så opplever informantene at det ikke er økonomi til at de skal få kunne ta en videreutdanning eller reise på kurs

*«Det er jo ikke økonomi til det, ikke midler til kurser. Så det er jo litt dumt da» (HP2)*

Det er god konsensus om ønsket kunnskapsutvikling, og at dette ikke er noe de får støttet gjennom sin jobb. Dette fører til at informantene leser seg opp på tematikken av egen interesse, de setter av sin fritid til å lese ny forskning og pensum fordi de ser viktigheten av å ha kunnskap om temaet.

*«Vi tar oss tid, vi sjekker helsedirektoratet sine sider...når jeg har litt tid så googler jeg alltid fysisk aktivitet og mental helse» (HP3)*

Funnene viser også at det ikke er noe krav om spesifikk utdanning for å bli ansatt til å jobbe med fysisk aktivitet som behandling;

*«For jeg vet andre som jobber litt med dette her(fysisk aktivitet), vi er i grunnen bare entusiaster rundt det. Vi har ikke den faglige baklasten» (HP4)*

Informantene er utdannet som sosionomer, vernepleiere og sykepleiere, der noen har hatt fokus på fysisk aktivitet gjennom utdannelsen sin. Dette kan kobles opp mot det at informantene opplevde at pasientene hadde mer respekt for legen enn miljøpersonalet, kanskje hadde fysisk aktivitet fått en større plass i behandlingen hvis det var krav om formell utdanning.

*«Jeg tror hadde de fått ressurspersoner, skolerte, engasjerte ildsjeler inn...og satt av stillinger øremerket fysisk aktivitet så tror jeg det hadde blomstret, vi hadde gjort revolusjon. Men det blir ikke prioritert»(HP2)*

De uttrykker også at de tror at fysisk aktivitet hadde blitt en større del av behandlingen hvis det var et krav om utdanning for å få den øremerkede stillingen. Informantene uttrykker at det hadde vært en fordel hvis det hadde komt inn personal som hadde kunnskap om fysisk aktivitet.

*«Sånn som politikken er på dette huset er jo på en måte at det skal helst være helsefaglige arbeidere som har medisinkompetanse. Jeg hadde håpet for avdelingen sin del at de kunne hatt stillinger som blant annet ikke nødvendigvis krevde det» (HP4)*

Ut fra funnene kan det virke som om informantene ønsker å få inn andre typer yrkesgrupper for å kunne bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Dette kommer nok av at de andre vanlige yrkesgruppene innen psykiatrien har lite kunnskap om fysisk aktivitet, og at de ser viktigheten av at de som skal drive med dette har tilstrekkelig kunnskap.

### ***Du må ha øremerket folk i disse stillingene***

Temaet øremerket personal er noe som ofte blir nevnt, og viktigheten av dette for å kunne tilby en best mulig tjeneste.

*«Nei du må være to, men jeg hører at folk er en rundt omkring, men dette er det er ikke optimalt»  
(HP2)*

*«Kunne veldig gjerne ønske vi hadde en stilling til, \*\*\*de har jo mange poster hvor de ikke har en stilling til det» (HP1)*

Det er gjennomgående at informantene opplever at det er for lite øremerket personal til gjennomføringen av fysisk aktivitet som behandling. Dette resulterer i at de ikke klarer å favne alle pasientene, og at skjermingspasienter ofte kommer senere i fysisk aktivitet enn det de på åpen avdeling gjør. Funnene viser også at det er varierende hvor mye helsepersonell som er øremerket til fysisk aktivitet på ulike arbeidssteder i psykiatrien, det er alt fra null til 2, men det er alle steder et ønske om mer personal.

*«Jeg har jo ikke noen hel stilling som dette. Jeg er jo miljøterapeut i posten, og så har jeg øremerket noen tider og dager til å gjøre dette» (HP3).*

Det at informantene har andre oppgaver i tillegg til fysisk aktivitet gjør at noe av tiden som egentlig skulle ha blitt brukt til fysisk aktivitet faller bort. Mangel på øremerket personal fører til et mindre tilbud av fysisk aktivitet til pasientene.

*«Jeg skulle ønske at vi kunne vært to personal. Jeg jobber alltid alene»(HP4)*

Det er et utbredt ønske om mer øremerkede stillinger til fysisk aktivitet, fordi dette er en oppgave som er vanskelig å utføre alene, og helsepersonellet klarer ikke tilby nok fysisk aktivitet til alle pasientene. Det å være mer enn en som er øremerket til jobben er viktig for å ha noen å støtte seg til, noen å diskutere med men også for å fordele oppgaver. Mangelen på øremerket personal kan gjøre at fysisk aktivitet til pasientene blir nedprioritert.

Informantene opplever at årsaken til at det ikke er mer øremerkede stillinger er ressursene, men også at det kanskje ikke er en forståelse hos ledelsen at personalet som jobber med fysisk aktivitet er med på å avlaste avdelingen.



*«mer penger, og at en bare rett og slett tørr å ta sjansen på det(fysisk aktivitet). Å sette folk til å gjøre det da»(HP1)*

Ut fra informantenes uttalelser kan det virke som om det er en manglende forståelse for funksjonen til helsepersonellet som jobber med fysisk aktivitet, og at de ikke helt ser viktigheten av det de gjør. Noe som igjen fører til at det ikke blir satt av penger i budsjettet til øremerket personal.

### ***Jeg føler at det blir sett på som viktig***

Ut fra resultatene ser det ut som om fysisk aktivitet i varierende grad er integrert i de ulike avdelingene. Det som virker viktig i denne sammenheng er holdningene til kollegaene, opplevd støtte fra kollegaene og om fysisk aktivitet blir prioritert. Informantene opplever i stor grad at fysisk aktivitet blir sett på som viktig i deres avdeling, blant annet med at behandlerne er opptatt av deres observasjoner.

*«Det blir alltid spurt om hvordan, ja «hvordan er han(pasient) når han er ute? Hvordan opplever dere det? Hva observerer dere?»» (HP1)*

Behandlerne ser at de observasjonene som helsepersonellet gjør under den fysiske aktiviteten er viktig, og at informantene opplever det som støttende at de spør om deres observasjoner. Funnene viser at opplevd støtte også avhenger av i hvilken grad annet personal er med på å motivere pasientene til fysisk aktivitet, om det oppleves som om fysisk aktivitet er en del av kulturen på den arbeidsplassen og om det blir sett viktigheten av at pasientene skal delta på fysisk aktivitet.

*«De(kollegaer) vet at det virker. Og derfor er det en del av miljøterapien»(HP2)*

Det at informantene opplever støtte fra sine kollegaer er viktig for selve gjennomføringen av fysisk aktivitet, og det kan og være med å gi selvtillit til helsepersonell som driver med dette.

*«Det går rett og slett litt på holdningene til andre om vi skal få det til eller ei» (HP4)*

Støtte fra andre er avgjørende for om fysisk aktivitet blir tatt i bruk eller ikke. Informantene mener dette er viktig fordi de klarer ikke motivere alle pasientene alene, dette er noe som kan ta piffen av de allerede før aktivitetene har startet.

*«De som er kontaktperson for hver enkelt (pasient), de skal i grunnen hjelpe de å komme igjennom dagen og tilrettelegge for at de er med på det som står på ukeplanen» (HP4)*

Det etterlyses av enkelte et større engasjement hos kollegaer, det at de også er med på fysisk aktivitet hvis alle pasientene er med, og at de aktivt er med å motivere pasientene.

