

Å balansere livet på en helsefremmende vei når en er alvorlig psykisk syk

- en kvalitativ studie av pasienterfaringer etter opphold i institusjon



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

**Master i Helsevitenskap, Spesialisering: Psykisk helsearbeid
Masteroppgave (30 studiepoeng)**

Student: Kari Langeland Rørheim

Veileder: Kristine Rørtveit, PhD/fag og forskningssykepleier

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår – 2017

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Kari Langeland Rørheim

VEILEDER: Kristine Rørtveit, PhD/fag og forskningssykepleier

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Å balansere livet på en helsefremmende vei når en er alvorlig psykisk syk – en kvalitativ studie av pasienterfaringer etter opphold i institusjon

Engelsk tittel: Balancing life in a health promoting direction when suffering from severe mental illness – a qualitative study of patients' experiences after admission to institution.

EMNEORD/STIKKORD: Helsefremmende tiltak, alvorlig psykisk lidelse, pasienterfaringer, døgninstitusjon psykisk helsevern

ANTALL SIDER: 61

STAVANGER, 01.06.2017

Forord

Denne studien har vært en spennende og lærerik prosess for meg. Dere er mange som har bidratt på ulike måter, og jeg vil benytte anledningen til å takke dere alle!

Aller først; til mine 6 informanter:

Tusen takk for at dere stilte opp og delte av deres erfaringer slik at det ble mulig for meg å gjennomføre denne studien. Dere er så engasjerte og flotte! Møtet med dere var inspirerende, og jeg er utrolig takknemlig og stolt over at denne oppgaven kan bidra til å få frem deres stemme. Den er viktig!

Til min veileder Kristine:

Du fanget min interesse med et spennende prosjekt og jeg er så glad for at jeg fikk muligheten til å skrive oppgaven min om et så viktig tema. Jeg er heldig som har hatt deg som veileder! Du har delt av din kunnskap og vært tilgjengelig for meg gjennom arbeidet med oppgaven. Tusen takk for din gode veiledning, støtte og motivasjon!

Til lærere og medstudenter på masterutdanningen ved UiS:

Tusen takk for en inspirerende tid! Jeg har lært så mye, og møtt så mange dyktige og engasjerte mennesker. Det har vært utrolig spennende å få være en del av dette kunnskapsrike miljøet!

Til mine nære og kjære:

Min familie, mine venner og mine kolleger: Den interesse dere har vist for mitt prosjekt har betydd så mye! Jeg har alltid hatt noen som har lyttet til meg underveis, og kunnet dele tanker, ideer og frustrasjoner m.m. Samtidig har dere vist forståelse for at jeg har hatt mindre tid til andre ting i denne perioden. Tusen takk for at dere hele tiden har støttet meg og hatt tro på meg!

Nesoddtangen, 21.05.17

Kari Langeland Rørheim

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	s6
1.1 Problemstilling.....	s7
1.2 Mål og hensikt med studien.....	s7
1.3 Forskningsspørsmål.....	s7
1.4 Studiekontekst.....	s8
2.0 Teoretisk bakgrunn og rammeverk	s9
2.1 Presentasjon av studiens teoretiske bakgrunn.....	s9
2.2 Tidligere forskning om psykisk helse og helsefremming.....	s17
3.0 Metode	s20
3.1 Metodisk tilnærming og design – kvalitativ metode.....	s20
3.2 Utvalg og rekruttering til studien.....	s22
3.3 Datainnsamling – gjennomføring av semistrukturerte intervju.....	s22
3.4 Transkribering.....	s24
3.5 Forforståelse og min rolle som forsker.....	s24
3.6 Dataanalyse.....	s25
3.7 Ethiske overveielser.....	s28
3.8 Studiens troverdighet.....	s29
4.0 Resultater og funn	s31
4.1 Å strekke seg mot mestring gjennom sunne valg i hverdagen.....	s33
4.2 Å trekke med seg lærdom gjennom miljø og tilrettelegging.....	s38
5.0 Diskusjon	s46
6.0 Konklusjon	s53
7.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning	s55
8.0 Litteratur	s57

Vedlegg:

Vedlegg 1: REK-godkjenning, 2 sider

Vedlegg 2: Godkjenning fra forskningsavdelingen og pasientvernombudet, 1 side

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring, 3 sider

Vedlegg 4: Intervjuguide, 1 side

Sammendrag

Bakgrunn: Psykiske lidelser er forbundet med økt forekomst av blant annet hjerte- og kar sykdommer og overvekt (Brate Birkenæs, 2008). Mindre sunne livsstilsvalg som røyking og bruk av rusmidler er også overrepresentert i denne gruppen. Mennesker med alvorlig psykisk lidelse har en høyere dødelighet av somatiske årsaker enn normalbefolkningen, og forventet levetid er redusert med 10-30 år sammenlignet med normalpopulasjon. (Brate Birkenæs, 2008).

Problemstilling: Helsepersonell i psykisk helsevern skal ha et helhetlig og helsefremmende fokus i behandling av mennesker med psykiske lidelser. (Meld. St. 19 2014-2015). De skal ha kunnskap om hvordan de best kan bistå pasientene med å velge en helsefremmende vei. Det vil være aktuelt å se til pasientenes egne erfaringer for å innhente kunnskap om hvordan man best møter deres behov. Dette kan gjøres for eksempel ved å belyse pasientenes egne erfaringer med helsefremmende prosesser gjennom dybdeintervju etter utskriving fra døgninstitusjon.

Studiens mål og forskningsspørsmål: Målet med studien var å utforske hvordan det oppleves å ha fokus på helsefremmende livsstil når en er alvorlig psykisk syk, og hvordan en innleggelse på institusjon i psykisk helsevern kan bidra i forhold til å støtte en helsefremmende utvikling. Studiens forskningsspørsmål var: ”Hvordan erfarer pasienter med alvorlig psykisk lidelse at opphold på døgninstitusjon kan bidra til helsefremming?”

Funn: Funnene består av et hovedtema, ”å balansere livet på en helsefremmende vei når en er alvorlig psykisk syk”, som deles videre inn i to tema og fire kategorier. Kategoriene ”balanse mellom aktivitet og kosthold”, ”motivasjon”, ”individuelle perspektiver vs gruppe” og ”betydningen av støtte i miljø” viser fokusområder for informantene under og etter oppholdet på døgninstitusjon. Et helsefremmende fokus viser seg viktig for mestring etter utskrivelse.

Nøkkelord: Helsefremmende tiltak, alvorlig psykisk lidelse, pasienterfaringer, døgninstitusjon psykisk helsevern

1.0 Innledning

Psykiske lidelser er forbundet med økt forekomst av blant annet hjerte- og kar sykdommer og overvekt (Brate Birkenæs, 2008). Mindre sunne livsstilsvalg som røyking og bruk av rusmidler er også overrepresentert. Mennesker med alvorlig psykisk lidelse har en høyere dødelighet av somatiske årsaker enn normalbefolkningen, og forventet levetid er redusert med 10-30 år sammenlignet med normalpopulasjon. (Brate Birkenæs, 2008). Årsakene til dette kan være mange og sammensatte, men det vil være viktig å se sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse og ha en helhetlig tilnærming i behandling av psykisk lidelse.

Det har i den senere tid vært et økende fokus på helsefremmende tiltak generelt i samfunnet, noe som kommer til uttrykk både gjennom media og føringer og retningslinjer fra offentlige myndigheter. I ”Folkehelsemeldingen mestring og muligheter” heter det at ”Det skal bli enklere å velge sunt og hensynet til liv og helse skal i større grad være et premiss for samfunnsutviklingen” (St. Meld. 19 (2014-2015):50). Vi vet at faktorer som et sunt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet vil kunne ha en helsefremmende effekt (Helsedirektoratet, 2014). Dette vil være viktige fokus også i behandling av psykiske lidelser, og kunne bidra til å styrke både fysisk og psykisk helse for pasientene. Mange med alvorlig psykisk lidelse er i perioder av livet innlagt på døgninstitusjon for behandling og stabilisering. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten innehar kunnskap og kompetanse om hvordan en sunn livsstil kan være med på å forebygge sykdom og plager i befolkningen. I behandlingen av psykisk lidelse vil helsepersonell ha en viktig rolle i å bistå pasientene til å fremme en sunn livsstil (St. Meld. 19 2014-2015). Det vil være et behov for å utvikle mer kunnskap om hvordan man best kan tilrettelegge for helsefremming for denne pasientgruppen.

1.1 Problemstilling

Helsepersonell i psykisk helsevern skal ha et helhetlig og helsefremmende fokus i behandling av mennesker med psykiske lidelser. (St. Meld. 19 2014-2015). De skal ha kunnskap om hvordan de kan tilrettelegge for å velge en helsefremmende vei. Det vil være aktuelt å se til pasientenes egne erfaringer for å få en økt forståelse for hvordan man best møter deres behov. Det å anvende pasienterfaringer i utarbeidelse av tiltak er i tråd med myndighetenes føringer om å styrke brukermedvirkning i helsetjenesten (Pasientrettighetsloven 1999, Helseforetaksloven 2001, NOU 1997:2) (St. Meld 19 2014-2015).

Denne oppgaven vil ta sikte på å belyse pasientenes erfaringer med helsefremmende livsstil. Pasientene blir intervjuet etter en lengre innleggelse på institusjon for unge voksne med alvorlig psykisk lidelse. Intervjuene studien baserer seg på blir foretatt en periode etter utskrivelse fra institusjonen.

1.2 Mål og hensikt med studien

Målet med studien er å frembringe dybdekunnskap om hvordan det oppleves å ha fokus på helsefremmende livsstil når en er alvorlig psykisk syk, og hvordan en innleggelse på døgninstitusjon kan bidra til dette. Pasientenes egne erfaringer med helsefremmende prosesser blir synliggjort gjennom dybdeintervju etter utskrivning fra den aktuelle institusjonen.

1.3 Forskningsspørsmål

Med bakgrunn i studiens hensikt og mål ble følgende forskningsspørsmål formulert: ”Hvordan erfarer pasienter med alvorlig psykisk lidelse at opphold på døgninstitusjon kan bidra til helsefremming?” For å avgrense oppgaven ble det gjort et valg om å ha spesielt fokus på fysisk aktivitet og kosthold som helsefremmende aktiviteter i studien.

1.4 Studiekontekst

Institusjonen som er involvert i studien har 14 døgnplasser og tilbyr spesialisert behandling til unge voksne i alderen 18 til 30 år med alvorlige psykiske lidelser innen psykospekteret. Behandlingen tar utgangspunkt i en personbasert og recoveryorientert tilnærming. Det er et fokus på å tilrettelegge for individuelle behov og størst mulig grad av brukermedvirkning. De jobber med tilrettelegging av kosthold, samt forebygging av metabolsk syndrom, som er en risikofaktor for pasientgruppen. Fysisk trening er en del av behandlingstilbudet, både på gruppenivå og individnivå. De tilbyr aktiviteter som landhockey, svømming, fotball, volleyball, trenings- og styrkerom, yoga, kondisjonstrening, turgruppe, friluftsgruppe, spinning og trening på et lokalt treningssenter, samt tilbyr tilrettelegging for at pasienter under oppholdet kan fortsette med annen type trening de har drevet med tidligere (Helse-Stavanger 2017-05-13).

2.0 Teoretisk bakgrunn og rammeverk

Jeg vil i dette kapitlet presentere studiens teoretiske bakgrunn og rammeverk, samt gi en beskrivelse av sentrale begrep i oppgaven. Relevant forskning om helsefremming og psykisk helse vil bli fremstilt sist i kapitlet, sammen med en beskrivelse av søkeprosessen. Malterud (2011) sier at den teoretiske referanserammen er de brillene vi har på når vi leser materialet og identifiserer mønstre. Den er en integrert del av studiens forskningsmetode. I de fleste prosjekter utvikles denne rammen underveis i prosjektet, noe som er et naturlig uttrykk for at det oppstår utvidet forståelse og erkjennelse underveis i forskningsprosessen. (Malterud, 2011:42).

2.1 Presentasjon av studiens teoretiske bakgrunn

Helse

I oppgaven anvendes Antonovsky (1987, 2012) sitt syn på helse som en ressurs. Han beskriver et kontinuum, hvor den enkelte til enhver tid befinner seg på et punkt mellom helse og uhelse. Helse handler her om en holdning til livet, og i hvilken grad man er i stand til å mestre de belastninger som kommer og går. I dette perspektivet er det sentralt å rette blikket mot hva som bidrar til å skape helse, fremfor å fokusere på sykdom. (Antonovsky, 1987, 2012)

Helsefremmende aktiviteter

I henhold til Antonovsky (1987, 2012) sin forståelse av helse som et kontinuum, vil helsefremmende aktiviteter innebære å velge aktiviteter som påvirker den enkelte i retning av bedre helse. Dette kan for eksempel være et sunt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet. Det kan også innebære å avstå fra skadelige substanser som alkohol, tobakk og rusmidler. Utover dette vil det også være et individuelt aspekt i hva som er helsebringende for den enkelte. I denne oppgaven er det et spesielt fokus på sunt kosthold og fysisk aktivitet som helsefremmende aktiviteter.

Psykisk sykdom og lidelse

Psykiske lidelser får sine ytringsformer og årsaksforklaringer farget av kulturen og samfunnet de opptrer innenfor, men en del atferdsmønstre blir betraktet som ”syke”

innenfor de fleste kulturer. Psykiske lidelser er svært utbredt og man regner med at ca 20 % av barn, voksne og eldre har så store plager at det kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose. Hvordan man forstår og definerer psykiske lidelser eller forstyrrelser vil avhenge av det perspektivet man har. Hvis man betrakter psykisk uhelse i en glidende overgang fra psykisk helse vil man kunne si at psykisk uhelse for eksempel kan komme som et resultat av dårlig selvtillit og angst. Å ha psykisk uhelse kan innebære en livsfølelse preget av annerledeshet og opplevelse av indre smerte. Omfattende lidelse kan lede til at grunnleggende fysiske behov ikke dekkes og kan medføre kroppslig forfall. Uhelsen preges av at man opplever å ikke mestre livet og hverdagen, og at man ikke har kontroll. (Hummelvoll, 2004:32-33).

Psykose og Schizofrenilidelse

Psykose defineres av Wilson og Kneisl (1996) som en tilstand hvor personens mentale kapasitet til å oppfatte "virkeligheten", kommunisere og forholde seg til andre mennesker er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller (Wilson og Kneisl, 1996 sitert i Hummelvoll 2004:315).

Sykepleieprofessor Jo Ann Walton (1999) har gjennomført en kvalitativ studie med personer med schizofrenilidelse, som beskriver flere eksistensielle utfordringer knyttet til å leve med lidelsen. Sentralt er at det etter hvert vokser frem en erkjennelse av at man ikke er frisk. Å komme til rette med at man har en lidelse skjer gradvis. Både lidelsen og behandlingen påvirker hele personens væren, både sjeelig og kroppslig. Hallusinasjoner kan affisere alle sanser og hindre eller umuliggjøre hverdagslige gjøremål. Symptomer som stemmehøring og synshallusinasjoner kan være vanskelig å skille fra opplevelsen av å se og høre mer allment. Man kan ha en følelse av uvirkelighet eller fremmedfølelse i verden som er vanskelig både å forstå selv og forklare til andre. Mange bekymringstanker kan hindre arbeidsoppgaver og egenpleie. Hverdagslivet kan kompliseres av at psyken er opptatt med underlige tanker, det blir vanskelig å konsentrere seg og føre en samtale. Medisinbruk kan ha plagsomme bivirkninger, man kan føle seg kontrollert av medikamenter. Det å merke at tankene endres på grunn av medikasjon kan underminere tiltroen til en selv og derfor være vanskelig å forsone seg med (Walton, 1999, sitert i: Hummelvoll, 2004: 318-20).

Miljøterapi

Miljøterapi i psykisk helsevern er i følge Hummelvoll (2004) en individuelt tilpasset orientering hvor man tar i bruk miljøet på avdelingen. Dette innebærer å gripe fatt i og utnytte daglige aktiviteter og samværssituasjoner terapeutisk. Med terapeutisk forstås muligheten til å lære mer om seg selv og andre, få større selvinnsikt og utnytte mestrings- og problemløsningsstrategier. Både pasienter og personalet påvirker miljøet, de er henvist til hverandre og avhengig av hverandre. Personalet skal ha et definert mål for hvordan miljøet skal utvikles, og bevisst styre utviklingen og den sosiale prosessen på avdelingen. Miljøet må være tilrettelagt og organisert på en måte som er tilpasset pasientgruppens behov og situasjon. Miljøutforming for psykotiske pasienter bør være støttende og aksepterende og preget av optimisme og engasjement. Samarbeidet med pasientene bør ha en praktisk, jordnær og problemløsende tilnærming. Dags- og ukeplaner bør være utformet tydelig, og den enkelte pasient bør ha sin egen pleieplan, utformet i samarbeid mellom han selv og de som har ansvar for behandlingen. (Hummelvoll, 2004).

