

Tema: Fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter

Jeg har forstått i løpet av disse åra at vi er ulikt organisert med hensyn til fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter

Hvordan kan det arbeides helhetlig og samhandlende med fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter?

- Ansattes erfaringer, litteratur på området samt teorier om organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, kompetanse og implementering

Sammendrag

Bakgrunn: Fysisk aktivitet er dokumentert med positive effekter på den psykiske helsen. Tilnærmingen kan både redusere og forebygge psykiatriske symptomer. Ved å undersøke arbeid med temaet i lys av organisasjonsteorier, håper masterstudenten at flere pasienter kan få tilbud om behandlingsformen. **Problemstilling:** Hvordan kan det arbeides helhetlig og samhandlende med fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter (DPS)? **Metode:** Datainnsamlingen foregikk med et kvalitativt design i form av to semistrukturerte gruppeintervju. **Resultater fra intervju:** Gruppeintervjuene viste at fysisk aktivitet foregikk gjennom gåtur, styrketrening, friluftsliv og ballspill. Gåtur og friluftsliv fant sted i nærmiljøet. Styrketrening ved treningsrom, treningscenter eller med egen kroppsvekt. Mens ballspill foregikk i hall eller på offentlige baner. Videre varierte det hvordan aktivitetene ble organisert. Dette innen motivering, kunnskapsheving, hvem som jobbet med temaet, hvem aktivitetene ble tilbydd samt samarbeid med kommuner. **Konklusjon:** Et helhetlig og samhandlende tilbud innen fysisk aktivitet ved DPS kan oppnås gjennom bredt aktivitetsutvalg, kunnskap og samarbeid med kommuner. Aktiviteter kan slik virke forebyggende, og innleggelse brukes for å sette pasienter i kontakt med aktivitetstilbud. Dette er i tråd med internasjonale anbefalinger om forebygging. Samarbeidet kan videre foregå gjennom kompetansenettverk som læringsarena mellom instansene. Fremover kan det imidlertid være nyttig med forskning på hvilken organisering som best mulig gir et helhetlig og samhandlende tilbud innen fysisk aktivitet til personer med psykiske lidelser.

Nøkkelord:

Fysisk aktivitet, Psykiske lidelser, Organisering, Motivasjon, Kvalitativ intervjustudie

Abstract

Background: Physical activity is documented having positive effects on mental health. The approach can both reduce and be pre-emptive in regards to psychiatric symptoms. By researching how the use of physical activity is approached by way of organizational theories, does the master student hope to expand the offer provided psychiatric patients. **Thesis:** How to work holistically and interactively regarding physical activity at district psychiatric centres (DPC)? **Method:** Data collection was conducted by use of a qualitative design in the form of two semi structured group interviews. **Results from interview:** The group interviews showed that physical activity were conducted through walking, strength training, outdoor activities and ball games. Walking and outdoor activities took place in the local area. Strength training at the gym, fitness centre or by use of body weight. Ball games in sports halls or on public tracks. Furthermore, it varied how the activities were organized. This in regards to motivation, knowledgeable increase, who worked in this field, who the activities were offered and cooperation with municipalities. **Conclusion:** A holistic and interactive offer within physical activity at DPCs can be achieved through broad activities, knowledge and cooperation with municipalities. Activities can thus appear preventative, and admission is used to put patients in contact with activity offers. This is in line with international recommendations on prevention. The cooperation can furthermore take place through competence networks as the learning arena between the institutions. However, in the future, it may be helpful with research on which organization provides as best as possible a comprehensive and interconnected offer in physical activity for people with mental disorders.

Keywords:

Physical activity, Mental health, Organization, Motivation, Qualitative Interview Studies

1.0 Bakgrunn

- 1.1 Bakgrunn for masterbesvarelsen og oppbygging av oppgaven**
- 1.2 Psykiske lidelser**
- 1.3 Tradisjonell behandling av psykiske lidelser**
- 1.4 Behandling i form av fysisk aktivitet**
- 1.5 Motivasjon for fysisk aktivitet**
- 1.6 Fysisk aktivitet ved institusjon**
- 1.7 Organisasjonsstruktur**
- 1.8 Organisasjonskultur**
- 1.9 Kompetanseorientering**
- 1.10 Kompetansenettverk**
- 1.11 Winters integrerte implementeringsmodell**
- 1.12 Oppsummering og problemstilling**

2.0 METODE

- 2.1 Design**
- 2.2 Utvalg og rekruttering**
- 2.3 Intervjuguide**
- 2.4 Datainnsamling**
- 2.5 Litteratursøk**
- 2.6 Analyse**
- 2.7 Presentasjon av resultater**
- 2.8**

3.0 Resultater fra intervju

3.1 Aktiviteter

3.2 Tilgang på utstyr og arena

3.3 Organisering

3.3.1 Aksept av fysisk aktivitet som behandling av psykiske lidelser

3.3.2 Kunnskap

3.3.3 Motivering

3.3.4 Hvem jobber med fysisk aktivitet ved DPS?

3.3.5 Hvem fysisk aktivitet tilbys

3.3.6 Implementering

3.3.7 Samarbeid/nettverk

4.0 Diskusjon av resultater

4.1 Et utvalg av aktiviteter samt tilgang på utstyr og arena kan gjøre tilbudet helhetlig

4.1.1 Gåtur

4.1.2 Styrketrening

4.1.3 Friluftsliv

4.1.4 Ballspill

4.1.5 Hvordan kan aktiviteter bli helhetlige?

4.2 Motivasjon kan være et resultat av helhetlig fokus

4.3 Samhandling mellom distriktpsikiatriske senter og kommuner kan gi pasienter et behandlende og forebyggende tilbud

4.3.1 Samarbeid og forebyggende psykisk helsearbeid

4.3.2 Samarbeid mellom distriktpsikiatriske senter og kommuner

4.3.3 Elementer av arbeidet med fysisk aktivitet påvirker hverandre

5.0 Diskusjon av metode

- 5.1 Problemstilling
- 5.2 Design
- 5.3 Utvalg og rekruttering
- 5.4 Intervjuguide
- 5.5 Datainnsamling
- 5.6 Analyse
- 5.7 Reliabilitet
- 5.8 Validering
- 5.9 Overførbarhet
- 5.10 Presentasjon av resultater
- 5.11 Litteratur
- 5.12 Masterstudentens ståsted som forsker