*«Her på (avdelingen) så er alle med å legger til rette. Fra øverste hold, ingen problem. De prioriterer fysisk aktivitet. De legger samtalene til sides og tar de før eller etterpå»(HP2)*

Det at behandlere legger sine samtaler til side blir sett på som viktig, og at behandlerne gir uttrykk for at fysisk aktivitet er bedre eller like godt som annen behandling slik at de ser viktigheten av at pasientene deltar. Hvis behandlere ikke prioriterer fysisk aktivitet kan dette bli sett på som om det ikke er en like viktig del av behandlingen, eller at for eksempel samtaleterapi er en bedre behandlingsmåte.

Det kommer ulike begrunnelser fra informantene på hvorfor de tror at fysisk aktivitet ikke alltid blir like godt prioritert. En informant sier at på deres arbeidsplass så var lederen først i tvil på om de burde drive med fysisk aktivitet, og om det hadde noen særlig effekt. Holdningen til denne lederen og resten av personalgruppen var nå god, men informanten var litt i tvil på hvorfor det var nettopp slik. Men spekulerte litt i om det kanskje kunne være overlege og en annen leder som hadde overtalt lederen deres til at dette var virkningsfullt. Andre påpeker at det kanskje er mangel på kunnskap hos leger og ledere som fører til at fysisk aktivitet ikke blir prioritert i den grad som det burde.

*«Det er for enkelt, tror det er for enkelt for de, til å skjønne at det har så god effekt» (HP2)*

Det blir påpekt av enkelte at ledere gjerne skulle hatt mer kunnskap om hvilken virkning fysisk aktivitet har på pasienter med psykoselidelser, eventuelt at de kunne ha fått sett i praksis hvordan pasientene endrer seg når de er i fysisk aktivitet. En informant som hadde jobbet en stund med det sa at det hadde vært tvil en stund på virkningen av fysisk aktivitet som behandling, men når ledere fikk presentert forskning som viste virkning så endret synet seg.

### ***Det er godt tilrettelagt vil jeg si***

Gjennomgående føler informantene at de har nok tilgjengelig utstyr og muligheter til å utføre fysisk aktivitet på en god måte. Dette er for eksempel tilgang på bil slik at de kan dra på turer, de har utstyr til treningsrom, treningstøy som pasientene kan låne og tilgang på svømmehaller og idrettsbaner. Dette fører også til at de fleste kan tilby et variert treningstilbud som er ganske fleksibelt og tilpasset til det pasientene liker å gjøre. Samtidig som det gis uttrykk for at de har det utstyret de trenger så kommer det frem at de må søke for eksempel stiftelser for å få økonomisk støtte;

*«Men jeg har søkt mye penger opp igjennom, fra noe som heter stiftelsen sinnslidelsen venner»(HP4)*

Dette blir gjort for å få nok penger til og blant annet kjøpe nytt utstyr til treningsrom eller annet utstyr som trengs for at pasientene skal kunne delta på fysisk aktivitet. Et annet eksempel på dette er at de må spør folk om gratis ting.

*«Nå skal alt spares på, så vi har sendt noen mailer som vi ikke har fått svar på i forhold til å kjøpe nye ting...nå har vi gått tilbake til det gamle igjen, der...det spørres litt rundt. Er det noen som har noen gamle allværsjakker, eller noen sko de ikke bruker som er for små» (HP3)*

Det må også samarbeides med for eksempel kommunale tiltak for å kunne ha et variert treningstilbud. Dette gjøres blant annet når det kommer til svømming, der avdelingen må samarbeide med et aktivitetssenter for å få tid. Begrunnelsen for det er at det ikke hadde vært mulig å gjøre dette alene, det hadde ikke vært nok penger til å finansiere leie av svømmehall. Selv om det må hentes inn økonomiske midler andre steder slik at de skal kunne tilby et best mulig treningstilbud virker de fleste fornøyde med tilgangen de har på utstyr og treningsmuligheter.

*«Jeg vil si at vi kan drive veldig god fysisk aktivitet her og det er godt tilrettelagt vil jeg si» (HP3)*

## 5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil resultatene som er presentert bli diskutert i forhold til tidligere forskning og teorier. Det som vil bli diskutert er informantene sin opplevelse av effekten av fysisk aktivitet, opplevd kompetanse til å gjennomføre jobben og opplevd integrering av fysisk aktivitet på deres arbeidsplass. Til slutt vil studiens praktiske betydning bli presentert og behovet for videre forskning av tematikken. Det vil i diskusjonsdelen bli brukt begrepet psykoselidelser istedenfor schizofreni/FEP grunnet at det er dette begrepet informantene har brukt.

### 5.1 Diskusjon av resultater

#### 5.1.1 Opplevde effekter av fysisk aktivitet som behandling

Et av studiens hovedfunn tyder på at informantene opplever god effekt av fysisk aktivitet som en del av behandlingen til pasienter med psykoselidelser. Funnene tyder på at pasientene opplever som mer «normale» under- og i etterkant av den fysiske aktiviteten, men også at de kommer ut av «boblen» sin. Informantene sier at de aktivitetene som gir disse effektene er intensive aktiviteter som krever konsentrasjon.

#### ***Opplevd effekt***

Noe av det sentrale som kommer frem når det er snakk om effekt er at opplevd effekt gjør det lettere å motivere pasientene, eller at dette er en hovedforklaring på hvorfor informantene «orker» å motivere pasientene til fysisk aktivitet. Informantene opplever at dette er en gruppe som er vanskelige å motivere. Dette er også noe som kommer frem i en studie gjennomført av Happell et al. (2012a), der en av informantene uttrykket at grunnet symptomene som denne gruppen har så er det svært vanskelig å motivere dem. Informantene i min studie sa blant annet at grunnen til at de orket å motivere til fysisk aktivitet var fordi de visste hva resultatene av dette kom til å bli, visste at hvis de bare klarte å få pasientene med på fysisk aktivitet, så ville symptomtrykket deres lette. Dette kan vi se i lys av mestringsforventning, som vil si at man har en tro på at man kan utføre en handling på en slik måte at man oppnår ønskede resultater (Bandura & Estes, 1977, s. 193). Begrepet «performance accomplishments» fra denne teorien kan være med å

belyse nettopp hvorfor helsepersonell klarer å motivere. Informantene har her jobbet seg opp personlige erfaringer med at de har mestret å få frem resultater hos pasientene, de vet at dersom de klarer å motivere pasientene så kommer de mest sannsynlig til å oppnå ønsket effekt (Bandura & Estes, 1977, s. 195).

Informantene opplever at pasientene blir mer «normale» under fysisk aktivitet og at de kommer ut av «boblen», der et av punktene var at de ble mer sosiale. At pasientene oppleves som mer sosiale når de kommer i fysisk aktivitet er også noe som en studie av Carlbo et al. (2018) kommer frem til. Her opplevde sykepleierne at pasientene ofte slet med å være i sosiale sammenhenger, men at dette ikke ble oppfattet som noe problem under fysisk aktivitet.