Helsefremmende sykepleie

Helsefremming er i følge ICNs etiske retningslinjer for sykepleiere en sentral sykepleiefunksjon. Det står her at ”sykepleier har ansvar for en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom” (Norsk Sykepleieforbund, 2011:8, 2.1).

Helsefremming stod sentralt i Florence Nightingales (1997/1840) utvikling av sykepleiefaget. Hun var opptatt av å legge forholdene best mulig til rette for at den naturlige tilheling skulle skje. For Nightingale (1997/1840) var det viktig å spille på lag med naturen for å styrke og fremme helsen, både hos den enkelte og i befolkningen. Hun hevdet at pasientens plager ofte ikke skyldtes direkte sykdom, men at helsen ikke ble godt nok ivaretatt. Sunn mat, frisk luft og aktivitet er eksempler på tiltak som hun mente var viktige for å fremme helse og sette kroppen i stand til å bekjempe sykdom (Nightingale, 1997/1840).

Larsen (2012) sier at helsebegrepet i helsefremmende arbeid er helhetlig og ressursorientert. For helsepersonell innebærer dette at fokus vil kunne settes på dialog og medvirkning for å få tak i den enkeltes ressurser og mestringsevne. Det å bistå den enkelte i å finne ut hvordan man ivaretar helsen sin på en god måte vil være en viktig sykepleieoppgave (Larsen, 2012). Helsefremmende og

sykdomsforebyggende tiltak kan rette seg mot befolkningen som helhet, men kan også sikte mot å nå enkeltindivider. Eksempler på befolkningsrettede tiltak kan være lover og retningslinjer, og tilrettelegging i nærmiljøet. Individrettede tiltak vil sikte mot å endre folks levevaner. Her er fysisk aktivitet, kosthold og ernæring viktige satsingsområder (Helsedirektoratet 2014: IS-2170). Alvsvåg (2012) peker på at de individrettede tiltakene er avhengig av at den det gjelder forstår, lærer og handler annerledes i fremtiden. Det er en stor utfordring for helsevesenet å nå ut med disse tiltakene til de som trenger dem. Alvsvåg ((2012) hevder at det er nødvendig at helsefremmende innsats må foregå parallelt på samfunns- og individnivå. Det vil være lettere for individet å gjøre hensiktsmessige helsefremmende valg når samfunnet er tilrettelagt for dette. Eksempelvis med tilgang på gode sykkelveier i nærmiljøet og rimelige priser på sunne matvarealternativ. Alvsvåg (2012) peker også på at sykepleier må ha et reflektert forhold til at helse og sykdom er mer enn biologi, og at en sunn livsstil vil handle om mer enn å beherske grensene av ”for meget” og ”for lidt” af alt (Glasdam, 2009:19, i: Alvsvåg, 2012:93) Alvsvåg (2012) fremhever at det er viktig å ta dette med inn i den faglige refleksjonen, for å unngå å bli moralistisk i møte med pasienten, og peker på at vi som fagpersoner innehar kunnskap og innsikt som må forvaltes på en moralsk måte. Helsepersonell skal bidra til å fremme det som bygger helse og redusere det som kan true helsen. Men dette er komplekse og sammensatte problemstillinger som berører det enkelte menneskets liv. Hva som er god helse er et stort og personlig spørsmål. Fuggeli og Ingstad (2009) har gjennomført en studie i Norge, hvor mennesker fra hele landet og i ulike livssituasjoner har svart på hva som er god helse for dem. Resultatene viser at helse innehar mange komponenter og er en individuell opplevelse. Det å føle seg vel med seg selv og selv ha en opplevelse av at man mestrer livet og hverdagen sin er noe som fremheves av mange. Studien viser også at mange opplever å ha god helse på tross av ulike sykdommer og plager, fordi de også opplever å ha gode og meningsfulle ting i livet sitt (Fuggeli og Ingstad, 2009).

Alvsvåg (2012) peker på at spørsmål om hva som er normalt og hva som er unormalt, og hva som er god helse og livskvalitet har blitt stilt forskjellig i ulike sammenhenger og i ulike historiske og kulturelle kontekster. I et helsefremmende perspektiv kan man spørre om hva som er riktig forvaltning av kunnskap og makt, når flere og flere vanlige menneskelige utfordringer og reaksjoner på livshendelser får diagnoser og dermed kan behandles. Helsefremmende og sykdomsforebyggende

arbeid handler om på påvirke andre, dermed handler det også om å utøve makt. Å arbeide for å fremme helse på en moralsk måte handler om å ha et reflektert forhold til denne makten man som fagperson besitter. Det vil være nødvendig at sykepleier stiller seg åpen og lyttende, og det må gjøres en bred analyse av pasientens situasjon. Dialog og veiledning står sentralt i helsefremmende arbeid. Sykepleier må bidra til innsikt og overbevisning om de helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltakene for å ivareta samarbeidet med pasienten og unngå overtalelse (Alvsvåg, 2012) (jf. Skjervheim, 1996).

Den helsefremmende tenkningen er nært knyttet til ”empowerment”-begrepet. Empowerment handler om at enkeltpersoner og/eller grupper får mer kunnskap for dermed å få større kontroll over eget liv (Mæland, 2010). Empowerment innen helsefremming vil da innebære å ha kunnskap om hva som gir god helse og ha tilgjengelige ressurser for skape dette i sitt eget liv. Det handler om å identifisere faktorer som fremmer helse, for så å styrke disse. Dette står i motsetning til patogenesen hvor man tar utgangspunkt i de negative faktorene med tanke på å forebygge disse. Mæland (2005) hevder at helsefremming og sykdomsforebygging er komplementære tilnærminger (Mæland, 2005)

I henhold til Verdens Helseorganisasjon (1986) skal medvirkning, anerkjennelse av pasienten som ekspert på seg selv og maktfordeling være sentrale prinsipper i empowerment (WHO, 1986). Tveiten (2012) peker på at disse prinsippene vil være av stor betydning for sykepleierens funksjon og samhandling med pasienten. Hun viser til at det er viktig å ha en bevissthet rundt at det vil finnes to eksperter i denne sammenheng, sykepleieren er eksperten på det faglige området, mens pasienten er ekspert på seg selv og sitt liv. Dette innebærer at sykepleier kan vite hva som er til pasientens beste faglig sett, mens det er pasienten som vet hva det dreier seg om for han eller henne. Pasient og sykepleier skal samarbeide i empowermentprosessen. (Tveiten, 2012:175-176)

Sentralt i empowerment er at mestringsevnen til den det gjelder øker. Heggen (2007) beskriver mestring som å klare noe på egen hånd, å takle stress og sykdom slik at man kommer seg videre på en god måte (Heggen 2007, i Tveiten 2012:174). Tveiten (2012) fremhever læringsbegrepets plass i mestring, og at læring i et sosiokulturelt

perspektiv vil innebære at kunnskap blir konstruert gjennom samhandling. Tveiten (2012) hevder at sykepleierens funksjon i helsefremmende arbeid i stor grad handler om samhandling med pasient og pårørende, og hevder at veiledning her er en form for samhandling som har til hensikt å styrke pasientens kompetanse til mestring. Veiledning er i følge Tveiten (2006, 2012) et middel i empowermentprosessen, og sykepleier skal her ha en veilederrolle og være en samarbeidspartner. Tveiten (2012) hevder at veiledning er basert på en antakelse om at pasienten selv har "svaret" men at han eventuelt kan trenge hjelp til å bli bevisst og oppdage svaret (Tveiten, 2012:184). Tveiten (2006) definerer veiledning som "en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot styrking av pasientens mestringskompetanse gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier" (Tveiten, 2006, i: Tveiten, 2012:184).

Bedringsprosesser i psykisk lidelse

Forståelsen av "recovery", eller bedringsprosesser er nært knyttet til mestring av livet. "Recovery handler om å skape seg et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik personen selv definerer det, med eller uten symptomer og problemer som kan komme og gå." (Shepherd, Boardman & Slade, 2008:1, oversettelse Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A., 2013).

Recovery er en tradisjon med utspring i psykisk helsevern, og bygger på flere større forløpsstudier som viser at mange mennesker med alvorlig psykisk lidelse kommer seg (Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A., 2013). Recovery blir gjerne forklart som en unik og personlig prosess. Det kan handle om å bli frisk, eller å lære seg å leve med de plager man har. Recovery, eller bedring, er ikke noe nytt, men et begrep som kan brukes på flere måter. I et recovery perspektiv vil det ikke være slik at det å være frisk eller syk er en statisk tilstand. Det å være frisk vil være en prosess som går frem og tilbake, hvor bedring ikke er lineær eller endelig. Man kan leve et bra liv selv om man har ulike plager eller sykdommer. Det er sentralt i recoveryorientert praksis at helsepersonell evner å møte pasientene der de er, og tilby hjelp i henhold til pasientenes egne mål og ønsker. Recovery handler om mestring av livet og de utfordringene man har. Her er det viktig å formidle tro på den enkelte, gi støtte, og formidle håp om bedring (Borg et al., 2013).

I helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern kan det være nærliggende å anvende et recoveryperspektiv. Recovery handler om at den enkelte finner frem til hva som

kan bidra til bedre psykisk og fysisk helse. Livstilsendringer kan være sentrale elementer i en recoveryprosess. Varige livstilsendringer er dypt personlige for den enkelte og en recoveryorientert tilnærming synliggjør at dette er den enkeltes vei mot bedre helse. Jeg har valgt å fremme dette perspektivet i oppgaven fordi livet til pasientene ikke primært utspiller seg på en institusjon, men hjemme i sine vanlige omgivelser. Tiden på døgninstitusjon skal ikke bare bidra til stabilisering av symptomer, men også ha fokus på mestring av hverdagen. Topor (2004) fremhever viktigheten av god oppfølging etter utskrivelse. Når pasienten skal tilbake til sitt vanlige miljø vil det svært ofte by på utfordringer. Han peker på at det i mange tilfeller er slik at forholdene i hjemmemiljøet har vært medvirkende til lidelsen, og at disse forholdene vil ikke nødvendigvis ha endret seg i løpet av innleggelsen (Topor, 2004).

På døgninstitusjon vil livet til pasientene være regulert, for eksempel gjennom måltider, leggetider, hva man kan se på tv, og når man kan være ute. Topor (2004) hevder at det å være innlagt i institusjon kan by på problemer for pasientene utover de plager som henger sammen med selve lidelsen. Han mener det kan være vanskelig for personalet å skille mellom hva som er den opprinnelige lidelsen og de problemer et opphold på institusjon med døgnbehandling kan skape (Topor, 2004). Han vektlegger at de som har kjent alvorlig psykisk lidelse på kroppen skal bli hørt, både når det gjelder hva som hjelper og hva som har gjort det verre. Han stiller spørsmål ved hvorfor oppfatningen om at de psykiske lidelsene er kroniske fortsatt er så levende og til stede i dag, på tross av studier og brukerhistorier om bedring. Han peker på at mange tusentalls mennesker lever gode liv i dag utenfor institusjoner og at disse sitter med verdifull kunnskap. Topor (2004) viser til at mange som har opplevd bedring fra alvorlig psykisk lidelse snakker om at de har fått verktøy til å ha det bra, og at sykdommen delvis handlet om at man manglet disse verktøyene (Topor, 2004).

Salutogenesen og Opplevelse av sammenheng (OAS)

Det salutogene perspektiv handler i følge Antonovsky (1987, 2012) om å ha fokus på det som skaper helse. På tross av sykdom og andre trusler vil det være mulig å bevege seg i retning av bedre helse gjennom å fremme de styrkende prosesser. Dette er et helhetlig perspektiv i den forstand at det ikke foreligger noe skille mellom

fysisk og psykisk helse, eller mellom objektivt målbare og subjektivt opplevde symptomer. Det sentrale er at man hele tiden befinner seg på et kontinuum mellom helse og uhelse. Det salutogene perspektivet egner seg i forståelsen av langvarige lidelser, som psykiske lidelser i mange tilfeller er. Det tydeliggjør at man kan fremme helse uansett hvor man befinner seg på kontinuumet, gjennom aktiviteter som bidrar til en forflytning i retning av helse.

Antonovsky (1987, 2012)s begrep ”Sense of Coherence” eller på norsk, ”Opplevelse av sammenheng” er unnfanget i 1970, og er en del av den mer omfattende teorien om salutogenesen. Den salutogene modell regnes som Antonovskys (1987, 2012) livsverk. Han valgte å forfølge mysteriet: Hvordan kunne en person oppleve konsentrasjonsleierens grusomheter og likevel ha det godt i etterkant? Det salutogene spørsmål er med andre ord sagt: Hva er helsens opprinnelse? Opplevelse av sammenheng, (OAS) er Antonovskys (1987, 2012) svar på dette spørsmålet. I forskning er det hovedsakelig OAS som er benyttet fremfor hele den salutogene modell.

Antonovsky (1987, 2012) tok først utgangspunkt i hypotesen om at få stressfaktorer førte til god helse, men denne holdt ikke mål. Det helsemessige utfallet av stressfaktorer er uforutsigbart. Når man stilles overfor en stressfaktor fører det til en anspent tilstand som man må håndtere. Hvorvidt utfallet blir patologisk, nøytralt eller helsebringende, avhenger av om spenningen håndteres på en adekvat måte. Studiet av hvilke faktorer som bestemmer håndteringen av spenning blir dermed helsevitenskapens viktigste oppgave (Antonovsky, 1987, 2012).

Begrepet opplevelse av sammenheng er en fellesbetegnelse for alle motstandsressurser som gjør det mulig å sette de utallige stressfaktorene vi bombanderes med inn i en meningsfylt sammenheng. Begrepet inneholder de tre komponentene ”begripelighet”, ”håndterbarhet” og ”meningsfullhet”. Gjentatte stressopplevelser kan generere en sterk OAS. Opplevelse av sammenheng kan komme til uttrykk gjennom en helhetlig holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig men dynamisk tillit til at ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det er stor sannsynlighet for at ting vil gå så godt som man med rimelighet må kunne forvente (Antonovsky, 1987, 2012).

Salutogenesen kan gi grunnlag for å analysere funn og resultater på en måte som en patogent orientert forsker kanskje ikke vil gjøre. Den kan føre til at man stiller opp nye spørsmål og hypoteser. I et salutogent perspektiv vil man ha mer fokus på historien til personen enn på sykdommen. I henhold til Antonovskys salutogene perspektiv er ikke stressfaktorer nødvendigvis å regne som uheldige. Hva som vil predikere et godt utfall vil være avhengig av hvordan man stiller seg i en vurdering av hva som er helsebringende faktorer, og hvordan man vurderer eventuelle risikofaktorer. Antonovsky (1987, 2012) hevder at personer med sterk OAS vil i høyere grad vise helsefremmende atferd enn personer med svak OAS. Han har også fremmet en påstand om at styrken på en persons OAS har direkte fysiologiske konsekvenser (Antonovsky, 1987, 2012).

2.2 Tidligere forskning om psykisk helse og helsefremming

For å finne relevant forskning har jeg benyttet meg av søketjenesten ved Universitetet i Stavanger. Det er søkt i ulike helsefaglige databaser, i flere omganger i løpet av arbeidsprosessen. Søkeord som har blitt brukt er ”helsefremming”, ”psykisk lidelse”, ”psykisk helsearbeid”, ”sykepleie”, ”fysisk aktivitet” og ”psykisk helse”. Det har blitt gjort søk på både norsk og engelsk, og søkeordene har blitt brukt i ulike kombinasjoner. Jeg har lest abstractet på ca 40 artikler. 4 artikler er brukt i oppgaven.

