

**Helsefremmende miljøterapi  
sett fra pasientens perspektiv**

**- En kvalitativ studie**



---

Universitetet  
i Stavanger

**Institutt for Helsefag**

**Master i helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid**

**Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Student: Henriette Amundsen Hanssen**

**Veileder: Kristine Rørtveit, PhD/fag og forskningssykepleier**

**Dato: 01.06.15**

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP  
- SPESIALISERING I PSYKISK HELSEARBEID**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER: Vår 2015**

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Henriette Amundsen Hanssen**

**VEILEDER: Kristine Rørtveit, PhD/fag og forskningssykepleier**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:** Helsefremmende miljøterapi sett fra pasientens perspektiv  
- en kvalitativ studie

**Engelsk tittel:** Health promoting milieu therapy from the patient's perspective  
- a qualitative study

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Helsefremmende miljøterapi, distriktspsykiatrisk senter, pasienterfaringer, alvorlig psykisk lidelse, salutogenese, sense of coherence

---

**ANTALL SIDER: 69**

**STAVANGER .....01.06.15.....**

**DATO/ÅR**

## Forord

Jeg ser på denne studien som en avslutning på atten års sammenhengende skolegang. De to siste årene har jeg lært mye. Jeg har lært mye om helse generelt, psykisk helsearbeid spesielt, andre mennesker og ikke minst meg selv. Selv om det har vært to krevende år i den akademiske verden, ville jeg ikke vært foruten.

**Til mine nære og kjære** - tusen takk for deres tålmodighet og forståelse. Jeg er heldig. Deres motiverende ord og støtte har betydd mer enn dere tror. Jeg setter utrolig stor pris på dere alle sammen. Jeg vil i tillegg gi en stor takk til min dyktige medstudent, Laila, for gode samtaler og korrekturlesing.

**Til Jarle** - tusen takk for at du gjennom hele perioden har gitt meg noe å se frem til.

**Til mamma, pappa og Kai Birger** - tusen takk for at dere er de dere er.

**Til min dyktige veileder, Kristine Rørtveit** - tusen takk for den gode hjelpen du har gitt meg på veien. Tusen takk for gode råd, fine samtaler og motivasjon. Tusen takk for all kunnskap du har delt med meg.

**Til mine seks informanter** - uten dere ville ikke denne studien vært mulig. Derfor går den største takken til dere. Tusen takk for at dere i en sårbar periode i livet, åpnet dere, og delte tanker og følelser med meg. Dere er utrolig tøffe og inspirerende, og jeg er glad for at jeg fikk møte dere. Det er ingen tvil om at dere, alle sammen, kommer til å nå målene deres. Jeg ønsker dere alt godt videre i livet.

Tusen takk, alle sammen.

Nå er jeg klar for alt jeg har i vente.

Stavanger 01.06.15

Henriette Amundsen Hanssen

*«Psyken har overtatt alt som har med helse å gjøre».*

- Informant 4

\*\*\*

*«Når jeg ser på overskriften «miljøterapi med fokus på helsefremming sett fra pasientens perspektiv», tenker jeg at pasienten kjenner seg selv best. Det må miljøpersonell, behandler og psykolog forstå. De kan hjelpe oss til en viss grad, men ingen kjenner oss som vi selv gjør. Det er viktig å lytte, og høre på hvilke behov pasienten har, samt hvilket liv han eller hun ønsker å leve. Det er viktig at vi blir hørt som likeverdige mennesker».*

- Informant 5

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning.....</b>	<b>9</b>
1.1 Bakgrunn.....	9
1.1.2 Studiekontekst.....	10
1.2 Hensikt og mål .....	11
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	12
1.4 Avklaring av sentrale begreper .....	12
1.4.1 Alvorlig psykisk lidelse.....	12
1.4.2 Helse.....	13
1.4.3 Helsefremmende arbeid/miljøterapi.....	13
1.4.4 Distriktpsikiatrisk senter.....	14
1.5 Oppgavens oppbygging og struktur .....	15
<b>2.0 Tidligere forskning og teoretisk rammeverk.....</b>	<b>15</b>
2. 1 Tidligere forskning.....	15
2.1.1 Litteratursøk .....	16
2.1.2 Resultat av litteratursøk.....	16
2.2 Teoretisk rammeverk .....	19
2.2.1 Salutogenese.....	19
2.2.2 Sense of coherence .....	21
<b>3.0 Metode.....</b>	<b>21</b>
3.1 Metodisk tilnærming og design – kvalitativ metode.....	22
3.2 Innsamling av data .....	22
3.2.1 Utvalg og rekruttering .....	23
3.2.2 Semistrukturert dybdeintervju.....	24
3.2.3 Gjennomføring av semistrukturerte dybdeintervju .....	25
3.2.4 Transkribering .....	26
3.2.5 Forskerrollen .....	26
3.3 Analyse – kvalitativ innholdsanalyse.....	27

3.3.1 Analyseprosessen .....	28
3.3.2 Tabell I .....	30
3.4 Studiens troverdighet .....	31
<b>4.0 Etikk og forskningsetiske overveielser .....</b>	<b>32</b>
4.1 Formaliteter og tilgang til feltet .....	32
4.2 Ethiske overveielser .....	33
<b>5.0 Presentasjon av funn .....</b>	<b>35</b>
5.1 Ernæring og spisemønster .....	36
5.1.1 Spise sunn mat.....	36
5.1.2 Faste rutiner og sunne måltider .....	38
5.1.3 Motivasjon til endring av matvaner .....	40
5.2 Aktivitet, søvn og hvile .....	41
5.2.1 Håndtere følelser ved hjelp av fysisk aktivitet .....	41
5.2.2 Bevegelse, trening og motivasjon .....	42
5.2.3 Finne en god balanse mellom søvn, hvile og aktivitet .....	44
5.3 Rus og røykevaner .....	46
5.3.1 Erfart det som helsebringende å slutte med røyk .....	46
5.3.2 Ønsker måtehold til alkohol .....	47
5.3.3 Motivasjon til bedring av egen helse.....	48
5.4 Miljøterapi.....	48
5.4.1 Personal inspirerer til bedring av helse og livsstil.....	49
5.4.2 Helsefremmende miljøterapi .....	50
5.4.3 Forslag til forbedring av tilbud under innleggelse .....	51
<b>6.0 Diskusjon .....</b>	<b>53</b>
6.1 Hvordan erfarer pasienter med alvorlig psykisk lidelse at fokus på helsefremmende miljøterapi kan bidra til helsefremming? .....	53
6.2 Hva oppleves som hemmende og fremmende faktorer? .....	56
6.3 Hvordan beskrives forskjellene mellom miljøterapi under innleggelse og hjemmesituasjon?.....	58

<b>7.0 Konklusjon .....</b>	<b>59</b>
7.1 Konklusjon - Hvordan erfarer pasienter med alvorlig psykisk lidelse at fokus på helsefremmende miljøterapi kan bidra til helsefremming? .....	60
7.2 Konklusjon – Hva oppleves som hemmende og fremmende faktorer?.....	60
7.3 Konklusjon - Hvordan beskrives forskjellene mellom miljøterapi under innleggelse og hjemmesituasjon?.....	61
7.4 Et salutogent perspektiv i arbeidet med helsefremming hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse .....	61
<b>8.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning.....</b>	<b>61</b>
<b>Bibliografi.....</b>	<b>64</b>

**Vedlegg 1: Oversikt over tidligere forskning – 2 sider**

**Vedlegg 2: REK-godkjenning – 2 sider**

**Vedlegg 3: Godkjenning fra forskningsavdelingen og pasientvernombudet – 1 side**

**Vedlegg 4: Godkjenning av hovedprosjekt – 1 side**

**Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring – 4 sider**

**Vedlegg 6: Intervjuguide – 1 side**

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Forskning viser at mennesker med alvorlig psykisk lidelse lever 16-25 år kortere sammenlignet med normalpopulasjonen. De viktigste årsakene til den reduserte levetiden kan forklares gjennom økt risiko for livsstilssykdommer som for eksempel hjerte- og karsykdom, diabetes og enkelte krefttyper (Nome, 2014).

**Problemstilling:** Med problemstillingen «*Hvordan implementere fokus på helse og livstil hos pasienter innlagt ved DPS? – med fokus på pasienterfaringer*», er studiens hensikt å få en utvidet forståelse av pasienters erfaringer, samt deres opplevelser av hva som er hemmende og fremmende prosesser ved implementering av pasientrettede helsefremmende tiltak under innleggelse. For å nå dette målet ble tre forskningsspørsmål formulert: «*Hvordan erfarer pasienter med alvorlig psykisk lidelse at fokus på helsefremmende miljøterapi kan bidra til helsefremming? «Hva oppleves som hemmende og fremmende faktorer?»*», og «*Hvordan beskrives forskjellene mellom miljøterapi under innleggelse og hjemmesituasjon?»*»

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie, hvor semistrukturerte dybdeintervju har blitt anvendt som metode for datainnsamling. Utvalget består av seks pasienter innlagt ved distriktpsikiatrisk senter (DPS), hvor intervjuene ble foretatt under innleggelsesperioden. I analysen av datamateriale er kvalitativ innholdsanalyse, i tråd med Graneheim og Lundmans (2004) retningslinjer benyttet som analysemetode.

**Funn:** Funnene består av et hovedtema, «opplevelse av helse, livsstil og motivasjon hos pasienter innlagt ved DPS», som videre presenteres som fire tema bestående av tre kategorier. Studiens funn viser at den implementerte helsefremmende miljøterapien på DPS'et behøves, og erfares, på ulike måter ut fra informantens tidligere erfaringer og psykiske tilstand. Pasienten må sees i sin situasjon for å kunne motiveres til å ta helsefremmende valg.

**Nøkkelord:** Helsefremmende implementeringsfaktorer, distriktpsikiatrisk senter, alvorlig psykisk lidelse, helsefremmende miljøterapi



## **1.0 Innledning**

En vet mye om viktigheten av fokus på livsstil og helsefremmende adferds betydning, men det ser likevel ut som om at det å implementere gode rutiner for å øke helsefremming i psykiatriske helsetjenester er vanskelig. Forskning viser at mennesker med alvorlige psykiske lidelser er generelt mindre fysisk aktive, røyker mer og har et dårligere kosthold enn andre. Vi vet også at dårligere økonomi bidrar til å svekke helsen. I tillegg går denne gruppen ofte på legemidler som har store fysiske konsekvenser, som for eksempel vektøkning (Rådet for psykisk helse, 2012). De fleste mennesker i tidligere tider var avhengig av fysisk aktivitet og kroppsarbeid for å overleve. I likhet med hva vi ser i andre vestlige land, beveger norske kvinner og menn seg stadig mindre, og det er i dag i økende grad mulig å hengi seg til fysisk passivitet (Marthinsen, 2004).

### **1.1 Bakgrunn**

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser lever 16 til 25 år kortere, sammenlignet med normalpopulasjonen (Nome, 2014). Tidligere forskning viser at det kun er en begrenset del av den reduserte levetiden som kan forklares gjennom selvmord, mens de viktigste årsakene er økt risiko for livsstilssykdommer, som for eksempel hjerte- og karsykdom, diabetes og enkelte krefttyper (Nome, 2014).

Om lag halvparten av befolkningen vil en gang i livet få så alvorlige psykiske problemer at de vil trenge profesjonell hjelp. De mest vanlige plagene er stemningslidelser, hovedsakelig depresjon og angstlidelser, samt misbruk eller avhengighet av rusmidler. Om lag hvert femte menneske vil i løpet av livet rammes av en eller flere av disse (Almvik og Borge, 2006). Enda flere vil få stressreaksjoner og psykisk besvær, som ikke kvalifiserer for noen psykiatrisk diagnose, men som likevel reduserer livskvaliteten. I tillegg til subjektiv lidelse medfører psykiske lidelser tap av funksjonsevne og sosial isolasjon (Almvik og Borge, 2006). I følge Mæland (2005) besitter vi i dag kunnskap på det forebyggende arbeidet som enda ikke er godt nok omsatt i handling. Det er et stort behov for å lære mer om hva som påvirker helseutviklingen, samt hvordan disse forholdene kan endres til det bedre. Dette påpeker viktigheten å satse på forskning og fagutvikling innenfor forebyggende helsearbeid

(Mæland, 2005). Første gang fysisk aktivitet omtales som et nyttig tiltak for mennesker med psykiske lidelser var i Stortingsmelding 16 (2002-2003), «Resept for et sunnere Norge». Regjeringen ville med Stortingsmelding 16 (2002-2003), synliggjøre hvordan samfunnet kunne bidra til å forebygge psykiske problemer og lidelser. De fleste strategiene la vekt på å styrke den enkeltes opplevelse av egen mestring, sosial støtte og tilhørighet, opplevelse av å være til nytte, evnen til å ta ansvar for seg selv og evnen til å ta i bruk egne ressurser.

Sosial- og helsedirektoratet (2004) har gitt ut et tipshefte for tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. I 2005 kom en nasjonal handlingsplan, «Sammen for fysisk aktivitet», der åtte departementer hadde gått sammen om en plan for økt fysisk aktivitet som et tiltak for å få bedre mental helse på dagsorden (Almvik og Borge, 2006). Dette gjelder også opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), som sterkt vektla tema som mestring, deltakelse, brukervedvirkning og livskvalitet.

### **1.1.2 Studiekontekst**

Denne studien er tilknyttet et større prosjekt ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Helse Vest. Helse Stavanger HF er medlem av Norsk Nettverk for Helsefremmende arbeid. Nettverket er en del av Verdens Helseorganisasjons (WHO) nettverket «Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH)». Studiens utvalgte DPS økte sitt fokus i 2011 da de mottok prosjektmidler for å øke personalets kompetanse innen helsefremmende tiltak. En prosjektgruppe ble etablert, og utarbeidet skjema for kartlegging av pasienters vaner og forhold til mat, alkohol/rus, fysisk aktivitet og døgnrytme. Ved DPS'et har det vært kultur for å drive med fysisk aktivitet siden starten i 1986. De siste årene har de gått fra å fokusere på kun fysisk aktivitet, til å utvide til livsstilsbegrepet. En har også erfart at både rusproblematikk, inkludert bruk av B-preparater, tobakk og snus, medisiner og søvnmønster ofte har vært en hindring for deltakelse i aktiviteter. Ulike tiltak i personalgruppen ble gjennomført med mål om å fremme helsefremming blant pasienter som er under behandling. Etter at prosjektperioden er avsluttet lurer en på hva pasientene selv opplever som hemmende og fremmende prosesser i forhold til bedring av helsefremmende vaner, uavhengig av årsaken til at han eller hun er i behandling. I DPS'ets sluttrapport (2011) fremkommer det en del faktorer som menes å være gunstige for helsefremming. Disse er å sikre

kunnskap og motivasjon hos personalet, sikre et ernæringsoptimalt kosthold, helsefremmende døgnrytmeplan, samt sikre tilbud om undervisning og opplæring av pasienter om meningsfulle aktiviteter og helsebringende livsstil. Her inngår pasientenes forhold til fysisk aktivitet, ernæring, skadelige rusmidler, inkludert B-preparater og tobakk/snus, og døgnrytme.

Institusjonens rammer skal gjøre det enklere å ta helsefremmende valg som innebærer en god døgnrytme og regelmessige og ernæringsriktige måltider. I forhold til hvilke aktiviteter behandlingstilbudet skal inneholde, må det sikres tilstrekkelig med personalressurser slik at både individuelle og gruppebaserte aktiviteter, - fysisk aktivitet/undervisning og opplæring kan ivaretas. Personalet må kunne gi saklig informasjon til pasienten om hva som er, eller kan være en helseskadelig livsstil. Personalet må også ha kunnskaper til å hjelpe pasienten til livsstilsendringer, til å gjennomføre motiverende samtaler og ha evnen til å samarbeide om aktuelle behandlingsplaner i forhold til ulike livsstilsintervensjoner. Dette gjelder også undervisning og opplæring om forebyggende og helsefremmende tiltak til den enkelte pasients utgangspunkt, samt minimal og optimal medisinerings. Miljøterapien skal legge til rette for å sikre at pasienten har mulighet til å ta helsefremmende valg, slik at en helsefremmende livsstil og helsefremmende aktiviteter kan inkluderes i behandlingsopplegget (Sluttrapport DPS, 2011).

## **1.2 Hensikt og mål**

«Tilbakemeldinger fra brukere av psykiske helsetjenester bidrar til å klargjøre hva som er virksom hjelp - kort og godt hva fagfolk og hjelpesystem bør gjøre mer av og hva vi bør slutte med» (Borg, 2009, s. 1).

Studien har til hensikt å identifisere ny kunnskap om prosesser som styrker helsebringende faktorer til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Her inngår også ønsket om en utvidet forståelse av pasientens motivasjon for bedring av egen helse og livsstil, samt hva som kan gjøres for å bedre tilbudet de har under innleggelse. Formålet er å få en utvidet forståelse av pasientens erfaringer, samt deres opplevelse av hva som er fremmende og hemmende prosesser ved implementering av pasientrettede helsefremmende tiltak under innleggelse ved distriktpsikiatrisk senter. Studien vil være et bidrag til synliggjøring av pasientenes egne erfaringer, samtidig som jeg ønsker

at den skal bidra til en utvikling av vår forståelse og kunnskap om hvordan pasienter innlagt ved distriktpspsykiatrisk senter opplever arbeidet med helsefremmende miljøterapi.

### **1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål**

På bakgrunn av studiens hensikt søkes følgende problemstilling besvart:

*«Hvordan implementere fokus på helse og livstil hos pasienter innlagt ved DPS? – med fokus på pasienterfaringer».*

For å konkretisere problemstillingen er følgende forskningsspørsmål valgt:

- *Hvordan erfarer pasienter med alvorlig psykisk lidelse at fokus på helsefremmende miljøterapi kan bidra til helsefremming?*
- *Hva oppleves som hemmende og fremmende faktorer?*
- *Hvordan beskrives forskjellene mellom miljøterapi under innleggelse og hjemmesituasjon?*

### **1.4 Avklaring av sentrale begreper**

#### **1.4.1 Alvorlig psykisk lidelse**

Schizofreni, psykoselidelser, schizoaffektive lidelser, bipolar lidelse, alvorlig depresjon, paranoid, schizoid, dyssosial og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse regnes alle som alvorlige psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2008). Dette er diagnoser som kan ødelegge innflytelse på handlinger, tanker og følelser, samt hemme tilfredsstillende livskvalitet og redusere menneskets livsprosjekter på vesentlige måter. Siden dette er et distriktpspsykiatrisk senter, legges det opp til at pasientene som mottar behandling har så god selvkontroll og funksjonsevne at de kan behandles på åpen post (Helsedirektoratet, 2008).

#### **1.4.2 Helse**

Jeg har valgt Antonovskys salutogenese som teoretisk rammeverk i min studie, og det vil herunder være naturlig å inkludere hans definisjon av helse. Helse blir sett på som et kontinuum, der ytterpunktene er syk og frisk. Antonovsky begrunner med bakgrunn i sin forskning at helse ikke er et spørsmål om hva vi blir utsatt for, men vår evne til å takle det som skjer i livet. Sentralt i hans arbeid står betydningen av å fokusere mer på hva som forårsaker helse, enn hva som forårsaker sykdom (Antonovsky, 2012).

#### **1.4.3 Helsefremmende arbeid/miljøterapi**

Helsefremmende arbeid handler om å styrke helsen. Det kan sees på som en motsats til sykdomsforebyggende arbeid, som fokuserer på å fjerne eller redusere risikofaktorer i livet som kan føre til sykdom, skade eller død (Andvik, Syse, Iversen og Vik, 2011). Den helsefremmende ideologien baserer seg på at enkeltindividet og fellesskapet må få større kontroll over forhold som påvirker helsen. Dette innebærer en viss myndiggjøring i forhold til egen velferd og helse, og forutsetter at pasienten er villig til å gjøre noe selv (Mæland, 2005).