Det som informantene her nevnte som mer «normale» og ut av boblen kan man koble opp til reduksjon i negative og kognitive symptom hvis man ser på litteratur som er skrevet om psykoselidelser. Her blir det blant annet sagt at negative symptomer er mangel på spontanitet, isolasjon og apati (Helgesen, 2011, s. 267), mens kognitive symptomer er vansker med blant annet konsentrasjon, mentalt tempo og hukommelse (Sundet, 2011, s. 102). Man ser her at selv om informantene ikke sier det direkte så opplever de en reduksjon av både negative og kognitive symptomer hos pasientene under fysisk aktivitet.

Studier som er gjennomført på effekten av fysisk aktivitet til personer med psykoselidelser viser at det har god effekt på reduksjon av både negative symptomer og kognitive problemer (Firth et al., 2015; Firth et al., 2017; Schmitt et al., 2018). Dette er studier som baserer seg på kvantitative enkeltstudier der de har testet ut intervensjoner på pasienter med psykoselidelser for å se hvilken effekt det har. Altså peker både forskning som er gjort direkte på pasientene at fysisk aktivitet har god effekt på negative symptom og kognitive problemer, og informantene som jeg har intervjuet sier det samme.

Grunnen til at dette er et viktig funn er fordi andre behandlingsmetoder, blant annet antipsykotisk medisin og samtalebehandling, har vist å være effektivt på positive symptomer, det viser derimot liten eller ingen effekt på negative og kognitive symptomer (Sundet, 2011, s. 102-103; Tarpada & Morris, 2017, s. 29). Dette tyder på at per dags dato så er det bare fysisk aktivitet som gir god effekt på disse symptomene, og

bør bli en større del av dagens behandlingstilbud. Dette er også påpekt i nasjonale faglige retningslinjer som helsedirektoratet har gitt ut, hvor de sier at fysisk aktivitet har vist effekt på «humøret, fører til redusert angst, bedrer de negative symptomene og gir bedre livskvalitet» (Helsedirektoratet, 2013, s. 71).

Informantene peker på at de aktivitetene som gir best opplevd effekt er intensive aktiviteter som krever konsentrasjon. Også turer i ulendt terreng eller over lengre tid har vist gode resultater og ført til endringer i pasienters adferd. Det med intensive aktiviteter er noe som er dokumentert gjennom tidligere forskning (Firth et al., 2015; Su et al., 2016; Wang et al., 2018), men konsentrasjonskrevende aktiviteter er noe som ikke er belyst på samme måte. Informantene sier at det at pasientene må konsentrere seg under aktiviteten tvinger pasientene til å være i nuet, og dette er blant annet med på å dempe tankekjøret deres, og gjør at de klarer å være mer tilstede og oppmerksomme på det som skjer rundt dem. Dette kan tyde på at selv om det har vist god symptomreduksjon med intensive og krevende effekter så kan det være viktig å ha et fokus på at pasientene også må ha noe å konsentrere seg om mens de utfører øvelsen. Og at man på denne måten kan oppnå best mulig effekt av fysisk aktivitet som behandling.

### 5.1.2 Opplevd kompetanse til å utføre jobben

#### *Eget forhold til fysisk aktivitet*

En av hovedtendensene i mine funn er at informantene hadde et godt forhold til fysisk aktivitet, der de var klar over hvilken effekt dette hadde på egen kropp. Gjennomgående er det at informantene føler at deres eget forhold til fysisk aktivitet påvirker den jobben de gjør. Dette er et viktig funn, for i en studie utført av Leutwyler et al. (2013) kom det frem at en av barrierene som var med på å hindre bruken av fysisk aktivitet var at sykepleierne ikke var gode rollemodeller. Informantene i denne studien påpekte at noe av helsepersonellet lot pasientene være stillesittende og prøvde ikke å motivere til fysisk aktivitet. Informantene i min undersøkelse sier at de vet hvilken effekt fysisk aktivitet har på deres kropp, og tenker at dette også vil være slik for pasientene. De tar også med seg mange av de erfaringene de selv har fra fysisk aktivitet inn i jobben. Dette kan peke på at helsepersonellens forhold til fysisk aktivitet er en viktig faktor for å fremme bruken av fysisk aktivitet.

Det å være gode rollemodeller for fysisk aktivitet innebærer blant annet individuell tilrettelegging (Leutwyler et al., 2013). Informantene påpeker at egne erfaringer hjelper til for å klare å tilpasse aktivitetene til pasientene. Det kan virke som om eget forhold til fysisk aktivitet og egne erfaringer kan bidra til det å være gode rollemodeller for fysisk aktivitet. Det sies at hvis de selv bare ønsker å sitte inne på avdelingen hele dagen så smitter dette over på pasientene. Her kommer også Banduras teori om Self-efficacy inn, der han påpeker viktigheten av observasjonslæring (Bandura & Estes, 1977, s. 197). Det at pasientene her kan se at helsepersonellet også ivrer for fysisk aktivitet og liker det de driver med kan være en viktig fremmer for at fysisk aktivitet skal bli tatt i bruk.

Funnene står i motsetning til det en studie utført av Stanton et al. (2015) kommer frem til, der sammenhengen mellom helsepersonellens egne treningsvaner og i hvor stor grad de anvendte fysisk aktivitet i jobben ble undersøkt. Der ble det vist at det ikke var noe signifikant sammenheng mellom treningsvaner og anvendelsen av dette i jobbsammenheng. Utvalget til denne undersøkelsen bestod i stor grad av helsepersonell som hadde godt forhold til fysisk aktivitet (Stanton et al., 2015), og det er muligens grunnet dette at det ikke ble koblet noen signifikant sammenheng mellom treningsvaner og i hvilken grad fysisk aktivitet ble brukt i jobben. I min studie er helsepersonellet som er undersøkt øremerket til stillingen, noe som vil si at jobben deres tilsier at de skal promotere fysisk aktivitet til pasientene.

### ***Ønske om mer kompetanse***

Informantene i min undersøkelse har mye erfaringskunnskap på fysisk aktivitet, blant annet fordi de har jobbet med dette over lengre tid. Selv om de fleste uttrykker at de føler seg kompetente til å gjøre jobben sin så er det et ønske om å få mer kompetanse. Dette samsvarer godt med funn fra andre undersøkelser, som viser at det er en mangel på utdanning og kunnskapsheving blant helsepersonell som jobber med fysisk aktivitet (Stanton et al., 2015). En av årsakene til et ønske om mer kunnskap er fordi informantene føler de får oppgaver som de egentlig ikke har kompetanse til å utføre, det kan her virke som om det er en mangel på mestringsforventning (Bandura & Estes, 1977). Mangelen på mestringsforventning gjør at enkelte informanter føler at de ikke tilfredsstillter pasienter som har mye erfaring og kunnskap om fysisk aktivitet fra før av.

I følge nasjonale faglige retningslinjer for behandling av psykose så er det å gi informasjon til pasientene om fysisk aktivitet et viktig element når det kommer til å bruke det som en del av behandlingen. Helsepersonellet skal også kunne tilrettelegge treningen for pasientene med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013, s. 71). Her vil det være viktig at helsepersonellet har et godt faglig kunnskapsgrunnlag, slik at informasjonen de gir og den tilretteleggingen de gjør av aktivitetene er evidensbasert. Når informantene i min undersøkelse da uttrykker et ønske om å få mer faglig kunnskap kan dette være en av grunnene, men det er også viktig for å kunne tilby en best mulig behandling. Tidligere forskning peker også på viktigheten av helsepersonellens kunnskap, og at mye av den fysiske aktiviteten som blir promotert av helsepersonell ofte er basert på egen kunnskap, tro og erfaring (Stanton et al., 2014). Dette er jo noe som også mine informanter påpeker, at den fysiske aktiviteten som de tilbyr er preget av den erfaringen de har og den kunnskapen de har opparbeidet seg gjennom årene de har jobbet med det.