Artikkel 1: Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses

Happell, B., Platania-Phung, C. og Scott D. (2011) gjennomførte en kvalitativ studie om sykepleiers rolle i forhold til fysisk aktivitet i psykisk helsevern. Bakgrunn for studien var at fysisk aktivitet er anerkjent som en viktig faktor i forebygging, og som mestringsstrategi ved sykdom, recovery og velvære. Mennesker med psykisk lidelse har lavere aktivitetsnivå enn befolkningen generelt og vektlegging av fysisk aktivitet generelt i samfunnet reflekteres ikke psykisk helsevern. Happell et al fant at sykepleiere i psykisk helsevern vektlegger det å ha kunnskap om hvordan integrere fysisk aktivitet i behandlingen, og at manglende kunnskap kan være en barriere for sykepleiere. Studien fremhever også at fysisk aktivitet kan ha potensiale til å bidra til

å utjevne ulikheter i den fysiske helsen for mennesker med psykisk lidelse, samt ha en terapeutisk effekt i seg selv. Videre sier forskerne at sykepleiere i psykisk helsevern har en spesielt aktuell posisjon for å iverksette dette, med kunnskap om og nærhet til pasientgruppen (Happell et al., 2011).

Artikkel 2: Can a brief health promotion intervention delivered by mental health key workers improve clients physical health?

Brown, S. og Smith, E. (2009) gjorde en studie for å finne ut om en kort helsefremmende intervensjon kunne forbedre den fysiske helsen til pasienter i psykisk helsevern.

Bakgrunnen for studien var at mennesker med alvorlig psykisk lidelse tenderer mot å ha en usunn livsstil, dårlig fysisk helse og risiko for tidlig død. Helsefremmende intervensjoner kan begrense disse risikofaktorene, men disse intervensjonene når ikke så lett frem til denne pasientgruppen. Et randomisert kontrollert eksperiment skulle måle om en kort intervensjon gjennomført av psykisk helsearbeidere kan gi helsegevinst for mennesker med psykisk lidelse. Resultatet viste at deltakerne hadde relativt usunn livsstil ved starten av intervensjon og at det var totalt sett liten helsegevinst etter intervensjonen, og mange droppet ut. Men det ble funnet signifikant reduksjon i kardiovaskulære risikofaktorer for eksperimentgruppen. Konklusjonen var at dette er en aktuell målgruppe for helsefremmende intervensjoner men denne intervensjonen gav ikke tilstrekkelig resultat. Forskerne foreslår at det kan tyde på behov for en mer intensiv tilnærming (Brown & Smith, 2009).

Artikkel 3: Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with mental illness: A systematic review.

Happell, B., C. Davies, C og Scott, D. (2012) gjennomførte en oppsamlingsstudie. Målet med studien var en systematisk gjennomgang av litteraturen på helseatferdsintervensjoner gjort for å forbedre den fysiske helsen til pasienter med psykisk lidelse. De fant at helseatferdsintervensjoner kan føre til signifikant reduksjon i usunn atferd blant pasienter med psykiske lidelser, og gi bedring av helsen. Videre viste studien at intervensjoner passer med sykepleieres rolle i psykisk helsevern. Forfatterne hevder at det er sannsynlig at mennesker med psykiske lidelser kan ha andre typer eller grader av utfordringer i forhold til helsefremmende

atferdsendringer enn befolkningen ellers, men at endringer ser ut til å være like holdbare hos denne gruppen. De etterlyser også mer forskning på hvordan man best kan tilrettelegge intervensjoner for denne pasientgruppen (Happell et al., 2012).

Artikkel 4: Forståelse av helsefremming i sykepleie

Gammersvik, A. og Alvsvåg, H. (2009) har gjort en kvalitativ studie som dreier seg om forståelse og utførelse av helsefremming innen sykepleie. Bakgrunnen for studien var at forskjeller på helsefremming og forebygging i en sykepleiefaglig sammenheng har vist seg å være vanskelig å forstå. Det ble gjennomført en studie på sykepleieres læringsarenaer. I studien ble lærere fra sykepleierutdanninger i Norge og sykepleiere fra ulike praksisområder i kommune- og spesialisthelsetjenesten, som alle hadde veiledet sykepleierstudenter, intervjuet i fokusgrupper. Hovedtema i intervjuene var forståelse av begrepene ”helsefremming”, ”forebygging”, ”empowerment” på individnivå, og utførelse av helsefremming og empowerment i praktisk arbeid. Studien viste at informantene i hovedsak relaterte helsefremming til å gi informasjon og helseopplysning. Forskerne hevder her at dette kan forstås som at eksperten formidler kunnskapen og pasientens rolle er å ta imot. Videre viste studien at informantene hadde lite kunnskap om empowerment-begrepet og var usikre på hvordan empowerment og brukermedvirkning kunne brukes i daglig sykepleie. Forskerne fant at empowerment fremstod som en rettighet i intervjuene, heller enn en tilnæringsmåte eller læreprosess. Forskerne hevder at dette har konsekvenser for synet på helse. De peker på at det vil være problematisk for sykepleiefaget om grunnsynet er at helse oppnås ved fravær av sykdom og helsefremming blir avgrenset til å gjelde forebygging. Forskerne konkluderer med at det er behov for å forske mer på hvordan helsefremming kan konkretiseres i forhold til sykepleie til ulike pasienter (Gammersvik & Alvsvåg, 2009).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive mitt valg av metode og hvordan jeg har gått frem for å nå studiens mål og besvare studiens forskningsspørsmål. Innledningsvis vil kvalitative metoder bli beskrevet. Jeg vil videre beskrive utvalg av informanter til studien, og gjennomføring og transkribering av intervjuene. Min forforståelse og rolle som forsker vil bli redegjort for. Analyseprosessen vil bli beskrevet. Etske problemstillinger i studien vil bli diskutert. Til slutt i kapittelet vil studiens troverdighet bli gjort rede for.

3.1 Metodisk tilnærming og design – kvalitativ metode

Denne studien har en kvalitativ tilnærming. I følge Malterud (2011) er kvalitative metoder forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Materialet i en kvalitativ studie består av tekst, som representerer samtaler eller observasjoner. De kvalitative metodene kan bidra til å beskrive mangfold og nyanser (Malterud, 2011:26).

Malterud (2011) hevder at virkeligheten vil kunne beskrives ulikt, alt etter hvilket perspektiv man har. Forskerens posisjon og perspektiv får derfor stor betydning for hva slags kunnskap som kommer frem. Malterud (2011) peker på at kvalitative metoder omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekstlig materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener slik de oppleves av de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng (Malterud, 2011:26).

Malterud (2011) fremhever at kunnskapsutviklingen i kvalitativ forskning handler mer om nye spørsmål enn om universelle sannheter. Kvalitative metoder kan i følge Malterud (2011) brukes til å få mer kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Ved hjelp av kvalitative metoder kan vi spørre etter mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd, og dermed få økt forståelse for hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2011:27).

I følge Malterud (2011) egner kvalitative tilnærminger seg godt til å utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Malterud,

(2011) sier at dersom vi vil betrakte helse og sykdom som dynamiske prosesser i en levende kropp, trenger vi en tilnærming som anerkjenner at slike prosesser utformes spesifikt hos det individuelle mennesket i sin sosiokulturelle sammenheng (Malterud, 2011:27). Malterud (2011) hevder at kvalitative forskningsmetoder kan brukes til å få vitenskapelig innsyn i slike prosesser. I følge Malterud (2011) vil forskningsspørsmålet være avgjørende for valg av tilnærming i studien. Med kvalitative metoder kan vil belyse spørsmål som ”Hva er..?”, ”Hva betyr...?” eller ”Hvordan foregår...?” Målet er forståelse fremfor forklaring (Malterud, 2011:28). Forskningsspørsmålet i denne studien ”Hvordan erfarer pasienter med alvorlig psykisk lidelse at opphold på døgninstitusjon kan bidra til helsefremming?” vil kunne utforskes gjennom kvalitative forskningsintervju. Jeg har tatt utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns beskrivelse av forskningsintervjuets 7 faser (Kvale og Brinkmann, 2009). I intervjuene ble informantene invitert til å beskrive sine erfaringer med helsefremmende livsstil under innleggelse i døgninstitusjon. En semi-strukturert intervjuguide ble anvendt. Malterud (2011) hevder at betegnelsen ”semistrukturerte intervjuer” egner seg til å beskrive det kvalitative forskningsintervju med individuelle deltakere. Dette innebærer at det på forhånd er utarbeidet en intervjuguide som skal minne oss om temaer vi ønsker data om. Når formålet er å få ny kunnskap er det viktig å ikke utarbeide intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk. I kvalitative studier er det verken nødvendig eller ønskelig å standardisere intervjusituasjonen. I stedet bør intervjuguiden revideres underveis etter hvert som forskeren lærer mer om hvor fokus bør konsentreres og tilpasses møtet med den enkelte deltaker. Den rikeste kunnskapen får vi tak i hvis vil klarer å få deltakeren til å dele erfaringer som består av konkrete hendelser som leder til en opplevd historie som hadde en spesiell betydning (Malterud, 2011:129-30).

Emnet for kvalitative forskningsintervju er ifølge Kvale og Brinkmann (2009) intervjupersonens livsverden, og de hevder at dette gir en enestående mulighet til å få tilgang til og beskrive denne. Forskerens primære oppgave er å spørre hvorfor intervjupersonene opplever og handler som de gjør. Slik leder intervjueren intervjupersonen frem mot bestemte temaer, men ikke til bestemte meninger om dem. (Kvale og Brinkmann, 2009:48-49).

3.2 Utvalg og rekruttering til studien

Utvalget består av 6 unge mennesker som har vært innlagt på en døgninstitusjon for voksne med alvorlig psykisk lidelse. Alle 6 informantene hadde vært innlagt på den aktuelle døgninstitusjonen over en lengre periode, fra 1 og opp til 4 år. Jeg tok kontakt med leder ved institusjonen, som sa seg villig til å spørre tidligere innlagte pasienter om de kunne tenke seg å delta i studien. Han kom så tilbake til meg med 6 kandidater som hadde stilt seg positive til å bli oppringt av meg for å høre mer og eventuelt gjøre en avtale om intervju. Det viste seg at av de 6 aktuelle kandidater var 5 av 6 menn og bare 1 kvinne. Da jeg i utgangspunktet ønsket en jevnere kjønnsfordeling i studien tok jeg kontakt med institusjonsleder angående dette. Jeg fikk da opplyst at denne kjønnsfordelingen med et flertall av menn også er representativt for pasientene som er innlagt ved institusjonen, uten at dette er tilsiktet. Det var derfor færre kvinner å spørre om å delta i studien. Institusjonsleder sa også at av de kvinner som ble spurt var det flere som ikke ønsket å delta. Jeg valgte derfor å gjennomføre studien med et flertall av menn blant mine informanter. Jeg kontaktet de aktuelle kandidater og alle 6 kandidater takket ja til å bli med i studien. De fikk da noe mer utdypende informasjon om studien på telefon, samt at vi gjorde en avtale om tid og sted for intervju. I forkant av intervju fikk informantene en skriftlig samtykkeerklæring som måtte signeres før intervjuet. Det ble presisert for informantene at de når som helst kunne velge å trekke seg fra studien om de skulle ønske det.

3.3 Datainnsamling - gjennomføring av semistrukturerte intervju

Kvale og Brinkmann (2009) beskriver intervjuundersøkelsens syv stadier. Tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering. Jeg har satt meg inn i Kvale og Brinkmann (2009)s teori og anvendt denne gjennom de ulike stadiene i intervjuundersøkelsen. Kvale og Brinkmann beskriver at det er viktig å planlegge alle stadier i forkant og velge en egnet fremgangsmåte for å finne frem til den kunnskapen man søker. Man må også være oppmerksom på ulike utfordringer ved prosessen, for eksempel når det gjelder etikk, validitet m.m (Kvale og Brinkmann, 2009).

Alle 6 kandidater møtte opp for intervju, og det ble gjennomført dybdeintervju med samtlige. To av intervjuene ble gjennomført hjemme hos informantene. Tre intervju ble gjennomført på et grupperom på universitetet hvor masterstudien gjennomføres. Et intervju ble gjennomført på det lokale bibliotek. Det ble gjort opptak av alle intervjuene, og intervjuene ble transkribert.

Det er ifølge Kvale og Brinkmann (2009) viktig å være oppmerksom på at det foreligger et asymmetrisk maktforhold i kvalitative forskningsintervju. Intervjueren definerer intervjusituasjonen. Det er han som starter samtalen og bestemmer hvilke temaer som skal følges opp, samt avslutter intervjuet. Det er viktig å være oppmerksom på at samtalen her blir instrumentalisert. Det vil si at det er ikke et mål om å ha en god samtale i seg selv, intervjuer anvender samtalen som et middel til å få frem beskrivelser fra intervjupersonen som forskeren deretter skal tolke (Kvale og Brinkmann, 2009).

I denne studien ble informantene oppfordret til å fortelle om opplevelser på et område som kan være sårbart, og dette måtte jeg som intervjuer være oppmerksom på. Det å ha vært innlagt på døgninstitusjon er i utgangspunktet en privat hendelse, som gjerne har funnet sted på et sårbart tidspunkt i livet. Jeg anså det som viktig at jeg som intervjuer utviste stor ydmykhet i forhold til at mine informanter valgte å dele sine erfaringer fra dette.

Jeg hadde fokus på å skape en trygg ramme for informantene i intervjusituasjonen. Jeg brukte tid i forkant av intervjuet på å presentere meg selv og studien. Jeg ønsket også å formidle takknemlighet for at de hadde valgt å delta i intervjuet, og at svarene deres var verdifulle for oppgaven. Før intervjuet startet ble det satt av nok tid til at informantene skulle føle seg komfortable i situasjonen. Det at jeg hadde med en båndopptaker på intervjuet ble forklart nøye, og informantene ble fortalt hvordan denne fungerte og hvorfor den ble benyttet. Det ble også påpekt at de når som helst kunne velge å avbryte intervjuet.

Jeg brukte intervjuguiden (se vedlegg 4) som et utgangspunkt gjennom alle intervjuene, men lot informantene snakke fritt også om andre temaer de kom inn på under intervjuet. Etter hvert intervju hørte jeg på lydbåndopptaket av intervjuet før gjennomføringen av et nytt intervju. Det viste seg raskt som nyttig å utdype spørsmålene enda mer, og stille enda flere oppfølgende spørsmål, som "Hvordan

da?” og ”Kan du forteller mer om dette?” Jeg fikk da rikelige besvarelser på mine spørsmål i intervjuene.

3.4 Transkribering

Den kvalitative analysen krever at datamaterialet sammenfattes til en tekst, for å gjøre materialet tilgjengelig og håndterbart. Malterud (2011) påpeker her at denne teksten likevel bare er en tekst og ikke virkeligheten selv. Det vil alltid skje en fordreining av hendelsen når muntlig samtale skal omsettes til en tekst, også ved en detaljert gjengivelse ord for ord (Malterud, 2011:76). Intervjuene ble transkribert fortløpende, fordi jeg ønsket å ha mest mulig nærhet til intervjusituasjonen under transkripsjonen. Jeg ønsket å fange opp i størst mulig grad det som utspilte seg under selve intervjuet. Jeg skrev ned i sin helhet alt som ble sagt under intervjuene, både av meg selv som intervjuer og av informantene. Jeg valgte i transkripsjonene å gjengi ordrett det informantene sa uten å tilpasse dette til et modifisert skriftspråk. Jeg noterte i parentes om informantene lo, tok pause og lignende. Der hvor det var utydelig tale eller forstyrrelser som gjorde det vanskeligere å oppfatte det som ble sagt ble opptaket spilt flere ganger for å unngå å feilsitere informantene. Det at jeg selv transkriberte intervjuene vil kunne bidra til å gi mindre rom for mistolkninger av det som ble sagt.

Malterud (2011) påpeker at man kommer i skade for å latterliggjøre informantenes uttrykk når muntlig språk oversettes direkte til skriftlig (Malterud, 2011:76-77). Jeg har forsøkt å ta høyde for dette når jeg siterer informantene i oppgaven ved å tilpasse det muntlige språket til en skriftlig formidling.

3.5 Forforståelse og min rolle som forsker

Malterud (2011) påpeker at moderne vitenskapsteori avviser forestillingen om den nøytrale forsker som ikke øver noen form for innflytelse på kunnskapsutviklingen. Hun sier at forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer avgjør hvilken problemstilling som er mest aktuell, hvilket perspektiv som skal velges, hvilke metoder og utvalg som anses som relevante, hvilke resultater som besvarer de viktigste spørsmålene, og hvordan konklusjonene skal vektlegges og

formidles. Det er derfor ikke spørsmål om hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan han påvirker (Malterud, 2011:37).