I 1986 ble helsefremmende arbeid for første gang presentert i en internasjonal strategi i Ottawa charteret. Herunder defineres helsearbeid som prosessen som kan bidra til økt kontroll over, og forbedring av egen helse. I denne tradisjonen sees helse på som en prosess som blir skapt og utviklet i hverdagen hvor fokus på menneskets vilje, motivasjon til endring, og å kunne gjøre noe selv, er sentrale elementer (Andvik et al., 2011).

«De fem hovedstolpene i charteret er:

*Å bygge opp en sunn helsepolitikk* – det vil si plassere «helse» på sakslisten til de bestemmende organer på alle områder og nivåer.

*Å skape et støttende miljø* – helsefremmende arbeid skaper leve- og arbeidsforhold som er trygge, stimulerende, tilfredsstillende og trivelige.

*Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling* – helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem for å kunne oppnå en bedre helse.

*Å utvikle personlige ferdigheter* – helsefremmende arbeid skal støtte personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker.

*Å tilpasse helsetjenesten* – helsesektorens rolle må i økende grad bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester» (Helsedirektoratet, 2010).

#### **1.4.4 Distriktpsikiatrisk senter**

Et distriktpsikiatrisk senter (DPS) har ansvar for det allmenne psykiske helsevern for den voksne befolkningen i opptaksområdet. Dette betyr at ledelsen ved senteret både har ansvar for de tjenestene som senteret selv gir, og for å samarbeide med kommunale tjenester og deler av spesialisthelsetjenesten. Målet er at det samlede tilbudet for befolkningen skal være helhetlig og sammenhengende og tilpasset befolkningens behov (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

«DPS' ets kjernefunksjoner er:

- Akutt og krisetjenester
- Polikliniske tilbud
- Ambulante tilbud
- Kriseplasser
- Vurdering og utredning av henviste pasienter
- Differensiert behandling i form av:
  - Poliklinisk undersøkelse og behandling til enkeltpasienter, par eller familier
  - Ambulant behandling og rehabilitering til personer med alvorlige psykiske lidelser
  - Strukturert dagbehandling

- Krise- og korttidsbehandling på døgnenhet
- Langtids døgnbehandling
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Veiledning til psykisk helsearbeid i kommunene
- Forskning og kvalitetsutvikling
- Utdanning av helsepersonell» (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 22).

## **1.5 Oppgavens oppbygging og struktur**

I kapittel 2 blir tidligere forskning og teoretisk rammeverk gjort rede for. Herunder Antonovskys teori om salutogenese og «sense of coherence». I kapittel 3 finnes studiens metodedel, med valg av metode, utvalg, formaliteter, intervjuguide, gjennomføring av intervju, transkribering, forskerrollen og analysemetode. Avslutningsvis i dette kapitlet vil studiens troverdighet bli gjort rede for. Gjennom kapittel 4 vil etikk og forskningsetiske overveielser trekkes frem. Her viser jeg til studiens formaliteter og etiske overveielser. I kapittel 5 presenteres studiens relevante funn, hvor disse videre vil diskuteres i kapittel 6. Kapittel 7 består av studiens konklusjoner, og avslutningsvis i kapittel 8 vil implikasjoner for praksis og videre forskning bli gjort rede for.

## **2.0 Tidligere forskning og teoretisk rammeverk**

### **2.1 Tidligere forskning**

Under dette avsnitt vil jeg vise til mitt litteratursøk gjennom forskningsprosessen, samt belyse resultatene av søket gjennom beskrivelse av relevant tidligere forskning. Jeg vil her presentere ulike studier som synes relevante i forhold til pasienters erfaringer med helsefremmende miljøterapi. Det fremkom ulike relevante studier ved bruk av hvert av de ulike søkeordene, hvor jeg valgt ut seks av disse. Jeg har i tillegg utarbeidet en tabell med oversikt over relevant tidligere forskning. Dette ble gjort for å gjøre denne delen så oversiktlig som mulig (se vedlegg 1).

### **2.1.1 Litteratursøk**

Jeg har valgt å benytte meg av søketjenesten ved Universitetet i Stavanger i arbeidet for å finne relevant forskning. Det har ved siden av dette blitt foretatt egne litteratursøk ved ulike databaser som Bibsys, Idunn, Brage og Google Scholar. Jeg har i tillegg søkt i sosial- og helsedirektoratets databaser for å finne relevante veiledere og rapporter som kan brukes i denne sammenheng.

Søkeord som har blitt brukt under forskningsprosessen: «helsefremmende miljøterapi», «fysisk aktivitet DPS», «fysisk aktivitet og psykisk helse» og «pasienterfaringer DPS».

### **2.1.2 Resultat av litteratursøk**

#### **«Fra lyets beskyttelse til engasjement og gyldiggjøring - pasienters erfaring av miljøterapi på en døgnpost ved et distriktpsikiatrisk senter»**

Det ble i 2010 utført et masterprosjekt, i helse- og idrettsfag ved Høgskolen i Hedmark, av Marianne Fresjarå Abdalla. Dette var en kvalitativ studie som omhandler åtte pasienters erfaring av miljøterapi på en døgnpost ved et distriktpsikiatrisk senter. Studiens funn viser at miljøterapien erfares på ulike måter ut fra pasientens psykiske tilstand, hvor det fremkommer et savn etter å bli møtt med respekt og likeverd. Dette handler om å bli hørt, enten det handler om medisiner, døgnrytme, aktivitetstilbud spesielt eller behandlingstilbud generelt. Det viser seg at pasientene ønsker å være mer til stede i utformingen av egen miljøterapi og på denne måten bli gyldiggjort eller anerkjent. Det ble påpekt mangel på individuelt tilpasset aktivitetstilbud, samt manglende erfaring av å bli utfordret i forhold til å ta tak i vanskelige livstema. Informantene ønsket ikke en ny metode eller behandlingsform, men mer av det gode som finnes fra før. Det vil si mer engasjement blant de ansatte, flere samtaler, mer planer, aktiviteter og deltakelse – på en individuelt tilpasset måte, i respekt for det enkelte individet.



### **«Ett hode høyere og litt sterkere: En kvalitativ studie om pasienters opplevelse av miljøterapi i psykisk helsevern»**

Det ble i 2012 utført et masterprosjekt ved Norsk teknisk-naturvitenskapelige universitet, av Marit Helland. Denne studien er en kvalitativ studie og fokuserer på pasienters opplevelse av miljøterapi innenfor psykisk helsevern. Hensikten var å få en forståelse av hva pasientene mener bidrar til en god miljøterapeutisk behandling. Resultatene viser at relasjonen mellom pasient og personal er grunnleggende i miljøterapi, der faglig kompetanse og personlig egnethet har stor betydning. Det viser seg at en relasjon som baserer seg på trygghet og tillit, hvor pasienten blir møtt med likeverdighet, respekt og annerkjennelse er avgjørende for deres utbytte av behandlingen. Aktiviteter på institusjonen ble først og fremst sett på som tidsfordriv, samtidig som det fungerte som en distraksjon fra sykdom og lidelse. Det å møte mennesker i samme situasjon viste seg å være viktig for informantene, fordi de ikke lenger opplevde å være alene, og fikk en følelse av samhold og tilhørighet.

### **«Virksomme relasjoner – om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser»**

Marit Borg og Alain Topor (2003) har utført en studie som omhandler bedringsprosessene og erfaringene til personer med psykiske lidelser. Studien dreier seg om kunnskapen til personer som har lagt bak seg et liv med en hverdag preget av plagsomme stemmer, angst, motløshet, kaos, pengeproblemer og ensomhet. Den bygger på intervjuene av femten personer, og deres erfaringer med hva som hjalp dem mot bedring. Den er resultatet på forskernes savn av pasientenes stemme, og brukerens egne erfaringer i forskning og utviklingsarbeid. Studien understreker først og fremst behovet for å bli møtt som en aktør i sitt eget liv, å bli sett som en person i en hverdagssammenheng, og der omgivelsene vies oppmerksomhet. Studiens hovedfunn omhandler den gjensidige relasjonens helsefremmende kraft, samt viktigheten av å bli sett, hørt og behandlet som en venn. Studien viser at det å komme seg gjennom en alvorlig psykisk lidelse handler mye om samsillet mellom dem og det som er rundt. I studien fremkommer det at hva informantene vurderer som mest hjelpsomt, er omgivelser med få regler og rutiner, som bidrar til større handlingsrom, med samtidig mulighet for flere og mer fleksible roller, og ikke som bare som en pasient. Det viser seg at kvaliteten på relasjonen til omgivelsene rundt pasienten er avgjørende i forhold til

om pasienten motiveres til å gå inn i et forandringsarbeid, og om de iverksatte tiltakene vil virke positivt inn på behandlingsprosessen.

#### **«Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse»**

Eva Langeland (2007) har utført en studie på effekten av salutogene teoriprinsipper i forhold til mestring blant hjemmeboende pasienter med psykiske lidelser. Dette var en prospektiv og randomisert kontrollert studie. Utvalget bestod av 107 hjemmeboende personer med psykiske helseproblemer. Av funnene fremkom det at sosial støtte og spesielt relasjoner hvor en har mulighet til å gi omsorg, identifiseres som prediktor for positiv forandring av opplevelse av sammenheng. Sense of coherence oppleves som en prediktor for forandring i livskvalitet i løpet av ett år. Studien viser i tillegg et eksempel på salutogene teoriprinsipper og at anvendelsen av disse i samtalegrupper resulterer i i styrket opplevelse av sammenheng sammenlignet med kontrollgruppen. Studien blir konkludert med at tjenester for mennesker med psykiske lidelser bør fokusere på å styrke deres opplevelse av sammenheng.

#### **«Fysisk aktivitet i behandlingen av alvorlig psykisk syke i spesialisthelsetjenesten»**

Det ble i 2014 utført et mastergradsprosjekt ved Universitetet i Agder av Vibeke Dehli. Hun har brukt kvalitative forskningsintervju som metode for innsamling av datamateriale. Utvalget bestod av til sammen 22 fagpersoner tilknyttet fire akutt- og to langtidspsykiatriske avdelinger, fordelt på tre forskjellige helseforetak i Norge. Funnene viser at fysisk aktivitet er innlemmet som en del av et helhetlig behandlingstilbud ved samtlige poster. 17 av 22 informanter oppgir at motivasjonen blant pasientene er en utfordring i arbeidet med fysisk aktivitet og psykiske lidelser. Informantene nevner dårlige lokaliteter, tidspress og mangel på ressurspersoner som begrunnelser for hvorfor fysisk aktivitet i liten grad er innlemmet som en del av et helhetlig behandlingstilbud. På tross av dette kan funn fra studien indikere at personalets vilje, holdninger og mangel på evidensbasert kunnskap om effektene av fysisk aktivitet i behandling av psykisk syke, ha en stor betydning for et lite integrert tilbud av fysisk aktivitet.

#### **«Helse og livsstil blant pasienter i et DPS – identifikasjon av risikopasienter»**

Det ble i 2010 utført et mastergradsprosjekt ved Universitetet i Stavanger av Møyfrid Løvbrekke. En validert kvantitativ metode ble brukt for å identifisere forekomsten av pasienter med risikofylt livsstil, som daglig røyking, fysisk inaktivitet, overvekt,

underernæring og skadelig alkoholforbruk. Logistisk regresjon ble benyttet for å analysere assosiasjoner mellom helsedeterminantene innbyrdes, og for variablene alder, kjønn, inneliggende/poliklinisk status og diagnosegrupper. Hele utvalget ble analysert for de samme variablene, og bestod av 110 pasienter fra DPS, og 1522 pasienter fra Helsedøgnundersøkelsen. Studiens funn viser at nesten alle pasientene hadde en eller flere helse-risikofaktorer. Totalt var 70,8 % overvektige, 58,9 % var underernærte, 40,9 % var fysisk inaktive, 42,7 % var daglige røykere, og 2,8 % hadde et skadelig forbruk av alkohol. Av studien fremkommer det et stort behov for sekundærforebyggende arbeid blant pasienter med psykiske lidelser i DPS'et, samt behov for kartleggingsundersøkelser av livsstil basert på de fem helsedeterminantene blant pasienter med psykisk lidelse i DPS og sykehus. Dette gjaldt også nødvendigheten for å utvikle helse og livsstils intervensjoner blant pasienter med psykiske lidelser under innleggelsesperioden.

## **2.2 Teoretisk rammeverk**

Her vil jeg beskrive Antonovskys «salutogenese» og «sense of coherence» som sentrale begreper som vil tas opp i diskusjonen i kapittel 6.

### **2.2.1 Salutogenese**

Det salutogene perspektivet bygger på kunnskap om helse, og hvordan helse kan økes. Sentralt i Antonovskys arbeid står betydningen av å fokusere mer på hva som forårsaker helse, enn hva som forårsaker sykdom (Antonovsky, 2012). Salutogenese som teori gir en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring via dens hovedbegrep, «sense of coherence», kan skapes. Teorien omhandler særlig hva slags oppfatninger av sammenheng vi har i stress og kriser (Ekeland og Heggen, 2007).

I følge Antonovsky (2012) er det viktige og avgjørende salutogene spørsmålet; «uansett hvor en er i livets elv, hva former ens evne til å svømme bra?» Langeland (2007) hevder at dersom vi bruker metaforen om «livets elv», vises det hvordan helse handler om «å svømme på best mulig måte». Denne metaforen kan være en bidragsyter til at vi aksepterer våre opp- og nedturen i livet, og at en dermed kan fokusere på hvordan en på best mulig måte kan tilpasse seg de ulike påkjenningene og utfordringene vi møter. Ved å vise til at alle mennesker er på samme kontinuum, med ulike grader av helse, og i den

samme «elven», kan dette være med på å bidra til å alminneliggjøre psykiske helseproblemer (Antonovsky, 2012). Ved kontinuum menes en samlet helhet, uten avbrekk eller mellomrom mellom de deler som utgjør helheten. Det vil si at mennesket alltid er litt friskt, har noen plager men kan være en god del syk. Det fokuseres på det generelle problemet med aktiv tilpasning til et miljø, der stressfaktorer spiller en fremtredende rolle (Mækelæ, 2007).

Teorien om salutogenese bygger på et positivt og tverrfaglig helsebegrep, og kan være egnet som en del av grunnlagstenkningen i psykisk helsearbeid. Ved å ta i bruk denne tenkningen og anvende prinsippene som ligger til grunn, vil hjelperne stå bedre rustet til å møte de strukturelle og ideologiske utfordringene i fagfeltet (Almvik og Borge, 2006).

Vi kan stille oss spørsmålet «hvorfors blir ikke alle syke når vi gjennom livet utsettes for så mange påkjenninger?» Dette spørsmålet har åpnet for en ny måte å tenke på i det forebyggende helsearbeidet (Mæland, 2010). I stedet for ensidig å fokusere på sykdomsfremkallende forhold, også kalt patogenesen, må forebygging også arbeide for å styrke helsen, og dermed motstandskraften mot de negative faktorene, altså salutogenesen. I lys av dette perspektivet blir helse en ressurs som kan bygges opp eller brytes ned gjennom livsløpet (Mæland, 2010).

Forskjellen på salutogenesen og patogenesen er at salutogenesen vektlegger bruken av eksisterende og/eller potensielle motstandsressurser, mens patogenesen utelukkende fokuserer på å minimere risikofaktorene (Langeland og Vaardal, 2014). Dersom man har et salutogent fokus i arbeidet man gjør, ledes en til å tenke på, og se etter faktorer som fremmer bevegelse mot høyest mulig grad av helse. Poenget er her at dersom man skal oppnå helse, må man fokusere på faktorer som fremmer helsen, og dermed vil helseskapende faktorer også forebygge eller redusere helseproblemer (Langeland og Vaardal, 2014).

Videre fokuserer salutogenese på personens historie fremfor diagnosen, og vektlegger mestringsevnen i historien. Personen blir definert som et åpent system i aktivt samspill med omgivelsene, der både indre og ytre forhold har påvirkningskraft (Almvik og Borge, 2006) En salutogen tilnærming kan ifølge Langeland (2007) være en god veileder i psykisk helsearbeid, dersom mestring, økt psykisk velvære og helsefremming er målet.

### 2.2.2 Sense of coherence

Antonovsky skapte begrepet «sense of coherence», som på norsk har fått navnet «opplevelse av sammenheng». Han forsket på mennesker som opplevde store påkjenninger, men som likevel hadde god helse (Almvik og Borge, 2006). Det som viste seg å kjennetegne disse var at de hadde en høy opplevelse av sammenheng. Sense of coherence delte han inn i tre hovedkomponenter: forståelighet, håndterbarhet og mening (Almvik og Borge, 2006). Personer som ifølge Antonovskys har sterk opplevelse av sammenheng, skåret høyt på disse tre komponentene, i motsetning til de personene som kategoriseres i gruppen med lav opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012).

Antonovsky mente at dersom man skulle oppnå en opplevelse av sammenheng, måtte personen først og fremst kunne forstå sin egen situasjon. Det som inntreffer må være forståelig og oppleves som ordnet, strukturert og tydelig. Man må altså, i lys av dette, ha en *forståelighet*. Deretter mente han at man må ha tro på at man har nødvendige ressurser tilgjengelig for å finne løsninger og møte ulike situasjoner i livet, altså *håndterbarhet*. Sist men ikke minst mente han at man må oppleve en utfordring som motiverende, samtidig som man må ha en opplevelse av delaktighet i det som skjer. Det var dette han kalte *mening* (Almvik og Borge, 2006).

Siden alle mennesker søker etter forståelse, håndterbarhet og mening, er «sense of coherence», et tverrkulturelt fenomen. Innholdet bestemmes i denne teorien av kultur, og hvilke valgmuligheter kulturen gir. Å være involvert i daglige aktiviteter som oppleves meningsfulle, og å oppleve deler av livet forståelige og håndterbare vil bli karakterisert som en god opplevelse av sammenheng (Almvik og Borge, 2006).

## 3.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg beskrive mitt valg av metode, samt hvordan jeg har valgt å gå frem for å nå studiens mål, og besvare dens forskningsspørsmål. Fokuset vil her være valg av metode for datainnsamling, utvalg, intervjuguide, gjennomføring av intervjuene, transkribering, forskerrollen og analysemetode. Avslutningsvis i denne delen vil studiens troverdighet bli gjort rede for.

### **3.1 Metodisk tilnærming og design – kvalitativ metode**

Studiens hensikt er å få en utvidet forståelse av pasientenes motivasjon for bedring av egen helse og livsstil, samt hva som kan gjøres for å bedre tilbudet de har under innleggelse. «Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?» (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 19). Det var med utgangspunkt i dette naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. Dette fordi vi kan bruke kvalitative metoder til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Kvale og Brinkmann, 2012). Ved å benytte denne metoden kan vi etterspørre meningen, betydning og nyanser av hendelser og atferd, samt styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2010). Metoden er godt egnet for forskning som vil sette nye spørsmål på dagsorden, eller ved problemstillinger der vi på forhånd ikke har oversikt over relevante svaralternativer (Malterud, 2010). Kvalitativ metode tar i stor grad sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2010).

En viktig målsetting ved en kvalitativ tilnærming er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener. Fortolkning har derfor stor betydning i denne sammenheng (Thagaard, 2009). Med dette som utgangspunkt hevder Thagaard (2009) at en av metodens viktigste utfordringer knyttes til hvordan forsker analyserer og fortolker de sosiale fenomenene det forskes på.

Ved å bruke en kvalitativ tilnærming i studien, gir dette grunnlag for fordypning i de sosiale fenomenene som studeres. Studier som er preget av en nær kontakt mellom forsker og informanten, gir kvalitative tilnærminger grunnlag for å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av utfyllende data om de personer og situasjoner som studeres (Thagaard, 2009). Her regnes intervjusamtaler seg som et godt utgangspunkt for å tilegne seg kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer rundt sin egen situasjon (Thagaard, 2009).