Selv om informantene ser at deres erfaringsbaserte kunnskap er viktig for å tilby en god behandling så ønsker de mer kunnskap, og at denne kunnskapen skal komme gjennom utdanning og forskning. En studie utført av Stanton viser at helsepersonell mener at for at fysisk aktivitet skal få en større plass i behandlingen så må det blant annet bli økt kunnskap på området og at helsepersonellet bør få en større selvtillit når det kommer til trening (Stanton et al., 2015). Samme studie viste også at mangel på kunnskap kan virke som en barriere på promoteringen av fysisk aktivitet, noe som samsvarer godt med det som mine informanter har sagt. Blant annet sier de at det er en større trygghet i det å ha mer kunnskap, dette sier noe om at kunnskap gir selvtillit til å utføre de oppgavene du har.

Informantene jeg intervjuet sa at de brukte en kompetansegruppe blant annet for å øke kompetansen på området, men også for å se hvordan andre arbeidsplasser utførte fysisk aktivitet. I følge Bandura så kan det å se på andre som utfører den oppgaven du skal gjøre være en grei måte å øke mestringsforventningen (Bandura & Estes, 1977). Muligens er det slik kompetansegruppen virker som støtte for informantene som jeg har intervjuet også, at de får se at andre lykkes med å gjennomføre fysisk aktivitet som en del av behandlingen kan bidra til at de også får tro på at de kan gjøre det.



### 5.1.3 Opplevd integrering av fysisk aktivitet som en del av behandlingen

Gjennomgående i resultatene er det at informantene føler at det mangler en del ressurser når det kommer til fysisk aktivitet. De sier at de føler det blir tilrettelagt bra, men at det mangler en del ting som gjør at det å gjennomføre den fysiske aktiviteten blir vanskeligere. Dette er også noe som tidligere forskning viser, det er ofte for lite ressurser til gjennomføringen (Stanton et al., 2015), muligens grunnet at behandlingsstedene ikke har fysisk aktivitet prioritert i sine virksomhetsplaner og budsjett (Rønning, 2018).

#### ***Mulighet for kunnskapsutvikling***

Som nevnt har informantene jeg intervjuet et ønske om å få mer formell kompetanse når det kommer til fysisk aktivitet. Dette blant annet gjennom kursing og videreutdanning. Det som kommer frem, er at dette ikke er en mulighet de får gjennom arbeidsstedet sitt.

Informantene påpeker som nevnt at pasientene hører mer på legen enn på miljøpersonalet. Lignende funn kan vi også finne i en studie utført av Carlbo et al. (2018), hvor sykepleierne uttrykker at det er bedre at legene gir informasjon om fysisk aktivitet, fordi dette har større gjennomslagskraft enn hvis *de* gir den samme informasjonen. Disse funnene kan peke på at det muligens ligger større respekt i det å ha høyere utdanning, og at pasientene har mer tiltro til noe som en person med høyere utdanning sier. Selv om det er et ønske om mer kunnskap, blir det ikke tilbudt gjennom arbeidsstedet.

Informantene i denne studien tror at grunne til at det ikke er tilbud om kunnskapsutvikling, er fordi fysisk aktivitet ikke blir prioritert i stor nok grad, og fordi det ikke er satt av ressurser til det. Det kan virke som om implementeringen av fysisk aktivitet ikke har skjedd i tilstrekkelig grad, dersom man ser på implementeringsrammeverket PARIHS (Rycroft-Malone, 2013). I denne teorien understrekes det at hvis det skal skje en suksessfull implementering, så må det blant annet være nok ressurser. Det bør også være en person som er tilrettelegger som blant

annet skal stå for opplæring og veiledning gjennom prosessen (Rycroft-Malone, 2013, s. 114-119). Det kan virke som om arbeidsstedene der informantene jobber ikke har klart å implementere fysisk aktivitet i stor nok grad, blant annet fordi de har en kultur der det ikke har blitt satt av nok ressurser til at fysisk aktivitet skal kunne bli brukt på en tilstrekkelig måte. Dette er i denne sammenheng ressurser til kunnskapsutvikling. De har heller ikke noen på arbeidsplassen som gir de opplæring i det som skal bli gjort, dette virker det som om de sørger for selv gjennom kompetansegruppen. I følge dette rammeverket bør det også være en ledelse som legger til rette for at personalet skal få mulighet til å utvikle sin kunnskap og egenskaper (Rycroft-Malone, 2013, s. 125). Det kan virke som om ledelsen der informantene jobber ikke har lagt til rette for dette, siden de uttrykker at det ikke er mulighet for kunnskapsutvikling ut over det de gjør selv.

Tidligere forskning som har undersøkt helsepersonell sin oppfatning av fysisk aktivitet som behandling peker også på at det er for lite ressurser til fysisk aktivitet, og at dette kan bli sett på som en barriere når det kommer til og ta i bruk fysisk aktivitet som behandling (Happell et al., 2012a; Rønning, 2018). Dette viser at selv om det er mye evidens for virkningen av fysisk aktivitet, noe som også informantene som jeg har intervjuet støtter, så blir det ikke prioritert i tilstrekkelig grad. Det er mangler på ressurser som fører til at informantene ikke får mulighet til å utvikle sin kunnskap på området.

Mangel på tilstrekkelig kunnskap og kompetanse når det kommer til fysisk aktivitet kan føre til en rolleambivalens (Happell et al., 2012b). Dette er muligens faren ved at det ikke blir tilbudt noe form for kompetanseheving til helsepersonell som jobber med fysisk aktivitet. De har mye kunnskap om psykisk helse, men de mangler kompetanse når det kommer til den fysiske helsen og fysisk aktivitet. Tidligere forskning viser at for å promotere fysisk aktivitet, så er et av elementene som må på plass, økt kunnskap (Stanton et al., 2015).

### ***Øremerket personal***

Et viktig funn i min undersøkelse er viktigheten av å ha øremerket personal til å utføre fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Informantene opplevde at de ikke klarte å tilby tilstrekkelig fysisk aktivitet til pasientene grunnet manglende personal. Mangel på personal er noe som ofte blir nevnt når det kommer til fysisk aktivitet. Blant annet har

Toril Moe sagt til NAPHA at de færreste behandlingsstedene har personal som er satt av til å bare fokusere på fysisk aktivitet (Rønning, 2018). Mangel på øremerket personal har også i tidligere forskning blitt sett på som en barriere for å tilby fysisk aktivitet (Happell et al., 2012a). Som vist i tidligere forskning, og gjennom mine intervjuer så kan mangel på personal føre til at fysisk aktivitet blir nedprioritert, eller ikke tilbudt i den grad som det burde.

Som nevnt så sier nasjonale faglige retningslinjer at det bør bli tilbudt fysisk aktivitet som en del av behandlingen til personer med psykoselidelser, der det er fokus på viktigheten av informasjon, motivasjon og tilrettelegging (Helsedirektoratet, 2013). Informantene som jeg intervjuet uttrykket blant annet at det å motivere pasientene var svært tungt og tidskrevende, og at det krevdes flere helsepersonell for å klare dette. Mangel på øremerket personal gjør det vanskelig å følge helsedirektoratet sine anbefalinger. Det må være personer som har fått ansvaret for blant annet å gi informasjon, motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet, og det må helst være flere for at dette ikke skal være for belastende for de som står i det.