Analyseprosessen skal beskrive og reflektere over hvilken betydning forskerens perspektiv har hatt for de endelige kategoriene vi presenterer som resultater (Malterud, 2011:87). Malterud (2011) påpeker at både forskeren og leseren skal være klar over hvilket analysenivå som er valgt. Dette er viktig for å forstå hva som er et resultat av analyseprosessen og hva som stammer fra forforståelsen (Malterud, 2011:84).

Jeg er utdannet sykepleier og på det tidspunktet jeg startet med studien arbeidet jeg selv i psykisk helsevern. Jeg var ansatt på en spesialavdeling for voksne med affektiv- og psykoselidelser. Dette innebar at jeg hadde kjennskap til pasienter med alvorlig psykisk lidelse når jeg gjennomførte intervjuene. Jeg vil også si at dette har hatt innvirkning på mitt valg om å intervju pasienter i studien, noe som bunnet i et ønske om at studien skulle bidra med å få frem pasienters egne erfaringer. Det at jeg har arbeidet på en noe tilsvarende avdeling som der informantene i studien har vært innlagt, vil nødvendigvis ha en innvirkning på både intervjuene og analysen. Mitt arbeid på sengepost har bidratt til min forforståelse, noe som både innebar at jeg var opptatt av temaet helsefremming under innleggelse og at jeg nok var påvirket av de erfaringer jeg hadde fra mitt arbeide. Jeg har forsøkt i så stor grad som mulig å balansere mellom den nytte jeg opplevde å ha av min kjennskap til pasientgruppen og miljøet jeg forsket på, og samtidig unngå at dette skulle komme i veien for en objektiv analyse av materialet.

3.6 Dataanalyse

De transkriberte intervjuene som var mitt rådatamateriale, ble analysert i henhold til Graneheim og Lundman (2004) sin metode for kvalitativ innholdsanalyse. Underveis i analyseprosessen har jeg også anvendt teori fra Malterud (2011) og Kvale og Brinkmann (2009) for å få en bred forståelse av prosessen fra rådata til resultater. Analysen skal bygge bro mellom data og resultater. Datamaterialet skal organiseres, fortolkes og sammenfattes. Spørsmål til materialet stilles med utgangspunkt i problemstillingen. Svarene er de mønster og kjennetegn som blir identifisert gjennom systematisk og kritisk refleksjon (Malterud, 2011:91).

I et beskrivende analysenivå skal forskeren identifisere og presentere de prinsippene som er brukt for gruppering og redigering av resultatene, de nye beskrivelsene (Malterud, 2011:85). Forskeren skal vise tydelig hva som er nytt og gammelt, gi leseren innsyn i veien fra data til resultater. Han skal angi hvilken klasse av fenomener beskrivelsene omfatter. Beskrivelsene skal utgjøre resultatene og representere ny kunnskap om innhold, mening og særpreg ved begreper vi kjenner fra før. Det er ifølge Malterud (2011) ikke et mål å presentere det hele, men å løfte frem og gi prioritet til funn som kan fortelle oss noe vi ikke visste fra før og bidra til nye refleksjoner. Relevans, originalitet og lesbarhet er utfordringer for prosjekter på dette analysenivået. (Malterud, 2011:86).

I følge Malterud (2011) vil problemstillingen som regel bli tydeligere formulert og spesifisert gjennom analysen, fordi data forteller hvilke sider av det opprinnelige spørsmålet som det er mulig og meningsfullt å få svar på. Hun fremhever at forskeren i en kvalitativ studie ikke skal være redd for å bruke ny innsikt som oppstår underveis til å revidere problemstillingen og utvikle prosjektet (Malterud, 2011:92). Delene må hele tiden valideres opp mot helheten. Alt kan ikke tas med, man må sørge for å ta med det som er viktig og formidle det tydelig og i en sammenheng så det forstås i tråd med informantenes virkelighet som det er hentet ut fra. (Malterud, 2011:93).

Analyseprosessen vil her bli presentert trinnvis.

1. Jeg startet analyseprosessen med å lese gjennom den transkriberte teksten flere ganger, for å danne meg et helhetsinntrykk av materialet (Graneheim og Lundman, 2004).
2. Neste trinn i analysen var å trekke ut de meningsbærende enheter fra teksten (unit of analysis) (Graneheim og Lundman, 2004). Dette innebar at jeg samlet all tekst som inneholdt informasjon som kunne relateres til forskningsspørsmålet i studien i meningsbærende enheter.
3. Neste trinn i prosessen var at de meningsbærende enhetene skulle bli kondensert. I henhold til Graneheim og Lundman (2004) innebar dette å forkorte de meningsbærende enhetene, men å bevare kjernen av innholdet.

4. Videre var neste skritt å kode de kondenserte meningsbærende enhetene. I prosessen med å kode de meningsbærende enhetene skal hele teksten tas i betraktning og kodene skal befinne seg på et abstrahert nivå i forhold til de meningsbærende enhetene (Graneheim og Lundman, 2004). Kodene skal i følge Coffey og Atkinson (1996, i Graneheim og Lundman, 2004) være verktøy å tenke med, og gjøre det mulig å tenke på datamaterialet på nye måter.
5. Deretter var neste steg at de ulike kodene skulle bli vurdert og sammenlignet, basert på likheter og ulikheter, for så å deles videre inn i kategorier og temaer. Kategoriene skal ifølge Graneheim og Lundman (2004) forstås som en sammenfatning av det manifesterte innholdet i teksten. De skal kunne besvare spørsmålet ”Hva?”
6. Siste steg i analyseprosessen var at den underliggende meningen, det vil si det latente innholdet i de ulike kategoriene. Det ble formulert i et hovedtema. Et tema skal kunne besvare spørsmålet ”Hvordan?” (Graneheim og Lundman, 2004).

Tabell I viser eksempel på analyseprosessen

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Tema	Hovedtema
Men nå trener jeg bueskyting. Det har vært midt i blinken for meg. Det er rolig, konsentrasjonskrevende. Det har hjulpet meg veldig. Du slapper av, du renser hodet. Tømmer deg. Og det er en utrolig behagelig følelse etterpå.	Bueskyting har hjulpet veldig. Slapper av og renser hodet, behagelig følelse etterpå	Positiv effekt av aktivitet	Motivasjon	Å strekke seg mot mestring gjennom sunne valg i hverdagen	Å balansere livet på en helsefremmende vei

3.7 Etiske overveielser

Prosjektet er godkjent av Regional Etisk Komité (REK) 11.11.14. (se vedlegg 1). Dette er nødvendig når man starter et prosjekt som omhandler helsefaglige og medisinske spørsmål. REK-godkjenning, samtykkeerklæring (se vedlegg 3) og prosjektplan ble sendt til fagsjef for Forskningsavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus, og ble godkjent 29.01.15. (se vedlegg 2)

Jeg har gjennom hele studieprosessen reflektert rundt etiske problemstillinger i tilknytning til studien. I henhold til Kvale og Brinkmann (2009) er det nødvendig å reflektere over etiske problemstillinger gjennom alle stadier av en intervjustudie. De hevder at utførelsen av en forskningsprosess reiser spørsmål om verdien av den produserte kunnskap vedrørende studiens bidrag til samfunnet og at samfunnsforskningen bør tjene vitenskapelige og menneskelige interesser (Kvale og Brinkmann, 2009:80).

I henhold til Kvale og Brinkmann (2009) betyr informert samtykke at forskningsdeltakerne informeres om studiens overordnede mål, hovedtrekkene i designen, og mulige risikoer og fordeler ved å delta i studien. I tillegg må man sikre at de involverte deltar frivillig, og opplyse om at de når som helst kan velge å trekke seg ut av undersøkelsen (Kvale og Brinkmann, 2009:88). Det ble i denne studien innhentet informert skriftlig samtykke i forkant av intervjuene, og gitt grundig informasjon om prosjektet. Intervjupersonene ble informert om at de hadde når som helst mulighet til å trekke seg fra undersøkelsen om de skulle ønske det.

Konfidensialitet i forskningen innebærer at private data som identifiserer deltakerne ikke avsløres (Kvale og Brinkmann, 2009:90, Personopplysningsloven, 1978). Informantene i denne studien er anonymisert, og data fra intervjuene som kunne tenkes å bidra til gjenkjennelse av informanter er ikke direkte gjengitt i studiens resultatdel. Det blir heller ikke opplyst om hvilken institusjon som er involvert i studien.

Det er viktig å reflektere rundt mulige konsekvenser deltakelse i en kvalitativ studie kan ha for deltakerne. Dette gjelder både for de individuelle deltakerne i studien og

for gruppen de representerer. (Kvale og Brinkmann, 2009:91). Studiens fokus rundt helse og livsstilsspørsmål vil gi grunnlag for en etisk refleksjon. Disse temaene kan frembringe ubehag hos intervjupersonen dersom han eller henne opplever skyldfølelse og skam i forhold til helse- og livsstilsspørsmål. Trender og holdninger i samfunnet i dag kan medvirke til at grupper og enkeltindivider opplever seg stigmatisert. Jeg reflekterte i forkant av intervjuene rundt at det kunne være en fare for at intervjupersonen ville oppleve intervjusituasjonen som moraliserende. Jeg kom frem til at det var viktig at jeg som intervjuer var bevisst rundt dette med tanke på å minimere ubehag for intervjupersonen ved å delta i undersøkelsen. Mitt inntrykk var at temaene som kom opp under intervjuene i stor grad ble sett som viktige og aktuelle spørsmål også for informantene. Flere uttrykte i etterkant at de anså det som positivt at deres erfaringer kunne være nyttige for andre.

3.8 Studiens troverdighet

Graneheim og Lundman (2004) peker på at troverdighetsbegrepet i en kvalitativ studie skiller seg fra den tradisjonelle kvantitative forskningstradisjonen. Graneheim og Lundman (2004) bruker begrepene *"gyldighet"* (*"credibility"*), *"pålitelighet"* (*"dependability"*) og *"overførbarhet"* (*"transferability"*) for å beskrive ulike sider ved troverdighet i kvalitative studier. (Graneheim og Lundman, 2004)

Gyldighet handler i følge Graneheim og Lundman (2004) om studiens fokus og hvorvidt data og analyseprosessen er i stand til å besvare studiens mål og hensikt, og svare på forskningsspørsmål reist i studien. Spørsmål om gyldighet kommer inn når man skal vurdere studiens fokus og sammenheng, metodevalg, utvalg av informanter, mengden av data man trenger og hvordan man går frem for å samle inn data. En viktig faktor for gyldighet i studien er i følge Graneheim og Lundman (2004) å velge de mest passende meningsenheter. Her vil både for vide og for smale meningsenheter kunne medføre en risiko for at mening går tapt under analyseprosessen. Gyldighet av studiens funn vil også i følge Graneheim og Lundman (2004) komme an på hvorvidt kategorier og temaer er dekkende for data, at ikke relevant data er systematisk ekskludert eller irrelevant data er tatt med. Gyldighet vil også være et spørsmål om hvordan man vurderer likheter og ulikheter innenfor og mellom de ulike kategorier (Graneheim og Lundman, 2004).

Pålitelighet i kvalitativ forskning vil i følge Graneheim og Lundman (2004) handle om den form for ustabilitet over tid som kan oppstå som en følge av endringer underveis i studieprosessen. Eksempler på dette kan være i hvilken grad data endrer seg over tid, og endringer forsker gjør underveis i analyseprosessen. Det blir påpekt her at det på den ene siden er viktig å være konsistent og stille spørsmål til alle deltakere om de samme områder. På den andre side vil forsker få ny innsikt i de fenomener det forskes på underveis i datainnsamlingen, noe som kan føre til at andre oppfølgingsspørsmål stilles og at noe av fokus til forsker endres (Graneheim og Lundman, 2004).

Overførbarhet i kvalitative studier handler om hvorvidt studiens funn kan overføres til andre sammenhenger eller grupper. Graneheim og Lundman (2004) peker på at forsker kan komme med forslag til overførbarhet, men at det er leseren selv som må vurdere om funnene i studien vil kunne overføres til en annen sammenheng. For å bidra til overførbarhet for studien er det viktig at forsker gir en klar og tydelig beskrivelse av i hvilken sammenheng studien er gjort, utvalg og karakteristikk av informantene i studien, samt en grundig beskrivelse av datasamling og analyseprosessen. En fyldig presentasjon av studiens funn, sammen med passende sitat, vil også øke overførbarheten (Graneheim og Lundman, 2004).

Gjennom studieprosessen har jeg reflektert rundt mine valg, med tanke på i størst mulig grad å kunne sikre studiens troverdighet. I oppgaven er det gitt en beskrivelse av studiens informanter og i hvilken sammenheng datamaterialet står. Det er også gitt en beskrivelse av feltet det forskes på. Jeg har forsøkt å gjøre tydelig gjennom hele oppgaven hva som hentet fra intervjuene i studien og hva som er benyttet av andre kilder. Jeg har beskrevet de valg jeg har gjort gjennom prosessen fra studiens mål og forskningsspørsmål til valg av analysemetode. Metode og analyse er systematisk beskrevet i oppgaven. Jeg har også gitt en beskrivelse av min forforståelse og rolle som forsker. Det gis en fyldig presentasjon av studiens funn i oppgaven, som inkluderer sitater fra informantene. Alt dette vil kunne være et bidrag til denne studiens troverdighet.

4.0 Resultater og funn

I dette kapittelet vil studiens resultater og funn bli presentert. Jeg vil først presentere en tabell med oversikt over informantene i studien og aktuell bakgrunnsinformasjon (se tabell II). Tabellen er anonymisert i henhold til Personopplysningsloven (1978), paragraf 13.

Tabell II					
Bakgrunnsinformasjon om studiens deltakere					
Informant	Kjønn	Alder	Familie/bo-situasjon	Jobbsituasjon	Diagnose ved innleggelse
1	Mann	29	Bor alene i leilighet med basetilknytning	Arbeidssøkende	ADHD og Paranoid Schizofreni
2	Mann	31	Bor alene i leilighet	Er i jobb	Paranoid Schizofreni
3	Mann	20	Bor alene i leilighet	Er i jobb	Schizofreni
4	Mann	27	Bor i leilighet med samboer	Er i jobb	Asperger Syndrom, depressive og psykotiske episoder
5	Kvinne	23	Bor i leilighet med basetilknytning	Ikke i jobb	Paranoid Schizofreni
6	Mann	24	Bor med foreldre og søsken	Er i jobb	Paranoid Schizofreni

En oversikt over studiens resultater vises i tabell III. Analysen er som nevnt i oppgavens metodedel gjort med utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2004) sin metode for kvalitativ innholdsanalyse. Det fremkom et hovedtema gjennom analysen. Dette hovedtemaet *Å balansere livet på en helsefremmende vei når en er alvorlig psykisk syk* viste seg å være gjennomgående for materialet som helhet, både under innleggelse og etter opphold i institusjonen. Intervjuene hadde i utgangspunktet mye fokus på hvordan det opplevdes å være innlagt, og hvordan informantene erfarte helsefremmende tiltak under oppholdet. Samtidig kom det stadig frem et fokus på hvordan hverdagen til informantene var nå, sammenlignet med når de var innlagt. Det ble derfor valgt å dele dataene inn i disse to temaer, *Å strekke seg mot mestring gjennom sunne valg i hverdagen*, og, *Å trekke med seg lærdom gjennom miljø og tilrettelegging*. De to temaene ble hver delt videre inn fire kategorier. Analysen viste at de fire kategoriene: *Balanse mellom aktivitet og kosthold*, *Motivasjon*, *Individuelle aspekter vs gruppenivå* og *Betydningen av støtte i miljøet* representerte viktige områder for informantene når det kom til helsefremming, både i nuet og under innleggelse.

Hovedtema, tema og kategorier presenteres her i tabell III.

Hovedtema	Å balansere livet på en helsefremmende vei når en er alvorlig psykisk syk	
Tema	Å strekke seg mot mestring gjennom sunne valg i hverdagen	Å trekke med seg lærdom gjennom miljø og tilrettelegging
Kategori	<ul style="list-style-type: none"> - Balanse mellom aktivitet og kosthold - Motivasjon - Individuelle aspekter vs gruppenivå - Betydning av støtte i miljø 	<ul style="list-style-type: none"> - Balanse mellom aktivitet og kosthold - Motivasjon - Individuelle aspekter vs gruppenivå - Betydning av støtte i miljø

Resultater og funn vil her bli presentert med overskrifter i henhold til tema og kategorier som vist i tabell III.