6.0 Oppsummering, implikasjoner for videre praksis og forskning samt konklusjon

- 6.1 Oppsummering
- 6.2 Implikasjoner for videre praksis og forskning
- 6.3 Konklusjon

Litteraturliste

Vedlegg

- Vedlegg A:** Invitasjon til deltakelse i prosjektet:
Fysisk aktivitet knyttet til behandling for psykiske lidelser 64
- Vedlegg B:** Samtykke til deltakelse i prosjektet: *Fysisk aktivitet knyttet til behandling for psykiske lidelser* 65
- Vedlegg C:** Intervjuguide, første intervju 66

Vedlegg D:	Intervjuguide, andre intervju	67
Vedlegg E:	Vedtak Norsk senter for forskningsdata (NSD)	68-71

Tabelloversikt

Tabell 1: Forekomst av psykiske plager

Tabell 2: Symptomgrupper ved psykiske lidelser

Tabell 3: Fordeler og ulemper ved individuelle –og gruppeopplegg

Tabell 4: Aktivitetstilbud ved Nidaros, Tiller –og Orkdal DPS

Tabell 5: Aktivitetstilbud ved Jæren DPS

Tabell 6: Analysens resultater om tilgang på utstyr og arena

Figuroversikt

Figur 1: Winters integrerte implementeringsmodell (Winter & Nielsen, 2008, s.18)

Figur 2: Elementer av arbeidet med fysisk aktivitet basert på modell av Winter & Nielsen (2008)

Begrepsavklaring

Helhetlig: En helhetlig tankegang handler om å se sammenhenger mellom ulike sider ved brukers liv og sammenhengen mellom bruker, situasjon og omgivelser (Eide, 2013 s.8). Masterstudenten eksemplifiserer dette gjennom samtidig bruk av medisiner og fysisk aktivitet. For når personer med psykiske lidelser skal bedrive fysisk aktivitet, kan det være helhetstenkning at de ikke får medisiner som hindrer deltakelse i form av initiativløshet eller hemmer aktivitetens effekt (Martinsen, 2011).

Organisering: Gundersen (2009) sier *organisering* er å få forskjellige deler eller individer til å virke som en helhet.

Psykiske lidelser: Norsk psykologforening definerer psykiske lidelser som psykiske plager med en intensitet som gjør at de kan diagnostiseres i henhold til ICD-10. Skillet mellom lettere psykiske lidelser og alvorlige psykiske lidelser er ikke godt faglig etablert i detalj. Enkle fobier, andre avgrensede angstlidelser, lettere til moderate depresjoner, lettere spiseforstyrrelser, lettere ruslidelser m.m. defineres som lettere psykiske lidelser. Eksempler på diagnoser kan være depresjon, angst eller psykotiske tilstander (Norsk psykologforening, 2017).

Samhandlende: Helse Midt-Norge forklarer samhandling som at helsetjenester skal være sammenhengende og koordinert fra kommune til spesialisthelsetjenesten. Samhandling krever gjensidig tillit, prioritering, innsats og ressurser fra både kommunene og sykehusene. Det krever også utveksling av kunnskap og kompetanse. Alle involverte parter må samarbeide om å legge forholdene best mulig til rette (Helse Midt-Norge, 2016).

1.0 Bakgrunn

1.1 Bakgrunn for masterbesvarelsen og oppbygging av oppgaven

Dette prosjektet kom i stand som avsluttende del av studiet Master i psykisk helsearbeid ved NTNU og innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning. Innen psykisk helsearbeid finner vi behandling av personer med psykiske lidelser. Utredning og behandling av skjær blant annet ved distriktpspsykiatriske senter (Psykisk helsevernloven, 1999, §1-1). En behandlingstilnærming kan være fysisk aktivitet. Masterprosjektet omhandler nettopp fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter. Besvarelsen skal belyse hvordan fysisk aktivitet i behandling og forebygging av psykiske lidelser ved distriktpspsykiatriske senter kan fungere helhetlig og samhandlende. Dette for å se hvordan fysisk aktivitet kan bli mer nyttig, slik at det ikke bare blir et tidsfordriv som foregår på siden av tradisjonell behandling.

For å belyse dette, er det intervjuet 5 ansatte som jobber med fysisk aktivitet ved fire ulike distriktpspsykiatriske senter. Dette resulterte i fordeler ved forskjellige aktivitetsformer samt måten disse ble organisert på. Noe som settes i sammenheng med å tjene en helhetlig og samhandlende intensjon ved hjelp av teorier om organisasjonsstruktur –og kultur (Mintzberg, 1979), kompetanseorientering (Bastøe & Dahl, 1997) samt en implementeringsmodell (Winter & Nielsen, 2008). Organisasjonsstruktur –og kultur ble brukt for å se på dette som et styringsverktøy med hensyn til bakgrunn og kompetanse hos de ansatte som jobber med temaet. Kompetanseorientering ble brukt for å belyse betydningen kompetanse kan ha for arbeidet med fysisk aktivitet. Mens implementeringsmodellen ble brukt for å gi et bilde på hvordan ulike elementer vedrørende arbeidet med fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter kan ses i sammenheng med hverandre og omgivelsene for å fungere helhetlig og samhandlende.