I Firth sin artikkel kommer det frem at pasientene opplever at støtte fra profesjonelle når de utfører aktiviteten blir sett på som en motivasjonsfaktor, og fraværet av dette blir sett på som en barriere (Firth et al., 2016). Som flere av informantene i min undersøkelse understreket, så var det vanskelig å tilby alle pasientene tilstrekkelig fysisk aktivitet. De når ikke over alle pasientene, noe som fører til at enkelte av pasientene ikke får den oppfølgingen av profesjonelle som virker som en motivasjonsfaktor. Dette kan muligens føre til at disse pasientene ikke deltar i fysisk aktivitet i den grad som de kanskje hadde gjort hvis det var nok personal til stede.

Informantene uttrykker at årsaken til at det ikke er mer personal til å utføre fysisk aktivitet er økonomi, men også en manglende forståelse for at de er med på å avløse avdelingen. I PARIHS-rammeverket blir det lagt vekt på at det bør være nok menneskelige ressurser og finansielle ressurser på plass for å få til en suksessfull implementering (Rycroft-Malone, 2013, s. 123). Forskningen som ligger bak intervensjonene må også bli sett på som verdifull, eller være godkjent av både kollegaer og ledere for å få til en suksessfull implementering (Rycroft-Malone, 2013, s. 121). Slik informantene uttrykker er det på deres arbeidsplass ikke satt av nok ressurser til å få inn

øremerket personell til fysisk aktivitet. Det er satt av noen stillinger som er øremerket eller delvis øremerket, men informantene opplever at dette ikke er tilstrekkelig for å gi god nok behandling til pasientene. I tillegg uttrykker de at det kanskje er en manglende forståelse eller anerkjennelse av den evidensen som ligger til grunn for hvorfor det bør være øremerket personal.

Mine intervju viser også at det ikke er noen krav til spesialisert utdanning for å bli ansatt i disse øremerkede stillingene. Informantene jeg intervjuet var sykepleiere, vernepleiere og sosionomer, som er utdannelse som ikke har et spesifikt fokus på fysisk aktivitet i forhold til psykiske lidelser. Funnene viser et ønske om personal som har mer spisset kompetanse når det kommer til fysisk aktivitet, og at dette kan være med å løfte fysisk aktivitet som behandling. Tidligere forskning viser også hvilke fordeler det kan ha med spesialisert personal. Carlbo et al. (2018) har utført en studie på sykepleieres erfaringer med å bruke fysisk aktivitet i behandlingen, hvor det blir sett på som en nødvendighet at de har sykepleiere som er ansatt spesielt for å motivere pasientene til fysisk aktivitet. Her blir det også påpekt at dersom anbefalingen om fysisk aktivitet kommer fra en lege, er det mer virkningsfullt enn om det bare kommer fra dem. En studie av fysioterapeuter som jobber med fysisk aktivitet som en del av behandlingen til personer med psykoselidelser viser at fysioterapeutene ser på det som en stor fordel at de har den utdannelsen de har. Dette grunnet at de har en utdanning som er fokusert inn på fysisk helse, i motsetning til annet personal som har mest fokus på den psykiske helsen (Stubbs et al., 2014, s. 253).

### ***Opplevd støtte***

Tidligere forskning viser at støtte fra kollegaer til å gjennomføre fysisk aktivitet som behandling er sentralt. Dette går blant annet på om kollegaer og ledere ser på det som viktig, hvilken prioritet det blir gitt av andre yrkesgrupper og holdningen til fysisk aktivitet på arbeidsplassen (Carlbo et al., 2018; Happell et al., 2012b; Leutwyler et al., 2013). Informantene i min studie sier at de føler at fysisk aktivitet blir sett på som viktig på deres arbeidsplass, blant annet ved at behandlere er opptatt av deres observasjoner,

og de har et ønske om at pasientene skal delta på den fysiske aktiviteten. Et av punktene som blir dratt frem som avgjørende er om det blir satt av tid til å utføre den fysiske aktiviteten, og om behandlere respekterer dette. Her var det litt forskjellige opplevelser fra informantene. Noen opplevde at behandlere tok hensyn til tidspunktet pasienten skulle delta på fysisk aktivitet, mens andre ikke opplevde dette. Tidligere forskning viser at dette ofte er noe som kan stå i veien for fysisk aktivitet. Det blir nedprioritert fordi det er høye krav fra andre gjøremål, eller uforutsette ting kommer i veien. Mangel på tid til gjennomføring har også blitt dratt frem (Happell et al., 2012a; Stanton et al., 2015). Avsatt tid blir i følge mine informanter opplevd som en reflektering av støtte fra annet personal, der behandlere tok hensyn til den fysiske aktiviteten opplevdes det god støtte.

Andre tema som kommer opp når vi snakker om opplevd støtte er om kollegaene er engasjerte i fysisk aktivitet selv, om de er med å motiverer, og om de også deltar på aktivitetene sammen med pasientene. En studie utført av Carlbo et al. (2018) viser at sykepleierne ser på det som et hovedelement at de er med på den fysiske aktiviteten selv, og at dette var viktig for å få pasientene til å delta. Dette er ikke helt samme vinkling som informantene i min studie har, her virker det som om graden av deltakelse i fysisk aktivitet av annet personal avgjør grad av støtte helsepersonellet opplever. I følge Happell et al. (2012b) kan det å tro at man ikke får støtte fra arbeidsplassen føre til at man ikke benytter fysisk aktivitet i den grad som det egentlig kan bli benyttet. Slik virker det også at det er for informantene som jeg har intervjuet. Det virker som om det er lettere å gjennomføre fysisk aktivitet på arbeidsplasser der helsepersonellet opplever støtte.

I rammeverket PARIHS blir det også fremhevet at for å få en suksessfull implementering må blant annet organisasjonen være åpen for forandringer, og støtte de som prøver å gjøre forandringene. I tillegg må det være et godt samarbeidsmiljø, og alle i organisasjonen må anerkjenne evidensen som ligger til grunn for endringene (Rycroft-Malone, 2013, s. 121-125). Det kan virke som om enkelte av informantene som jeg har intervjuet ikke helt føler at kollegaene støtter opp om de endringene som fysisk aktivitet krever; for eksempel uttrykker den ene informanten at enkelte ansatte bare liker å holde fortet. Flere informanter påpeker at det kanskje kan være en mangel på kunnskap om fysisk aktivitet som behandling som fører til mangel på støtte, og at fysisk aktivitet ikke

alltid blir prioritert. Hos den ene informanten hadde holdningene til fysisk aktivitet endret seg etter at ledere og behandlere hadde fått sett evidens for hvilken virkning fysisk aktivitet har. Så muligens er det der problemet ligger for enkelte arbeidsplasser; enten at ledere og kollegaer ikke har oversikten over den evidensen som finnes om fysisk aktivitet, eller at de ikke anerkjenner denne evidensen.

Det å oppleve støtte fra mennesker rundt seg er også viktig for å heve mestringsforventningen (Bandura & Estes, 1977, s. 198). I denne teorien er det et punkt som heter verbal overbevisning, som man kan se i sammenheng med informantene sin opplevde støtte. For at helsepersonellet skal ha tro på at de mestrer å utføre fysisk aktivitet som en del av behandlingen, kan det å motta støttende kommentarer fra kollegaer og ledere være viktig. De blir overtalt av andre til at det de gjør er virkningsfullt, og at de får støtte i det de gjør.