4.1 Å strekke seg mot mestring gjennom sunne valg i hverdagen

Under dette tema vil informantenes tanker og erfaringer om å balansere på en helsefremmende vei bli presentert, med utgangspunkt i slik informantene beskrev å ha det på intervjutidspunktet. På intervjutidspunktet var det gått en tid etter utskrivelse fra døgninstitusjon og informantene var igjen etablert i sitt hjemmemiljø. Fire kategorier vil bli beskrevet: *Balanse mellom aktivitet og kosthold, Motivasjon, Individuelle aspekter vs gruppenivå og Betydningen av støtte i miljøet.*

Balanse mellom aktivitet og kosthold

Studien viste at informantene på intervjutidspunktet var opptatt av helsefremmende aktiviteter i hverdagen sin. Det å ha et variert kosthold, og være i aktivitet, ble sett på som viktig. De beskrev i stor grad at de opplevde å ha et variert kosthold som fungerte for dem. De fortalte også at de holdt på med ulike former for trening og aktiviteter i hverdagen. Informantene uttrykte at de så det å være aktiv og spise sunt i sammenheng med å være frisk og ha det bra. Det fremgikk også at informantene hadde en bevissthet rundt hva som skulle til for å holde seg frisk.

Informantene gav uttrykk for at de så sin fysiske og psykiske helse i sammenheng med hva de spiste, og om de var i aktivitet i løpet av dagen. Flere av informantene beskrev i intervjuene at en de opplevde at en sunn livsstil kunne bidra til å bedre ulike plager og symptomer. Det fremgikk av studien at informantene hadde et fokus på å gjøre gode valg for seg selv i hverdagen sin. Flere av informantene fortalte at fordi de trente og var aktive, kunne de også spise uten å være redd for å gå opp i vekt. Noen av informantene beskrev dette som en stor forandring fra tiden de var innlagt. Mens tiden på institusjon for mange var preget av passivitet og mye tid foran tv og pc, var hverdagen nå fylt med ulike aktiviteter.

Samtidig viste studien at noen av informantene opplevde at det fremdeles kunne være utfordringer knyttet til å regulere matinntaket sitt. Dette fremkom spesielt med tanke på å begrense matinntaket og ikke spise mer enn det man trengte. Informantene satte dette i sammenheng med bivirkninger av medisiner. Flere av informantene fortalte at de opplevde at økt appetitt kunne være en bivirkning av medisiner. På intervjutidspunktet fortalte noen av informantene at de ikke lenger var i behov av medisiner, slik at dette ikke lenger opplevdes som et problem i dag. Andre beskrev at

det fremdeles var noe de måtte forholde seg til i hverdagen. En av informantene fortalte at medisinerne hun gikk på gjorde det vanskelig for henne å bare spise sunn mat. Hun beskrev at hun kunne få plutselig behov for å spise mer usunn mat, som pizza, chips og godteri. Hun var derfor ekstra bevisst på å være i aktivitet, og prøvde å velge sunnere snacks som supermat og smoothie i stedet. Hun hadde også laget en regel for seg selv om at hun kunne spise mer usunn mat på lørdager.

Egentlig så går jeg på så mye medisiner at da er det vanskelig å spise bare sunt. Så det har jo vært litt vanskelig av og til. Kose seg med pizza, plutselig, og spise litt snot og chips og sånn, det kan jo komme, men det er veldig lurt å variere. Ikke spise konstant det usunne og bare sitte på sofaen og ikke bevege seg, og spise pizza og sånn. Det hjelper ikke så veldig mye. Da er det best å være litt i aktivitet, og kunne spise litt i ny og ne, og spise sakte og forsiktig. Og ta det som det kommer på en måte. Det som hjalp for meg var supermat og fysisk aktivitet. Og å spise litt sunt av og til, og spise litt usunt på lørdager, men bare på lørdager spiser jeg usunt. De andre dagene så spiser jeg sunt. Litt sånn supermat, smoothie, ja .. Det har hjulpet veldig godt. (Informant 5)

Motivasjon

Resultatene viste at det å holde seg frisk var en sterk motivasjonsfaktor for informantene når det kom til å gjøre helsefremmende valg. Informantene beskrev i intervjuene at de så på regelmessig fysisk aktivitet og et sunt kosthold som en viktig og naturlig del av hverdagen. De beskrev ulike aktiviteter de holdt på med i sitt dagligliv. Noen av informantene fortalte at de trente aktivt opptil fem ganger i uken. Andre beskrev at de var glade i å gå lenger turer i skog og mark, og gjerne ha med seg noe sunt og godt å spise på turen.

Det fremkom i studien at fysisk aktivitet kunne ha flere funksjoner for den enkelte. Det å være i aktivitet gjennom dagen så ut til å henge sammen med en opplevelse av å føle seg frisk og fungere i hverdagen. De positive effektene informantene opplevde av dette så ut til å være viktig for den videre motivasjonen. Flere av informantene fortalte at de opplevde at trening gav dem mer energi. Det var viktig for dem å trene, for å føle seg mer opplagt. Det ble også beskrevet at trening kunne ha en beroligende effekt og bidra til bedre søvn.

Det kom frem i studien at også det at aktivitetene opplevdes som lystbetont bidro til motivasjon. Trening ble av flere beskrevet som en positiv ting å fylle hverdagen med. En av informantene fortalte at hun hadde laget et ukeprogram for seg selv med ulike aktiviteter. Hun fortalte at det hadde vært viktig for henne at programmet skulle se gøy ut, og at hun opplevde at programmet hjalp henne med motivasjon til å være i mer aktivitet. Flere av informantene fortalte at fysisk aktivitet kunne gi dem en økt mestringfølelse i hverdagen, også i forhold til ulike plager og symptomer. En av informantene fortalte at hun opplevde at det å være i fysisk aktivitet hjalp henne med å avlede fra plagsomme symptomer hun hadde.

Jeg synes det er viktig å få trening fordi jeg føler meg mer opplagt. Jeg får sove bedre, og jeg føler at jeg får mer beroligende følelser, - i magen kjenner jeg det spesielt. Og jeg liker å trene fordi da har jeg noe å gjøre. Da tar det vekk de stemmene og problemene jeg har med sykdommen, da har jeg fysisk aktivitet i gang.
(Informant 5)

Noen av informantene fortalte at de ble inspirert til å ta opp mer aktivitet etter oppholdet på institusjon. Det å ha deltatt i aktiviteter på institusjonen gav dem en erfaring de hadde tatt med seg når de skulle planlegge hverdagen sin hjemme. En informant fortalte at han ikke hadde holdt på med så mye fysisk aktivitet før han ble innlagt. Under oppholdet hadde han deltatt i de ulike aktivitetene de hadde på institusjonen og blitt vant til å ha trening på timeplanen. Dette hadde ført til at han syntes det ble kjedelig når han kom hjem. Han mente derfor at oppholdet på institusjonen hadde vært med på å gi han inspirasjon til å være i mer aktivitet. Han fortalte at det å være i aktivitet hadde hjulpet han veldig. Han beskrev at fysisk aktivitet gav ham en følelse av ro i etterkant, som han opplevde som både nyttig og behagelig for ham.

Individuelle aspekter vs gruppenivå

På intervjuutidspunktet gav informantene uttrykk for å ha mindre plager med sykdommen sin, og beskrev at de hadde funnet måter å håndtere og leve med de plagene de hadde. Det ble sett på som viktig å holde seg i aktivitet for å ha det bra. Det fremkom at aktiviteter som fungerte for den enkelte kunne bidra med både trivsel og mestring i hverdagen.

Noen av informantene fortalte om at dette hadde vært vanskeligere å få til under innleggelse, men at de nå hadde funnet frem til gode rutiner som fungerte bra. De fortalte om hvordan de på ulike måter hadde etablert helsefremmende vaner som fungerte. De var opptatt av at det var viktig at det skulle være noe som man kunne holde på med over tid. For enkelte ble det å sykle til jobben nevnt som et eksempel på daglig aktivitet. Andre fortalte at de opplevde det å gå tur som nyttig og bra i hverdagen.

Flere av informantene fortalte at de nå var i jobb som de trivdes godt med. To av informantene beskrev at de hadde blitt friske av sin lidelse, etter å ha vært syke i flere år. Flere av informantene fortalte om at fysisk aktivitet vært med på å hjelpe dem til å føle seg bedre. De beskrev at det å finne en aktivitet som fungerte for den enkelte var svært viktig. En informant fortalte at han tidligere hadde pleid å bruke jogging for å avlede seg selv når han var plaget av vanskelige tanker og tankekjør. Han beskrev at jogging var spesielt effektivt, fordi han da ble sliten i kroppen og det var lettere å få sove når han kom hjem. Han fortalte at han nå følte seg så frisk at treningen ikke lenger handlet om å mestre symptomer, men var mer lystbetont.

Hver gang noen tanker kom opp så prøvde jeg alltid å skyve de vekk.. prøvde å tenke på noe annet, finne på noe annet, hele tiden. Det hjalp jo. Gå en tur, jogge.. Det gjorde jeg veldig mye før. Da begynte jeg å jogge hvis jeg kjente at nå blir det tungt, så gikk jeg ut og jogget, fikk ut all energien. Når du kommer hjem igjen da så er du så sliten at du bare har lyst til å legge deg. Det var lenge siden jeg begynte med det tror jeg egentlig, det var før jeg ble innlagt og. Da og sprang jeg, for å springe vekk ifra det liksom.. Sikkert noe instinktivt greier.. springe vekk ifra hodet.. Prøvde å finne allslags rare mulige måter for å få vekk tanker på.. De som fungerte de fortsatte jeg med. Men nå trener jeg fordi det er kjekt, ikke fordi at jeg sliter, skulle jeg til å si. Nå er jeg jo.. uten psykologer, uten medisiner, ingenting. Jeg har jo selvfølgelig opp og nedturer jeg og som alle andre men ikke.. de.. Ikke sånn som da..
(Informant 3)

Betydningen av støtte i miljø

Informantene fortalte i intervjuene om ulike former av støtte i miljøet som hadde bidratt til at de hadde etablert helsefremmende vaner. Dette kunne dreie seg om alt fra støtte fra familie og venner, til behandling, og ulike former for oppfølging etter

utskrivelse. Det fremkom at informantenes situasjon etter utskrivelse var noe ulik. Noen av informantene bodde i leilighet som var tilknyttet en base med personale, mens andre bodde for seg selv i leilighet. Informantene som bodde i leilighet med basetilknytning fortalte at de satte pris på å ha folk rundt seg som de kunne være sammen med på turer og trening. De beskrev å ha startet med trening under oppholdet, og at de så hadde fortsatt med dette. Informantene beskrev at de også hadde lært mye om et sunt kosthold både under og etter oppholdet på institusjon. De hadde fått mye oppfølging spesielt i starten etter utskrivelse i forhold til å lære å lage sunn mat selv. En informant fortalte at hun nå hadde lært så mye om sunn mat at dette nå var noe hun følte hun mestret selv. Denne informanten fortalte at også moren hennes hadde vært en pådriver for henne når det kom til et sunt kosthold. Hun fortalte at moren hadde hatt et sterkt fokus på sunt kosthold, og hadde bidratt med kunnskap om hvor viktig dette var.

Andre informanter fortalte at de nå bodde alene med mindre grad av oppfølging. De beskrev da at det var viktig å kunne trives i sitt nærmiljø, kunne gå på jobb og ha et godt sosialt liv med venner. En av informantene som bodde alene nå, fortalte at han etter innleggelsen først ble flyttet over til et bofellesskap i sitt nærmiljø. Han beskrev at det var da det hadde begynt å gå bedre for han. Han hadde hatt personal til stede som kom innom noen ganger i uken. Selv om han ikke hadde hatt så mye kontakt med dem, hadde han opplevd at han trivdes med dem, noe han mente hadde vært av stor betydning. I tillegg hadde han satt pris på å igjen kunne være sammen med venner på fritiden. Han beskrev at det var viktig for han å kunne gå ut og gjøre vanlige ting, som han så på som normalt for en på hans alder.

En informant fortalte at han bodde sammen med sine foreldre og søsken, men planla å flytte til egen leilighet innen kort tid. Han sa at for han hadde et sterkt nettverk med familie og venner, sammen med en god relasjon til sin psykolog hjulpet han til å bli bedre. Han trodde også det hadde vært til hjelp at han hadde drevet mye med idrett før han ble syk. Han beskrev i intervjuet at han opplevde at alt dette hadde gitt han et godt utgangspunkt til å bli frisk.

For meg så gikk det på indre motivasjon. Det som jeg tror var heldig for meg det er at jeg har alltid drevet med idrett og alltid vært, jeg har på en måte aldri opplevd motgang før jeg ble syk. Altså jeg har hatt en trygg oppvekst, god familie, mye

kjærlighet, har hatt kjæreste, altså sånn generelt liksom. For meg så var det rett og slett et konkurranseinstinkt og en indre glød, som jeg har hatt fra jeg har drevet med idrett. Og så hadde jeg en psykolog som på en måte.. alle andre kompiser stakk og reiste og studerte og snakket jeg mye med de på skype og sånn, og det var jo viktig for meg. Jeg har hatt gode kompiser, det er kjempeviktig, det har hjulpet meg utrolig masse. Men, jeg fikk en psykolog som ble på en måte.. han blei min venn, på en måte, det er rart å si på grunn av at det var ikke et pasient.. pasient- psykolog forhold, det var et forhold der vi .. jeg kunne ringe han klokka 11 på en lørdag når han hadde fri, og så kunne vi snakke en halvtime, så han gav meg jo mye motivasjon og sa du komme til å bli frisk, dette skal vi få til sammen og sånn. Og så tror jeg det rett og slett jeg hadde en indre glød og tro på selv at jeg kommer til å bli frisk, og det hadde jeg jo rett i. (Informant 6)

4.2 Å trekke med seg lærdom gjennom miljø og tilrettelegging

Under dette temaet vil informantenes tanker og erfaringer om å balansere på en helsefremmende vei bli presentert, med utgangspunkt i slik informantene beskrev at de hadde erfart det når de var innlagt på døgningstusjon. Fire kategorier vil bli beskrevet: *Balanse mellom aktivitet og kosthold, Motivasjon, Individuelle aspekter vs gruppenivå og Betydningen av støtte i miljøet.*

Balanse mellom kosthold og fysisk aktivitet

Det fremkom i studien at informantene hadde deltatt i ulike typer av fysisk aktivitet på institusjonen. Fotball, landhockey og turgåing hadde de fleste deltatt i, styrketrening, golf, svømming, volleyball og spinning ble også nevnt av flere. De fleste informantene mente det var et bredt aktivitetstilbud på institusjonen. Men mange fortalte at de ikke alltid klarte å delta i aktiviteter på grunn av sykdom og plager, og at de i perioder var i lite aktivitet under oppholdet. Kostholdet på institusjonen ble beskrevet av informantene som bestående av faste måltider gjennom dagen, og vanlig, sunn norsk mat. Flere fremhevet at det ble servert hjemmelaget middag med mye grønnsaker, at det var variert mat, og at fisk var et regelmessig

innslag på menyen. Men selv om kostholdet på institusjonen generelt ble oppfattet som sunt, fortalte flere av informantene om at de i perioder hadde opplevd vektøkning under oppholdet. Noen av informantene mente at det å ha balanse mellom matinntak og aktivitet kunne være en utfordring spesielt i kombinasjon med et opphold på døgninstitusjon, hvor de fikk mat servert 4 ganger om dagen, samtidig som aktivitetsnivået kunne være lavt. I tillegg fortalte flere informanter om utfordringer i forhold til økt appetitt på grunn av bivirkninger av medisiner. Flere av informantene i studien uttrykte at de så et behov for å regulere matinntaket på institusjonen, og noen mente at de selv hadde fått for mye mat i forhold til aktivitet under oppholdet. Det kom frem i studien at både balanse mellom matinntak og aktivitet, og det å regulere størrelsen på måltidene, var viktige faktorer for flere av informantene under oppholdet på institusjonen.

Det kom frem i studien at det hadde blitt innført tiltak på institusjonen spesielt med tanke på å regulere matinntaket til pasientene. En av informantene fortalte om at han hadde fått hjelp til å begrense størrelsen på måltidene sine, noe han var svært fornøyd med. Dette hadde blitt gjort i samarbeid med en sykepleier på avdelingen, og han beskrev det som positivt at han selv hadde vært med på å utforme en plan. Han hadde også deltatt jevnlig i aktivitet under oppholdet, selv om han i utgangspunktet ikke så på seg selv som en stor tilhenger av dette. Dette hadde vært en positiv erfaring for han ved denne innleggelsen. Han fortalte også om erfaringer fra tidligere innleggelse på sykehus, hvor han hadde kunnet spise så mye han ville. Han forklarte at han på grunn av medisiner hadde følt seg svært sulten og spist veldig store måltider, og han hadde en gang hatt en vektøkning på 25 kilo under en innleggelse.