1.2 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker menneskers tanker, følelser, adferd, væremåte og omgang med andre (Knudsen, Schjelderup-Mathiesen & Mykletun, 2010). Blant annet kan dette være angstlidelser, depresjon og psykoselidelser. Psykiske lidelser kan svekke personers livskvalitet, og det har samfunnsøkonomiske konsekvenser ved blant annet arbeidsuførhet samt økte behov for helsetjenester

Tabell 1: Forekomst av psykiske plager

Forekomst av psykiske plager i løpet av livet;	
Angstlidelser	(30%)
Stemningslidelse	(25%)
Misbruk eller rusavhengighet	(10-20%)
Psykoselidelser	(1-2%)

(Folkehelseinstituttet, 2017)

(Helsedirektoratet, 2015). Lidelsesgruppen utvikles av tre forhold (Knudsen & Mykletun, 2010). 1) Grunnleggende sårbarhet, noe som kan skyldes tidlige erfaringer eller gener. 2) Langvarig eksponering for risikofaktorer. 3) Samt en utløsende årsak. Knudsen & Mykletun (2010) forteller at lidelsene arter seg med symptomer som vedvarer over tid, og at det derfor kan være vanskelig å sette et klart skille for hva som er sykt og friskt. Symptomer som går igjen ved flere psykiske lidelser, kan ifølge Skårderud og kolleger (2015) grupperes i positive symptomer, negative symptomer og affektforstyrrelser. Positive symptomer sier Rund (2011) kommer av noe man har ekstra i forhold til normaltilstanden, og dreier seg om et tillegg i personens sansing og tolking av omgivelsene. Negative symptomer er noe personen har en reduksjon av, som mangel på energi (Skårderud et al., 2015). Affektforstyrrelser omhandler det følelsesmessige (Rund, 2011). Under hver av gruppene finnes blant annet symptomer som;

Positive symptomer	Negative symptomer	Affektforstyrrelser
Hallusinasjoner	Tilbaketrekning	Engstelse
Vrangforestillinger	Negativitet	Nedstemt
Tankeforstyrrelser	Initiativløshet	Oppstemt
	Oppmerksomhetsforstyrrelser	Irritabel
	Innskrenket taleevne	Likegyldig
	Apati	
	Asosial atferd	

(Skårderud et al., 2015)

(Rund, 2011)

Symptomer kan oppstå som følge av arv og/eller miljø. For eksempel ble bipolare lidelser allerede i 1977 satt i sammenheng med genetikk gjennom en tvillingstudie av Bertelsen

(1977). Mens Fosse (2009) sier om psykoselidelser at man på cellenivå **«begynner å få et bilde av hvordan arv og miljø spiller sammen, og i dette bildet synes miljøet å ha en langt større betydning enn tidligere antatt»** (Fosse, 2009, s.597). Johannessen (2002) eksemplifiserer miljøpåvirkninger å kunne være oppvekst i by, migrasjon og psykomotoriske –og kognitive problemer i barnealder. Moore og kolleger (2010) forteller at symptomtrykk kan ha betydning for vilje og evne til fysisk aktivitet. I tillegg sier Vancampfort og kolleger (2012a) at psykiatriske symptomer samvarierer med lavt aktivitetsnivå. Ifølge Strassing og kolleger (2014) kan dette skyldes at symptomer begrenser motorikk, noe som igjen vanskeliggjør fysisk aktivitet. Videre sier de at svekket kognitiv evne for eksempel kan forårsake vansker med å se sammenhengen mellom økt fysisk aktivitet og fravær av symptomer. Med bakgrunn i dette, kan det tenkes hensiktsmessig at personer med psykiske lidelser er fysisk aktive.

1.3 Tradisjonell behandling av psykiske lidelser

Både Martinsen (2011) og Rund (2011) forteller at behandling av psykiske lidelser tradisjonelt har skjedd ved medikamentell behandling med psykofarmaka. Psykofarmaka kan redusere psykiatriske symptomer samt brukes forebyggende for å holde symptomene på avstand (Kapur, 2003). Imidlertid forteller Solberg & Refsum (2015) om et overforbruk av psykofarmaka, og sier medikamentgruppen brukes selv uten å vite om det har effekt. Baklien og kolleger (2017) forteller dertil at myndighetene anbefaler psykofarmaka som behandling av psykisk lidelse, samtidig som de stiller seg undrende til at anbefalingene ikke sier noe om den relativt lave andelen personer som responderer positivt på dette.

En annen behandlingstilnærming er samtaleterapi. Skårderud og kolleger (2015) sier samtaleterapi er å snakke om tankene sine, men påpeker at samtalepartneren også bør gi noe konstruktiv tilbake. Denne behandlingsmetoden ble først vitenskapelig studert av Sigmund Freud, hvorpå han kalte det *psykoanalyse* (Freud, 1953-74). Han beskrev behandlingsformen å foregå gjennom bestemte mønster innen behandlingsvarighet samt at pasienten skulle ligge under samtalen. Selv om mye av Freuds tenkning fortsatt gjelder, har psykoanalysen med årene endret seg til at det gjerne brukes trekk fra forskjellige teorier (Gullestad & Killingmo, 2005). Ved distriktspsykiatriske senter sier forfatterne at det i dag er mer vanlig med *psykoterapi*. Dette er en fleksibel variant av psykoanalysen. Psykoterapi foregår vanligvis med at både pasient og terapeut sitter. Samtalen tar så retning ut fra hva pasienten sier, hvorpå

terapeuten responderer på dette (Gullestad & Killingmo, 2005). En annen samtaleform er *kognitiv adferdsterapi*. Der psykoanalysen eksempelvis forsøker å finne traumatiske opplevelser fra barneår som årsak for tilstedeværelse av symptomer (Winnicott, 1965), tar kognitiv adferdsterapi heller for seg det som berører personen her og nå (Sarin et al., 2011). Kvam (2014) forklarer dette som at du ikke trenger å vite hvor brannen startet for å slukke den.

Psykoedukasjon innebærer opplæring i for eksempel psykiske lidelser samt håndtering av slike (Mc Farlane, 2002). Når det skal drives psykoedukasjon om fysisk aktivitet, mener Borge og kolleger (2011) at det er viktig å fremstille helsegevinstene ved aktivisering samt konsekvensene av immobilitet. For å redusere barrieren med å komme i gang, sier de at det i tillegg kan være nyttig å høre om ulike aktivitetsformer, tilbud og muligheter. Samtidig påpeker forfatterne at en ikke skal legge skjul på de vanskelige sidene. Hindringer for å komme i gang, eksempelvis hvordan en kan mestre angst og andre symptomer, forteller de å innebære en realisme pasientene kan synes det er godt at noen setter ord på. Videre fortsetter de med at det kan være en fordel for pasienten å forberedes på kroppslige –og mentale reaksjoner på det å bli aktiv, noe som kan forebygge langvarige avbrudd på grunn av tretthet eller skade.