### **3.2 Innsamling av data**

Kvalitative studier innbefatter en rekke ulike datainnsamlingsmetoder, som deltagende og ikke-deltagende observasjon, kvalitative intervju, dokumentanalyse, videooptak og lydbandinnspilling (Fangen, 2009). For å oppnå en informativ beskrivelse av

informantenes erfaringer og opplevelser, ble det med utgangspunkt i studiens problemstilling benyttet semistrukturerte dybdeintervju som metode.

### **3.2.1 Utvalg og rekruttering**

I følge Thagaard (2009) gjelder det i første omgang å definere utvalget studien baserer seg på. Dette i henhold til spørsmålet om hvem forsker ønsker å få informasjon fra. Hun hevder kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg. Dette vil si at forsker velger informanter som har de egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske med utgangspunkt i undersøkelsens teoretiske perspektiver og problemstilling (Thagaard, 2009). Empiriske data er forskerens kilde til svar på de spørsmålene som følger av problemstillingen. Enten målet er å utvikle beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller, vil utvalget bestemme hva, og hvilke sider av saken vi har grunnlag for å si noe om (Malterud, 2010).

I følge Malterud (2010) må forskeren ved kvalitative studier etablere et særlig skarpt blikk på utvalgets egenart, samt den betydning dette har for overførbarheten av den nye kunnskapen som utvikles. Det er viktig at forsker velger et utvalg som inneholder tilstrekkelig rikt og variert materiale om det du ønsker å si noe om når studien er gjennomført. Med dette som utgangspunkt hevder hun at informasjonsrikdom vil være et mer adekvat kriterium for et godt utvalg i en kvalitativ undersøkelse enn representativitet (Malterud, 2010).

Selv om hensikten med kvalitative studier sjelden er generaliserbare funn, er målet på tross av dette at de skal kunne bidra til kunnskap som kan brukes av andre, og samtidig ha en overføringsverdi (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). For å belyse problemstillingen ble utvalget for studien seks innlagte pasienter ved et DPS i Helse Vest. Dette representerte et strategisk utvalg. Utvalget var kjønnsmessig fordelt på tre menn og tre kvinner - alle over 18 år. Inklusjonskriterier for deltakelse i studien var at pasienten skulle ha vært innlagt ved en psykiatrisk sengepost det siste året - i minst en måned.

For å etablere kontakt med informantene henvendte jeg meg til DPS'et hvor de var innlagt. Her ble jeg videre henvendt til min kontaktperson, som var ansvarlig for DPS'ets livsstilsgruppe og fysiske aktivitet. Siden informantene er i en sårbar situasjon,

valgte jeg selv ikke å ta direkte kontakt med dem. Dette for å unngå at de skulle føle seg presset. Jeg valgte derfor i første omgang å la kontakten gå mellom min kontaktperson og pasienten selv.

Hver av de seks informantene fikk utlevert et informasjonsskriv. Dette skrivet inneholdt forespørsel om deltakelse i prosjektet, samt en samtykkeerklæring som måtte signeres før jeg kunne sette i gang med intervjuprosessen (se vedlegg 4). Etter at pasienten hadde sagt seg villig til å delta, tok jeg kontakt for muntlig å gjøre rede for studien. Dette etterfulgt av avtale om tid og sted for intervju.

Thagaard (2009) hevder at kvalitative studier ofte omhandler personlige og til dels nærgående temaer. Det kan derfor være vanskelig å finne personer som ønsker å delta i studien. Jeg ble dermed overrasket over hvor mange som ønsket å delta i mitt prosjekt, da åtte fikk forespørsel og to takket nei. Mine seks informanter svarte ja, og var fornøyd med at de skulle få være med på å bidra med noe positivt.

### **3.2.2 Semistrukturert dybdeintervju**

I min studie ble semistrukturerte dybdeintervju brukt som metode for datainnsamling. Intervjuene ble holdt i et lukket rom på DPS'et, med et unntak der pasientens eget rom ble benyttet - dette da det var mest hensiktsmessig i forhold til pasientens eget ønske og ulike utfordringer. Lydbåndopptaker ble brukt som hjelpemiddel. Semistrukturerte dybdeintervjuer blir ofte kalt «en samtale med hensikt», og er en mellomting mellom strukturert og ustrukturert intervju. I utgangspunktet vet den som intervjuer hva han eller hun ønsker informasjon om, men lar intervjuobjektet utforske forskjellige tanker og følelser. Her er det viktig for forsker å opprettholde en balanse mellom fleksibilitet og kontroll (Dalland, 2000).

Et semistrukturert dybdeintervju blir brukt når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra informantenes egne perspektiver. Denne intervjuformen søker informasjon fra informantens egen livsverden, her med særlig vekt på meningen med fenomenene som blir beskrevet (Kvale og Brinkmann, 2012). Selv om samtalen må bygge på gjensidighet og åpenhet, vil det ikke være en samtale mellom to likeverdige personer, fordi det er forsker som stiller spørsmål og bestemmer tema i samtalen (Kvale og Brinkmann, 2012). Denne intervjuformen kan på flere områder sammenlignes med en samtale i



dagliglivet, men har som profesjonelt intervju et formål (Kvale og Brinkmann, 2012). Det er verken en åpen samtale, eller en lukket spørreskjemasamtale. Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide (se vedlegg 5), som fokuserer på bestemte temaer med forslag til spørsmål.

Intervjuet har en deskriptiv orientering, der svarene blir mest mulig spesifikke. Forsker må arbeide med seg selv for best mulig å være i stand til å lytte forutsetningsløst, samtidig som samtalen skal være fokusert. Det gode intervjuet gir rom for den flertydighet som kjennetegner de fleste menneskelige fenomener, på samme måte som forsker også skal være lydhør overfor forandringer (Malterud, 2010).

### **3.2.3 Gjennomføring av semistrukturerte dybdeintervju**

I forberedelsen av intervjuprosessen foretok jeg et testintervju. Dette ble gjort for å teste meg selv og intervjuguiden jeg hadde utarbeidet. Siden jeg aldri før hadde foretatt et intervju, anså jeg dette som hensiktsmessig da jeg ønsket å være forberedt på best mulig måte.

Thagaard (2009) hevder at ved å ta regi over intervjusituasjonen, innebærer det å utforme kontakten med informanten på en måte som fører til at han eller hun føler seg trygg, og ønsker å dele personlige ting om seg selv. Hun beskriver også viktigheten av å vise støtte og sympati overfor informanten, for å bidra til en fortrolig og trygg intervjusituasjon (Thagaard, 2009). Med utgangspunkt i overnevnte presenterte jeg meg selv, og mitt formål med studien, før jeg startet selve intervjuet. Jeg takket og uttrykte min takknemlighet overfor informantenes ønske om å delta i prosjektet, på tross av deres sårbare situasjon.

Jeg brukte intervjuguiden under alle og hele intervjuene. Selv om jeg tok utgangspunkt i denne, lot jeg informantene dele det de måtte ønske utenom spørsmålene mine. Jeg stoppet dem ikke dersom de ønsket å dele andre ting utenom intervjuguiden.

Informantene gjorde en svært god jobb, og jeg fikk informasjon om alt jeg søkte svar på. Jeg stilte hele tiden åpne spørsmål slik at de på best mulig måte skulle reflektere rundt dem. Oppfølgingsspørsmål som «vil du fortelle mer om dette», og «vil du utdype det», ble stilt for å få mye og så utfyllende informasjon som mulig.

### **3.2.4 Transkribering**

Som tidligere nevnt ble det under intervjuprosessen benyttet digital lydopptaker under intervjuene, med samtykke fra intervjudeltakerne. Det er derfor viktig for forsker å huske på at de virkelige rådata er den faktiske hendelsen, slik den fant sted i tid og rom mellom de impliserte parter, og deres opplevelse av den (Malterud, 2010). Når muntlig tale skal omsettes til tekst, vil det alltid skje en fordreining av hendelsen. Dette også ved detaljert gjengivelse ord for ord (Malterud, 2010). Det er under transkripsjonen viktig å huske på at formålet er å fange opp samtalen på den måten som best mulig representerer det informantene ønsker å meddele (Malterud, 2010).

På grunn av informantens personvern har jeg selv valgt å transkribere intervjuene til tekst. Under prosessen ble ord som «hmm» og «eeh» notert ned. Dette gjaldt også dersom informantene lo i løpet av intervjuet. Jeg fant fort ut at den beste måten å transkribere på var å sette av tid samme dag som intervjuet ble utført. Forsker bør prioritere dette så fort som mulig, da intervjuene og stemningen fortsatt er friskt i minne (Dirdal, 2014). Transkriberingen har vært svært tidkrevende. Intervjuene varte fra 20 til 43 minutter, og utgjorde til slutt 26 tettskrevne A4 sider med transkribert tekst, bestående av omtrent 16 000 ord.

### **3.2.5 Forskerrollen**

I følge De nasjonale forskningsetiske komiteer (2010) vil bruk av kvalitative forskningsmetoder bringe forskeren både fysisk og psykisk nærmere informantene, i motsetning til hva som vil være vanlig i kvantitative studier. Det er ved kvalitative studier en forutsetning, samtidig nødvendig, med en refleksiv holdning hos forsker for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning.

Min rolle som forsker og min forforståelse av studiens utvalgte tema vil påvirke spørsmålene jeg har søkt svar på, deltakernes opptreden, og deres formidling av sine erfaringer. Innhentet datamateriale er avhengig- og påvirkes av min relasjon til deltakerne. Dette gjelder også min rolle i samspill med informantene, samt rollen informantene selv gav meg under intervjusituasjonen. Dataene er også avhengig og påvirkes av studiens problemstilling og intervjuguide.

Forskningsprosessen preges av min forforståelse i forhold til mine verdier og fordommer, samt min livserfaring og kunnskap om studiens tematikk. Min utdanning som sosionom som vektlegger et helhetlig menneskesyn, vil også ha betydning for min forforståelse og fokus under forskningsprosessen.

Siden det bare er to år siden jeg var ferdig utdannet sosionom, og direkte søkte meg videre på masterstudie, vil det si jeg hadde noe, men lite, erfaring fra psykisk helsearbeid før studiens startpunkt. I denne sammenheng vil det at jeg er ny i feltet kunne sees på som noe positivt, siden jeg som forsker ikke vil være farget av en lang erfaring fra det psykiske helsefeltet, men vil utforske det med nye og nysgjerrige øyne. Jeg tilbrakte syv uker i praksis under forskningsprosessen på studiens forskningsarena, hvor jeg både arbeidet, og utførte mine seks intervjuer - noe jeg opplevde som positivt på flere områder. Siden studiens målgruppe av ulike grunner befinner seg i en sårbar posisjon, bidro praksisperioden til å bygge relasjoner med informantene før og etter intervjuene fant sted. Dette er en målgruppe som trenger trygghet og stabile rammer i livet, og å trø inn i forskerrollen og utføre intervjuene på denne måten ble av informantene påpekt som en styrke.

### **3.3 Analyse – kvalitativ innholdsanalyse**

I dette avsnittet vil jeg beskrive hvordan data ble organisert, strukturert og gitt mening.

Metoden i analysen av datamaterialet er inspirert av Graneheim og Lundman (2004) sine retningslinjer for kvalitativ innholdsanalyse. Analysen baserer seg på intervjuene av seks pasienter innlagt ved et distriktpspsykiatrisk senter i Helse Vest. Siden formålet ved denne studien var å forstå og beskrive informantenes ulike perspektiver, fremstod Graneheim og Lundmans innholdsanalyse som hensiktsmessig.

Malterud (2011) hevder at analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Forsker skal med utgangspunkt i problemstillingen stille spørsmål til materialet, og svarene er de mønstrene og kjennetegnene som vi gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle (Malterud, 2011). I følge Malterud (2011) består analyse av kvalitative data i å stille spørsmål til materialet («hva kan dette fortelle om informanten»), lese og

organisere data i lys av dette, samt gjenfortelle svarene på en systematisk, forståelig og relevant måte.

Kvalitative data representerer store mengder informasjon, og forsker må tidlig i analysen ta stilling til hvilke deler av datamaterialet det skal tas utgangspunkt i. Forsker skal prioritere tekst som kan bidra til utvikling av ny kunnskap (Malterud, 2011).

### **3.3.1 Analyseprosessen**

1. Først i analyseprosessen leste jeg gjennom det transkriberte intervjumaterialet flere ganger for å danne meg et helhetsinntrykk. Det ble parallelt med lesningen notert ned refleksjoner, ideer og observasjoner jeg hadde gjort meg underveis (Graneheim og Lundman, 2004).
2. Neste trinn er å bestemme studiens meningsbærende enheter (unit of analysis). Graneheim og Lundman (2004) beskriver meningsenheter som en sammenstilling av ord som relaterer til samme mening. Informantenes sitater som var relevante for studiens problemstilling, ble forkortet til meningsenheter. I følge Graneheim og Lundman (2004) er meningsenhetene grupperingen av ord som relateres til hverandre og har samme hovedbetydning.
3. I neste analysetrinn ble meningsenhetene kondensert (condensed meaning unit – description close to text). I denne prosessen ble meningsenhetene forkortet uten at de mistet innholdet. Kondensering gjør at forsker får mindre datamateriale å arbeide med, og utfordringen her vil da være å bevare innholdet gjennom hele forkortelsesprosessen (Graneheim og Lundman, 2004).
4. Neste steg var å kode den kondenserte teksten, og ut fra de kondenserte meningsenhetene ble koder formulert. Graneheim og Lundman (2004) mener det synes å være enighet i litteraturen om bruken av betydningen av en kode. Kodene beskriver meningsenhetene med få ord, og på et abstrahert, altså mer sammenfattet, og logisk høyere nivå. I følge Coffey og Atkinson (1996) er koder verktøy å tenke med, og ved å merke en kondensert meningsenhet med en kode, blir det gjort mulig for data å bli tenkt på nye og forskjellige måter.

5. I neste analysetrinn abstraheres det videre fra subkategorier til kategorier. Kodene ble her sammenstilt i likheter og ulikheter, hvor de videre ble abstrahert gjennom subkategorier og kategorier (Dirdal, 2014). Graneheim og Lundman (2004) mener kategorisering er selve kjernen i kvalitativ innholdsanalyse. En kategori kan beskrives som en fellesnevner gjennom flere koder, samt en gruppe med innhold som har noe til felles. En kategori gir svar på *hva*, og kan identifiseres som en tråd gjennom kodene. Kategorien refererer i hovedsak til et beskrivende nivå av innholdet, og kan dermed bli sett på som et uttrykk av det manifeste innholdet i teksten (Graneheim og Lundman, 2004). En kategori inkluderer ofte en rekke subkategorier med en varierende grad av abstraksjon. Her er det viktig at forsker hele tiden holder seg til informantens mening i den konteksten de befant seg i (Graneheim og Lundman, 2004).
  
6. I siste analysetrinn ble subkategorier og kategorier videre abstrahert til tema. Begrepet *tema* har flere betydninger. Å skape et tema er en måte å knytte den underliggende betydningen sammen i kategorier (Graneheim og Lundman, 2004). Et tema svarer på spørsmålet *hvordan*, og anses som å være en tråd av underliggende mening hos kondenserte meningsenheter, koder eller kategorier på et fortolkende nivå. Et tema kan sees som en ekspresjon av det latente innholdet i teksten (Graneheim og Lundman, 2004). Siden alle data har flere betydninger er ikke temaer gjensidig utelukkende, og en kondensert meningsenhet, kode eller kategori kan passe inn under mer enn ett tema.

### 3.3.2 Tabell I

Tabell I illustrerer hvordan jeg har gått fra meningsbærende enheter til tema i analyseprosessen;

<b>Tabell I</b> <b>Analyseresultater presentert som meningsenhet, kondensert meningsenhet, kode, subkategori, kategori og tema</b>					
<b>Meningsbærende enhet (meaning unit)</b>  <u>Har du ting å fylle hverdagen din med?</u>	<b>Kondensert meningsbærende enhet (condensed meaning unit – description close to text)</b>	<b>Kode</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>	<b>Tema</b>
(Nøler litt) Ja, jeg skal finne flere ting å fylle hverdagen med etter hvert. Jeg kunne tenkt meg å begynne med zumba og boksing. Få ut litt aggresjon og frustrasjon som jeg har fått. Før var jeg aldri sint, men nå har jeg begynt å bli sint. Jeg er ikke vant med det, så jeg må prøve å få utløp for det. Det er bra, fordi jeg har lest at innebygd sinne blir depresjon, og da vil jeg heller velge å være sint, enn å være deprimert.	Ja,  skal snart finne flere ting å fylle hverdagen med Kunne tenkt å begynne med zumba og boksing Få ut litt aggresjon og frustrasjon Før var jeg aldri sint, men nå har jeg begynt å bli sint – ikke vant med det Må prøve å få utløp for det Dette er bra fordi jeg har lest at innebygd sinne blir depresjon Vil heller være sint enn deprimert	Skal finne flere ting å fylle hverdagen med Kunne tenkt å prøve zumba og boksing for å få ut aggresjon og frustrasjon Var aldri sint før – ikke vant med sinne Få utløp for det Innebygd sinne blir depresjon Heller sint enn deprimert	Finne flere ting å fylle hverdagen med  Zumba og boksing Få ut aggresjon/frustrasjon  Aldri sint før  Ikke vant med sinne  Må få utløp for sinne  Innebygd sinne – depresjon  Vil heller være sint enn deprimert  Ny opplevelse	Aktivitet Aggresjon  Frustrasjon  Sinne  Utløp for sinne  Fysisk aktivitet  Depresjon  Håndtere følelser ved hjelp av fysisk aktivitet	Aktivitet, søvn og hvile

### 3.4 Studiens troverdighet

For at forskningsresultater skal være så troverdige som mulig, må studien vurderes i forhold til de fremgangsmåtene som benyttes for å generere funn (Graneheim og Lundman, 2004). Begrepsbruken for å beskrive studiens troverdighet er forskjellig fra kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Siden dette er en kvalitativ studie, bruker Graneheim og Lundman (2004) «*credibility*», «*dependability*» og «*transferability*», for å beskrive ulike sider ved studiens troverdighet (Graneheim og Lundman, 2004). Jeg velger å oversette disse til norsk, og da til; *gyldighet*, *pålitelighet* og *overførbarhet*.

Gyldighet omhandler fokus på forskningen, og referer til tillit overfor hvor godt data og analyseprosessen retter seg mot det tiltenkte fokuset i studien (Graneheim og Lundman, 2004). Det første spørsmålet om gyldighet reises når forsker gjør en beslutning om fokus for studien, valg av kontekst, deltakere og datainnsamlingsmetode. Graneheim og Lundman (2004) mener at man ved å velge deltakere med ulike erfaringer, øker muligheten for å belyse problemstillingen fra ulike aspekter. Man kan ifølge Graneheim og Lundman (2004) styrke studiens gyldighet ved å velge den mest hensiktsmessige metoden for datamengde- og innsamling. Mengden data som trengs for å besvare problemstillingen på en troverdig måte, er avhengig av kompleksiteten av fenomenene som studeres, samt kvaliteten av datamaterialet. Graneheim og Lundman (2004) påpeker at en annen utfordring for å oppnå gyldighet er å velge de mest passende meningsenhetene. De mener at vide meningsenheter, en rekke avsnitt for eksempel, vil være vanskelig å håndtere siden de sannsynligvis inneholder forskjellige betydninger (Graneheim og Lundman, 2004). På den annen side hevder de at for smale meningsenheter som et ord, kan resultere i splittelse. Man kan i begge tilfeller risikere å miste betydningen av teksten under kondenseringen og abstraksjonsprosessen (Graneheim og Lundman, 2004). Gyldigheten av forskningsresultater er også avhengig av hvor bra kategorier og tema dekker datamaterialet, samt hvordan man bedømmer likheter og forskjeller mellom de ulike kategoriene (Graneheim og Lundman, 2004).