Et annet funn i studien var at helsefremmende tiltak også kunne virke mot sin hensikt når det kom til å motivere til å gjøre egne helsefremmende valg. Det ble pekt på av flere informanter at dette kunne være et dilemma når matinntaket ble regulert. Det å begrense måltidene kunne føre til at man ikke opplevde å få nok mat. Flere av informantene fortalte om at de hadde endt opp med å bestille pizza under oppholdet, fordi de var sultne. Det ble også påpekt av flere at det var viktig å ha en balanse mellom det å skulle være sunn, og at man iblant hadde behov for å kose seg litt ekstra. En informant påpekte at når man er syk så kan mat være med på å gi et lyspunkt i hverdagen.

Etterhvert så fant de ut at de skulle begynne med et nytt kosthold. At de skulle lage en tallerken til hver enkelt person. For det skulle liksom bli så sunt. Men så tenker jeg at det er jo folk som.. folk blir jo store av medisiner. Folk legger på seg og.. flestparten bør jo ikke vær så store liksom, det er jo ikke sunt. Men så er det det og, det er et vanskelig dilemma å vite om du skal ta fra de maten. Hvis du tar fra de maten, så bare stripper du de for ennå en ting som kanskje, - sånn som vi snakket om tidligere, det med å skape gnist. Så hvis du tar fra de maten så tar du fra de noe som var bedre.. så det var jo sånn at vi.. vi gav litt faen liksom. Vi bestilte pizza liksom og sånn, og så sa de vi hadde jo ikke lov, men hva skulle de gjøre? De kunne jo ikke bare ta fra oss pizzaen, da hadde jo mange folk klikka liksom så.. så det endte jo med at folk ofte bestilte pizza. (Informant 6)

Motivasjon

Det fremkom i studien at det var utfordrende for informantene å finne motivasjon til aktivitet under innleggelse. Flere av informantene snakket om tiden på institusjon som preget av en opplevelse av å være syk, og fortalte om ulike utfordringer med å være innlagt på institusjon. De beskrev vanskeligheter med å delta i aktiviteter, og at dette hang sammen med sykdommen og ulike symptomer. Det kom også frem i studien at informantene hadde endel tanker om hva som kunne hjelpe til å øke motivasjonen når de var syke. Det at aktiviteten opplevdes som lystbetont, og at de hadde muligheten til å kunne velge selv hva de ville delta i, ble nevnt som positivt med tanke på å øke motivasjonen. I tillegg nevnte flere informanter at det å få høre og forstå hvorfor det er bra å delta i aktiviteter kan være ønskelig, fremfor at man opplever å føler seg presset til å delta. Dette kom også frem i forhold til kosthold, hvor flere informanter pekte på at kunnskap om et sunt kosthold, og hva det hjelper for, kan være en viktig motivasjonsfaktor. En av informantene trakk frem at det hadde vært et treningskjøkken på institusjonen, hvor de kunne lære å lage sunn mat. Han mente at dette var et veldig bra tiltak, som kunne bidra til å gjøre det lettere å ha et sunnere og mer variert kosthold etter utskrivelse.

Flere av informantene fortalte om at de hadde deltatt i aktiviteter mot sin vilje under oppholdet. Noen informanter syntes at dette var greit, og mente det hadde vært ”passe mengde mas” om å delta i aktiviteter under oppholdet. De mente da at det var nødvendig å bli oppfordret fordi de ellers ikke ville ha deltatt. Andre informanter

fortalte at de hadde opplevd å føle seg presset til noe de ikke ville. En av informantene sa i intervjuet at hun kunne ønsket seg at personalet på institusjonen hadde vært mer forsiktig i forhold til å presse henne og heller hadde forsøkt å snakke med henne om hvorfor hun burde delta.

Da tenker jeg at hvis jeg hadde vært helsepersonell og gjort det, så hadde jeg ikke tvunget deg til å være med på noe, men jeg kunne sagt at det var lurt å være med på det, og prøvd å snakke med de, til de fant ut at de ville det. Prøvd å sagt at det var bra, at det var viktig.(Informant 5). Hun fortalte at for henne var det til god hjelp å holde på med noe hun selv hadde valgt. *Ja, jeg begynte med trening, begynte å gå tur, jeg gikk på svømming og jeg gjorde golf, innebandy, bowling, kino. Det var veldig kjekt og det har hjulpet meg en god del. Å gjøre ting. Og det var veldig god hjelp å kunne velge selv og av og til. Når jeg ville noe.* (Informant 5)

En av informantene i studien fortalte i intervjuet at han trodde pasienter med alvorlig psykisk lidelse var en vanskelig gruppe å motivere til aktivitet. Han hadde erfart under innleggelsen at det å delta i aktiviteter når man var syk kunne oppleves mer som et ork enn et gode. Hans erfaring var at når det var tilbud om aktiviteter på institusjonen var det ofte bare noen få av pasientene som ble med på dette. Han mente at det kunne hjelpe å finne noe som var lystbetont for den enkelte, og skape et engasjement. Han trakk frem et eksempel under intervjuet, om at sommervikarene hadde klart å skape et engasjement hos mange som ellers aldri deltok i aktiviteter. Han opplevde at dette var delvis fordi vikarene var mer på alder med pasientene selv, og at det var motiverende å se at mennesker på sin egen alder var engasjerte og tilfredse i livene sine.

Når du er syk så.. det som kanskje ikke mange forstår, det er at du har ikke lyst til å gjøre noe. Så.. du blir liksom dratt med ut på ting. Det er ingen som har lyst til å... for eksempel hvis vi skulle gå og bowle eller noe. Sånn generelt så er det kanskje 12 stykker som på en institusjon, så får du kanskje 3 med deg på å bli med på sånne ting, på grunn av at de har ikke lyst. Folk har sånn generelt lite livskvalitet, og så synes de mer det er et ork enn det er en gode. De setter ikke pris å gjøre sånne ting som vanlige folk gjør så.. det er jo en god egenskap, men det er vanskelig å få folk motiverte til å bli med på sånne ting. Så det er litt sånn, hvordan skal du få folk til å bli motivert, som egentlig har.. når de er der, så har de på en måte gitt opp litt, mange.. Det er jo gode tiltak da, men det er jo tiltak som kanskje ikke blir satt pris på

like mye.(...) Jeg tror det er rett og slett bare å finne noe som de brenner for egentlig, skape et engasjement hos de. Du må jo vente til folk, altså det nytter jo ikke å gjøre det med sånn depressive folk og sånn men generelt folk så .. rett og slett skape en gnist, gi de noe som de brenne for. Altså ikke bare ta de med ut på kjedelige aktiviteter, for eksempel sånn som ingen har lyst til å gjøre. Men finne noe, ikke bare dra alle unna en kam, men kanskje skille ut mer enkeltpersoner og prøve ut litt ting. For eksempel plutselig finner noen ut at de synes det er kjempekjekt å fotografere for eksempel. Da får de en lidenskap for det og så har de noe som de kan glede seg over. (Informant 6)

Individuelle aspekter vs gruppenivå

Det kom frem i studien at informantene hadde erfaring med helsefremmende tiltak både på gruppenivå og som individuelle tiltak. Resultatene viste her at flere uttrykte et ønske om en mer individuell tilnærming når de skulle delta i fysisk aktivitet på institusjonen. Dette ble satt i sammenheng med at fysisk aktivitet kunne fungere som en måte å føle seg bedre på, når de fikk muligheten til å kjenne på hva de hadde lyst til og hva de opplevde at hjalp for dem selv. Det ble også forklart med at forskjellige plager og symptomer kunne by på utfordringer. Flere fortalte at mens noen aktiviteter hjalp, kunne andre føre til økt symptomtrykk. Informantene beskrev i intervjuene et ønske om å bli sett og ivaretatt med de ulike behov og utfordringer som de hadde. Flere uttrykte et ønske om å kunne velge mellom ulike aktiviteter, for så å finne frem til det som fungerte for dem. Det kom også frem i studien at informantene mente det ville være individuelt hva den enkelte ble inspirert og engasjert av. Her pekte flere på at det var positivt å ha noe å gjøre som de trivdes med, og mange fortalte at de hadde satt pris på at aktivitetstilbudet også inkluderte andre ting enn sport og trening. Gartnerarbeid, musikkterapi og atelier hvor man de kunne lage ulike ting kom frem som eksempler her. Flere av informantene uttrykte at det burde være muligheter for hver enkelt pasient å finne frem til hva som er fornuftig for en selv. Det ble fremhevet at folk er forskjellige, og at dette var noe de tenkte kunne tas med i betraktning når aktivitetene skulle planlegges. En av informantene mente det var viktig at personalet hørte på hva pasientene likte, og hva de hadde gjort før. Han så for seg at personalet kunne gå i dialog med pasienten for å finne frem til hvilke aktiviteter som fungerte bra for den enkelte. Han pekte på at

mange kunne trenge ekstra støtte til dette når de var syke. Han mente at det kunne være nyttig å få hjelp til å bli bedre kjent med seg selv, gjennom å finne ut hva man likte å gjøre. Flere mente at det var bedre å tilby den enkelte en aktivitet man hadde lyst til enn å forsøke å få en hel gruppe med på noe som ingen egentlig ville. Det ble også påpekt av en informant at aktivitetstilbudet på institusjonen nok passet bedre for mer gjennomsnittlige sportstyper enn for akkurat han.

Det var ikke en oppfordring, det var mer eller mindre et krav, at du skulle være med på det. Det var skikkelig kjedelig i begynnelsen. Og det ble liksom ikke så veldig mye bedre, men det var kjekt nok. Altså – må du så må du. Tok det som et krav, ikke noe som jeg hadde ekstremt lyst til å gjøre.” Følte at jeg måtte. Ja det, uten tvil. Men igjen så er ikke jeg den der sportstypen. Hadde det vært mer sånn gjennomsnittlige typer, eller sportstyper som hadde vært innlagt der så hadde det jo vært et toppers tilbud. Det hadde det. Men akkurat for meg så var det ikke det. (Informant 4)

Også når det gjaldt kosthold kom det frem at informantene ønsket en individuell tilnærming. Selv om flere av informantene uttrykte at det var et behov for kostholdsregulering, kom det frem at tiltakene kunne oppleves som ekstreme, og at man ble fratatt noe man trengte. En informant fortalte om at han hadde hatt vanskelig for å sove om kvelden, fordi han bare kunne få knekkebrød til kveldsmat og ikke ble mett. Flere påpekte at det kunne oppleves problematisk med tiltak som dro alle under samme kam. At ingen skulle spise smør, og at det kun ble servert knekkebrød til noen måltider, ble trukket frem av informantene som eksempler på tiltak de opplevde mer som ekstreme enn til hjelp for dem. En av informantene poengterte i intervjuet at han etter å ha spist knekkebrød flere ganger om dagen i et år, ikke trodde han kom til å spise mer knekkebrød igjen for resten av livet.

Resultatene i studien pekte i retning av at informantene opplevde det som mer positivt når tiltakene i større grad ble tilpasset til den enkelte, og når de selv kunne være med på å komme frem til en god løsning. En informant fortalte at han hadde fått hjelp til å regulere størrelsen på måltidene sine på institusjonen, og han hadde opplevd at dette fungerte bra. Han fortalte at han hadde en tendens til å spise mye mer enn han egentlig trengte og at det derfor hadde vært til stor hjelp å planlegge måltidsstørrelsen på forhånd. Han fortalte at dette hadde blitt gjort i samarbeid med en sykepleier på institusjonen, og han beskrev det som viktig for han å få være inkludert i beslutningen.

Det var et sånn mini møte der de spurte, hvor mye tenker du er bra for deg og hvor mye tenker du at du har lyst til å spise og.. hva du har lyst til å spise og.. vi ble involvert i beslutningen. For meg så var det veldig greit. Fordi jeg har jo en tendens til å spise mye, mye mer enn det jeg egentlig skulle spise. Så det å få en standard på det var veldig greit. Føltes.. med en gang så føltes det bittelitt krenkende, at.. nei du får ikke mer enn 4 skiver, men ...du så ganske fort at det var mye bedre det. Enn at du bare forsynte deg selv. Det var veldig greit at vi ble inkludert i diskusjonen iallfall.. for.. kunne jo vært det at, ja du skal ha så og så mye, her vær så god. Men vi ble inkludert, og de spurte hvor mye vi ville ha og så videre. Det var en relativt grei måte å gjøre det på. (Informant 4)

Betydningen av støtte i miljø

Det kom frem i studien at støtte fra personalet hadde betydning for informantenes opplevelse av helsefremming på institusjonen. Spesielt når det kom til å delta i aktiviteter mente de fleste at dette var viktig. Flere fortalte om at de av ulike årsaker hadde trukket seg unna og valgt å ikke delta i aktiviteter. Det kunne for mange handle om at ulike symptomer og plager gjorde det utfordrende for dem. Her fortalte noen informanter om at støtte fra personalet hadde hjulpet dem til å delta i aktiviteter til tross for sine utfordringer, mens andre informanter beskrev at de hadde savnet en god kontakt med personalet. En informant fortalte i intervjuet at han hadde følt at han stengte seg litt inne på institusjonen, og at han ikke hadde følt seg helt trygg. Han fortalte at han hadde følt seg svært syk i lange perioder under oppholdet og oppholdt seg mye på rommet, og beskrev at han hadde hatt en opplevelse av å ikke bli hørt. Han hadde også følt at han ble kjeftet på av personalet når han hadde dårlige dager.

Jeg følte jeg låste meg mer inne der, på en måte. Jeg var ikke helt trygg. Alle har vel den følelsen iblant..? Følte ikke alltid jeg ble hørt på eller noe, sånn sett. Så jeg følte jeg bare var der for å være der, sånn oppholdsplass. Nei hvis du er dårlig en dag, og noen kommer inn og kjefter på deg, så er ikke akkurat det det beste. Det er på en måte ikke akkurat helsefremmende. Da måtte det ha vært mer ansatte da men det.. Mer tid.. Jeg vet ikke... Forandra på ansatte.. Jeg vet ikke.. Skiftet ut.. Nei det.. Si det.. Noen personer liker du, og noen liker du ikke. Noen kommer du overens med, og noen kommer du ikke overens med. Og sånn er det jo bare. (Informant 3)

En annen informant beskrev noe av det samme, hvor han fortalte at han hadde følt på et litt for stort press fra personalet, samtidig som han beskrev en opplevelse av å ikke helt forstå hva som ble forventet av ham. Han mente at personalet hadde vært flinke, og at han hadde fått lov til å delta i det som var av tilbud på institusjonen. Men han hadde hatt en opplevelse av at personalet forventet at han skal skulle gjøre ting på en måte som han ikke følte at var ”helt ham”. Han sa videre at han kunne ønsket at personalet hadde vært mer fleksible og sett an ting litt underveis.

Andre informanter beskrev en opplevelse av at personalet har vært til stede for dem, og tilgjengelig når de har hatt behov for noen å snakke med. En informant fortalte at han hadde trivdes godt på institusjonen og hadde følt at personalet hadde tid til ham. Han mente at dette hadde bidratt til en avslappet stemning og et godt miljø på institusjonen. Denne informanten fortalte at han hadde blitt oppfordret svært hyppig av personalet om å delta i fysisk aktivitet, noe han i utgangspunktet ikke var spesielt glad i. Han hadde likevel deltatt i aktiviteter jevnlig under oppholdet. Han gav uttrykk for at dette på mange måter hadde vært en positiv erfaring, til tross for at han ofte egentlig ikke hadde likt de ulike aktivitetene.

En annen informant fortalte at hun hadde hatt stor nytte av å kunne ta kontakt med personalet når hun hadde hatt det vanskelig. Hun beskrev da at det hadde vært viktig at personalet hadde vist henne at de hadde tid, og at de ikke gav opp samtalen før hun følte seg bedre. Hun sa i intervjuet at både fysisk aktivitet og et sunt kosthold, sammen med god kontakt med personalet hadde vært med på å hjelpe henne til å bli bedre under oppholdet.

Ja på (.....)(Navn på institusjon) klarte jeg å bli bedre fordi jeg gikk turer, jeg trente og jeg spiste sunt. Og jeg tok kontakt med personalet når jeg hadde det vanskelig, og hadde flere å snakke med. Gikk i stua av og til, strikket, gjorde hobbyer, og leste, sånne ting. Og det hjalp veldig godt på mye av problemstillingene jeg hadde. (Informant 5)

5.0 Diskusjon

Pasienters erfaringer med helsefremmende livsstil

Jeg vil her diskutere studiens funn i lys av oppgavens teoretiske rammeverk og tidligere forskning.