Proudfoot og kolleger (2012) skriver om behandling gjennom erfaringsutveksling mellom personer med psykiske utfordringer, såkalt likemannsarbeid. De forteller at mottageren på denne måten blir introdusert for alternative mestringsstrategier av sykdom og hverdag. Dette kan ifølge forfatterne tenne håp om bedring ved å møte rakryggede personer som har gjennomgått det samme som en selv, som mestrer hverdagen godt. Spesielt til personer med ny-oppstått diagnose forteller de om likemannsarbeidets egnethet. Relasjonen til hjelperen, eller gruppen av likemenn, sier de dessuten kan gjøre at den berørte føler tilhørighet og forståelse av de den omgås. Og det er ikke bare mottakeren som vinner på en slik relasjon. Også for hjelperen kan det være godt å få bidra med sine erfaringer, da det å hjelpe gir opplevelse av noe verdifullt (Proudfoot et al., 2012).

1.4 Behandling i form av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har positive effekter på den psykiske helsen (Chen et al. 2016, Firth et al., 2015, Martinsen, 2011, Metha et al., 2016, Soundy et al., 2015, Strassing et al., 2014). Blant annet ved å redusere psykiatriske symptomer (Vancmpfort et al., 2012a), gjenvinne

funksjonsevne (Harvey et al., 2010) samt å kunne motvirke en destruktiv utvikling av hjernen (Pajonk et al., 2010).

Fysisk aktivitet er et paraplybegrep som omfatter alle former for muskelarbeid (Martinsen, 2011). Bouchard og kolleger (1993) definerer dette som **«all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå»** (Bouchard et al., 1993, s.289). I samme definisjon legger regjeringen gjennom sin Handlingsplan for fysisk aktivitet (Helse –og omsorgsdepartementet, 2005) flere termer knyttet til fysisk utfoldelse. Blant annet lek, trim, arbeid, idrett, kroppsøving, fysisk fostring, friluftsliv og fysisk trening. Helsedirektoratet (2010) sier aktivitet er en egnet måte for kontroll på egen sykdom ved psykiske lidelser, da personer med psykiske lidelser er mer inaktive enn den øvrige befolkningen. Chen og kolleger (2016) sier at en gjennomsnittsperson bruker 496 minutter daglig på lett fysisk aktivitet inkludert hverdagslige gjøremål, mens pasienter med psykisk lidelse til sammenlikning bare bruker 159 minutter. Den lave andelen fysisk aktivitet antas av Martinsen (2011) å være en konsekvens av psykisk lidelse, fremfor årsak til det. Han fortsetter med at økt fysisk aktivitet derfor ikke vil forhindre utvikling, men kan bidra til reduksjon av psykiatriske symptomer, følelse av mestring, tilfredshet samt bedret livskvalitet gjennom meningsfulle aktiviteter. Fordeler som ifølge personer med psykisk lidelse gir økt selvillit, selvfølelse, engasjement og samhandling med andre, og som igjen er gunstig med hensyn på psykososiale barrierer (Soundy et al., 2015). Firth og kolleger (2015) sier 90 minutter fysisk aktivitet med moderat til hard intensitet vil ha en betydelig innvirkning på de samme faktorene. Likeledes hevder Strassing og kolleger (2014) at fysisk aktivitet til personer med psykisk lidelse er et forsømt tema, som hvis effektivt behandles, kan dempe symptomer, bedre kognisjon samt redusere uførhet utover det som oppnås ved dagens tilnærminger. I følge Soundy og kolleger (2014) har helsepersonell en nøkkelrolle i å sørge for at dette kan skje gjennom å tilrettelegge for fysisk aktivitet i institusjon. Fysisk aktivitet kan for eksempel skje gjennom fysisk trening, mosjon eller friluftsliv.

Fysisk trening er en form for fysisk aktivitet. Ut over at det kan ha gevinster for psykiske lidelser, kan aktivitetsformen ifølge Lindwall og kolleger (2014) også ha en forebyggende effekt. Dette på bakgrunn av at de gjennom sin studie har fulgt utvalget med fire målinger over en seksårsperiode. Fysisk trening innebærer **«planlagte, strukturerte stadig gjentatte kroppslige bevegelser, som utføres for å forbedre eller vedlikeholde en eller flere komponenter av fysisk form eller helse»** (Martinsen, 2011 s.35-36). Martinsen

(2011) fortsetter med at det er flere måter å drive fysisk trening på, som utholdenhetstrening i form av jogging eller gange. 30 minutters daglig rask gange, eventuelt 30 minutters jogging tre dager i uken, sier han å ivaretar eller bedre helsen. Mer spesifikt forteller Browne og kolleger (2016) at gange viser seg virkningsfullt både på aktivitetsnivået, sosial støtte, opplevelsen av bedret mental helse samt at det er noe deltakerne setter pris på. Dersom det er ønskelig å korte ned på hyppigheten, og heller øke intensiteten, hevder Chen og kolleger (2016) at omkring 90 minutter moderat til kraftig mosjon ukentlig har en betydelig reduksjon av psykiatriske symptomer og funksjonsnedsettelse. Er intensjonen derimot å maksimalisere mengden oksygen kroppen klarer å nyttiggjøre seg i løpet av ett minutt, maksimalt oksygenopptak, skisserer Heggelund (2013) et opplegg i form av intervalltrening som det beste alternativet.

I tillegg til økt styrke og muskelmasse, er styrketrening også positivt med hensyn på psykiatriske symptomer (Firth et al., 2015) samt personers evne til gange over tid (Wang et al., 2010). Styrketrening kan for eksempel skje ved hjelp av vekter, kroppsvekt eller apparater. Heggelund (2013) sier styrketrening til pasienter tradisjonelt har foregått ved lav belastning og mange repetisjoner. Imidlertid forteller han at økt belastning gir bedre resultater på både styrke samt evne til å gå over tid.