Et annet aspekt av troverdighet er pålitelighet. I følge Graneheim og Lundman (2004) vil endringer over tid, som variasjon i antall informanter og endringer i forskers holdninger, kunne påvirke resultatet og forskerens beslutninger. Jeg har med utgangspunkt i dette holdt meg til studiens prosjektplan og brukt samme intervjuguide i hvert intervju.

Spørsmål om studiens overførbarhet inkluderes også i troverdigheten. Dette omfatter i hvilken grad funnene kan overføres til andre settinger og grupper. Forsker kan gi forslag til overførbarhet, men det er leserens avgjørelse hvorvidt funnene er overførbare til en annen sammenheng (Graneheim og Lundman, 2004). En fyldig presentasjon av funn, kombinert med passende sitater, vil i denne sammenheng være et bidrag til å styrke studiens overførbarhet. Graneheim og Lundman (2004) påpeker i sin artikkel at troverdigheten vil øke dersom resultatene blir presentert på en måte som gjør det mulig for leseren å lete etter alternative tolkninger.

Jeg har gjennomgående i oppgaven forsøkt å gjøre tydelig hvilken informasjon som er hentet fra intervjuene og andre dokumenter, samt hva som er min forståelse og analyse av dette. Jeg har tydeliggjort mine valg av fremgangsmåter og metoder i et forsøk på å gi leseren et bilde av forskningsprosessen, samtidig som jeg ønsker å påpeke oppgavens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet på best mulig måte. Siden jeg holder meg til informantenes uttalelser, gjør dette at brukerstemmen får en sterk plass i oppgaven. Graneheim og Lundman (2004) mener at ved å legge til rette for overførbarhet, er det verdifullt å gi en tydelig beskrivelse av kultur og kontekst, utvalg og karakteristikk av deltakere, samt datainnsamling og analyseprosess. Min systematiske fremstilling av metode og analyse kan derfor sees på som et bidrag til studiens pålitelighet.

## **4.0 Etikk og forskningsetiske overveielser**

### **4.1 Formaliteter og tilgang til feltet**

Godkjenning fra Regional etisk komité (REK) er nødvendig dersom man skal starte et forskningsprosjekt som omfatter medisinske og helsefaglige spørsmål. Denne ble godkjent 11.11.14 (se vedlegg 2) (2014/1629). REK-godkjenning og godkjenning fra pasientvernombudet (se vedlegg) (11988/2015), samtykkeerklæring (se vedlegg 4) og prosjektplan, måtte sendes til fagsjef for forskningsavdelingen på Stavanger universitetssykehus, Kirsten Lode. Dette ble godkjent 29.01.15 (se vedlegg 3) (2011/681-14). Som vedlegg 4 medfølger hovedprosjektets godkjenning fra forskningsavdelingen (ID316).



## 4.2 Ethiske overveielser

Kvale og Brinkmann (2012) mener alle studier krever etiske overveielser. Etikk omhandler ideologier, verdier, normer, holdninger og handlinger. Her inngår profesjonsetikk for helse- og sosialarbeidere, som gir grunnlag for handling og begrunnede verdivalg i yrkesutøvelsen (Shulman, 2005). Når vi skal utføre en undersøkelse, innebærer dette som regel at vi bryter inn i andre menneskers privatsfære. Dette kan føre til etiske dilemmaer med tanke på at vi kan komme i skade for å krenke noen av dem som deltar i undersøkelsen (Jacobsen, 2010). Her tenker jeg spesielt på hvordan for mye fokus på helsefremmende livsstil kan gi dårlig samvittighet hos de som ikke føler de er aktive nok, de som røyker, bruker rusmidler eller spiser usunn mat. Det er her viktig å understreke at forsker ikke ønsker å provosere frem dårlig samvittighet hos de som deltar, men ønsker å få frem tanker hos den enkelte om hva som føles viktig. Det ble utformet en samtykkeerklæring hvor frivillig deltakelse ble fremhevet. Informantene fikk informasjon om at man når som helst, uten å oppgi grunn, kan trekke sitt samtykke og ønske om å delta i studien uten at det vil få konsekvenser for den videre behandlingen.

Jeg er sosionom av profesjon, og Fellesorganisasjonen har laget et yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og velferdsvitere. Yrkesutøvelsen er basert på humanistiske og demokratiske verdier, og yrkesutøverne fremmer likeverd og respekt, møter menneskers behov, og bidrar til at de får brukt sine ressurser. Arbeidet skal ivareta enkeltindividet og forståelsen av menneskenes gjensidige avhengighet av hverandre, for å skape livskvalitet for alle (Jacobsen, 2010).

Det opereres med tre ulike grunnleggende krav som en undersøkelse på andre mennesker må forsøke å tilfredsstillere. Disse tre kravene er informert samtykke (se vedlegg 4), krav til privatliv og krav til å bli korrekt gjengitt (Jacobsen, 2010). Kravet om informert samtykke vil si at den som undersøkes, frivillig skal bestemme om han eller hun ønsker å delta i studien, samtidig som deltakeren skal få informasjon om hvilke farer og gevinster deltakelsen kan medføre. Dette kravet kan igjen deles inn i fire hovedkomponenter (Jacobsen, 2010). Jeg skal trekke frem de viktigste momentene i disse.

Det første punktet er kompetanse. Det vil si at den som undersøkes må være i stand til og selv bestemme om han eller hun ønsker å delta i studien. Det er ikke alle som tilfredsstillt dette kravet, og vi må ofte basere oss på at barn, eldre og psykisk syke har nedsatt vurderingsevne. Dersom dette er tilfellet må noen andre ta avgjørelsen for dem. Mine informanter tilfredsstilte kravet til kompetanse, på tross av sine ulike diagnoser.

Et annet punkt er frivillighet. Man skal få velge om man ønsker å delta, uten press fra andre. For at noen skal kunne velge om de ønsker å delta i en undersøkelse, må de ha full informasjon om undersøkelsens hensikt, og fordeler og ulemper dette kan medføre, samt hvordan dataene skal benyttes (Jacobsen, 2010). Full informasjon kan ha stor betydning for undersøkelsens pålitelighet, men dersom den som undersøkes vet alt om hensikten, øker sannsynligheten for å få falske resultater. Tilstrekkelig informasjon er et mer foretrukket begrep. Den som undersøkes skal ikke bare ha fått tilstrekkelig informasjon, men de skal også ha forstått informasjonen (Jacobsen, 2010).

Like viktig som kravet til frivillighet, er kravet om rett til privatliv. Det vil si en frisone i livet som ikke nødvendigvis skal undersøkes. Forsker må tenke på at alle mennesker er forskjellige, og det vi selv oppfatter som sensitiv informasjon, ikke alltid oppfattes på samme måte av andre. Dette er viktig å ha i bakhodet når vi intervjuer og lager spørreundersøkelser. For å sikre privatlivets fred skal sterkere tiltak iverksettes jo lengre inn i det private vi beveger oss (Jacobsen, 2010).

Faren for å identifisere enkeltpersoner ut i fra dataene vi har samlet, er større dersom man opererer med et mindre utvalg. Dette er et problem kvalitative tilnærminger, og ble tatt hensyn til i mitt prosjekt. For å gjøre informantene mindre gjenkjennelige, har jeg i denne sammenheng valgt ikke å gjøre rede for på hvilket DPS jeg har foretatt intervjuene mine. I en undersøkelse er det viktig at vi gjengir resultatene fullstendig og i riktig sammenheng. Vi må altså ikke forfalske data og resultater for å fremme ønsket resultat (Jacobsen, 2010).

## 5.0 Presentasjon av funn

Jeg har i begynnelsen av dette kapitlet laget en tabell som gir leseren en oversikt over studiens informanter, og deres bakgrunnsinformasjon (se tabell II). Dette har jeg gjort for at leser skal få et mer levende og videre bilde av hvem som har bidratt til at forsker kan presentere funn fra studien. Det er i henhold til personopplysningsloven (1978), § 13, tatt hensyn til at informasjonen i tabellen ikke skal være gjenkjennbar for andre enn forsker.

<b>Tabell II</b>					
<b>Bakgrunnsinformasjon om studiens deltakere</b>					
Informant	Kjønn	Alder	Familiesituasjon	Jobbsituasjon	Diagnose
1	Mann	36 år	Enslig Ingen barn	Arbeidsledig	Rus/angst/depresjon
2	Kvinne	26 år	Samboer Ett barn	Sykemeldt	Bulimi/bipolar lidelse
3	Kvinne	28 år	Samboer Tre barn	Sykemeldt	Depresjon
4	Mann	49 år	Enslig To barn	Uførepensjonert	Posttraumatisk stresslidelse
5	Kvinne	30 år	Enslig Ett barn	Arbeidsledig	Bipolar lidelse
6	Mann	39 år	Enslig Ingen barn	Arbeidsledig	Paranoid schizofreni

I dette kapitlet vil jeg presentere funn som er fremkommet etter analysen av studiens seks intervjuer. Som jeg har redegjort for i kapittel 3.3, har jeg i analysen tatt utgangspunkt i Graneheim og Lundmans retningslinjer for kvalitativ innholdsanalyse. I analysen fremkom det et hovedtema: «*Opplevelse av helse, livsstil og motivasjon hos pasienter innlagt ved DPS*», som gjenspeiler alle temaene som er beskrevet.

For å skape en oversikt, vil tema og kategorier presenteres i en tabell før studiens funn blir gjort rede for (se tabell III). Resultater og funn vil på bakgrunn av dette presenteres med overskrifter, der jeg vil legge frem de mest fremtredende delene av det innsamlede datamaterialet. Dette vil bli gjort ved å vise til utvalgte sitater og beskrivelser, samt en oppsummerende avslutning under hver kategori. Jacobsen (2010) hevder at sitater for

kvalitative metoder er hva figurer og tall er for kvantitative metoder. Derfor vil jeg med utgangspunkt i dette bruke sitater for å støtte opp under de ulike beskrivelsene.

Tabell III viser en oversikt over studiens funn - herunder presentert som tema og kategorier:

<b>Hovedtema: Opplevelse av helse, livsstil og motivasjon hos pasienter innlagt ved DPS</b>				
<b>Tema</b>	Ernæring og spisemønster	Aktivitet, søvn og hvile	Rus og røykevaner	Miljøterapi
<b>Kategori</b>	Spise sunn mat	Håndtere følelser ved hjelp av fysisk aktivitet	Erfart det som helsebringen de å slutte med røyk	Personal inspirerer til bedring av helse og livsstil
	Gode rutiner og faste måltider	Bevegelse, trening og motivasjon	Ønsker måtehold til alkohol	Helsefremmende miljøterapi
	Motivasjon til endring av matvaner	Finne en god balanse mellom søvn, hvile og aktivitet	Motivasjon til bedring av egen helse	Forslag til forbedring av tilbud under innleggelse

## 5.1 Ernæring og spisemønster

Under dette tema vil informantenes tanker og erfaringer om ernæring og spisemønster fremstilles som funn. Under «ernæring og spisemønster» vil tre kategorier beskrives. Disse er «spise sunn mat», «gode rutiner og faste måltider» og «motivasjon til endring av matvaner».

### 5.1.1 Spise sunn mat

Informantene påpekte viktigheten og virkningen av det sunne kostholdet på DPS'et. Sunn mat har vært et gjennomgående tema i intervjuene, og informantene har alle hatt positive opplevelser i forhold til maten som serveres ved innleggelse. DPS'et har et gjennomgående fokus på sunn mat og lettprodukter med lite karbohydrater, og har dermed innført dette som et helsefremmende tiltak. Dette gir ifølge informantene resultater.

På spørsmålet «*Vil du fortelle om hvilke helsefremmende tiltak som utføres på DPS'et?*» svarte informant 1; «*Det er ikke alle som er i like godt hold når de kommer på et A-senter, men for meg som alltid har holdt en stabil vekt på rundt 95 kg, men ble medisineret og tok imot det jeg fikk av medisiner, siden jeg aldri hadde vært på institusjon før, la jeg på meg atten kilo. De har jeg slitt med å ta bort. Helt til nå. Jeg fikk min ruskonsulent til å lage et opplegg slik at jeg ble sendt hertil, fordi det her er veldig lite karbohydrater i maten vi spiser. De kjører på med lettprodukter og fokuserer på at folk skal spise sunt. Det er veldig bra med denne plassen her*». Dette gir et bilde av viktigheten av å fokusere på sunn mat i forhold til pasienter innlagt ved et DPS. De forteller om den store matmessige forskjellen fra mat som lages hjemme, og maten som serveres under innleggelse.

Informant 6 sa: «*I det siste har jeg ikke hatt matlyst. Når jeg er hjemme spiser jeg kanskje en gang om dagen. Jeg mister lysten på mat. Jeg gidder ikke å lage mat til meg selv alltid. Det er noe som stopper meg. Det er mye jeg ønsker å gjøre, men stemmene presser meg og sier at jeg ikke kan*». Dette illustrerer hvordan flere av informantene forholder seg til mat utenom innleggelse. Det blir stort sett lettvinde måltider som ferdigmat med mye karbohydrater. Dette kombinert med dårlig spisemønster og lite eller ingen bevegelse. Dette legger grunnlag for den viktige betydningen av det sunne kostholdet som fokuseres på under innleggesperioden.

Med hensyn til ulike diagnoser, hadde informantenes matvaner stor variasjon. Noen hadde dårlige, andre hadde gode, mens andres var for gode. Dette vil bli illustrert i kommende eksempler.

Informant 2 fortalte at hun hadde bulimi, og på spørsmålet om matvaner svarte hun: «*Jeg har slitt med bulimi siden jeg var fjorten år, men her inne har jeg fått et normalt forhold til mat igjen, og det hadde jeg ikke klart alene. Det har vært fantastisk. Da slipper jeg å gå rundt å tenke på det hele tiden. Før innleggelse spiste jeg sunt. Litt for sunt tror jeg. Jeg føler jeg mestrer å spise som andre. Jeg er fornøyd med hvordan opplegget med maten er her, og føler jeg har lært mye jeg skal ta med meg hjem*».

Informant 1 sa: «*Jeg har alltid spist sunt. Stort sett. Jeg har stort sett alltid laget mat hjemme selv. Kanskje jeg har gjort det litt lettvin enkelte ganger da jeg har gått og kjøpt meg en kebab. Jeg har alltid hatt fryseboksen full av fisk og kjøtt og laget gode*

*måltider, selv om jeg har vært ruset. God og sunn mat. Jeg har aldri hatt underernæring».*

### **Oppsummering:**

Jeg har under kategorien «sunn mat» belyst hvordan informantene stiller seg i forhold til sunn mat og kostholdet de har under innleggelse. Det fremkommer av resultatene at informantene er fornøyd med DPS'ets fokus på sunn mat, på tross av deres forskjellige erfaringer og bakgrunn utenfor institusjonen. Informantene med dårlige matvaner har lært hvordan de kan bedre disse etter utskrivelse, samtidig som de med gode og *for* gode matvaner har fått normalisert sitt forhold til mat.

#### **5.1.2 Faste rutiner og sunne måltider**

Gode rutiner og faste måltider var begreper som til stadighet dukket opp i datamaterialet. Store deler av studiens funn handlet om rutiner, hvor faste måltider inngår. Hver og en har påpekt viktigheten av å ha gode rutiner i livet sitt, selv om dette i det store og hele har vært en mangel hos de fleste informantene. Under innleggelse spiste pasientene fire måltider til dagen, som for de fleste av dem er svært uvanlig. Dette innebar frokost, lunch, middag og kveldsmat – til faste klokkeslett hver dag. Det fremkommer at dårlig søvnmønster er et kjent fenomen hos denne gruppen pasienter, som igjen fører til at døgnet ofte blir forskjøvet. Flere av informantene var våkne om natten og sov på dagen utenom innleggelse. Dette viste seg ofte som merkbare konsekvenser.

Informant 4 fortalte: *«Jeg var veldig overvektig, men jeg tenkte ikke på noe slanking. Jeg veide 96 kilo da jeg ble innlagt. Mange går opp i vekt under innleggelse på grunn av mye god mat, men siden jeg har hatt faste måltider fire ganger til dagen, og samtidig spist sunt, har jeg gått ned syv kilo i denne perioden. Det er litt trening, men mest av alt på grunn av de fire måltidene, og ikke slik som jeg holdt på hjemme med frokost klokken tre, middag klokken ni og et varmt måltid klokken tolv. Faste rutiner. Dette har hjulpet meg. Jeg har blitt lettere på foten».*

På spørsmålet «spiser du faste måltider?» svarte informant 5: *«Ja, når jeg er her. Jeg er ikke flink til det når jeg er hjemme. Jeg har tenkt å få et fast mønster på det når jeg kommer hjem, fordi jeg har lært viktigheten av det. Jeg blir ikke så fort sliten. Jeg merker forskjell fra når jeg er her, og når jeg er hjemme. Jeg skal prøve å vektlegge det*

*når jeg skal bo for meg selv. Jeg tror det er veldig viktig å ha faste holdepunkter i hverdagen. Ellers kan alt flyte litt ut».*

Disse sitatene representerer viktigheten av faste måltider og rutiner i hverdagen, og gir samtidig en tydelig beskrivelse av hvordan dette påvirker informantenes liv på en positiv måte. Herunder at gode rutiner for flere av pasientene har ført til mer energi og mindre tretthet. Bare to av seks informanter meddelte at de spiste faste måltider utenfor institusjonen. Flere av grunnene til det lave antallet var ensomhet, døgnrytme og depresjon som førte til mangel på matlyst.

På den annen side fortalte informant 2 om hvordan livet hennes før innleggelse i for stor grad kun besto av rutiner. Før hun ble innlagt gikk hun ofte på tur, spiste bare sunn mat og sluttet å kose seg. Hun mente selv på bakgrunn av dette at hun hadde utviklet et «*snill pike syndrom*». I hennes tilfelle var målet å holde litt på de faste tingene, men også å lære seg å nyte flere ting i livet. De overnevnte eksemplene viser helt forskjellige erfaringer og sider ved rutiner og faste måltider, men er alle enige om at man i denne sammenheng bør strebe etter den gyldne middelvei. Funnene viser altså at man ikke må glemme å leve selv om man gjennom å spise sunne og faste måltider vil oppnå en bedre helse. De mente alle at ingen er tjent med å bli fanatisk.

Informant 4 uttrykte: «*Nå skal jeg legge inn et måltid ekstra. Slik at jeg får inn de fire måltidene til dagen og får faste rutiner på det. Det som motiverer meg er at jeg har gått ned i vekt. Jeg har ikke tenkt på slanking, bare spist de fire måltidene. Jeg spiser det jeg trenger, samtidig som det er mye god og sunn mat. Det som jeg ikke trodde var at fire måltider, heller tre små og et stort, vil gjøre at man går ned i vekt. Det har jeg aldri trodd på. Det har virket. Jeg har heller ikke hatt behov for flere måltider enn de vi har hatt felles på DPS' et*».

Her ser vi et tydelig eksempel på hvordan faste rutiner og måltider har endret pasientens tilværelse og livskvalitet på flere områder. DPS'et har ved å innføre fire faste måltider under innleggelse forbedret deres forhold til mat, samt bidratt til at pasientene har fått faste rutiner de ønsker å ta med seg videre etter utskrivelse. Informantene har alle uttrykket positive opplevelser ved spørsmål angående rutiner og faste måltider under innleggesperioden.