Et sentralt funn i studien er at fokus på en helsefremmende livsstil oppleves vesentlig forskjellig under innleggelse sammenlignet med etter utskrivelse, noe som gjenspeiles i de to temaene *Å strekke seg mot mestring gjennom sunne valg i hverdagen*, og *Å trekke med seg lærdom gjennom miljø og tilrettelegging*. Temaet *Å strekke seg mot mestring gjennom sunne valg i hverdagen* viser til at de søkes mot mestring gjennom å velge en sunn og helsefremmende livsstil. En sunn livsstil blir sett på som viktig for mestring, og et godt liv, heller enn et mål i seg selv. Dette kan tolkes som et uttrykk for at motivasjon er basert på egne erfaringer, fremfor krav fra omgivelsene og samfunnet ellers. Forskningsspørsmålet i studien *”Hvordan erfarer pasienter med alvorlig psykisk lidelse at opphold på døgninstitusjon kan bidra til helsefremming?”* ledet frem til fire faktorer som viser seg å være av betydning; *balanse mellom aktivitet og kosthold, motivasjon, individuelle aspekter vs gruppe, og betydningen av støtte i miljøet*, og som her vil bli diskutert i forhold til betydning under innleggelse og etter utskrivelse.

Det fremkommer i studien at en god balanse mellom kosthold og aktivitet oppleves som viktig i hverdagen, både nå og under innleggelse. *Å strekke seg mot mestring* handler for mange om å finne aktiviteter en trives med og et kosthold som fungerer. Dette er i tråd med en salutogen tilnærming, hvor det er sentralt at den enkelte opplever å mestre hverdagen, og finner måter å leve med de utfordringer og plager man har. Antonovsky (1987, 2012) fremhever her opplevelse av sammenheng (OAS) som viktig for å styrke evnen til å tåle stress og belastning. Studiens funn viser mange eksempler på at til tross for store utfordringer, så kan en finne frem til en sunn balanse mellom aktiviteter og kosthold. Aktiviteter som fungerer for den enkelte, og utføres jevnlig, sammen med et balansert kosthold vil være viktige elementer på en vei til mestring og helsefremming i hverdagen. Sett i lys av recoverytenkningen kan studien bidra med innsikt i deltakernes vei mot bedring og mestring. I følge Borg, Karlson og Stenhammer (2013) er recovery en individuell

opplevelse som ikke baserer seg på ytre faktorer eller målinger, men beskrives som en indre og dypt personlig prosess. Det er et interessant og til dels overraskende funn i denne studien at deltakerne i så stor grad opplever seg friske og fungerende på intervjutidspunktet. Dette blir forklart på ulike måter av de enkelte, men sentrale funn peker på at mange har vært gjennom en prosess i etterkant av utskrivelse med ulike nivåer av oppfølging og støtte, som gradvis har bidratt til økt mestring. Dette belyses av Topor (2004) som viktig, fordi overgangen fra innleggelse til hjemmesituasjonen ofte kan by på problemer. Her er det sentralt at når rammene fra institusjonstilværelsen oppløses, trenger mange hjelp i prosessen med å skape nye rammer (Topor, 2004). Min studie belyser at god oppfølging i etterkant av innleggelse kan være et viktig element i bedringsprosesser etter opphold på institusjon. Funn i studien vektlegger at helsefremmende valg og vaner, som jevnlig aktivitet og sunt kosthold, kan bidra til å skape en ramme av innhold og mening, og en opplevelse av mestring i hverdagen etter utskrivelse.

Det fremkommer i studien at mye handler om motivasjon når det kommer til helsefremming. Et sentralt funn er at det å holde seg frisk er en sterk motivasjonsfaktor for helsefremmende valg og vaner. De positive effektene den enkelte opplever av aktivitet og sunne kostholdsvaner viser seg å være viktig. Dette er i tråd med empowermentsbegrepet, som handler om at den enkelte gis myndighet til selv å være retningsgivende i sitt eget liv. (Mæland, 2010). Her ser vi at det å ha kunnskap og erfaring med hva som hjelper for en selv er nyttig, og at dette motiverer til å velge en helsefremmende hverdag som gjør at en fungerer godt. Studien viser at mange har erfart at helsefremmende aktiviteter bidrar til en bedre fungering, og vi ser en rekke eksempler på at helsefremmende valg blir gjort med tanke på dette. Gjennom kunnskap som ikke er ensidig ekspertstyrt, men bygger på den enkeltes egne opplevelser og erfaring, styrkes motivasjonen.

Studien viser at innleggelse på døgninstitusjon kan representere en tid med større utfordringer for mange. Det kan være vanskeligere å få til en god balanse mellom kosthold og aktivitet. Sykdom og symptomer, og ulike sider ved det å være på institusjon, kan føre til passivitet under innleggelsen. Medisinbruk og bivirkninger av dette innebærer en økt utfordring, og denne studien viser at flere har opplevd perioder med vektøkning i forbindelse med opphold på døgninstitusjon. Topor

(2004) peker på at behandlingen og livet på institusjon i mange tilfeller kan medføre tilleggsbelastninger for pasientene. Topor (2004) viser her til belastninger som kan skyldes behandlingen og rammene i institusjonen. I min studie ser vi at vektøkning som følge av medisinbruk kommer frem som et eksempel på dette. Videre viser studien at noen hadde en følelse av utrygghet på institusjonen, som kunne bidra til isolasjon og tilbaketrekning.

Vi ser i studien at tiden på døgninstitusjon kunne by på utfordringer når det kom til motivasjon. Dette viser seg å henge sammen med å føle seg syk, og i perioder ute av stand til å gjøre så mye. Det fremkommer også hos flere en opplevelse av manglende tilhørighet på institusjonen og en uklar forståelse i forhold til hva som blir forventet av omgivelsene. I følge Antonovsky (1987, 2012) er opplevelse av forståelighet og mening viktige komponenter for opplevelse av sammenheng (OAS). Opplevelse av mening er også sentralt når det kommer til å skape motivasjon (Antonovsky, 1987, 2012). I studien kommer det frem at manglende egen motivasjon har ført til at mange ble oppfordret til fysisk aktivitet av personalet. Vi ser også eksempler på at noen har følt seg presset til å delta mot sin vilje. Studien viser at det å bli oppfordret til aktivitet kan oppleves som et nødvendig onde, fordi man ellers ikke ville gjort det, men det kan også oppleves som invaderende på den enkelte og mot sin hensikt når det kommer til å fremme helse. I et salutogent perspektiv vil det kunne stilles spørsmål ved om strategier som innebærer overtalelse er hensiktsmessig for å oppnå helsefremming for den enkelte pasient. Salutogenesen handler som nevnt om å øke evnen til å mestre helseutfordringer i hverdagen, hvor både forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er viktige komponenter (Antonovsky 1987, 2012). I forhold til dette vil det være viktig å støtte den enkelte pasient med å oppleve sin situasjon som forståelig og meningsfull. Her vil det kunne være hensiktsmessig at helsepersonell forsøker å kartlegge hva som kan bidra til motivasjon, gjennom å se på hva som er meningsfullt for pasienten.

Vi ser i studien at personalet på døgninstitusjonen har innført tiltak spesielt rettet mot å regulere pasientenes matinntak under oppholdet. Det fremkommer eksempler på at tiltakene var planlagt i samarbeid med den enkelte pasient, og også at tiltakene var blitt bestemt av personalet. Studien viser her at tiltak som var bestemt av personalet kunne være mindre virksomme i forhold til å gjøre egne helsefremmende valg. Det kom frem eksempler på at en streng regulering av måltider og mengde mat under

oppholdet kunne føre til uhensiktsmessige valg for den enkelte. *Eksempelvis at det ble bestilt pizza fordi man var sulten, eller at man aldri mer ville spise knekkebrød.* Gammersvik og Alvsvåg (2009) belyste i sin studie at helsepersonell ikke nødvendigvis skilte mellom hva som er helsefremming og sykdomsforebygging, og at empowerment-begrepet ikke var tilstrekkelig tilstede i utforming av pasientundervisningen (Gammersvik og Alvsvåg, 2009).

Jeg har reist spørsmål ved hvor hensiktsmessig det er i et salutogent perspektiv å delta i aktiviteter mot sin vilje. Den samme problemstilling kommer til syne når pasienter skal følge kostholdstiltak som blir pålagt av personalet. I forhold til studien til Gammersvik og Alvsvåg (2009) kan dette sees som et uttrykk for den ”tradisjonelle” helsefremming som er autoritær og dirigerende (Gammersvik og Alvsvåg, 2009). Det fremkom i Gammersvik og Alvsvåg (2009) sin studie at dette var en vanlig forståelse av helsefremming blant sykepleierne i studien. Forskerne peker på at folkehelsearbeidet i Norge skal bygge på Ottawacharteret (WHO, 1986) og være empowermentbasert. Dette innebærer at pasientens stemme skal tas på alvor og at praksis skal være brukerorientert (Gammervik og Alvsvåg, 2009).

Resultatene i min studie vil gi støtte til å øke pasientenes mulighet til å delta i utformingen av helsefremmende tiltak. Funnene viser at det å bli tatt med i utformingen av tiltak for å regulere kosthold opplevdes som positivt. Individuell tilpasning og tilrettelegging gjorde at tiltakene ble opplevd som nyttige og til stor hjelp for den enkelte. Det samme viser seg også når det kommer til aktiviteter, hvor valgfrihet og selvbestemmelse fremkommer som sentralt for den enkeltes opplevelse av helsefremming.

I forhold til denne studiens forskningsspørsmål om hvordan opphold på døgninstitusjon kan bidra til å fremme helse, viser resultatene at medvirkning oppleves helsefremmende. I henhold til Antonovsky (1987, 2012) og hans poengtering av opplevelse av sammenheng (OAS) som viktig for mestring, vil det være betydningsfullt for pasientene å delta i planlegging og beslutninger av tiltak. Dette vil styrke en opplevelse av sammenheng, og bidra til at det er naturlig å ta med seg helsefremmende vaner fra oppholdet på institusjonen og videre til hjemmesituasjonen.

Dette er et viktig funn også når man tar i betraktning viktigheten av den enkeltes motivasjon, som blir belyst i studien. Topor (2004) hevder at de pasientene som har

blitt bedre gjerne kan forsvinne ut fra systemet og dermed går helsepersonell glipp av deres viktige erfaringer om hva som hjelper. Denne studien viser at mange synes det er viktig å finne frem til hva som kan øke motivasjonen til aktiviteter når man er syk. Det kommer frem flere forslag til svar på dette spørsmålet. Eksempelvis ønsket om å få styrket sin motivasjon gjennom å få mer kunnskap om, og erfaring med, hva som er bra for den enkelte. Studien viser at dette er noe flere tenker seg er nyttig å få hjelp til når man er innlagt på døgninstitusjon. Som Gammersvik og Alvsvåg (2009) hevder i sin studie, vil det her være nødvendig å ta i bruk en empowermentstrategi. Dette vil innebære at kunnskapen ikke er ekspertstyrt men at "Borgeren" er hovedaktør (Gammersvik og Alvsvåg, 2009).

Resultatene viser eksempler på at pasientene gjennom å få bidra med sitt ekspertsyn på seg selv og sin situasjon, i samarbeid med helsepersonell som ekspert på det faglige feltet, har lyktes i å skape en helsefremmende utvikling. Dette er et interessant funn som er aktuelt i bidraget til kunnskapsutviklingen når det gjelder å implementere helsefremmende tiltak for disse pasientene. Sammenlignet med studien til Gammersvik og Alvsvåg (2009) hvor det fremkom at sykepleiere var usikre på anvendelse av empowerment i praksis kan denne studien støtte forskernes poengtering av bevisstgjøring i forhold til hva helsefremming i tråd med Ottowacharteret kan bety i sykepleien (Gammersvik og Alvsvåg, 2009). Her må det nevnes at min studie ikke har belyst helsepersonell eller sykepleiers perspektiv, men at det er pasientstemmen som kommer til uttrykk.

Dette kan være en viktig innfallsvinkel også når man tar i betraktning at det kan råde en oppfatning om at pasienter med alvorlig psykisk lidelse er en vanskelig gruppe å motivere til aktivitet. Denne studien viser at flere opplever at en selv, og/eller sine medpasienter mangler motivasjon under innleggelse. Studien til Brown og Smith (2009) som tar for seg den samme pasientgruppen, viser at mange droppet ut av den helsefremmende intervensjonen. Studien til Happell et al (2012) som inkluderer en rekke helseatferdsintervjuer på denne gruppen av pasienter, peker på at mennesker med alvorlig psykisk lidelse kan ha andre grader eller typer av utfordringer, men at endringer ser ut til å være like holdbare for denne gruppen som ellers i befolkningen (Happell et al, 2012). I forhold til resultatene i denne studien er det aktuelt å peke på at vi finner et skille mellom motivasjonen under innleggelse, sammenlignet med etter utskrivelse. Topor (2004) fremhever at mange som har blitt

bedre opplever at de har fått nye verktøy som gjør at de nå mestrer ting på en måte de ikke klarte før (Topor 2004). Tveiten (2012) sier at sykepleier har en veiledende rolle i empowermenprosessen. Hun viser til at sykepleier og pasient er ekspert på hver sitt felt og skal samarbeide i prosessen. Denne studien viser at det å få individuell veiledning tilpasset sine behov er hjelpsomt og kan bidra til skape motivasjon.

Det fremkommer i studien et fokus på å ville bli sett som enkeltindivider når en er innlagt på døgninstitusjon. Studien viser at mange ikke opplever å bli tilstrekkelig ivaretatt med sine individuelle behov når de må forholde seg til tiltak som er bestemt for hele gruppen av pasienter. Et av regjeringens prinsipper for å fremme helsevennlige valg er at ”Innsats skal rettes inn for å styrke den enkeltes mestringsevne” (Stortingsmelding 19 2014-2015:49). Også innenfor salutogenesen, recovery og empowermenttenkningen ser vi at selve grunntanken er at man tar utgangspunkt i den enkelte. Denne studien belyser at det oppleves som positivt å bli tatt med i beslutninger som gjelder en selv. I studien ser vi at helsefremmende tiltak som er utformet for hele pasientgruppen ikke nødvendigvis oppleves til hjelp for den enkelte. Disse tiltakene kan komme i konflikt med hva som oppleves mest hensiktsmessig i forhold til egen helsefremming. Det å møte den enkelte i utvikling av tiltak er i tråd med en salutogen tilnærming, hvor det er et mål å øke mestringen av helseutfordringer i hverdagen (Antonovsky 1987, 2012). Denne studien viser et eksempel på at man kan stille spørsmål ved hvorvidt gruppetenkningen i tiltak er hensiktsmessig i følge en salutogen tilnærming. Dette fordi tiltakene da ikke er tilstrekkelig rettet mot å øke mestringen for den enkelte. I stedet kan tiltak som retter seg mot hele gruppen av pasienter fremstå som et uttrykk for et ekspertstyrt tankesett hvor pasienten blir en passiv mottaker, som påpekt i studien til Gammersvik og Alvsvåg (2009).

Et sentralt funn i studien er betydningen støtte i miljøet har for helsefremming. Som tidligere nevnt viser studien at mange har hatt god nytte av en tett oppfølging i tiden etter utskrivelse, med tanke på å legge til rette for økt mestring selv etter hvert. I tillegg viser det seg at venner og familie i nærmiljøet er viktig for helse og helsefremming i hverdagen. Antonovsky (1987, 2012) fremhever sosial støtte som en nødvendig faktor for å fremme opplevelse av sammenheng (OAS). Under innleggelse kommer det frem at det å oppleve støtte fra personalet er viktig for

hvordan oppholdet på institusjon oppleves. Et interessant funn er at god kontakt med personalet ser ut til å bidra til at mange deltar mer i aktiviteter. Dette gjaldt også for flere som ikke var vant til så mye fysisk aktivitet før innleggelse, men som hadde startet med dette under oppholdet. Motsatt var det eksempler i studien på at enkelte som hadde hatt fysisk aktivitet i hverdagen sin før innleggelse, ikke hadde vært så aktive under oppholdet på institusjon. Dette ble blant annet forklart med mangel på opplevd støtte fra personalet. Pasienter innlagt på institusjon befinner seg utenfor sitt vannte miljø. Mange vil være i en sårbar situasjon, både når det kommer til opplevelse av sammenheng og når det gjelder sosial støtte. Som tidligere nevnt kan opphold på døgninstitusjone medføre ekstra belastning og lidelse for mange (Topor, 2004).