Selv enkel fysisk aktiviteter viser seg å øke oppmerksomhet, konsentrasjon, mottakelighet for behandling (Chen et al., 2016) samt være positivt for hjerneaktiviteten (Foster, 2015). Foster (2015) har studert hjernen til mennesker med psykisk lidelse med hensyn på hjerneforandringer ved fysisk aktivitet sammenliknet med kognitive øvelser. Han sier enkel fysisk aktivitet øker dannelsen av koplinger i hjernen, og forklarer dette med krav til hjerneaktivitet i relasjonen hjerne til øvrig kropp, kontra hjerne til hjerne. Friluftsliv kan være eksempel på en slik aktivitet. Ut over dette, sier Hansmann og kolleger (2007) at friluftsliv bidrar til avslapning og velvære, og ifølge Kurtze og kolleger (2009) har det heller ikke samme krav til hyppighet som fysisk trening.

1.5 Motivasjon for fysisk aktivitet

Mangel på motivasjon regnes å være blant hovedårsakene til redusert aktivitetsnivå hos personer med psykisk lidelse (Beebe et al., 2012). Imidlertid kan helsearbeidere øke sjansen for at pasienter blir mer fysisk aktive gjennom motivering (Farholm & Sørensen, 2016). Farholm & Sørensen (2016) har gjort en systematisk litteraturstudie av motivering for fysisk

aktivitet hos personer med psykisk lidelse. Denne viste at det mangler forskning på den direkte effekten av motiverende teknikker, der alle unntatt en studie også undersøkte øvrige variabler på samme tid. Likevel sier de at motivering øker sjansen for fysisk aktivitet hos personer med lidelsen, noe som kan oppnås gjennom indre eller ytre motivasjon.

Indre motivasjon har ifølge Beebe og kolleger (2012) en mer langvarig virkning enn den ytre. For å finne *indre motivasjon*, anbefaler både Benjamin (2014) samt Eklund og kolleger (2014) at det spørres om hvilke aktiviteter pasienten finner interessant. Dette ivaretar dens autonomi (Vancampfort et al., 2012), noe som i seg selv kan øke motivasjon for aktivisering (Soundy et al., 2014). På grunn av at pasientgruppen gjerne har begrenset økonomi, sier Ekelund (2014) at det er lurt å samtidig spørre hvilket utstyr og arena vedkommende har hjemme. Dette siden manglende tilgang etter utskrivelse kan oppleves demotiverende. På denne måten kan helsepersonell være føre var ved å ikke legge opp til øvelser som senere medfører hindringer. Noe som kanskje øker sjanse for at vedkommende opprettholder motivasjon for fysisk aktivitet.

Ytre motivasjon kan for eksempel komme fra helsearbeidere (Vancampfort et al., 2012b) gjennom engasjement, konstruktive tilbakemeldinger samt å vise hvordan øvelser utføres (Eklund, 2014). Ytterligere kan det motiveres ved å opprette kontakt med andre mennesker (Beebe og kolleger, 2012). Ved institusjon kan dette foregå gjennom gruppeaktiviteter.

1.6 Fysisk aktivitet ved institusjon

Vancampfort og kolleger (2012a) sier at alle personer som har vært i kontakt med psykisk helsevern, bør ha mulighet til oppfølging av faglig høy kvalitet med tanke på fysisk aktivitet etter utskrivelse. Det er da naturlig å tenke at det bør finnes et samarbeid mellom psykisk helsevern og kommunen pasienten tilhører. Borge og kolleger (2011) mener i tillegg at det i alle helseinstitusjoner bør finnes personale med kunnskap på området fysisk aktivitet og psykisk helse. Dette for å skreddersy opplegg tilpasset den enkelte pasient, slik at det forhåpentligvis stimulerer til et høyere aktivitetsnivå. Vancampfort og kolleger (2012b) sier det gjerne kan legges til rette for øvelser pasienten enkelt kan fortsette med etter utskrivelse. Øvelser som ikke koster så mye, krever all verdens utstyr – eller arena er da å foretrekke (Connie, 2014). Borge og kolleger (2011) anbefaler i den forbindelse turgåing. For en ytterligere treningseffekt, fortsetter de med at bruk av staver øker effekten med 40 prosent.

Samtidig sier Vancampfort og kolleger (2012b) at det er viktig med arenaer som innbyr til fysisk aktivitet, slik at pasienter kommer i gang fremfor å forfalle. Noe de mener bør tilstrebes gjennom strukturerte aktiviteter i et trygt miljø. Ballspill kan være eksempel på en slik aktivitetsform. For eksempel gjorde Soundy og kolleger (2015) en litteraturstudie som viste at basketball hadde en reduksjon av psykiatriske symptomer, et sosialt aspekt samt ga subjektive positive opplevelser.

Helsedirektoratet (2010) har laget et tipshefte for Fysisk aktivitet og psykisk helse. Denne baseres blant annet på rapporten Fysisk aktivitet i psykiatrien (Sundhedsstyrelsen, 2009), etter en landsdekkende implementering av fysisk aktivitet i Danmark. Først og fremst sier Helsedirektoratet (2010) at fysisk aktivitet må aksepteres på linje med annen behandling. I tillegg mener de ansatte bør ha kunnskap på området, blant annet for å informere pasienter. I dette legger de kjennskap til aktivitetstilbud og arenaer i pasientgruppens nærrområder. For med slik kjennskap kan det lages individuelt tilpassede opplegg. Nettsider, treningskontakter og kommuners folkehelsekoordinatorer nevnes som nyttige informasjonskilder. En slik kompetanse foreslås oppnådd gjennom fagdager, kursing eller seminarer (Helsedirektoratet, 2010). Videre sier Vancampfort og kolleger (2012b) at ansatte som driver med fysisk aktivitet i institusjon, bør holde seg oppdaterte på forskning innen feltet. Dette for å kjenne effektive aktiviteter, komme med anbefalinger, redusere sjansen for skader samt bidra til en mer kostnadseffektiv behandling.