## **Oppsummering:**

Jeg har under kategorien «gode rutiner og faste måltider» belyst hvordan informantene stiller seg i forhold til rutiner og måltidsrytme som hemmer og fremmer deres psykiske og fysiske helse. Funn som har forekommet viser at gode rutiner, her med fokus på mat, har en positiv innvirkning på pasienten. Ved å ha faste holdepunkter i hverdagen bidrar dette forhåpentligvis til at informanten klarer å iverksette dette tiltaket selv etter utskrivelse.

### **5.1.3 Motivasjon til endring av matvaner**

Funn som fremkommer under denne kategorien handler om informantenes motivasjon til endring av matvaner, hvor de fortalte om hvordan og hvorfor de ønsket dette. Det er stor variasjon i informantenes svar fra denne kategorien.

Informant 3 har gått fra å være toptrent med treningsprogram utviklet av fitness coach, til å få et normalisert forhold til mat. Informanten fortalte om livet på diett med hensikt å gå ned i fettprosent og øke muskelmasse - kombinert med samboer, to barn og et tredje på vei. Hun fortalte om hvordan hun kunne spise kjøttkaker og poteter, ingen saus, og kun sukkerfri ketchup. *«Man blir sprø til slutt. Det er ikke sunt,»* avsluttet hun sitt svar på spørsmålet om hvordan hun ivaretar sin egen helse.

På spørsmål om hvordan dietten påvirket henne svarte hun: *«Jeg ble sliten. Er man sliten, får man kortere lunte. Man bruker opp energien sin på trening, og har ikke nok energi igjen til å være med på lekeplassen. Man blir en egoistisk person. Spesielt når man har barn. Da fant jeg ut at det var bedre å ha saus på maten, og ikke synlige muskler. Trivselsvekt er den vekten du ikke vil ha, men den du har når du lever en livsstil du trives med, tenker jeg. Jeg prøver å tenke mer fornuftig for meg selv, og barna, og hvordan vi kan ha det fint sammen som en familie»*. I hennes tilfelle var familien motivasjon til endring av matvaner. Noen har svart vektnedgang, mens andre ønsker å normalisere sitt forhold til mat. Svarene på spørsmål om motivasjon til endring av matvaner bunner ofte i en kombinasjon av pasientens livsstil, samt aktivitets- og måltidsrutiner, som jeg vil komme tilbake til ved en senere anledning.

Siden informant 3 skilte seg ut fra de andre pasientene i forhold til sitt fokus på mat og trening, stilte jeg meg spørrende til hvordan den nye livsstilen hadde påvirket henne. Dette fordi jeg vil sette lys på hvordan et normalt forhold til mat gjennomgående har



påvirket informantene både psykisk og fysisk. Hun svarte: «Jeg er blidere og mer positiv. Jeg gir ikke så lett opp lengre. Jeg har mer energi og glede sammen med familien min og folk rundt meg. Blir ikke så fort sint lengre som jeg kunne før, selv om jeg enda kan bli sint, er det ikke på samme måten. Jeg har mer fått mer overskudd og føler meg ikke deprimert. Jeg tror at det å være ekstremt sunn og fanatisk med mat og trening gjør deg deprimert til slutt - fordi du aldri blir fornøyd».

### **Oppsummering:**

Jeg har under kategorien «motivasjon til endring av matvaner» belyst hvordan endring av, og fokus på et normalt kosthold kan bidra til bedring av pasientenes psykiske og fysiske helse. Motivasjonen har gjennomgående omhandlet familie, selvfølelse og bedring av egen livsstil og livskvalitet.

## **5.2 Aktivitet, søvn og hvile**

Under dette tema vil informantenes tanker og erfaringer som omhandler aktivitet, søvn og hvile fremstilles som funn. Under «aktivitet, søvn og hvile» vil tre kategorier beskrives. Disse er «håndtere følelser ved hjelp av fysisk aktivitet», «bevegelse, trening og motivasjon» og «finne en god balanse mellom søvn, hvile og aktivitet».

### **5.2.1 Håndtere følelser ved hjelp av fysisk aktivitet**

Det ble i intervjuene snakket mye om hvordan informantene brukte, eller ønsket å bruke fysisk aktivitet som hjelp til å håndtere følelser, og fortalte, nesten alle, hvordan fysisk aktivitet påvirket hverdagen deres under innleggesperioden. Informantene har ulike diagnoser og årsaker til innleggelse, som igjen fører til forskjellige syn på, og erfaringer med fysisk aktivitet. På spørsmålet «*har du ting å fylle hverdagen med?*», svarte informant 5: «*Ja, jeg skal finne flere ting å fylle hverdagen med etter hvert. Jeg kunne tenkt meg å begynne med zumba og boksing. Få ut litt aggresjon og frustrasjon som jeg har fått. Før var jeg aldri sint, men nå har jeg begynt å bli sint - jeg er ikke vant med det, så jeg må prøve å få utløp for det. Det er bra, fordi jeg har lest at innebygd sinne blir depresjon, og da vil jeg heller velge å være sint, enn å være deprimert*». Her ser vi hvordan hun ønsker å bruke fysisk aktivitet til å håndtere sinne og frustrasjon, for å unngå depresjon. Depresjon og angst er kjente tema blant informantene, og videre vil jeg eksempelvis presentere funn der disse følelsene håndteres ved hjelp av fysisk aktivitet.

Informant 6 har diagnosen paranoid schizofreni. Han hører stemmer, ser døde mennesker samtidig som han føler insekter kryper under huden hans. Som hjelp til å håndtere disse følelsene forteller han: *«Når jeg er alene tenker jeg veldig mye, men når jeg er innlagt tar de meg med på tur og bowling. En annen dag er vi i svømmehallen. De tingene gjør at man blir opptatt, og glemmer litt bort sine problemer. Disse tingene føler jeg hjelper meg veldig mye. Når jeg tenker mye kommer stemmene og jeg blir veldig deprimert. Da føler jeg det hjelper å delta på aktiviteter».*

Informant 1 gav nesten gjennom hele intervjuet uttrykk for hvor viktig fysisk aktivitet er, og har vært, for å komme dit han er i dag. Han uttrykte sin motivasjon og engasjement for fysisk aktivitet på denne måten: *«Depresjon, angst og sosial angst kommer jeg til å fikse ved hjelp av fysisk aktivitet. Det er gull verdt rett og slett. Det er verdt og satse på dette her. Dette med fysisk aktivitet og psykiatri».*

Siden informant 5 gjennom intervjuet ofte gav uttrykk for hvilke følelser som ble satt i gang hos henne under fysisk aktivitet, stilte jeg spørsmålet; *«vil du fortelle hvordan du føler deg før og etter du har vært på tur?»* Hun tror det er lett for mennesker å bli nedfor dersom vi ikke får brukt kroppen vår. *«Jeg tror mennesker er skapt til det».* Hun fortalte at hun begynte å gå etter en *«knekk»* hun hadde, og hvordan dette fikk livet hennes til å snu etter alle sviktet henne. *«Jeg tror ingen medisiner kan gjøre det samme som tur gjør for meg»*, fortalte hun.

### **Oppsummering:**

Jeg har under kategorien «håndtere følelser ved hjelp av fysisk aktivitet», belyst hvordan informantene på ulike måter har brukt fysisk aktivitet som kanal for utløp av følelser. Angst og depresjon er kjente tema hos denne gruppen pasienter, og med deres ulike bakgrunn og diagnoser har jeg med informantenes sitater vist hvordan fysisk aktivitet har spilt, og spiller, en stor rolle i livene til flere av dem.

### **5.2.2 Bevegelse, trening og motivasjon**

Jeg vil under denne kategorien presentere funn som inngår i begrepene «bevegelse, trening og motivasjon». Her vil jeg ta for meg informantenes erfaringer med trening, og hva som motiverer dem til forbedring av vanene de har. Funnene som fremkommer under denne kategorien har stor variasjon.

På spørsmålet «*hva motiverer deg til å opprettholde din fysiske aktivitet, eller forbedre den du har?*», svarte informant 4: «*Min motivasjon her er at jeg ikke føler meg trøtt på kvelden. Kanskje jeg en dag vil klare meg uten sovemedisiner. Min motivasjon og mål er god søvn. Jeg vil bruke fysisk aktivitet til å oppnå dette*».

Flere av informantene har god søvn som motivasjon for endring av vaner i forhold til fysisk aktivitet, mens andre har som mål å bli medikamentfri. Å komme i bedre form er tema som stadig dukker opp i studiens funn, og for å beskrive sin egen helsetilstand fortalte informant 4: «*Jeg har jo egentlig en hemmende angst. Dødsangst. Også har jeg denne posttraumatiske stresslidelsen. Før var jeg kanonsprek. Etter at jeg ble syk, og fikk denne angsten for å dø, gjorde det sånn at jo mer jeg gjorde fysisk, jo mer symptomer på hjertet fikk jeg. Egentlig så fikk jeg nok bare hjertebank, men jeg kjente det veldig godt. Jeg var overfølsom for alt. Dette gjorde at jeg ble sittende. Jeg turte nesten ikke å bevege meg. Det eneste var bort på toalettet, og bort til kjøleskapet*». Her får vi et tydelig bilde på hvordan den psykiske helsen har påvirket informantens fysiske helse. Det viste seg at fysisk aktivitet og bevegelse generelt før innleggelse av ulike grunner har vært et lite prioritert tema hos flere av informantene. Dette har vært fordi det av flere grunner har vært problematisk for pasienten å bruke kroppen slik den er ment til å brukes.

Informant 4 fortalte om en trimsykkel han har hatt stående i stua i tre år, hvor den har blitt svært lite brukt. En dag han begynte å trø, kom angsten med en gang. Før han ble varm begynte kroppen å gi beskjed om at den ikke likte det som skjedde. Han ser på seg selv som sykkelig dårlig når det gjelder helsetilstand, og kan så vidt gå på butikken uten at han må stoppe opp og ta pauser, eller føler han holder på å dø på veien fordi hjertet jobber så hardt. «*Psyken har overtatt alt som har med helse å gjøre*», påpekte han.

På den annen side har vi informant 3 som har brukt store deler av hverdagen sin på fysisk aktivitet. Hun har den siste tiden gått fra en svært aktiv livsstil kombinert med mye fysisk aktivitet og diett, til en mer avslappet og måteholden hverdag. Dette har påvirket henne på flere områder. På spørsmålet «*hva motiverer deg til å opprettholde en god livsstil, eller forbedre den du har?*», svarte hun: «*Psyken, fordi jeg vet hva en dårlig livsstil kan gjøre med psyken. Man blir en dårlig person i forhold til andre. Man lukker seg inne og har det ikke bra med seg selv. Jeg føler den livsstilen jeg har nå er mye bedre for meg og psyken min. Jeg har ennå mye å jobbe med. Det er vanskelig å gå fra*

*en livsstil til en annen, samtidig som det også er vanskelig å gå fra en tankegang til en annen når det gjelder trening og kropp. Man blir påvirket fra alle kanter, ikke sant».*

Informant 2 har hatt en livsstil der hun hjemme har vært på høygir. Hun forteller om den store kontrasten fra før hun ble innlagt, og hvordan hverdagen hennes er under innleggelse. På spørsmålet «*hvordan ivaretar du din egen helse?*», svarte hun: «*For tiden er det å slappe av og høre på musikk. Jeg prøver å koble litt ut. Jeg har lært at jeg må gi meg selv rom og tid. Har lært å ha tillit til verden og alle rundt meg igjen. Jeg har fått tillit til livet*».

### **Oppsummering:**

Jeg har under kategorien «bevegelse, trening og motivasjon» illustrert hvilke erfaringer informantene har med fysisk aktivitet, og hva som motiverer dem til å forbedre vanene de har. Funnene viser ulike erfaringer og meninger om hvordan fysisk aktivitet påvirker dem i hverdagen under innleggelse, samt hva som motiverer dem til å videreføre dette etter utskrivelse.

### **5.2.3 Finne en god balanse mellom søvn, hvile og aktivitet**

Jeg vil under denne kategorien presentere funn som inngår i hvordan informanten kombinerer søvn, hvile og aktivitet. Siden søvn og søvnproblemer er tema som ofte fremkommer i studiens funn, vil jeg herunder ta utgangspunkt i informantenes utfordringer i forhold til søvnmønster, og hvordan dette på best mulig måte balanseres og kompenseres med aktivitet.

Fem av seks fortalte om dårlig søvnmønster. Herunder inngår søvnmønster, hvor lite og dårlig søvn inngikk. Flere av informantene påpeker hvordan dårlig søvnmønster påvirker hverdagen deres, og gjorde at man ofte ikke hadde energi til å drive med noen form for aktivitet, mens andre brukte fysisk aktivitet som kompensasjon for dårlig søvn. På spørsmålet «*vil du fortelle om ditt søvnmønster?*», svarte informant 6: «*Det er dårlig. Uansett hvor mye jeg sover blir jeg sliten. Jeg klarer ikke sove mer enn i en eller to timer før jeg våkner. Jeg drømmer vonde drømmer og har mye mareritt*».

Flere av informantene ønsket å bruke fysisk aktivitet til å slite seg ut på dagen – for å bli trett på kvelden. Dette fremkom som et ønske fordi flere hadde som mål å slutte med sovemedisin. Flere hadde vært preget av dårlig søvnmønster store deler av livet, og

fortalte om hvordan det forverret seg etter at de ble syke. «Jeg har for mye å tenke på», fortalte informant 4.

Informant 1 hadde en rus og psykisk lidelse (ROP-lidelse) som inkluderer rus og psykiatri. I atten år hadde amfetamin og hasj påvirket sansene og søvnmønsteret hans, og evnen til å gå lenge uten søvn har gradvis blitt til en vane. Han fortalte: «Hver tredje-fjerde natt får jeg sove sånn noenlunde. Skal jeg ta denne dagen som eksempel har jeg ikke sovet i hele natt. Gruet meg nesten siden jeg hadde sagt ja til å delta på intervjuet med deg i dag. Dette fordi når jeg begynte dagen var jeg veldig sliten i hodet. Kroppen fungerte greit nok, men hodet fulgte ikke med. Nå har jeg vært to timer på treningssenter med forskjellige apparater og vekter, og det snudde om min dag totalt. Nå går det greit resten av dagen – selv uten søvn. Dette viser bare viktigheten av fysisk aktivitet». Videre uttrykker samme informant at dersom flere av de innlagte pasientene hadde fått et «spark bak», blitt med ut på tur, og fått nye inntrykk, mener han det hadde gjort mye med deres hverdag. «De som ikke får et spark bak her blir sittende foran tv-skjermen, og der blir de sittende fra etter frokost til kvelds».

Informant 5 fortalte at hun har mye energi som menneske, og får derfor sovemedisin under innleggesperioden. Hun har en plan om å få seg en jobb og drive med enda hardere fysisk aktivitet for å «slå seg helt ut på kvelden», etter utskrivelse. Dette ønsker hun å gjøre for å slippe å bruke sovemedisin. Før innleggelse kunne hun være våken en hel natt, eller slite med lite søvn en uke, for så å sove litt av og på. «Da er det vanskelig å få et godt og balansert liv», fortalte hun.

På grunn av språklige utfordringer måtte jeg stille noen av spørsmålene på en annen måte, og stilte derfor informant 6 spørsmålet «vil du fortelle hvordan du føler deg før og etter trening?» Jeg fikk til svar at han etter trening sover bedre. Hvis han ikke trener eller går tur har han vanskelig for å sove.

### **Oppsummering:**

Jeg har under kategorien «finne en god balanse mellom søvn, hvile og aktivitet» belyst hvordan informantenes aktivitets- og søvnmønster påvirker hverandre. Av funnene fremkom dårlig søvnmønster som et kjent tema hos flere av informantene som påvirket dem på ulike måter. Det fremkom også i denne sammenheng at noen ønsket å bruke fysisk aktivitet på veien til å bli medisinfri, men også til forbedring av søvnmønster- og

kvalitet.

### **5.3 Rus og røykevaner**

Under dette tema vil jeg fremstille informantenes rus- og røykevaner som funn. Under «rus og røykevaner» vil tre kategorier beskrives. Disse er «erfart det som helsebringende å slutte med røyk», «ønsker måtehold til alkohol» og «motivasjon til bedring av egen helse».

#### **5.3.1 Erfart det som helsebringende å slutte med røyk**

Jeg vil under denne kategorien presentere funn som inngår i hvordan informantene har erfart det helsebringende å slutte med røyk.

Informant 3 forteller at hun sluttet med røyk for et år siden. Hun hadde da røykt siden hun var fjorten år. *«Jeg har ikke trent hele livet, men så begynte jeg å jogge, og da kjente jeg at det ikke var vits å jogge for så å ta seg en røyk etterpå. Da sluttet jeg».*

Informant 1 har sluttet med røyk og gått over til snus. Videre påpeker han: *« I det store og det hele må man huske at vi ikke skal slutte å leve, men å finne en balanse som passer hver enkelt av oss».*

Informant 4 fortalte at hadde sluttet med røyk og tenkte ikke så mye på det. *«Jeg vet det er veldig helsebringende å slutte».* Han fortsatte med at han visste hvor dårlig han hadde blitt om han hadde begynt igjen. Hele opplegget han hadde startet ville gått i stå, bare med røyken. Det ønsket han ikke.

Informant 5 fortalte at hun sluttet med røyk og snus i oktober. Hun hadde ingen plan med det, men det følte plutselig ut som gift. Hun kunne ikke forklare det. Nå klarer hun så vidt å være i nærheten av det. To av informantene fortalte de hadde brukt illegale rusmidler. Informant 2 fortalte at det var lenge siden, men hadde sluttet med både røyk og annen rus nå.

Informant 1 er innlagt ved DPS'et som et alternativ til avrusningscenter. Han hadde brukt atten år av livet sitt i rusmiljøet, der amfetamin og hasj hadde vært de foretrukne rusmidlene. Han hadde lagt seg inn på DPS'et for å bli rusfri, og fortalte at han synes det gikk veldig fint.

## **Oppsummering:**

Jeg har under kategorien «rus og røykevaner» belyst hvordan informantene beskrev sitt forhold til røyk og andre rusmidler. Det fremkom av funnene at fem av de seks informantene føler det har vært både enkelt og helsebringende å slutte med røyk og andre rusmidler.

### **5.3.2 Ønsker måtehold til alkohol**

Jeg vil under denne kategorien presentere funn som omhandler informantenes forhold til alkohol. Her vil jeg ta for meg deres ulike alkoholvaner og motivasjon til endring av disse.

Informant 4 definerte sitt alkoholforbruk som litt større enn det han definerte som normalt. Før innleggelse drakk han alkohol vertfall en dag i helgen, som igjen ofte førte til en ukedag i tillegg. «*Det var mye fordi jeg ville ha fred i kroppen*». Det hadde han sluttet med nå. Han vil passe på at livet ikke blir for «*surt*», og at han trenger alkohol for å fungere.

På spørsmålet om alkoholvaner svarte informant 1: «*Det er jeg veldig måteholden med. Jeg lager vin selv. Det liker jeg å holde på med. Jeg liker godt et glass vin, men alkoholrusen er ikke den rusen jeg foretrekker. Skal jeg på fest holder det med en sekspakning med halvlitere. Eller noen glass med vin. Amfetamin, hasj og marihuana var det jeg falt for. Men nå skal det bort*»

Informant 2 drakk ikke lengre alkohol fordi det gjorde henne psykisk dårlig, mens informant 3 og 6 drakk alkohol av og til for å være sosial. På den annen side har vi informant 5 som før innleggelse gikk på byen for å drikke vin fordi hun hadde det vondt. Hun mente det ville bli annerledes etter utskrivelse siden hun nå hadde det bra, og mente en bytur vil kunne sees på som en bonus og noe positivt.

## **Oppsummering:**

Under kategorien «ønsker måtehold til alkohol» har informantenes ulike forhold til alkohol blitt fremstilt som funn. Noen drakk alkohol for å være sosial, mens andre brukte det for å roe ned kroppen og dekke over vonde følelser.