Denne studien viser at det å føle seg utrygg i omgivelsene på institusjonen kunne medføre tilbaketrekning fra aktiviteter og sosial omgang under oppholdet. Samtidig poengterer studien at en god kontakt med personalet kan bidra til at det blir lettere å delta i aktiviteter og nyttegjøre seg av de tilbud som finnes under oppholdet på døgninstitusjon. Her er det nærliggende å peke på den store gevinsten pasienten vil kunne få gjennom en tett oppfølging med individuell tilrettelegging av aktiviteter. Som studien til Happell et al (2011) peker på har sykepleier i psykisk helsevern her en naturlig rolle med nærhet til pasienten og kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet for både fysisk og psykisk helse. Happell et al (2011) finner i sin studie at sykepleiere vektlegger det å ha kunnskap om hvordan de skal integrere fysisk aktivitet i behandlingen, og at manglende kunnskap kan være en barriere for sykepleiere. Også studien til Gammersvik og Alvsvåg (2009) viser at forståelsen av den helsefremmende sykepleierfunksjon er uklar og at sykepleiere trenger kunnskap om empowerment i praksis. Funnene i min studie kan være med på å poengtere viktigheten av disse temaene for sykepleiere.

6.0 Konklusjon

Studien har undersøkt hvordan pasienter med alvorlig psykisk lidelse erfarer at opphold på døgninstitusjon kan bidra til helsefremming. Studien viser at et helsefremmende fokus er viktig for informantene, og at helsefremmende vaner som fysisk aktivitet og et sunt kosthold kan bidra til en opplevelse av mestring og mening i hverdagen etter utskrivelse. Erfaringer med helsefremmende aktiviteter og tiltak i døgntillegningen viser seg å kunne støtte opp om og styrke en helsefremmende utvikling for den enkelte. Denne studien konkluderer med at et fokus på helsefremmende livsstil sett fra pasientens perspektiv fremhever *balanse mellom kosthold og aktivitet, motivasjon, individuelle aspekter vs gruppe og støtte i miljø* som de viktigste faktorene.

Balanse mellom kosthold og aktivitet

Innleggelse på døgninstitusjon representerte en tid hvor det var spesielt utfordrende å ha en god balanse mellom kosthold og aktivitet. Til tross for at institusjonen tilbød sunn mat og et variert aktivitetstilbud, bidro sykdom og medisinbruk til perioder med passivitet og vektøkning. Studien viser at det var et behov for å regulere matinntaket på institusjonen, og det kom frem at ulike tiltak var innført med tanke på dette.

Individuelle aspekt vs gruppe

Et individuelt perspektiv ble fremhevet av informantene som mest nyttig både når det kom til regulering av kosthold og deltakelse i aktiviteter. Tiden på døgninstitusjon var preget av et høyt lidelsestrykk for mange, og en individuell tilrettelegging bidro til at en lettere kunne nyttegjøre seg av tilbudet på avdelingen, og at det ble mer naturlig å ta nye vaner med seg videre etter utskrivelse. Studien viste at det å samarbeide med personalet om å utforme egne kostholdstiltak var en positiv erfaring. Kostholdstiltak som rettet seg mot hele gruppen av pasienter viste seg derimot å kunne komme i konflikt med den enkeltes behov i forhold til egen helsefremming, og kunne lede til uhensiktsmessige valg.

Motivasjon

Det å holde seg frisk var en viktig motivasjonsfaktor for informantene etter utskrivelse, og helsefremmende valg ble gjort med tanke på dette. Erfaringer med at

fysisk aktivitet og et sunt kosthold bidro til god fungering i hverdagen var med på å styrke den videre motivasjonen. Informantene opplevde tiden på døgninstitusjon som preget av sykdom og plager, noe som svekket motivasjonen til helsefremmende aktiviteter. Valgfrihet i forhold til hva man vil delta i, at aktiviteten oppleves lystbetont, og at man finner noe som engasjerer og hjelper for den enkelte, ble fremhevet i studien som å kunne bidra til å øke motivasjonen for aktivitet når man er syk.

Støtte i miljø

En god relasjon og støtte fra personalet hadde betydning for i hvilken grad informantene benyttet seg av aktivitetstilbudet under innleggelse. Informantene var av ulike årsaker i en mer sårbar posisjon under døgnoppholdet, og kontakten med personalet viste seg å være viktig for hvordan det opplevdes å være på institusjonen. Ved hjelp av støtte fra personalet viste det seg å være mulig å delta i aktiviteter til tross for et høyt symptomtrykk.

7.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Studien belyser hvordan pasienters erfaringer med fokus på helsefremming på døgninstitusjon kan være med på å gi pasienter nyttige verktøy både underveis i behandlingen, og i planlegging av hverdagen etter utskrivelse. Resultatene i denne studien kan være med på å sette søkelys på at dette er et viktig fokus for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Studien viser et eksempel på at det å gi pasientene erfaringer med helsefremmende tiltak, slik det har blitt gjort på institusjonen i denne studien, kan være verdifullt og at dette bør være et viktig satsingsområde fremover. De ulike erfaringene som beskrives i studien med tanke på dette, kan være et bidrag i den videre kvalitetsutviklingen av helsefremmende tiltak. Studien vil kunne brukes til å belyse hva man bør gjøre mer av, og hva man eventuelt kan gjøre mindre av, i utformingen av et helsefremmende tilbud til denne pasientgruppen.

Pasienterfaringene i studien vil kunne bidra til økt forståelse for hvordan det oppleves med et helsefremmende fokus, sett fra pasientenes ståsted. Dette kan bidra med et nyttig perspektiv til innsikt for både sykepleiere og annet miljøpersonell i møte med sine pasienter. Studien kan være til inspirasjon for personalet i et videre arbeid med helsefremming for pasientgruppen. Studien vil kunne brukes til både veiledning og undervisning av personalet, hvor den kan gi innspill til refleksjon rundt tilnærming til helsefremmende tiltak for pasientene. Studien kan også brukes i pasientundervisning, og vil kunne bidra til refleksjon og inspirasjon rundt temaet helsefremming for pasientene selv. Erfaringene til pasientene i studien vil kunne være med på å motivere til helsefremmende aktiviteter, og gi et innblikk i hva andre har erfart at hjelper for dem. Erfaringer og pasienthistorier som beskriver bedring gjennom helsefremmende aktiviteter, kan være med på å formidle håp til andre. Dette kan være nyttig og motiverende for både pasienter og personalet. Studien vil også kunne brukes i undervisning og veiledning av pårørende til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Også her kan studien bidra til økt kunnskap og innsikt i betydningen av helsefremmende aktiviteter og livsstil.

Med tanke på videre forskning vil det være interessant å gjøre flere studier med pasienterfaringer i forhold til temaet helsefremming. Det vil også være aktuelt med mer forskning som belyser sykepleier og/eller miljøpersonalets erfaringer med et

helsefremmende fokus i behandlingen. En studie hvor man intervjuer både pasienter og personalet, vil også være interessant og kunne bidra til å belyse ulike perspektiv. Det vil også kunne være aktuelt å gjennomføre en større studie blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse, som kan bidra med å gi mer oversikt og bredde, og gi et bilde på om det som kom frem som viktig for pasientene i denne studien også er oppfatninger som deles av flere. Dette ville for eksempel kunne gjøres i form av et spørreskjema til pasienter i etterkant av innleggelse på døgninstitusjon.

8.0 Litteratur

Alvsvåg, H. (2012) Helsefremming og sykdomsforebygging – et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (79-98). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Antonovsky, A. (1987) *Unravelling the Mystery of Health How people manage stress and stay well*. San Fransisco: Jossey-Bass Publ.

Antonovsky A., (2012) *Helsens mysterium, den salutogene modellen*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013) *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling* (4-2013). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Hentet fra:

<https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>

Brate Birkenes, A. (2008) *Cardiovascular risk factors in patients with severe mental illness (Doktorgradsavhandling)*

Hentet fra:

https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30424/DUO_667_Birkenaes.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Brown, S. & Smith, E. (2009) Can a brief health promotion intervention delivered by mental health key workers improve clients physical health: A randomized controlled trial *Journal of Mental Health* (2009), 18(5): 372:378

Fuggeli, P. & Ingstad, B. (2009) *Helse på norsk: God helse slik folk ser det* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Gammersvik, Å., & Alvsvåg, H. (2009) Forståelse av helsefremming i sykepleie *Norsk Tidsskrift for Helseforskning*, 5 (2), 18-29

Hentet fra:

https://www.researchgate.net/publication/42386708_Forstaelse_av_helsefremming_i_sykepleie

Graneheim U. H., og Lundman B., (2004) *Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Education Today*, 24 s 105-112.

Happell, B., Platania-Phung, C. & Scott D. (2011) Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses *International Journal of Mental Health Nursing* (2011) 20, 310-318

Happell, B., C. Davies, C og Scott, D. (2012) Health behavior interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: A systematic review *International Journal of Mental Health Nursing* (2012) 21, 236-247

Helsedirektoratet (2014) *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>

Helseforetaksloven (2001) *Lov om helseforetak*

Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetaksloven>

Helse-stavanger (2017-05-13) Stvavanger Universitetssjukehus. Hentet fra

<https://helse-stavanger.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helsevern-barn-unge-og-rusavhengige/avdeling-unge-voksne>

Hummelvoll, J.K. (2004) *Helt ikke stykkevis og delt* (6. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009), 2. Utgave, *Det kvalitative forskningsintervju* Oslo: Gyldendal

Larsen, T. (2012) Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (45-56). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Malterud, K. (2011) *Kvalitativ metode i medisinsk forskning* Oslo: Universitetsforlaget

Meld. St. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter*

Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Mæland, J.G (2005). *Forebygging – en vakker tanke eller fornuftig handling? I:* Stamsø, M.A.(red) *Velferdsstaten i endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæland J. G. (2010) *Forebyggende helsearbeid, folkehelsearbeid i teori og praksis* Oslo: Universitetsforlaget.

Nightingale, F. (1997) *Notater om sykepleie. Samlede utgaver*. Universitetsforlagets sykepleieklassikere. Oslo: Universitetsforlaget. Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/02a96b4d13319d9ad0e8f5c25fb6d73f?index=1#0>

Norsk Sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler*.

Hentet fra:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

NOU 1997:2 (1997) *Pasienten først! Ledelse og organisering I sykehus*

Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/870fc08fed6426188a9373cdab88380/no/pdfa/nou199719970002000dddpdfa.pdf>

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter*

Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

Personopplysningsloven (1978) *Lov om behandling av personopplysninger*

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysningsloven>

Skjervheim, H. (1996) *Deltaker og tilskodar og andre essay*. Oslo: Aschehoug.

Hentet fra:

<http://www.nb.no/nbsok/nb/c8f0f2393ab739cc1cd4364dbd91db58?index=1#0>

Topor A., (2006) *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*

Oslo: Kommuneforlaget AS

Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning – sykepleierens funksjon i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (173-193). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*.

Hentet fra:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>



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

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 - 11998/2015

Masterprosjekt - Kari Rørheim

Det vises til søknad om godkjenning av masterprosjektet:

”Implementering av helsefremmende tiltak – hvordan kan helsefremmende vaner forbedres hos pasienter med psykiske lidelser?”

som finnes i ePhorte: 2011/681-13

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.

Informasjon og samtykke konkret forskningsprosjekt
Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Implementering av helsefremmende tiltak – hvordan kan helsefremmende vaner forbedres hos pasienter med psykiske lidelser?

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie ved Helse Stavanger HF / Stavanger universitetssjukehus (SUS). Du inviteres til å delta i et masterprosjekt tilknyttet dette prosjektet.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har økt risiko for livsstilssykdommer som blant annet hjerte- og karsykdom sammenlignet med normalbefolkningen. 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.

Masterprosjektet skal undersøke pasienterfaringer med helsefremmende tiltak fra pasienter som tidligere har vært innlagt ved døgninstitusjon i behandling for psykisk lidelse.

Mål

Studiens overordna mål er å identifisere ny kunnskap om prosesser som styrker helsebringende implementeringsfaktorer til pasienter med psykisk lidelser. Målet for masterprosjektet er å frembringe kunnskap om pasienterfaringer med helsefremmende tiltak på døgninstitusjon.

Hva innebærer studien?

Dersom du takker ja til å delta i masterprosjektet innebærer det at du deltar i et personlig intervju av ca 60 minutters varighet. Dette intervjuet vil ha fokus på helsefremmende tiltak og dine erfaringer med dette. Du inviteres som tidligere pasient ved døgninstitusjon, behandling for psykiske lidelser.

Kriterier for deltakelse

Informantene skal ha hatt erfaring med innleggelse i døgninstitusjon (behandling for psykiske lidelser) og være utskrevet fra døgnopphold under intervjuet. Informantene må kunne snakke godt norsk. Fordeling av menn og kvinner er ønskelig så langt det er mulig.

Mulige fordeler og ulemper

Ulemper: Det antas at deltakelse ikke medfører noen ulemper.

Fordeler: Det antas at fordeler med å delta er økt bevissthet om temaet samt at du får mulighet til å bidra med egne tanker og ideer som angår temaet helsefremming.

Hva skjer med informasjonen om deg

Det er frivillig å delta i studien. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke tilbake ditt samtykke. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Alle opplysninger om deg blir aidentifisert. Opptak av intervjuene blir umiddelbart slettet når intervjuet er transkribert.

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. Dersom du takker nei til å delta i studien vil det ikke medføre konsekvenser for din videre behandling i psykisk helsevern.

Tidsskjema

Du bes om å møte til ett individuelt intervju à 1 timers varighet kort tid etter du har sagt deg villig til å delta.

Kapittel A: Utdypende forklaring om hva studien innebærer

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.

Studiens fokus er å intervju pasienter som har vært i behandling for psykisk lidelse og deres opplevelse av helsefremmende tiltak på døgninstitusjon. Du inviteres til å delta som informant i et individuelt intervju.

Kapittel B: Informasjon om dine rettigheter

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er knyttet til det digitale opptak av intervjuet du deltar i. Personopplysningene er alder, utdanning, antall år erfaring i arbeid med psykisk helse. Medforskere som er knyttet til prosjektet vil ha tilgang til datamaterialet. Helse Stavanger HF, er databehandlingsansvarlig.

Utlevering av opplysninger til andre

Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at prøver og aidentifiserte opplysninger utleveres til samarbeidende forskere ved foretakene i Helse Vest og Universitetene i Stavanger og Bergen.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

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.

Studien er finansiert av forskningsmidler fra Stavanger Universitetssykehus, Psykiatrisk Klinikk.

Informasjon om utfallet av studien

Årsrapporter som presenterer resultater fra foretakets forskningsprosjekter er offentlig tilgjengelige på <http://forskningsprosjekter.ihelse.net/>. Vi viser også til våre forskningsnettsider på: <http://www.sus.no/forskning/>.

Skjema for samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt		
Prosjekttittel Implementering av helsefremmende tiltak – hvordan kan helsefremmende vaner forbedres hos pasienter med psykiske lidelser?		Prosjektnummer
Prosjektleders navn Kristine Rørtveit	Medforsker/masterstudent Kari Langeland Rørheim	
Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du denne samtykkeerklæringen. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere når som helst og uten å oppgi noen grunn, 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 prosjektleder.		
Jeg er villig til å delta i forskningsprosjektet:		
Navn med blokkbokstaver		Fødselsnummer (11 siffer)
Dato	Underskrift	
Fylles ut av representant for forskningsprosjektet		
Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om forskningsprosjektet:		
Dato	Underskrift	Brukerkode (4-tegnskode)
Eventuelle kommentarer:		

Intervjuguide

Innledende spørsmål:

- Jobb
- Alder
- Familie/bosituasjon
- Var det noen aktuell diagnose relatert denne innleggelsen?

Hva tenker du på når jeg nevner tema ”helsefremmende aktivitet” og viktigheten av det?

- Viktighet for deg personlig
- For andre

Hvordan gjennomføres helsefremmende arbeid der du har vært innlagt?

- Fortell om dine erfaringer
- Kunne noe blitt gjort mer av eller annerledes?

Hva var utfordringer for deg i forhold til helsefremmende aktiviteter når du var innlagt?

Se for deg fem år frem i tid hvor en psykiatrisk avdeling har et sterkt helsefremmende fokus. Beskriv hvordan dette ser ut og hva det gjør med pasienter og personalet.