Fysisk aktivitet kan foregå på arenaer som treningsrom, haller, baner eller i naturen. Et nøytralt sted for fysisk aktivitet kan bidra til å viske ut forskjeller i funksjon, erfaring og posisjon (Borge et al., 2011). Arenaen kan gjerne innby til fysisk aktivitet, men Helsedirektoratet (2010) påpeker at fysisk aktivitet ikke må begrenses av mangel på utstyr. For personer med savn etter relasjon, kan arenaer ut over det fysiske utbyttet, dessuten være en møteplass for å etablere sosiale nettverk (Helsedirektoratet, 2010). En mulighet kan være at det fra helsevesenets side legges til rette for arenaer som kan bidra til et nettverksbygging. For det å ha noen å være fysisk aktive sammen med, øker ifølge Borge og kolleger (2011) sjansen for å opprettholde fysisk aktivitet. Å være aktiv sammen med folk i samme situasjon, sier de dessuten kan gjøre det vanskeligere å bryte treningsavtaler samt gi rom for erfaringsutveksling. Connie (2014) sier at det enkelte steder i landet finnes slike tilbud. Hun nevner da *Treningskontaktordningen* samt *Aktiv på dagtid*, der begge har til hensikt å hjelpe personer med psykiske lidelser til fysisk aktivitet (Connie, 2014). Slike ordninger kan dessuten ha en forebyggende effekt. Dette er gunstig med tanke på at Caldas de Almeida

(2014) forteller at *forebygging* er et internasjonalt satsningsområde innen psykisk helse. Dette på bakgrunn av et europeisk samarbeid for hvordan psykisk helse kan bedres (Wahlbeck, 2010). Treningskontaktordningen foregår individuelt, mens aktiv på dagtid er organisert som gruppeopplegg.

Ved distriktspsykiatriske senter kan det være hensiktsmessig å vurdere hvorvidt pasienter bør gis individuelle – eller gruppeopplegg. Enkelte synes kanskje det er enklest å komme i gang med fysisk aktivitet gjennom individuelle tilpasninger, mens andre kanskje finner det motiverende å være flere. Vancampfort og kolleger (2012a) sier at det er både fordeler og ulemper ved begge, noe som kan skisseres slik;

Individuelle opplegg		Gruppeopplegg	
Fordeler	Ulemper	Fordeler	Ulemper
Tettere kontakt	Avhengighet	Større nettverk	Mindre pers. kontakt
Trygt	Sårbart ved sykdom	Mindre sårbart	Flere tilpasninger
Lettere å gjøre avtaler	Mindre tilbud	Mer variasjon	
Lettere å ta avgjørelser	Kostbart	Økt toleranse for andre	
Lettere å følge opp		Rimeligere	
		Økt tilbud/større kvote	
		Samarbeid	

Vancampfort et al, 2012a

Dersom pasienten tidligere har drevet med fysisk aktivitet i lag eller grupper, forteller Soundy og kolleger (2015) at den lettere motiveres til gruppeopplegg. Både ved individuelle – og gruppeopplegg oppfordres det imidlertid til at personalet har tilsyn ved gjennomføringen (Firth et al., 2015). En studie av Firth og kolleger (2015) viste nemlig at deltakere som fikk gratis medlemskap på treningssenter med et opplegg de skulle gjennomføre på egen hånd tre ganger i uken, hadde et oppmøte på 30%. I gruppe *med* tilsyn, var deltakelsen på 77% (Firth et al., 2015). Borge og kolleger (2011) sier frafall skyldes at folk slutter når de kjenner ubehag, før de har begynt å høste gevinst. Andre årsaker kan være at noen velger bort gruppeopplegg grunnet for eksempel sosial angst (Vancampfort et al., 2012b). Samtidig viser en metaundersøkelse av Firth og kolleger (2015) at frafall av trening halveres ved gruppeopplegg sammenliknet med å trene alene. For å tilstrebe deltakelse i gruppeopplegg, sier Vancampfort og kolleger (2012b) at dette kan gjøres gjennom å bygge opp pasientens selvtillit for fysisk aktivitet. På denne måten forteller de at pasienten dermed vil delta på gruppeopplegg når hun eller han føler seg klar for det.

Bakgrunnskapitlet har hittil tatt for seg psykiske lidelser og fysisk aktivitet. De neste avsnittene omhandler ulike organisasjonsteorier. Masterstudenten har hovedsakelig valgt å bruke teorier om organisasjonsstruktur (Mintzberg, 1979), organisasjonskultur (ulike forfattere) kompetanseorientering (Bastøe & Dahl, 1997) samt en implementeringsmodell (Winter & Nielsen, 2008). Forhåpningen er at dette kan tydeliggjøre Hvordan det kan arbeides helhetlig og samhandlende med fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter.

1.7 Organisasjonsstruktur

Organisasjonsstruktur beskriver hvordan organisasjoner er bygd opp for best mulig fungering av dets deltakere og oppgaver. Mintzberg (1979) nevner *maskinbyråkratiet* som et eksempel. Maskinbyråkratiet er hierarkisk oppbygd med klart definerte arbeidsoppgaver på hvert nivå. Oppgavene er gjerne spesialiserte, regelstyrt og kontrollerbare. Dette sørger for stabilitet og forutsigbarhet. Imidlertid gjør standardiseringen at maskinbyråkratiet er rigid og vanskelig å endre, samt at de ansattes kompetanse ikke utnyttes på grunn av at det blir et mål å følge reglene. Regler er på denne måten beslutningsstyrende. Dette skiller strukturformen fra det profesjonelle byråkratiet. I det profesjonelle byråkratiet er de ansatte rekruttert inn i jobben på grunn av sin utdanning og tildeles således myndighet til oppgaveløsning innen sitt fag. Blant ulempene er da at beslutningstakerne, det vil si de ansatte, ikke nødvendigvis har så nært forhold til den økonomiske konsekvensen av avgjørelsene. På motsatt side av de byråkratiske organisasjonsformene, finner vi det Mintzberg (1979) omtaler som *ad hoc-kрати*. I denne lite strukturerte organiseringen, sier forfatteren at kommunikasjon mellom ansatte i større grad skjer uavhengig av hierarkiske nivåer. Dette medfører at arbeidsoppgaver kan tilpasses etter behov, noe som fordrer kreativitet.