### 5.3.3 Motivasjon til bedring av egen helse

Jeg vil under denne kategorien presentere funn som omhandler informantenes motivasjon til bedring av egen helse. Det vil herunder tas utgangspunkt i informantenes svar på spørsmålet om hva som motiverer dem til å opprettholde en god livsstil, eller forbedre den de har.

Informant 1 hadde drømmer og mål som motivasjon til bedring av egen helse og livsstil, mens informant 2 på den annen side hadde et ønske om å få det godt med seg selv, og igjen få tilbake glede i livet. Informant 4 hadde som mål å kunne gå på tur uten å bli stresset og sliten. Han hadde en dårlig rygg som motiverer han i forhold til å trene opp ryggmuskulaturen. Dette hadde han ikke gjort før på grunn av angst. Han fortalte at angsten ikke var borte, men visste nå at han ikke kom til å dø på grunn av stigende puls.

Informant 5 forteller at hun til sommeren ønsker å føle seg vel. Hun vil holde den fysiske aktiviteten ved like, sammen med livet sitt for å kunne ha det bra med seg selv, både mentalt og fysisk. Hun har lært å sette seg selv først, før hun tar vare på andre, og motivasjonen hennes er i likhet med informant 2, å få et godt forhold til seg selv.

Informant 6 forteller at han noen ganger føler han må forandre seg. «*Jeg må bli sterkere og bli som andre*». Han tenker da det er viktig å ha en god livsstil siden han har mye problemer gjør dette at han ofte gir opp og mister håp for fremtiden.

#### **Oppsummering:**

Jeg har under denne kategorien gjort rede for informantenes motivasjon til bedring av egen helse og livsstil, hvor både psykiske og fysiske faktorer benevnes som kilder til motivasjon.

## 5.4 Miljøterapi

Under dette tema vil informantenes erfaringer med miljøterapi fremstilles som funn, hvor tre kategorier vil beskrives. Disse er «personal inspirerer til bedring av helse og livsstil», «helsefremmende miljøterapi» og «forslag til forbedring av tilbud under innleggelse».



#### 5.4.1 Personal inspirerer til bedring av helse og livsstil

For å få informasjon om hvordan personalet bidrar med fokus på, samt inspirasjon og motivasjon til helsefremming, stilte jeg spørsmålet; *«hva gjør personalet for å fremme god livsstil?»*. Informantene hadde ulike syn på hvordan de mente dette ble praktisert.

Informant 5 fortalte om velkomsten hun hadde fått ved innleggelse. *«Jeg var her for et par år siden, og personalet husket meg igjen og sa det var kjekt å se meg. Jeg synes det er så viktig med førsteinntrykket og hvordan man blir tatt imot. Da er det mye lettere å ta imot behandling»*.

Informant 6 har erfart at dersom han ikke liker, eller ikke ønsker å delta på en aktivitet, pleier personalet å oppmuntre han til å prøve. *«De smiler og snakker fint til meg. Disse tingene gjør at jeg aksepterer det og blir med dem. Aktivitetene gjør at jeg føler meg litt bedre. Personalet er veldig snille. Nesten alle. De prøver å gi meg litt håp i livet. Noen ganger har jeg ikke håp og da ønsker jeg å dø»*.

Informant 1 forteller om gymsalen pasientene kan benytte seg av hele dagen. *«Det er helst meg og en annen pasient som også er innlagt her som pleier å være der å spille badminton»*. Han mener at dersom det ikke hadde vært for at de selv tok initiativ, *«hadde det ikke blitt noe særlig»*. Han mener personalet må ta initiativ for å få flere med seg i gymsalen på kveldstid. Han begrunner dette med at når pasientene setter seg ned foran tv-skjermen hver kveld, blir det ofte til at man går på butikken og kjøper ting som egentlig er forbeholdt lørdagen. Han mener derfor at personalet må gjøre en bedre innsats for å få pasientene opp av sofaen og bort fra tv-skjermen.

Informant 3 har erfart måten hun har blitt forstått av de ansatte som positiv. Hun synes det har vært godt å ha noen å snakke med, samtidig som hun har lært forskjellige pusteteknikker hun vil ta med seg videre. *«Noen av de ansatte snakker med meg heller som en venn enn pasient. De er forståelsesfulle og medmenneskelige. Jeg føler ikke jeg er på et samlebånd som det ofte kan oppleves som i dette systemet»*.

#### **Oppsummering:**

Jeg har under denne kategorien gjort rede for informantenes tanker rundt personalets bidrag til helsefremming under innleggelse. Av funnene fremkommer det ulike meninger og erfaringer, både positive og negative. Informantene er i det store og hele

fornøyd med personalets innsats, med et unntak der informant 1 mener informantene på en bedre måte må motiveres til en mer aktiv hverdag.

#### **5.4.2 Helsefremmende miljøterapi**

Under denne kategorien vil informantenes erfaringer med helsefremmende miljøterapi fremstilles som funn. Her vil jeg ta utgangspunkt i informantenes egen opplevelse av hvordan helsefremmende tiltak praktiseres under innleggelse.

Selv om DPS'et tilbyr et bredt spekter av aktiviteter, har alle informantene ulike utfordringer, og vil derfor ha ulikt syn på hva som hemmer og fremmer deres fysiske og psykiske helse. Informant 4 forteller: *«De har jo tilbud nesten hver dag. Har prøvd en del også. Jeg har blant annet vært med på turgruppe på onsdager. Det likte jeg veldig godt. Jeg fikk gå ut å få frisk luft og se nye ting. De første ukene var jeg med uten problemer, men i det siste har angsten hemmet meg»*. Videre fortalte han om en avtale han hadde hatt ansvarlige for fysisk aktivitet på DPS'et. Han ble fortalt hva aktivitetene gikk ut på, og hva de kunne brukes til etter utskrivelse. *«Det å gå tur for eksempel. Det hadde jeg aldri tenkt på en gang. Når jeg går til butikken har jeg lært at dette ikke kan kalles tur – det er noe man må gjøre»*. Han var fornøyd med å ha fått informasjon om tilbudene tidlig i innleggelsesperioden. *«Da kunne jeg fort finne ut hva jeg ønsket å være med på»*.

Informant 6 gav uttrykk for å være fornøyd med tilbudene han har ved innleggelse. Han bekrefter dette ved å fortelle en historie fra en dag sammen med DPS'ets livsstilsgruppe: *«Etter jeg kom hjem fra tur satt jeg og tenkte på det jeg hadde sett og opplevd på turen. Jeg så barn som lekte i skogen, og dette minnet meg om min egen barndom. Dette førte til at jeg glemte problemene mine»*.

På spørsmål om hvordan helsefremmende arbeid gjennomføres på DPS'et svarer informant 5 at hun føler seg inkludert i et fellesskap, samtidig som personalet ofte sitter i stua og strikker. Videre forteller hun om DPS'ets kreative gruppe, livsstilsgruppe, svømming og gymsal. *«Jeg føler det er mange muligheter her, bare man er våken nok til å se det. Jeg benytter meg av det jeg kan»*.

Informant 1 har meninger som skiller seg litt ut fra de andres. Hver mandag og torsdag bruker han to timer på treningssenter, og føler seg svært tilfreds med dette. *«Jeg ser jo at jeg faktisk er den eneste her på huset som tar initiativ selv for å gå på tur. Hadde det*

*ikke vært for at jeg selv tok initiativ, hadde det ikke vært så mye fysisk aktivitet». Videre forteller han om en «turdag» i uken. Turene er tilpasset alle, og han synes selv de blir litt korte. På tross av dette synes han turene er fine, og forteller om gode opplevelser med bål og matlaging i naturen. Han savner litt mer «guts» i dette, og skulle ønske det var flere pasienter som deltok på disse turene. Han begrunner dette med å si at dersom han ikke hadde vært en person som var vant med fysisk aktivitet fra tidligere, og ikke visste hvordan det påvirker den psykiske helsen, er han redd for at det kunne gått galt.*

*Avslutningsvis forteller informant 6 om DPS'ets morgentrim: «Det kommer nesten ingen pasienter. Bare noen få fra personalet. Jeg tenker at det vil bli bedre om flere deltar. Da ville jeg også deltatt».*

### **Oppsummering:**

Jeg har under denne kategorien gjort rede for hva informantene selv opplever som hemmende og fremmede i forhold til miljøterapi med et helse- og livsstils fokus. De fleste informantene er i det store og hele fornøyd med dagens tilbud, mens noen savner mer deltakelse og utfordringer i forhold til fysisk aktivitet under innleggelsesperioden.

#### **5.4.3 Forslag til forbedring av tilbud under innleggelse**

Under denne kategorien vil jeg legge frem informantenes egne forslag til bedring av DPS'ets helsefremmende tiltak. Selv om de fleste informantene i hovedsak er fornøyd med dagens tilbud, har de alle forslag til hvordan tilbudet kan forbedres under innleggelse.

Informant 1 uttrykte gjennom hele intervjuet sitt ønske om mer organisert fysisk aktivitet under innleggelsesperioden. *«Vi trenger å komme oss bort fra tv-skjermen. Det kunne vært et aktivitetsrom som er åpent hele dagen, hvor vi kunne drevet med formkunnskap og maling. Det har litt med den psykososiale biten å gjøre. Når man sitter rundt et bord og lager ting, skaper det samhold».*

Informant 5 synes dagens aktiviteter er bra, samtidig som hun kunne ønske å prøve nye ting. Hun foreslår hesteridning, dans og yoga. *«Jeg skulle ønske man kunne være litt mer kreativ innimellom, slik at det ikke blir det samme hver uke».* Videre savner hun aktivitetstilbud på kveldene. Hun tenker da på at noen av personalet for eksempel tar

initiativ til kortspill, bruk av gymsal og lignende. *«Kanskje ikke hver dag, men innimellom. Det savner jeg. En kveldstur eller litt flere sånne ting».*

Informant 4 starter med å fortelle om hvordan han har brukt gymsalen under innleggelsesperioden. I likhet med informant 1 og 5 har også informant 4 et ønske om aktivitetstilbud om kveldene. Han påpeker at selv om han kunne bruke gymsalen på egenhånd på kveldstid, skulle han ønske det var flere tilbud på bygget. *«De har en kreativ gruppe, men det er ikke helt min stil. Jeg tenker mer på trening fordi det er dette jeg vil gjøre. Da kunne jeg ønsket det var mer tilgang til å være i gymsalen med personal».* Han foreslår at personalet kan arrangere kvelder med ballspill. *«Det skaper samhold».* Videre har han et ønske om at det kreative rommet, samt treningskjøkkenet kan stå åpent hele dagen. *«Jeg liker å putle med ting på kjøkkenet, men jeg kan ikke være kreativ bare en time om dagen da det er satt av tid til det. Jeg vil være kreativ når jeg selv føler jeg har lyst til det».*

Informant 2 har et litt annet syn på DPS'ets aktiviteter og ønsker i motsetning til de andre mer forståelse i forhold til at alle er forskjellige. Hun begrunner dette med å si at hun vet at fysisk aktivitet er viktig, men at man noen ganger må få rett medisin. Hun fortsetter med at selv om det er bra man har tilbud om aktiviteter fordi man da kan få lyst til å drive med disse på et senere tidspunkt. For å understreke dette forteller hun: *«Jeg savner litt mer forståelse rundt at noen av oss pasientene har gjort litt for mye av de tingene som fokuseres på ved innleggelse, og er her for å lære å stresse ned».* Hun forteller at hun ofte får besøk av sin sønn og samboer på dagtid, samtidig med aktivitetene, og får derfor ikke deltatt på disse. På bakgrunn av dette forteller hun: *«Ettermiddagen og kvelden blir veldig lange her på DPS'et. Jeg savner derfor flere aktiviteter på kvelden – da kunne jeg heller vært med».*

### **Oppsummering:**

Jeg har under denne kategorien belyst hva pasienten selv mener vil bedre deres helse og hverdag under innleggelse. Selv om alle har bidratt med ulike forslag, er det kveldsaktiviteter som benevnes som informantenes største ønske. Dette blir av flere sett i sammenheng med et håp om bedre samhold, og sosialisering blant medpasienter.

## 6.0 Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg diskutere studiens funn i lys av oppgavens teoretiske rammeverk og relevant tidligere forskning. Formålet med studien er å få en utvidet forståelse av pasientens erfaringer, samt deres opplevelser av hva som er fremmende og hemmende prosesser ved implementering av pasientrettede helsefremmende tiltak.

Diskusjonskapitlet er strukturert gjennom studiens tre forskningsspørsmål: «*Hvordan erfarer pasienter med alvorlig psykisk lidelse at fokus på helsefremmende miljøterapi kan bidra til helsefremming?*», «*Hva oppleves som hemmende og fremmende faktorer?*», og «*Hvordan beskrives forskjellene mellom miljøterapi under innleggelse og hjemmesituasjon?*»

### 6.1 Hvordan erfarer pasienter med alvorlig psykisk lidelse at fokus på helsefremmende miljøterapi kan bidra til helsefremming?

Det fremkommer av studiens funn at mye handler om en god døgnrytme og gode rutiner, noe miljøterapien i stor grad presenterer. Dette viser seg å ha mye å gjøre med pasientens behov for deltakelse i meningsfulle aktiviteter og faste holdepunkter i livet. I funnene fremkommer det ulike erfaringer om hvordan informantene erfarer at helsefremmende miljøterapi bidrar til helsefremming. Det viser seg at informantene tidligere har hatt store problemer med å tenke langsiktig, mens vi under innleggelse ser hvordan fast struktur og rammer i hverdagen, samt planlegging av aktiviteter lengre frem i tid, oppleves som en trygghet for informantene. Dette i motsetning til funn som fremkommer i Borg og Topors studie fra 2003, hvor omgivelser med få regler og rutiner viser seg som mest hjelpsomt. Dette er interessante funn siden begge studiene omhandler samme pasientgruppe. Det begge studiene har til felles er at mennesker med alvorlig psykiske lidelser selv vet mye om hva som bidrar til bedring, og sitter inne med mye kunnskap om betingelser og sammenhenger som er grunnleggende for å komme seg videre i livet. En kjent grunn for innleggelse ved DPS er når man hjemme ikke får i seg nok mat, lider av søvnmangel eller ikke klarer å holde orden på sine medisiner. Det viser seg i denne studiens funn at et spesielt fokus på døgn- og måltidsrytme i stor grad har bidratt til helsefremming hos disse informantene. Det er overraskende hvor viktig spesielt søvnrytme er, og i hvor stor grad det påvirker informantenes forhold til mat og fysisk aktivitet.

Hovedmålet med en salutogen tilnærming er å øke evnen til å håndtere helseutfordringer i hverdagen. Mestringen styrkes gjennom et samspill mellom person og omgivelsene, som for eksempel arbeid, familie, venner og samfunnet for øvrig (Langeland og Vaardal, 2014). Å være en del av et fellesskap og føle seg meningsfull er viktige elementer i salutogenese. Det er rimelig å tenke at det ved å stille spørsmål som bevisstgjør pasienten på muligheter og deres ressurser, kan dette føre til at tilliten til egne mestringsressurser øker. I Marit Hellands studie fra 2012 fremkommer det at aktiviteter på institusjonen først og fremst ble sett på som tidsfordriv, og fungerte som en distraksjon fra sykdom og lidelse. Det samme viser seg å være aktuelt i denne studien, hvor flere av informantene hevder aktivitetene bidrar til økt mestringsfølelse og distansering fra sine problemer.

Som vist i kapittel 1.1.2, studiekontekst, skal DPS'et ha tilstrekkelig med personalressurser slik at individuelle og gruppebaserte fysiske aktiviteter og undervisning skal kunne ivaretas. På tross av disse rammene fremkommer det av studiens funn at informantene savner mer organisert fysisk aktivitet under innleggesperioden. Informantene har konkrete forslag til bedring, og uttrykker et ytterligere ønske om aktiviteter på kveldstid, siden denne tiden i for stor grad brukes foran tv-skjermen. Det viser seg på tross av DPS'ets rammer for helsefremmende miljøterapi, at siden personal med kompetanse om fysisk aktivitet som oftest har sin arbeidstid på dagtid, blir ikke disse aktivitetene prioritert på samme måte av annet personal. Dette viser seg å være aktuelt selv om informantene uttrykker et ønske om helt enkle aktiviteter som eksempelvis kortspill, arrangerte kveldsturer og ballspill i DPS'ets gymsal. Informantene ytrer ikke et ønske om en ny metode for helsefremmende miljøterapi, men i likhet med Fresjarå Abdallas studie, ønsker de større engasjement og mer av det gode som finnes fra før.

Informantene har alle ulike erfaringer og årsaker for innleggelse, og av funnene fremkommer det ulike behov pasientene har under innleggesperioden. Det som er interessant i denne sammenheng er hvordan spesielt en pasient savner mer forståelse for at hun tidligere har gjort for mye av det som blir fokusert på i forhold til helsefremming under innleggesperioden. Her blir ikke pasienten møtt i forhold til sine individuelle behov, som i et salutogent perspektiv fører til liten opplevelse av sammenheng. Dette skjer på tross av DPS'ets formål om å legge til rette for at pasienten tar helsefremmende valg. Jeg stiller meg derfor spørrende om DPS'et må bli bedre til å se personen i sin

situasjon, og med utgangspunkt i dette finne helsefremmende tiltak som er tilpasset og mer hensiktsmessig for den gjeldende pasienten. Det er rimelig å tenke at dersom DPS'et skal drive et organisert og tilrettelagt aktivitetstilbud, er det viktig å finne aktiviteter pasienten liker, hvor mestringen samtidig er stor. Det viser seg å være hensiktsmessig at behandlere involverer pasientene, samt synliggjør deres ressurser i aktivitetsplanleggingen. Hvorfor er dette viktig? Funnene viser at dersom pasienten har innflytelse i planleggingen av aktiviteter, gir dette mer og varig effekt, økt interesse og samtidig styrket tro på egen mestring og opplevelse av sammenheng. Det viser seg i likhet med Fresjarå Abdallas studie fra 2010 at pasientene har et ønske om å ha en større rolle og tilstedeværelse i utformingen av egen miljøterapi, og i denne sammenheng oppleve en følelse av å bli gyldiggjort og anerkjent. Med grunnlag i Antonovskys mestringsteori om salutogenese, vil pasienten ved å bli tatt på alvor, øke sin egen bevissthet ved seg selv og være en aktiv deltaker i eget liv, legge grunnlaget for å styrke sin egen motivasjon, mening og opplevelse av sammenheng. Det fremkommer av funnene at dersom vi stiller pasienten gode spørsmål til refleksjon, har vi sett det fører til gode tankeprosesser hos den enkelte. Sett i lys av en salutogen tenkning, viser forskning at både fokus på, og opplevelsen av mestring er svært helsefremmende, og gir økt helse fremfor fokus på sykdom. Det er i denne sammenheng viktig at vi minner pasienten på at alle har noe de liker og kan, og økt fokus på dette vil gi den enkelte en påminnelse om at man er mer enn bare sin sykdom.

I likhet med Borg og Topors studie fra 2003 viser det seg at den gjensidige relasjonen mellom personal og pasient har en helsefremmende kraft, hvor mye handler om viktigheten av samspillet med de rundt. Dette gjelder også behovet for å bli møtt med forståelse og medmenneskelighet. Dette vises i studien hvor viktigheten av informantenes behov for å ha det fint sammen med andre, og bli snakket med og behandlet som en venn fremkommer som funn. Sammenlignet med Hellands studie fra 2012, påpeker informantene viktigheten av å snakke om andre emner enn sine problemområder, fordi det i samtaler med behandlere og primærkontakter i hovedsak er sykdom, plager og det medisinske som fokuseres på. Flere av denne studiens informanter uttrykte glede og takknemlighet over å kunne bidra i forskningsprosjektet, fordi de hadde behov for å snakke om andre emner enn sin sykdom. Viser dette at de ellers har liten mulighet for refleksjon med personal i det daglige under innleggelsesperioden? En informant fortalte at hun savnet arbeidslivet, og følte hun var

tilbake på jobb da hun fikk bidra med noe positivt til denne studien. Dette viser viktigheten av at miljøpersonell, med fokus på helsefremming, tar pasienten på alvor og uttrykker interesse for deres liv utenfor institusjonen.