### ***Tilrettelegging på arbeidsplassen***

Punkter som kommer frem i rammeverket PARIHS er at for å få til en suksessfull implementering av en innovasjon, så må de fysiske lokalene være tilpasset til formålet, og det må være nok tilgjengelig utstyr til å implementere (Rycroft-Malone, 2013, s. 123). Informantene gir i stor grad uttrykk for at de føler at de har nok tilgjengelig utstyr slik at de kan tilby et variert treningstilbud som er tilpasset pasientene. Utstyret består blant annet av treningstøy som pasienter kan låne, avtaler med treningssenter, tilgang til svømmehall og apparater til treningsrom på avdelingen. Dette punktet kan det konkluderes med at de fleste informantene føler at fysisk aktivitet har blitt godt implementert.

Selv om det er gjennomgående at informantene er fornøyde med tilretteleggingen, så uttrykker de også at de må søke stiftelser, be nærmiljøet om gratis ting og samarbeide med andre kommunale tiltak for å få ting til å gå rundt. Dette peker på at det kanskje ikke er så godt tilrettelagt som de gir uttrykk for at det er, og at det er mangel på ressurser til å blant annet kjøpe inn nytt utstyr til treningsrom eller treningstøy til pasientene. Det virker også som om fysisk aktivitet kanskje ikke blir prioritert i like stor grad som annen behandling, noe som tidligere forskning peker på, blant annet ved at det

fortsatt er medikamentell behandling som er hovedprioritet (Happell et al., 2012b; Leutwyler et al., 2013). Kanskje er det slik som Moe påpeker i en artikkel til NAPHA; at fysisk aktivitet ikke er noe som er prioritert i budsjettene til behandlingsstedene (Rønning, 2018).

## 5.2 Oppsummering diskusjon

Gjennom funn og diskusjon kan man se at fysisk aktivitet har god effekt på negative symptom og kognitive problemer, noe som tilsier at fysisk aktivitet burde være en større del av det holistiske behandlingstilbudet pasienter med psykoselidelser får. Det kan virke som om fysisk aktivitet ikke blir sett på som behandling i samme grad som for eksempel medisinsk behandling. Grunnen til dette er fordi det blant annet ikke blir satt av nok personal til å utføre det, og at det oppleves å bli nedprioritert.

Det er heller ikke mulighet for kunnskapsutvikling gjennom arbeidsstedene, og ingen krav om spesialisert utdanning for å bli ansatt til stillingene. Både informantene og tidligere forskning peker på fordelene det kan ha dersom spesialiserte personell blir ansatt i stillingene. Kanskje er det slik at fysisk aktivitet er implementert i en viss grad, men ikke nok til at det blir en prioritet for andre enn de som faktisk har ansvar for å drive dette?

### 5.2.1 Svakheter ved studien

Svakheter i studien er koblet til min mangel på erfaring som forsker, som kan ha vært med å påvirke både hvilke tolkninger og slutninger jeg har tatt i forhold til datamaterialet. Studien er også en masteroppgave, noe som innebærer begrensninger på både tid og ressurser, og dermed kan ha påvirket hele studien.

Som nevnt tok godkjenningen av prosjektet lengre tid enn forventet. Dette kan være en forklarende grunn til at jeg ikke klarte å innhente flere informanter. Få informanter kan også være et resultat av at jeg rekrutterte gjennom en kompetansegruppe, eventuelt at det ikke er så mange som er øremerket til disse stillingene. Dette kan ha påvirket de

funnene som har kommet frem, ved at flere informanter kanskje kunne ha kommet med ny kunnskap, men dette er vanskelig å slå fast. Grunnet at jeg mistet litt tid fordi godkjenningen ikke kom når jeg trodde den skulle så fikk jeg mindre tid enn ønsket til analyse og drøfting. Dette kan ha ført til at jeg har oversett viktige elementer i mitt datasett.

### 5.2.2 Implikasjoner

#### **Overførbarhet**

Det kan tenkes at funnene fra min undersøkelse er overførbare til annet helsepersonell som jobber med fysisk aktivitet som en del av behandlinger til pasienter med psykoselidelser. Med tanke på at studien har ivaretatt både brukerperspektiv og klinisk perspektiv, samt at utvalget bestod av informanter med mye kunnskap på området. Dette er elementer som er med å øke sannsynligheten for at funnene fra denne studien kan overføres til andre situasjoner.

#### **Implikasjoner for praksis**

Noe av formålet med denne studien var å se hvordan helsepersonell opplevde at fysisk aktivitet ble bruk som behandling i praksis, og om det ble tilrettelagt for bruken. Studiens funn peker på at det blir tilrettelagt i en viss grad, men at helsepersonellet ønsker mer kunnskap, mer øremerket personal og at det kan være behov for mer ressurser.

På bakgrunn av funn i min masterstudie kan det anbefales at behandlingssteder som jobber med pasienter med psykoseproblematikk:

- Ansetter mer øremerket personal til fysisk aktivitet
- Tilbyr kunnskapsutvikling til ansatte som jobber med fysisk aktivitet
- Setter av mer ressurser til gjennomføringen av fysisk aktivitet som behandling
- Legger til rette for at personal med idrettsfaglig bakgrunn kan bli ansatt i stillinger som omhandler fysisk aktivitet.



### 5.2.3 Aktuelle problemstillinger for videre forskning

Denne studien har fått godkjenning til å bli utvidet, ved å inkludere ledere på postnivå i videre forskning. Dette vil bli utført av undertegnede og veileder etter innlevering av masteroppgaven. Dette var en vinkling som virket interessant under jobbingen med masteroppgaven, men som det ikke var tid eller mulighet til å ta med i oppgaven.

Det dukket opp flere interessante aspekter under gjennomføringen av min masteroppgave, som jeg ikke hadde tid eller mulighet til å undersøke videre. Det som kan være nyttig å forske mer på er blant annet hvordan ledere/systemnivå ved ulike behandlingssteder legger til rette for implementering av fysisk aktivitet som en del av behandlingen, og hva de gjør for at fysisk aktivitet skal være en del av behandlingen til pasienter med psykoselidelser.

Det ville også vært interessant å forsket videre på viktigheten av det å ha ansatte som er utdannet innen idrett eller fysisk aktivitet, som har mer faglig kompetanse enn det mine informanter hadde. Blant annet å se på hvilken virkning dette har for selve gjennomføringen, holdningene til personal rundt og hvordan dette påvirker pasientene.

Kanskje kan det også være aktuelt å gjøre en større spørreskjemaundersøkelse på samme tema, som er mer landsdekkende, der man får sett i hvor stor grad fysisk aktivitet faktisk blir brukt som behandling.

## 6.0 Avslutning

Formålet med studien var å eksplorere hvordan helsepersonell som jobber med personer med schizofreni og FEP opplevde fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Det ble også sett på hvordan fysisk aktivitet blir brukt i praksis, blant annet hvilke holdninger det var til det, hvordan det er å jobbe med det, hvilke barrierer som oppleves og hvilke effekter helsepersonellet opplevde av fysisk aktivitet som behandling. Som funn og diskusjon viser opplever helsepersonellet god effekt av fysisk aktivitet hos pasientene, ved at det skjer en reduksjon i både negative symptomer og kognitive vansker. Disse

resultatene oppleves i størst grad ved aktiviteter som er intensive og konsentrasjonskrevende. Klatring blir spesielt trukket frem som gunstig, dette indikerer at fysisk aktivitet har et godt potensial som behandling til personer med psykoselidelser hvis det blir implementert riktig på behandlingsstedene.