1.8 Organisasjonskultur

I organisasjoner kan det oppstå felles mønstre av meninger og holdninger som blir retningsgivende for hvordan arbeidsoppgaven løses. Dette kalles organisasjonskultur (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Etter fysisk aktivitet ble implementert innen psykisk helse i Danmark, viste en rapport at organisasjonskulturen bevisst ble påvirket (Sundhedsstyrelsen, 2009). En leder fortalte der å nedsette en arbeidsgruppe. Deretter lot hun disse jobbe uten å

legge føringer for arbeidet. Hennes oppgave, forklarte hun, var derimot å motivere i prosessen. På denne måten påvirket hun organisasjonskulturen gjennom motivering. Likeledes hevder Alvesson (2013) å kunne bruke organisasjonskultur som et styringsmiddel. For eksempel gjennom å øke kunnskapen om fysisk aktivitet og psykisk helse. Slik at dette kan påvirke organisasjonskulturen til en oppfatning av at «fysisk aktivitet prioriteres ved denne arbeidsplassen». Noe som kanskje gjør det vanskelig å overse fysisk aktivitet i arbeidet. En annen fordel ved å bruke organisasjonskultur som styringsverktøy, er ifølge Fukuyama (1995) at det bygger eller er bygget på tillit. For dersom personalgruppen er enige om å vektlegge fysisk aktivitet, kan det være vanskeligere for ansatte alene å neglisjere denne tankegangen. Fukuyama sier videre at dette gir ansatte handlingsrom til å utvikle nye sosiale relasjoner omkring arbeidsoppgaver. For eksempel kan tillitten dermed sørge for at ansatte føler takhøyde for å komme med nye synspunkter eller forslag. Cameron & Quinn (2006) sier imidlertid at kulturen kan svekke effekten av formelle styringsmekanismer. For dersom det er viktig for organisasjonen at regler og retningslinjer følges, er det kanskje dumt å samtidig benytte organisasjonskultur som et styringsverktøy. Dette fordi det kan være en sjanse for at organisasjonskulturens oppgaveløsning blir gjort på en måte som ikke samsvarer med organisasjonens regler og retningslinjer.

1.9 Kompetanseorientering

Teori om kompetanseorientering brukes her for å tydeliggjøre hvordan kunnskap og kompetanse kan utnyttes i en helseorganisasjon. Dalin (1997) sier kompetanseorientert organisasjonsteori består av både kompetanse og kompetanseutvikling. Noe som innbefatter holdninger, kunnskap, ferdigheter, erfaringsbasert innsikt samt evne til å bruke andres kompetanse utviklet i forhold til nåværende oppgaver, fremtidige oppgaver og organisasjonens felles liv. En kompetanseform er *formal kompetanse*. Formal kompetanse sier Dalin (1997) å kunne oppnås gjennom utdanning, kurs eller lignende. I følge Bastøe & Dahl (1997) er det viktig å ta vare på denne kompetansen for å øke realkompetansen blant de øvrige ansatte. Videre sier Dalin (1997) at organisasjonen som helhet, er dens evne til å bruke ansattes samlede realkompetanse. Dersom kompetansen forblir på individnivå, forklarer Dalin (1997) at den vil være av begrenset nytte for helseorganisasjoner. For hvis en ansatt med mye kompetanse på et område deler kompetansen med øvrige ansatte, kan *flere* benytte kompetansen i pasientkontakt. I tillegg påpeker Dalin (1997) at den formale kompetansen kan føre til et attraktivt fagmiljø som lettere rekrutterer personer med ytterligere kompetanse samt

ønske om utvikling. På denne måten kan for eksempel kompetanse på området fysisk aktivitet og psykisk helse stadig økes. Noe Bastøe & Dahl (1997) sier å kunne brukes som et styringsverktøy i helsesektoren. Et eksempel på dette kan være psykiske lidelser hvor symptomtrykket tidligere er blitt anbefalt holdt stabilt ved hjelp av medisiner. Men som på bakgrunn av ny kunnskap heller anbefales fysisk aktivitet.