## **6.2 Hva oppleves som hemmende og fremmende faktorer?**

DPS'et har et gjennomgående stort fokus på sunn mat med lite karbohydrater, noe som fremkommer som svært betydningsfullt for denne studiens informanter. Det viser seg at rutiner generelt og måltidsrytme spesielt, for et flertall av pasientene har store forskjeller under innleggelse og utenfor institusjonen. Det viser tydelig at DPS'ets implementering av sunne matvaner har vært en suksess, og fungerer som en helsefremmende faktor. På den annen side kan dette i noen tilfeller virke mot sin hensikt da pasienten av ulike grunner ikke foretrekker maten som tilbys, og har fri tilgang til nærmeste matvareforretning. Det er ikke bare fokuset på sunn mat som blir påpekt som helsefremmende, men også implementeringen av fire faste måltider daglig. Dette fokuset har for noen bidratt til blant annet vektnedgang og et normalisert forhold til mat. Ser vi dette i lys av salutogenesens hovedbegrep, sense of coherence, vil mestringen av faste rutiner i hverdagen, styrke deres opplevelse av sammenheng og kan dermed føre til at deres situasjon oppleves mer forståelig, håndterbar og meningsfull (Langeland og Vaardal, 2014). I Fresjarå Abdallas studie fremkom det at erfaringer med rutinstyrte prosedyrer ikke ble opplevd positivt, ei heller feil for den det gjaldt. Det samme fremkommer i Borg og Topors studie, hvor omgivelser med få regler og rutiner vurderes som mest hjelpsomt. Denne studien bekrefter derfor ikke Fresjarå Abdalla og Borg og Topors funn, hvor det viser seg at rutiner provoserer mer enn det gir trygghet og mestring.

Sosial støtte og motivasjon er tema som viser seg som viktige funn i studien. I forhold til motivasjon, gjelder dette personal så vel som pasienter. Antonovsky (2012) mente sosial støtte var en av de mest betydningsfulle mestringsressursene for å fremme opplevelse av sammenheng, som igjen viser betydningen av å støtte og motivere pasientene til å ta helsefremmende valg. I likhet med Dehlis studie fra 2014 viser denne studiens funn viktigheten med støtte- og motiveringsarbeid for at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg av DPS'ets ulike tilbud. Denne studiens funn bekrefter Dehlis forskning hvor personalets faglige og mellommenneskelige kompetanse og personlige egenhet har stor betydning i miljøterapien. Det fremkommer ulike meninger om hvordan personal



arbeider i forhold til motivasjonsarbeid under innleggelsesperioden, hvor noen er fornøyd, mens andre mener de må bli bedre å motivere pasientene til deltakelse i de ulike aktivitetene. Dette kan sees i sammenheng med informantenes ofte uttrykte ønske om mer organisert fysisk aktivitet under innleggelsesperioden. Funn i Dehlis studie indikerer at det kan være et stort behov for å finne egnede motivasjonsstrategier i forbindelse med motivasjonsarbeid med pasientene. Det viser seg, i likhet med hennes funn, at dersom pasientene i denne studien skal finne en indre motivasjon, synes det å ha betydning at aktivitetene er resultatet av noe de selv ønsker å være en del av. Aktiviteten vil på denne måten, sett i lys av Antonovskys salutogenese sitt hovedbegrep, sense of coherence, oppleves både meningsfull, håndterbar og forståelig (Langeland og Vaardal, 2014). Overnevnte handler ikke bare om hvordan personalet motiverer pasientene i forhold til deltakelse i DPS'ets aktiviteter, men like mye om personalets motivasjon og holdninger til at fysisk aktivitet, og aktiviteter generelt, fungerer som en helsefremmende faktor i behandlingen. Moe (2011) mener at dersom ikke personalet klarer å ha en felles holdning, er det vanskelig å motivere pasientene. Hun mener at motivert og energisk helsepersonell som legger til rette og selv deltar på aktiviteter, vil lettere oppnå motiverte deltagere. Dette vil føre til at aktivitet oppleves som normalt og trygt, og deltagerne vil føle mestring både ved å bli sett og hørt. I denne studien fremstår personalet som lite motivert for aktiviteter på kveldstid, hvor deres holdninger viser seg å påvirke pasientene. Moe (2011) mener motivasjon smitter og praktiseres best av de som selv er motivert, hvor de positive holdningene stimulerer både pasienter og øvrig personal. Man kan med utgangspunkt i overnevnte stille seg spørrende til hvordan pasientene kan styrke sin tro på helsefremmende miljøterapi, dersom personalet, uavhengig av profesjon, virker umotivert?

I likhet med Fresjarå Abdallas funn bemerker også informantene i denne studien viktigheten av individuell tilpasset miljøterapi. Det vil si miljøterapi som er tilpasset den enkelte pasientens opplevelse av sin tilstand. I spesielt to tilfeller viser denne studien erfaringer med den helsefremmende miljøterapien på DPS'et som ikke var tilpasset deres egen vurdering av hva som ville bidra til mestring og helsefremming. Som tidligere nevnt forteller studiens informant med bulimi om savnet etter mer forståelse av at hun hjemme har hatt for stort fokus på sunn mat og rutiner. For denne pasienten vil en slik form for miljøterapi være en hemmende faktor, og ei heller ikke bidra til at hverdagen hennes oppleves mer forståelig, håndterbar eller meningsfull (Langeland og

Vaardal, 2014). Det fremkommer at DPS'ets fysiske aktivitet, her med spesielt fokus på livstilsgruppens turer, skal være tilpasset alle gruppens deltagere. Studiens funn påpeker informantenes ulike erfaringer med fysisk aktivitet, hvor noen har mye, mens andre har ingen eller lite erfaring fra før. På tross av dette skal alle gå den samme turen. En av informantene som har drevet med mye fysisk aktivitet før innleggelsesperioden, beskriver disse som korte, og savner lengre og hardere turer. Ved at pasienten ikke oppnår maksimalt utbytte av den fysiske aktiviteten, kan dette forårsake demotivering. Sett i et slikt lys kan man se viktigheten av at aktivitetsnivået på den ene siden tilpasses deltakernes fysiske form, og på den andre siden at ambisjonsnivået ikke legges for høyt. Det er i denne sammenheng personalets ansvar å bidra til at den innlagte pasienten blir bevisst på sin egen opplevelse av mestring (Langeland og Vaardal, 2014).

### **6.3 Hvordan beskrives forskjellene mellom miljøterapi under innleggelse og hjemmesituasjon?**

Hva som fremtrer som den største forskjellen mellom miljøterapi under innleggelse og hjemmesituasjon er informantenes døgnrytme. Her inngår både søvnrytme- og kvalitet, samt spisemønster og viktigheten av implementering av fast fysisk aktivitet i hverdagen. Viktigheten av faste holdepunkter og rutiner er fremtredende i denne studien. Funnt viser at informantene nytter bra av DPS'ets fokus på helsefremmende miljøterapi, ved at de fleste under innleggelse får mer struktur og orden i hverdagen. Dette fører til at informantene styrker sin tro på egen mestring, og opplever hverdagen som mer forståelig, håndterbar og meningsfull (Langeland og Vaardal, 2014). Når livet er vanskelig viser det seg å være en utfordring å holde på daglige rutiner som legger grunnlaget for et godt kosthold (Helsedirektoratet, 2010). Det samme gjenspeiler seg i funnene hvor informantene forteller om varme måltider om natten og ofte kun et måltid i løpet av dagen utenfor institusjonen. En informant forteller spesielt om den store forskjellen i forhold til måltidsrytme når hun er hjemme og under innleggelsesperioden. Hun forteller om hvordan hun ikke prioriterer en fast måltidsrytme utenfor DPS'et, men slår fast at hun har tenkt å videreføre et fast mønster på dette etter utskrivelse. Dette vil hun gjøre fordi hun har lært viktigheten av rutiner og faste holdepunkter i livet.

Sammenlignet med funn fra Fresjarå Abdallas studie, opplever informantene også søvnen som bedre under innleggelsesperioden. Siden søvnforstyrrelser- og problemer fremkommer som et kjent fenomen, kan dette sees i lys av Fresjarå Abdallas

informanter som forteller om hvordan bedre søvn og hvile i seg selv bidrar til bedring og helsefremming. Riktig medisiner og fysisk aktivitet fremkommer som viktige momenter i forhold til forbedringen av deres søvnkvalitet under oppholdet på DPS'et. Flere av informantene forteller om hvordan de under innleggsperioden har brukt fysisk aktivitet til å slite seg ut for å oppnå en tretthetsfølelse om kvelden. Dette fremkommer i studiens funn som svært hjelpsomt, og viser seg å være noe informantene planlegger å videreføre etter utskrivelse. En av studiens informanter beskriver en svært annerledes tilværelse utenfor institusjonen. Han sier han har ivaretatt helsen sin ganske bra under innleggsperioden, og understreker dette med at han mener det er bedre å gå femti ganger fra tv-stua og inn på rommet, enn å gå ti ganger fra sofaen til toalettet, og bort til kjøleskapet hjemme. Han føler seg bedre ved å holde seg i bevegelse. «Hjemme kommer jeg meg ingen vei, men her er jeg med på ting, uten at noen tvinger meg til det». Han forteller videre at dersom han ikke dukker opp føler han seg inkludert i et fellesskap når andre pasienter og personal prøver å motivere han til å delta i de ulike aktivitetene. Dette er et helt sentralt tema i salutogenese, og understreker viktigheten av sosial støtte og et inkluderende fellesskap der hvert menneskes personlige erfaring blir sett og verdsatt.

Hovedmålet med en salutogen tilnærming er å øke evnen til å håndtere helseutfordringer i hverdagen. I lys av dette kan vi se hvordan fokus på en helsefremmende livsstil og dens implementeringsfaktorer under oppholdet på DPS'et, har bidratt til at pasienten selv kan reflektere over virkningen og betydningen av dette fokuset i sin egen hverdag under, og etter oppholdet.

## **7.0 Konklusjon**

I denne studien var målet å få en utvidet forståelse av pasientens erfaring, samt deres opplevelse av hva som er fremmende og hemmende prosesser ved implementering av pasientrettede helsefremmende tiltak under innleggelse ved DPS. For å oppnå studiens mål ble tre forskningsspørsmål utformet og diskutert i lys av relevant tidligere forskning og teoretisk rammeverk i kapittel 6.

## **7.1 Konklusjon - Hvordan erfarer pasienter med alvorlig psykisk lidelse at fokus på helsefremmende miljøterapi kan bidra til helsefremming?**

I studien fremkommer det at informantene tillegger stor verdi i det å være en del av et fellesskap og delta i meningsfulle aktiviteter, selv om de savner mer engasjement og flere deltakere. De ulike aktivitetstilbudene på DPS'et viser seg å bidra til distansering fra sykdom og problemer, og gir pasientene noe meningsfullt å fylle hverdagen med. Ønsket om mer organisert fysisk aktivitet er et gjennomgående tema i studiens funn, og viser at informantene er motiverte og i større grad ønsker å engasjere seg i flere aktiviteter. Savnet er spesielt rettet mot aktiviteter på kveldstid da det fremkommer at kveldene i for stor grad tilbringes foran tv-skjermen. Det fremkommer ingen ønsker om en ny behandlingsform, men de ønsker seg mer av det gode som allerede finnes fra før.

Siden personal med spesialkompetanse i forhold til fysisk aktivitet som oftest har sin arbeidstid på dagtid, viser det seg at aktiviteter ikke prioriteres på samme måte av annet personal. Dette kan peke på personalets holdninger og mangel på evidensbasert kunnskap om hvilken effekt fysisk aktivitet og andre meningsfulle aktiviteter har på pasienter med psykiske lidelser. Pasientene har ulike behov under innleggelse. Dette kan sees i lys av at spesielt to informanter savner et mer individuelt tilpasset behandlingsopplegg som har fokus på den enkeltes styrker og utfordringer. Betydningen av å ha det fint sammen med medpasienter og personal viser seg å være viktig for informantene, hvor spesielt muligheten for andre samtaleemner enn sin sykdom og lidelse verdsettes som stor.

## **7.2 Konklusjon – Hva oppleves som hemmende og fremmende faktorer?**

Det som fremkommer som et av studiens hovedfunn er viktigheten av rutiner og faste holdepunkter i hverdagen under innleggelsesperioden. Videre kan en konkludere med at DPS'ets fokus på en god døgn- og måltidsrytme har bidratt til å forbedre informantenes hverdag og livskvalitet under innleggelse.

Personalets motivasjonsevne blir sett på som viktig, og umotivert personale viser seg å være en hemmende faktor i behandlingen. Informantene har forskjellige meninger om de ansattes motivasjonsevne og engasjement, og funn viser i likhet med andre studier at personalets holdninger har betydning for informantenes motivasjon.

Individuell tilpasset miljøterapi fremkommer som viktig og virker som en fremmede faktor i miljøterapien i forhold til at pasienten må bli møtt på sine behov. Dette vil ha betydning for utbyttet av behandlingen.

### **7.3 Konklusjon - Hvordan beskrives forskjellene mellom miljøterapi under innleggelse og hjemmesituasjon?**

Informantene beskriver forskjellen fra miljøterapi under innleggelse og hjemme situasjon som stor. Studien kan konkludere med at søvnrytme- og kvalitet, fokus på sunn mat, spisemønster og regelmessig fysisk aktivitet i hverdagen utgjør de største forskjellene. Overnevnte viser seg også å være viktige motivasjonsmomenter til en bedre livskvalitet under og etter utskrivelse.

Man kan konkludere med at DPS'et har lyktes med implementeringen av et livsstilsfokus i miljøterapien ved at den har lært informantene viktigheten av nok søvn, sunnere og bedre kosthold og implementering av regelmessig fysisk aktivitet i hverdagen.

### **7.4 Et salutogent perspektiv i arbeidet med helsefremming hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse**

Salutogenese vektlegger menneskets evne til aktiv tilpasning og faktorer som skaper helse, og som studien viser kan den være et viktig bidrag til forståelse av helsefremming i praksis (Langeland, 2014). Denne studien viser hvordan en salutogen tilnærming kan brukes i arbeidet med mennesker med alvorlig psykisk lidelse, med hensikt om å fremme deres helse. Studien viser at ved å bruke en salutogen tilnærming som teoretisk rammeverk, bidrar det til å belyse hvordan mennesker kan oppleve vekst gjennom meningsfulle aktiviteter hvor fokuset er på deres muligheter og ressurser i stedet for svakheter og sykdom.

## **8.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning**

Innledningsvis ble det sagt at formålet med studien er å få en utvidet forståelse av pasientens erfaringer og opplevelser av hva som er hemmende og fremmede prosesser ved implementering av pasientrettede helsefremmende tiltak under innleggelse ved DPS. Det vil på bakgrunn av dette være naturlig å kommentere hvilke implikasjoner

studien gir for praksis, samt hva som kan være interessant å forske videre på. Studien vil ha en begrenset overføringsverdi siden det er av kvalitativ art, og kun tar utgangspunkt i seks informanternes erfaringer.

Dette er en studie som tar utgangspunkt i pasientens egne synspunkter og erfaringer, og vil kunne være et bidrag til en økt forståelse av hva en burde gjøre mer og mindre av i forhold til helsefremmende miljøterapi under innleggelse på DPS. Siden dette er en erfaringsbasert studie vil den i lys av dette kunne bidra til kvalitetsutvikling av miljøterapi og behandlingstilbud. Studien vil kunne ha en verdi i forhold til undervisning av miljøpersonell på DPS, samt andre fagpersoner som kan relatere dette til sitt arbeidsfelt. Pasientundervisning, både i form av samtalegrupper og individuell undervisning om helsefremmende faktorer vil kunne bidra til at pasienten reflekterer over egen situasjon, samtidig som andre pasienters erfaringer kan bidra til motivasjon, inspirasjon og kunnskap om hva som har virket helsefremmende for andre. Videre kan studien brukes i veiledning av miljøpersonell, hvor den kan brukes til at de selv må reflektere over arbeidet de gjør. Miljøpersonell og pasienter kan i tillegg, sammen, bruke studien i refleksjonsgruppe i avdelingen hvor de kan diskutere og sammenligne erfaringer, samt hva som oppleves som helsefremmende- og hemmende for den enkelte. Miljøpersonell kan ved å lese studien tilegne seg økt kunnskap om helsefremmende implementeringsfaktorer og deres virkninger. Dette vil kunne bidra til å øke deres engasjement, motivasjon og interesse for et mer helsefremmende behandlingstilbud, som igjen kan føre til bedre helse og redusert dødelighet hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Miljøterapi med fokus på helsefremming er et dagsaktuelt tema. Med utgangspunkt i Nomes (2014) forskning som viser at alvorlig psykisk syke lever 16-25 år kortere i forhold til normalpopulasjonen, legger dette grunnlag for viktigheten av forskning på dette området, som et bidrag til håp om reduksjon av disse svært høye tallene. I forhold til videre forskning vil det være interessant å intervju de samme informantene en tid etter utskrivelse. Dette med formål for å påvise eller avvise effekten av implementering av det helsefremmende fokuset på DPS'et. Har de videreført en helsefremmende livsstil etter utskrivelse? Har de implementert et helsefremmende fokus i hverdagen utenfor institusjonen? Fokusgruppeintervju kunne blitt benyttet som metode, men ville det gitt samme resultat som kvalitativt dybdeintervju? Videre kan personal og ledere intervjues om deres holdninger og erfaringer med et helsefremmende fokus i behandlingen av

alvorlig psykisk syke. Pårørende er en viktig ressurs i helsetjenesten. Siden pasientene i hovedsak lever sine liv utenfor institusjonen, vil det kunne være hensiktsmessig å intervju pårørende om hvordan de opplever det helsefremmende fokuset under innleggesperioden har påvirket pasientens livskvalitet etter utskrivelse.