Studien viser at det er en mangel på formell kunnskap hos helsepersonell som jobber med fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Selv om informantene i studien har mye erfaringskompetanse så er det et ønske om mer spisset kunnskap om fysisk aktivitet. Dette ønsket kommer blant annet av at det er en trygghet i det å ha formell kompetanse, som fører til mer respekt fra pasientene. Økt kunnskap er viktig for at helsepersonell skal få mer selvtillit når det kommer til gjennomføringen, slik at fysisk aktivitet blir løftet mer frem som behandling.

Ut fra informantenes uttalelser og tidligere forskning kan det virke som om fysisk aktivitet i for liten grad er integrert som en del av behandlingen. Det viser seg at det er en mangel på ressurser og prioriteringer, som fører til at det er vanskelig å tilby pasientene tilstrekkelig fysisk aktivitet. Informantene peker på at mangelen på ressurser bidrar til at de ikke får mulighet til kunnskapsutvikling og at det ikke blir satt av nok stillinger til fysisk aktivitet. Selv om det er spekulativt kan det virke som, ut fra informantenes uttalelser, at det er mulighet for enkel tilrettelegging slik at fysisk aktivitet i større grad blir implementert i psykiatrien, ved for eksempel å våge å sette nok personal på oppgaven.

Sammenfattet kan studien indikere at det er et behov for mer fokus på fysisk aktivitet som en del av behandlingen enn det det er i dag. Det kan virke som om det ikke blir prioritert i tilstrekkelig grad, det er en mangel på ressurser til øremerket personal og kunnskapsutvikling til tross for at tidligere forskning og funn viser god effekt av fysisk aktivitet som behandling.

## Referanser

- Bandura, A. & Estes, W. K. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bjørnstadjordet, K. (2009). Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni. *fysioterapeuten*, 2009(5), 19-25. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Fysisk-aktivitet-som-behandling-av-mental-helse-ved-schizofreni>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carlbo, A., Claesson, H. P. & Åström, S. (2018). Nurses' Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(7), 600-607. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1429508>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Edward John, N. (2018). Interpretive Phenomenological Analysis: An Appropriate Methodology for Educational Research? *Journal of Perspectives in Applied Academic Practice*, 6(1), 75-83. <https://doi.org/10.14297/jpaap.v6i1.304>
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P. & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients, 45(7), 1343-1361. <https://doi.org/10.1017/S0033291714003110>
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorkzynski, P., Yung, A. R. & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis, 46(14), 2869-2881. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>
- Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., ... Yung, A. R. (2017). Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia bulletin*, 43(3), 546. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw115>
- Gangås, M. (2011). Positive effekter av fysisk aktivitet for pasienter med schizofreni. Hentet 09.11.2018 fra <https://www.napha.no/content/14289/Positive-effekter-av-fysisk-aktivitet-for-pasienter-med-schizofreni>
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C. & Nankivell, J. (2012a). Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, 5(1), 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2012.02.005>
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C. & Nankivell, J. (2012b). Should we or shouldn't we? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 202-210. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00799.x>
- Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner : lærebok i psykologi* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg21. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse*. Hentet fra

- [https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21\\_strategi\\_web.pdf?id=2266705](https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705)
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- Helsenorge. (2018). Psykose. Hentet 03.01.19 fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykoser>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Henriksson, J. & Sundberg, C. J. (2009). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 8-36). Oslo: Helsedirektoratet.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jansson, E. & Anderssen, S. A. (2009). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 37-44). Oslo: Helsedirektoratet.
- Johannessen, J. O. (2011). Schizofreni - klinisk bilde og utbredelse. I B. R. Rund (Red.), *Schizofreni* (4. utg., s. 28-42). Stavanger: Hertervig akademisk.
- Jordahl, H. & Repål, A. (2009). *Mestring av psykoser : psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø* (Ny rev. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. I (Vol. 72, s. 2954-2965).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode : veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Leutwyler, H., Hubbard, E. M., Jeste, D. V. & Vinogradov, S. (2013). "We're Not Just Sitting on the Periphery": A Staff Perspective of Physical Activity in Older Adults with Schizophrenia. *Gerontologist*, 53(3), 474-483. <https://doi.org/10.1093/geront/gns092>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Martinsen, E. W. & Taube, J. (2009). Schizofreni. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 561-570). Oslo: Helsedirektoratet.
- McCreadie, R. G. (2003). Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: Descriptive study. *British Journal of Psychiatry*, 183(6), 534-539. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.6.534>
- Nuechterlein, K., Ventura, J., Gretchen-Doorly, D., McEwen, S. C., Vinogradov, S. & Subotnik, K. (2014). ENHANCING COGNITIVE TRAINING THROUGH AEROBIC EXERCISE AFTER A FIRST SCHIZOPHRENIA EPISODE: THEORETICAL CONCEPTION AND PILOT STUDY. *Schizophr. Res.*, 153(s1), S161-S161.

- Rycroft-Malone, J. (2013). Promoting Action on Research Implementation In Health Service(PARIHS). I J. Rycroft-Malone & T. Bucknall (Red.), *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action*. (s. 109-135). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Rønning, A. K. (2018). - Fysisk aktivitet reduserer psykiske plager, likevel ordinerer en rekke behandlere det ikke. Hentet 13.03.19 fra <https://www.napha.no/content/22230/-Fysisk-aktivitet-reduserer-psykiske-plager-likevel-ordinerer-en-rekke-behandlere-det-ikke>
- Schmitt, A., Maurus, I., Rossner, M. J., Röh, A., Lembeck, M., Von Wilmsdorff, M., ... Falkai, P. (2018). *Effects of Aerobic Exercise on Metabolic Syndrome, Cardiorespiratory Fitness, and Symptoms in Schizophrenia Include Decreased Mortality*.
- Stanton, R., Happell, B. & Reaburn, P. (2014). The development of a questionnaire to investigate the views of health professionals regarding exercise for the treatment of mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, 7(3), 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2014.06.001>
- Stanton, R., Happell, B. & Reaburn, P. (2015). Investigating the exercise-prescription practices of nurses working in inpatient mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 112-120. <https://doi.org/10.1111/inm.12125>
- Stubbs, B., Soundy, A., Probst, M., De Hert, M., De Herdt, A., Parker, A. & Vancampfort, D. (2014). The Assessment, Benefits and Delivery of Physical Activity in People with Schizophrenia: A Survey of Members of the International Organization of Physical Therapists in Mental Health. *Physiotherapy Research International*, 19(4), 248-256. <https://doi.org/10.1002/pri.1592>
- Su, C.-Y., Wang, P.-W., Lin, Y.-J., Tang, T.-C., Liu, M.-F. & Chen, M.-D. (2016). The effects of aerobic exercise on cognition in schizophrenia: A 3-month follow-up study. *Psychiatry Research*, 244, 394-402. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.011>
- Sundet, K. (2011). Nevropsykologisk funksjonssvikt ved schizofreni. I B. R. Rund (Red.), *Schizofreni* (4. utg., s. 102-117). Stavanger: Hertzervig akademisk.
- Tarpada, S. P. & Morris, M. T. (2017). Physical Activity Diminishes Symptomatic Decline in Chronic Schizophrenia: A Systematic Review. *Psychopharmacology bulletin*, 47(4), 41.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wang, P.-W., Lin, H.-C., Su, C.-Y., Chen, M.-D., Lin, K. C., Ko, C.-H. & Yen, C.-F. (2018). Effect of Aerobic Exercise on Improving Symptoms of Individuals With Schizophrenia: A Single Blinded Randomized Control Study.(Clinical report). *Frontiers in Psychiatry*, 9(MAY). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00167>
- Zins, C. (2000). Success, a structured search strategy: Rationale, principles, and implications. *Journal of the American Society for Information Science*, 51(13), 1232-1247. [https://doi.org/10.1002/1097-4571\(2000\)9999:9999::AID-ASI1034>3.0.CO](https://doi.org/10.1002/1097-4571(2000)9999:9999::AID-ASI1034>3.0.CO)

## Vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Godkjennelse masterprosjekt

## Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Jeg går master i rus og psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger, og er i gang med min masteroppgave der temaet er fysisk aktivitet i forhold til schizofreni og førstegangpsykose. Mine veiledere er Kolbjørn Brønnick (UIS) og Einar Furulund (SUS). Hensikten er å få frem helsepersonell sin opplevelse av fysisk aktivitet som en del av behandlingen til pasienter med schizofreni og førstegangpsykose. Her vil det være fokus på opplevd effekt, motivasjon og brukermedvirkning blant annet.

Jeg ønsker å utføre individuelle intervju med helsepersonell som jobber med fysisk aktivitet i det daglige i perioden mars/april 2019. Du spørres med dette om å delta i prosjektet og å bli intervjuet. Det vil bli brukt lydopptaker til å ta opp intervjuet og det vil ha en varighet på ca 1 time. Transkripsjonene vil bli sendt tilbake til deg for å kontrollere at jeg har forstått deg riktig. Som forsker har jeg taushetsplikt, og all informasjon vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk og personvern, og slettet etter at prosjektet er slutt.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke.

Informasjonen fra deg skal brukes i min masteroppgave og i en artikkel som baserer seg på denne. Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved Stavanger universitetssykehus før oppstart. Ved spørsmål kontakt Rafal Yeisen, tlf:51515538.

Har du spørsmål vedrørende prosjektet eller intervjuet, ta gjerne kontakt med meg eller min veileder via telefon eller mail:

Anja Rosseland

Tlf: 45444759

Epost: [anjarosseland@gmail.com](mailto:anjarosseland@gmail.com)

Einar Furulund(Veileder)

Epost: [enar.furulund@sus.no](mailto:enar.furulund@sus.no)

Med vennlig hilsen

Anja Rosseland



Universitetet  
i Stavanger

## Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Jeg har lest informasjonsbrevet angående prosjektet med tittelen:

*Fysisk aktivitet i forhold til schizofreni og førstegangpsykose.*

Jeg er innforstått med at de opplysningene jeg bidrar med vil behandles konfidensielt og at anonymitet er sikret. Jeg samtykker i at opplysningene som fremkommer i dette prosjektet kan brukes i masteroppgaven og artikkelen.

Jeg er blitt informert om at intervjuet vil bli tatt opp og forsikret om at datamaterialet vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk, og makulert etter prosjektslutt.

Jeg er også kjent med at deltakelse i prosjektet er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg fra å delta, selv om jeg i første omgang sa meg villig.

Jeg samtykker i å delta i prosjektet og å la meg intervju:

.....  
Sted    Dato Underskrift

Jeg forsikrer om at det bare er mine veiledere og jeg som får vite om informantens identitet. Persondata vil bli endret på en slik måte at ingen skal kunne gjenkjenne informantene.

Båndene med opptak av intervjuene vil bli oppbevart utilgjengelig for andre, og vil bli slettet så snart utskriftene er ferdig. Utskriftene vil bli behandlet konfidensielt.

.....  
Sted    Dato Underskrift





### **Vedlegg 3: Intervjuguide**

Antall år med fysisk aktivitet/treningsterapi som arbeidsoppgave for mennesker med psykose problematikk: \_\_

Ansiennitet i nåværende stilling: \_\_

Yrkesgruppe: \_\_

#### **Intro**

Kan du fortelle kort om din arbeidsplass?

Kan du fortelle om hvilke treningstilbud dere tilbyr?

Kan du fortelle mer utdypende om din arbeidshverdag med bruk av fysisk aktivitet som behandling?

Hva er ditt forhold til fysisk aktivitet?

Kan du fortelle mer om forløpet og behandlingstilbudet angående fysisk aktivitet dere gir til pasienter med psykose, fra innkomst til utskrivelse?

\* oppstart av trening, GAF score

#### **Effekter**

Har du et eksempel på treningsøkt der du opplevde ting gikk bra eller ok? (Fortell om eks) \*fordeler/ulemper

Har du et eksempel på treningsøkt der du opplevde ting gikk dårlig eller ikke så bra? (Fortell om eks) \*fordeler/ulemper

Hva opplever du at pasientene tar med seg av deltagelse i fysisk aktivitet under behandling?

Fortell hvilke(n) treningsform opplever du har best effekt på reduksjon av psykosesymptomer? Utdyp.

#### **Motivasjon**

Hva opplever du er årsaken til at pasientene deltar på fysisk aktivitet?

\* hvilke aktiviteter?

Dersom du opplever, kan du fortelle om utfordringer som oppleves ved motivering av pasientene til fysisk aktivitet?

Hvordan jobbes det for å forhindre frafall?

#### **Helsepersonell**

Har du eksempler på hvordan du opplever arbeidsplassen tilrettelegger for fysisk aktivitet som behandling?

\* Post og klinikk nivå

På hvilken måte blir fysisk aktivitet omtalt under det tverrfaglige behandlingsmøtet?

Relatert til din arbeidshverdag, kan du fortelle om du opplever å inneha tilfredsstillende nok faglig kunnskap/fagutvikling/veiledning til å utføre fysisk aktivitet som behandling?

Hvor belastende/stressende/anstrengende opplever du det er å delta i treningen med pasientene?

Hvilke egenskaper tenker du er viktige at en «treningsterapeut» har i kontekst med psykosepasienter?

### **Brukermedvirkning**

I hvilken grad får pasientene delta i utformingen av fysisk aktivitet?

- Eksempler

### **Annet**

Kombineres andre terapeutiske verktøy under fysisk aktivitet, i så fall hvilke, hva, hvordan og hvilken grad dette vektlegges?

Har du noe du ønsker å tilføye?

## Vedlegg 4: Godkjennelse masterprosjekt

# Notat

**Til:**

Einar Furulund

**Fra:**

Forskningssjef Kirsten Lode/mv

**Kopimottakere:**

Klinikkjef Helle Kristine Schøyen, Juridisk rådgiver Ina Trane

**Dato:** 12.03.2019

**Arkivref:** 2019/8134 - 66013/2019

---

### Godkjennelse masterprosjekt - MA189

Masterprosjektet: «Hvordan opplever helsepersonell som jobber med pasienter med schizofreni og førstegangpsykose bruken av fysisk aktivitet som en del av behandlingen?»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA189.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.