## Bibliografi

### Bøker:

- Almvik A., Borge L., (2006), «*Psykisk helsearbeid i nye sko*», Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Andvik E., Syse, J., Iversen, P., Vik L., (2011) Forskningsprosjektet miljøterapi – «*Når rammene løses opp – smidige overganger mellom kommune og DPS*» Tønsberg: Høgskolen i Vestfold. Rapport 2
- Antonovsky A., (2012), «*Helsens mysterium, den salutogene modellen*», Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borg M., Topor A., (2003), «*Virksomme relasjoner – om bedringsprosesser ved psykiske lidelser*», Oslo: kommuneforlaget
- Dalland O., (2000), «*Metode og oppgaveskriving for studenter*», Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ekeland T.J., Heggen K., (2007), «*Meistring eller myndiggjering, reform eller retorikk?*», Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004) «*Qualitative content analysis in nursing research: concepts, prosedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today*», 24. ss 105 -112
- Jacobsen D.I., (2010), «*Forståelse, beskrivelse og forklaring*», Kristiansand: Høgskoleforlaget
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2012), «*Det kvalitative forskningsintervju*», Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2 utgave



- Malterud, K. (2010), «*Kvalitative metoder i medisinsk forskning*», Oslo: Universitetsforlaget
- Marthinsen E.W., (2004), «*Kropp og sinn – fysisk aktivitet og psykisk helse*», Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Miljøterapi «*Når rammene løses opp - Smidige overganger mellom kommune og DPS*», Tønsberg: Høgskolen i Vestfold. Rapport 2.
- Moe T., (2011) «*Motivasjon for fysisk aktivitet*» i Martinsen, E. (red) (2011) *Kropp og sinn* (s. 197-215). Bergen: Fagbokforlaget
- Mæland J.G., (2010), «*Forebyggende helsearbeid, folkehelsearbeid i teori og praksis*», Oslo: Universitetsforlaget.
- Nome S., (2014) «*The Burden of mental health in a period with profound organizational and ideological changes during two decades. A prospective longitudinal clinical study of the utility of beds, mortality, and causes of death in a psychiatric hospital with sector responsibility*», (Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Bergen).
- Shulman L., (2005), «*Kunsten av å hjelpe individer og familier*», Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thagaard, T., (2009), «*Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*», Bergen: Fagbokforlaget

## Elektroniske referanser:

- Borg M., (2009), «*Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser*», (Fagartikkel ved Høgskolen i Buskerud)  
Lokalisert på:  
<http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2009/452-459.pdf>
  
- Dehli V., (2014), «*Fysisk aktivitet i behandlingen av alvorlig psykisk syke i spesialisthelsetjenesten*», (Mastergradsavhandling ved Universitetet i Agder)  
Lokalisert på:  
<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/223902/Vibeke%20Dehli%20Oppgave.pdf?sequence=1>
  
- De nasjonale forskningsetiske komiteer (2010), «*Veiledning for forskningsetikk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*»  
Lokalisert på:  
<https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
  
- Dirdal A., (2014), «*Vi er enda i startgropen - En kvalitativ studie av helsepersonells tanker og erfaringer med lovbestemmelsen for barn som pårørende i psykisk helsevern*», (Mastergradsavhandling ved Universitetet i Stavanger).  
Lokalisert på:  
[http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/224057/Dirdal\\_Anette.pdf?sequence=1](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/224057/Dirdal_Anette.pdf?sequence=1)
  
- Fangen K., (2009), «*Kvalitativ metode*»  
Lokalisert på: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>

- Fresjarå Abdalla M., (2010), «*Fra lyets beskyttelse til engasjement og gyldiggjøring - pasienters erfaring av miljøterapi på en døgnpost ved et distriktspsykiatrisk senter*», (Mastergradsavhandling ved Høgskolen i Hedmark)  
Lokalisert på:  
<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/132530/Abdalla%20-%20Fra%20lyets%20beskyttelse%20til%20engasjement%20og%20gyldiggj%C3%B8ring.pdf?sequence=1>
  
- Helland M., (2012), «*Ett hode høyere og litt sterkere: En kvalitativ studie om pasienters opplevelse av miljøterapi i psykisk helsevern*», (Mastergradsavhandling ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet)  
Lokalisert på:  
<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:603946/FULLTEXT01.pdf>
  
- Helse og omsorgsdepartementet, St.meld. 16.(2002-2003), «*Resept på et sunnere Norge*»  
Lokalisert på:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-/6.html?id=328682>
  
- Helsedirektoratet (2010), «*Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*»  
Lokalisert på:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf>
  
- Langeland E., (2011), «*Salutogenese – teori og praksis*»  
Lokalisert på:  
<http://psykiskhelsearbeid.no/helse/>
  
- Langeland E., (2014), «*Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*»

Lokalisert på:

<http://www.napha.no/multimedia/4835/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf>

- Langeland E., (2007), «*Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*»

Lokalisert på:

<https://sykepleien.no/forskning/2009/12/betydningen-av-en-salutogen-tilnaerming-fremme-psykisk-helse>

- Løvbrekke M., (2010), «*Helse og livsstil blant pasienter i et DPS – identifikasjon av risikopasienter*», (Mastergradsavhandling ved Universitetet i Stavanger)

Lokalisert på:

<http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/dalane-dps/Documents/Master/M%C3%B8yfrid%20L%C3%B8vbrekke%20Master%202010.pdf>

- Mækæle J., (2007), «Salutogenese»

Lokalisert på:

[http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH\\_bilde%20og%20filarkiv/Pulsen/Kunnskapsbygging/Tekstfiler/Salutogenese\\_ABIOK\\_07.pdf](http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Pulsen/Kunnskapsbygging/Tekstfiler/Salutogenese_ABIOK_07.pdf)

- Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008)

Lokalisert på:

<https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199/id274864/>

- Personopplysningsloven (1978), «Lov om behandling av personopplysninger»

Lokalisert på:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>

- Salbu A.K., (2014), «*Regionale komiteer for medisinsk og helsefarlig forskningsetikk (REK)*»

Lokalisert på:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Forskningsetiske-enheter/Regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/>

- Sosial og helsedirektoratet (2006), «*Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommune og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*»

Lokalisert på:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/281/Distriktpsykiatriske-sentre-IS-1388.pdf>

Oversikt over tidligere forskning			
Perspektiv	Mål	Metode	Resultat
<p><b>Tittel:</b> «Fra lyets beskyttelse til engasjement og gyldiggjøring - pasienters erfaring av miljøterapi på en døgnpost ved et distriktpsikiatrisk senter»</p> <p><b>Forfattere:</b> Marianne Fresjarå Abdalla</p> <p><b>Publisert:</b> Mastergradsavhandling ved Høgskolen i Hedmark</p> <p><b>Årstall:</b> 2010</p>	<p>Å utvikle relasjonen og dialogen mellom brukere og ansatte, slik at den fremmer brukernes bedringsprosess.</p>	<p>Kvalitativ studie (n=8)</p>	<p>Det fremkommer et savn etter å bli møtt med respekt og likeverd.</p> <p>Pasientene ønsker å være mer til stede i utformingen av egen miljøterapi og på denne måten bli gyldiggjort eller anerkjent.</p> <p>Informantene ønsket ikke en ny metode eller behandlingsform, men mer av det gode som finnes fra før.</p>
<p><b>Tittel:</b> «Ett hode høyere og litt sterkere: En kvalitativ studie om pasienters opplevelse av miljøterapi i psykisk helsevern»</p> <p><b>Forfattere:</b> Marit Helland</p> <p><b>Publisert:</b> Mastergradsavhandling ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet</p> <p><b>Årstall:</b> 2012</p>	<p>Å synliggjøre brukernes erfaringer, samt bidra til å utvikle forståelse og kunnskap om hvordan pasienter innenfor psykisk helsevern opplever det miljøterapeutiske arbeidet.</p>	<p>Kvalitativ studie (n=7)</p>	<p>Relasjonen mellom pasient og personal er grunnleggende i miljøterapi, der faglig kompetanse og personlig egnethet har stor betydning.</p> <p>Behandlingen har stort utbytte av en relasjon som baserer seg på trygghet og tillit, hvor pasienten blir møtt med likeverdighet, respekt og anerkjennelse.</p> <p>Aktiviteter ble først og fremst sett på som tidsfordriv, men fungerte som distraksjon fra sykdom og lidelse.</p>
<p><b>Tittel:</b> «Virksomme relasjoner – om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser»</p> <p><b>Forfattere:</b> Marit Borg og Alain Topor</p>	<p>Å finne ut hva mennesker med psykiske lidelser selv mente var til hjelp i deres behandlingsprosess.</p>	<p>Kvalitativ studie (n=15)</p>	<p>Studiens hovedfunn viser den gjensidige relasjonens helsefremmende kraft, viktigheten av å bli sett, hørt og behandlet som en venn.</p>

<p><b>Publisert:</b> Bok <b>Årstall:</b> 2003</p>			<p>Handler mye om samspill med det rundt. Det som fremstår som mest hjelpsomt er omgivelser med få regler og rutiner.</p>
<p><b>Tittel:</b> «Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse» <b>Forfattere:</b> Eva Langeland <b>Publisert:</b> Artikkel <b>Årstall:</b> 2007</p>	<p>Å utforske hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidrar mest til en positiv utvikling av sense of coherence, og sense of coherence sin evne til å predikere forandring i livskvalitet i løpet av ett år.</p>	<p>Prospektiv og randomisert kontrollert studie (n=107)</p>	<p>Studien blir konkludert med at tjenester for mennesker med psykiske lidelser bør fokusere på å styrke deres opplevelse av sammenheng.</p>
<p><b>Tittel:</b> «Fysisk aktivitet i behandlingen av alvorlig psykisk syke i spesialisthelsetjenesten» <b>Forfattere:</b> Vibeke Dehli <b>Publisert:</b> Mastergradsavhandling ved Universitetet i Agder <b>Årstall:</b> 2014</p>	<p>Å sette søkelyset på viktigheten av å ta i bruk helsefremmende tiltak, som fysisk aktivitet, for å hindre en ytterligere negativ utvikling når det gjelder den enkelte pasient.</p>	<p>Kvalitativ metode (n=22)</p>	<p>Funn viser at fysisk aktivitet er innlemmet som del av et helhetlig behandlingstilbud ved samtlige poster. 17 av 22 informanter oppgir samtidig at motivasjon en blant pasientene er en utfordring i arbeidet med fysisk aktivitet og psykiske lidelser.</p>
<p><b>Tittel:</b> «Helse og livsstil blant pasienter i et DPS – identifikasjon av risikopasienter» <b>Forfattere:</b> Møyfrid Løvbrekke <b>Publisert:</b> Mastergradsavhandling ved Universitetet i Stavanger <b>Årstall:</b> 2010</p>	<p>Å identifisere forekomsten av pasienter med en risikofylt livsstil blant pasienter med psykiske lidelser i et utvalgt DPS.</p>	<p>Validert kvantitativ metode (n=110/1522)</p>	<p>Stort behov for kartleggingsundersøkelser av de fem helsedeterminantene røyking, fysisk inaktivitet, overvekt, underernæring og skadelig forbruk av alkohol. Totalt var 70,8 % overvektige, 58,9 % var underernærte, 40,9 % var fysisk inaktive, 42,7 % var daglige røykere, og 2,8 % hadde et skadelig forbruk av alkohol.</p>



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Trine Anikken Larsen	55978497	11.11.2014	2014/1629/REK vest
			Deres dato:	Deres referanse:
			23.09.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Kristine Rørtveit

## 2014/1629 Helse, livsstil og psykisk helse

**Forskningsansvarlig:** Stavanger Universitetssykehus

**Prosjektleder:** Kristine Rørtveit

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 23.10.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

### Prosjektomtale

*Formålet med dette prosjektet er å identifisere ny kunnskap om prosesser som styrker helsebringende implementeringsfaktorer til pasienter med psykiske lidelser. Designet er kvalitativt dybdeintervju. Fysisk aktivitet, matvaner, røyking og rusbruk er områder som blir utforsket og knyttet til psykiske prosesser som motivasjon, recovery, empowerment og etikk. Forskningsspørsmålene skal gi svar på hvordan pasienter på best mulig måte kan få hjelp til å implementere helsefremmende vaner under innleggelse og hva som fremmer mulighet for å videreføre dette etter utskrivning. Utvalget er pasienter som er eller har vært innlagt ved psykiatrisk sengepost, samt personale og ledere ved aktuelle poster. Til sammen 40 personer skal inkluderes i studien.*

### Vurdering

#### *Søknad/protokoll*

Komiteen mener dette prosjektet angir en viktig problemstilling og tematikk. Komiteen mener at det kan bli noe vanskelig å få svar på forskningsspørsmålene ut fra det som fremkommer av protokollen og intervjuguiden, men på bakgrunn av at spørsmålene er lite sensitive, mener komiteen likevel at studien vil være gjennomførbar.

#### *Informasjonsskriv*

Det er flere grupper som skal intervjues i prosjektet, som psykiske helsearbeidere, ledere ved psykiatrisk avdeling, samt tidligere og nåværende pasienter som har vært i behandling for psykisk lidelse. Komiteen setter som vilkår at det utarbeides separate informasjonsskriv til hver av gruppene. I tillegg må informasjonsskrivene inneholde dato for prosjektslutt som er satt til 20.09.2015.

Informasjonsskrivet til pasientene må inneholde informasjon om hvilke tiltak som iverksettes dersom det oppstår noe vanskelig under intervjuet, f.eks. oppfølging av miljøterapeut.



### **Vilkår**

- Det må utarbeides separate informasjonsskriv til de ulike gruppene som skal inkluderes i studien.
- Informasjonsskrivene må revideres ut fra ovennevnte merknader fra komiteen.

### **Vedtak**

*REK vest godkjenner prosjektet på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.*

#### *Sluttmelding og søknad om prosjektendring*

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 20.03.2016, jf. hfl. §

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

#### *Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Ansgar Berg  
Prof. Dr.med  
Komitéleder

Trine Anikken Larsen  
førstekonsulent

**Kopi til:** forskning@sus.no

## Notat

**Til:**  
Divisjonsdirektør Inger Kari Nerheim  
Juridisk rådgiver Ina Trane

**Fra:**  
Fagsjef Kirsten Lode

**Kopimottakere:**  
Kristine Rørtveit

**Dato:** 29.01.2015  
**Arkivref:** 2011/681 - 11988/2015

---

### Masterprosjekt - Henriette A. Hansen

Det vises til søknad om godkjenning av masterprosjektet:

"Miljøterapi med fokus på helsefremming, sett fra pasientens perspektiv"

som finnes i ePhorte: 2011/681-14

Saken ble mottatt per epost og behandlet i møte. Tilstede i møtet var representanter fra Forskningsavdelingen og Personvernombud.

Forskningsavdelingen anbefaler at prosjektet startes i henhold til protokoll da nødvendige tillatelser foreligger. Dersom divisjonsdirektør/systemansvarlig for journal har innvendinger mot dette ber vi om å få dem innen 3 virkedager. I motsatt fall vil oppstartstillatelse bli gitt.

## Notat

**Til:**

Kristine Rørtveit

**Fra:**

Fagsjef Kirsten Lode

**Kopimottakere:**

Divisjonsdirektør Inger Kari Nerheim, Juridisk rådgiver Ina Trane

**Dato:** 30.01.2015

**Arkivref:** 2011/681 - 12787/2015

---

### Godkjennelse av forskningsprosjekt - ID316

Forskningsprosjektet:

«Hvordan kan helsefremmende vaner forbedres hos pasienter med psykiske lidelser»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte forskningsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med referanse: ID316. Vi ber om at vår referanse oppgis ved alle henvendelser.

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

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjennelse av REK følges
- foreligger det godkjennelse fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres avidentifisert og evt. koblingsnøkkel lagres separat på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaene oppbevares i låsbart skap
- 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.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *Miljøterapi med fokus på helsefremming – sett fra pasientens perspektiv - En kvalitativ studie*

#### **Bakgrunn og hensikt**

Denne studien er en del av en større studie ved ■ DPS.

Prosjekt helsefremming: Implementering av helsefremmende tiltak - Hvordan kan helsefremmende vaner forbedres hos pasienter med psykiske lidelser?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å identifisere ny kunnskap om prosesser som styrker helsebringende implementeringsfaktorer til pasienter med psykisk lidelser. Jeg ønsker med denne studien å høre om dine erfaringer som pasient, samt din opplevelse av hva som er fremmende og hemmende prosesser ved implementering av pasientrettet helsefremmende tiltak.

#### **Hva innebærer studien?**

At du som pasient/tidligere pasient ved psykiatrisk sengepost lar deg intervju om dine erfaringer ved å være innlagt og hvordan du opplevde at fokus på helse og livsstil ble ivaretatt og påvirket deg.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Vi mener at studien ikke har større fordeler og ulemper, men vet at for mye fokus på helsefremmende livsstil kan gi dårlig samvittighet hos de som ikke føler de er aktive nok, de som røyker, bruker rusmidler eller spiser usunt. Vi ønsker ikke å provosere frem dårlig samvittighet hos de som deltar, men mer å få frem tanker hos den enkelte om hva som føles viktig.

#### **Hva skjer med prøvene og informasjonen om deg?**

Intervjuene blir tatt opp digitalt og skrevet ut ordrett like etter intervjuet er tatt. Vi vil deretter anonymisere utskriften og makulere intervjuene. Informasjonen som registreres om deg i intervjuet skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte

gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Det vil så langt det lar seg gjøre publiseres resultater på en slik måte at identiteten din ikke kommer frem av historiene som fortelles.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

### **Henriette Amundsen Hanssen**



**Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.**

**Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.**

### **Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer**

Bakgrunnsinformasjon om studien: Mennesker med alvorlige psykiske lidelser lever 16 til 25 år mindre sammenlignet med normalpopulasjon. Noe av den viktigste årsaken til dette er at de har økt risiko for livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdom. En vet mye om viktigheten av fokus på livsstil og helsefremmende adferds betydning, men det ser allikevel ut som om at det å implementere gode rutiner for å øke helsefremming i psykiatrisk helsetjenester er vanskelig.

- **Kriterier for deltakelse:**

- du har vært innlagt i psykiatrisk sengepost det siste året, i minst en måned.

- **Tidsskjema – hva skjer og når skjer det:**

Du vil bli kontaktet av avdelingssykepleier ved avdelingen du er innlagt eller har vært innlagt ved. Hun/han informerer deg kort om studien og inviterer deg til å delta. Dersom du takker ja til deltakelse, vil den som skal gjennomføre intervjuet kontakte deg umiddelbart etter at du har takket ja til deltakelse. Dere avtaler videre tid og sted for et intervju.

- **Mulige fordeler:**

Økt motivasjon for bedre helse og livsstil.

- **Mulige ubehag/ulemper:**

Dårlig samvittighet og skam, men dette vil jeg på det sterkeste prøve å unngå.

- **Pasientens/studiedeltakerens ansvar:**

Oppmøte når avtale er gjort.

- Du eller avdelingssykepleier som er vårt bindeledd vil bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke

pasientens/forsøkspersonens/deltakerens villighet til å delta i studien

- Du opplyses om mulige beslutninger/situasjoner som gjør at deres deltagelse i studien kan bli avsluttet tidligere enn planlagt.

## **Kapittel B - Personvern, biobank, økonomi og forsikring**

### **Personvern**

Opplysninger som registreres om deg er opptak av intervju inntil det er skrevet ut i tekst. Teksten inneholder ikke identifiserbar materiale og blir anonymisert under skriveprosessen (transkripsjonen).

- Jeg som masterstudent vil intervju deg, samtidig som jeg er den personen som skriver ut og anonymiserer informasjonen du gir meg.
- Stavanger Universitetssykehus ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.
- Data blir lagret på egen fil eller datamaskin med egen kode. Dette sikrer at det kun er meg og min veileder som vil ha tilgang til data.

### **Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

### **Informasjon om utfallet av studien**

Når det gjelder studiens utfall har du som deltaker rett til å få informasjon. Dette kan sikres ved at du f.eks. får kopi av masteroppgave eller artikler som produseres på bakgrunn av dataene.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

-----  
(Signert av nærstående, dato)

[Tekst om stedfortredende samtykke slettes hvis stedfortredende samtykke ikke er berettiget]

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)

## Intervjuguide

### Innledende spørsmål:

- Alder?  
Vil du fortelle om din familiesituasjon?  
Vil du fortelle om din jobbsituasjon?
- Hvor lenge har du erfaring med å være pasient?

### Hovedfokus:

1. Hva tenker du om ordet «helse», «god helse» og «livsstil»?  
Vil du fortelle om din livsstil? Søvn mønster, rutiner, faste måltider, ting å fylle hverdagen med?
2. Hvordan gjennomføres helsefremmende arbeid der du er innlagt?
  - a) Hva fokuseres på i miljøterapien som er relevant for en god livsstil?  
Hva blir gjort i din behandling for å fremme god livsstil?
3. Kan du si noe om hva du syntes var bra, dårlig, og hva du tenker kunne blitt gjort annerledes?
4. Hvordan ivaretar du din egen helse?  
Tror du at du klarer å ta med hjem det du har lært på DPS'et?
5. Hva motiverer deg for å opprettholde en god livsstil, eller forbedre den du har?
  - a) Motivasjon for endring av røykevaner, alkohol, matvaner  
Hva med fysisk aktivitet? Er du fornøyd der, eller ønsker du å endre noe?  
Hvis ja, hva, og hva er din motivasjon?