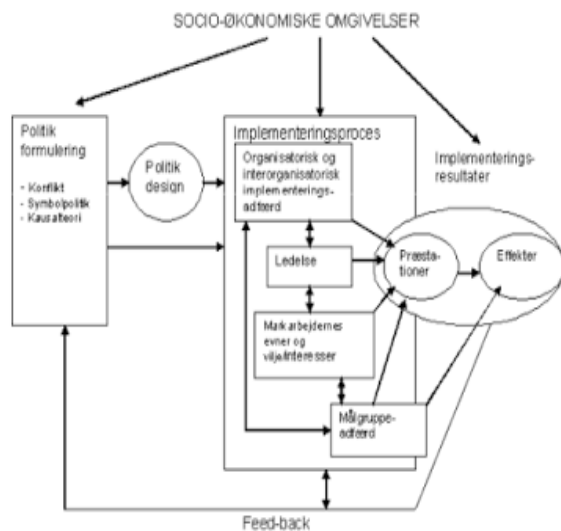
1.10 Kompetansenettverk

Kompetanseutvikling kan foregå ved å dele kompetanse mellom ansatte i helseorganisasjoner. Imidlertid sier Bastøe & Dahl (1997) at organisasjoner enkeltstående gjerne blir for små for utvikling av kompetanse. Det kan da benyttes kompetansenettverk. Disse består av representanter fra for eksempel ulike instanser som pasient(er) er i kontakt med. Et kompetansenettverk kan for eksempel bestå av personell fra første –og andrelinjetjenesten (Bastøe & Dahl, 1997). Slike organiseres med en leder som har til hensikt å binde de ulike aktørene sammen. Om ikke, sier forfatterne at det er en fare for at arbeidet ikke vies tilstrekkelig prioritering og dermed svinner hen. For å opprettholde nettverkets kompetansebehov, innebærer en forpliktelse om å delta med egen kompetanse, hente ut kompetanse samt tilegne seg kunnskap fra eksempelvis forskning, som videre formidles i nettverket. Riktignok presiserer forfatterne at tilegning av kunnskap bør skje i forbindelse med arbeidstiden for at interessen skal vedvare, noe som krever at arbeidet bevilges ressurser. De sier slikt arbeid derfor sjeldent prioriteres i «fattige» organisasjoner. Samtidig bemerker de at kompetansenettverk nettopp der egnest, da det oppnås høy grad av kompetanse i forhold til bruk av ressurser. Slike nettverk hevder Winter & Nielsen (2008) i økende grad å være aktuelle for offentlige organisasjoner, da deres samarbeidsstruktur er blitt mer kompleks. For eksempel kan det være at pasienter får et opplegg med hensyn på fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter som ikke er forenelig med hva deres bostedskommune kan tilby. Et kompetansenettverk kan i den sammenheng kanskje også fungere som et samarbeidsforum. For dersom instanser som pasienter er i kontakt med samordner sine tilbud, kan dette kanskje lette deltakelse i fysisk aktivitet. Samtidig er Winter & Nielsen (2008) usikre på om større samarbeid vil øke effektiviteten, siden dette øker behovet for administrering og ressursbehovet.

1.11 Winters integrerte implementeringsmodell

I dette avsnittet vil Winters integrerte implementeringsmodell (Winter & Nielsen, 2008) beskrives. Denne kan belyse hvordan ulike elementer av arbeid med fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter påvirker hverandre. Implementeringsmodellen baserer seg på fem områder som her

oversettes til; 1) politikktutforming, 2) organisatorisk og interorganisatorisk atferd, 3) ledelse, 4) ansatte samt 5) målgruppe. Disse kan systematisk hjelpe med belyse hvordan det arbeides med for eksempel fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter.



Figur 1. Winters integrerte implementeringsmodell (Winter & Nielsen, 2008).

1) *Politikkutforming* vil si lovgivning, retningslinjer eller bestemmelser fra myndigheter eller andre hierarkisk overordnede nivå som organisasjonen må forholde seg til. Slike byråkratiske organisasjonsstrukturer forteller Winter & Nielsen (2008) å være hierarkisk oppbygd, noe de sier å være vanlige i helseinstitusjoner. Videre sier forfatterne at de preges av top-down ledelse, altså at oppgaveløsning utføres i henhold til bestemmelser fra et høyere nivå i hierarkiet. Lovgivning i form av Psykisk helsevernloven (1999) er et eksempel. Slike bestemmelser kan imidlertid endre seg som følge av ny kunnskap. For eksempel kan det være at forskning finner mer hensiktsmessige behandlingstilnæringer, noe som kanskje endrer retningslinjer for hvordan psykiske lidelser skal behandles.

2) *Organisatorisk og interorganisatorisk atferd* omhandler interaksjon mellom ulike parter som må forholde seg til hverandre i forbindelse med en implementeringsprosess. For eksempel kan det være seg enheter innen helsevesenet som må samarbeide. Hver av disse har kanskje sin tolkning av føringer gitt i politikktutforming, som passer *sin* enhet eller organisasjon. Kanskje vil det gagne pasienter dersom deres tilbud innen både kommune –og

spesialisthelsetjenesten kommuniserer med hverandre. Slike samarbeid sier Winter & Nielsen (2008) oppstår ved at samarbeid ses å kunne gi fordeler.

3) Organisasjonens *ledelse* spiller en viktig rolle når målsetninger skal omsettes til praktisk handling. I dette arbeidet må det påregnes feiltolkninger mellom ledelsens budskap i forhold til hva som oppfattes av de ansatte. For eksempel kan det i en organisasjon som skal implementere fysisk aktivitet som en del av behandlingen, være ansatte som mangler kunnskap om dets gevinster for den psykiske helsen. Noe som kan gjøre at de motarbeider implementeringen med ubetinget tro på tradisjonell behandling. Dette kan medføre splittelser i arbeidsstaben og gjøre at pasienter dermed ikke mottar tilbud om fysisk aktivitet. Ved å benytte Winter & Nielsen (2008) sin modell, kan det bli lettere å se mulige tiltak for å unngå slike situasjoner.

4) *Ansatte* er det siste leddet i kontakt med sluttbrukere, som pasienter, og har stor betydning for resultatet av implementeringen. Ansatte vil da opptre med skjønn ut fra sin kunnskap og vilje, som igjen er påvirket av deres interesser og holdninger. Uten kunnskap om fysisk aktivitetets gevinster for psykisk helse, er det heller ikke å forvente at de med stor entusiasme tar fatt på arbeidet. Er kanskje utfordringen derimot at ansatte har stor entusiasme og kanskje forslag om hvordan arbeidet kan utføres, kan dette gjøres gjennom en bottom-up organisering. Nye rutiner og retningslinjer kan på denne måten bli innført i organisasjon på bakgrunn av «ansatte på gulvet».

5) Hvor vellykket implementeringen har vært, kommer til syvende og sist an på hvordan *målgruppen* mottar implementeringen. Det kan derfor være av betydning at de gjøres innforstått med dette, for eksempel gjennom undervisning om fysisk aktivitet og psykisk helse.

1.12 Oppsummering og problemstilling

Psykiske lidelser kan ha konsekvenser for menneskers livskvalitet samt utgjøre en samfunnskostnad (Knudsen, Schjelderup-Mathiesen & Mykletun, 2010). Tradisjonelt har psykiske lidelser blitt behandlet gjennom samtaleterapi og medisiner (Martinsen, 2004, Rund, 2011, Skårderud et al., 2015). Imidlertid stilles det spørsmål om effekten ved spesielt sistnevnte behandlingsform (Baklien og kolleger (2017). Samtidig viser forskning at fysisk aktivitet har positive effekter på den psykiske helsen (Chen et al. 2016, Firth et al., 2015,

Martinsen, 2004, Metha et al., 2016, Soundy et al., 2015, Strassing et al., 2014) og blir anbefalt i behandling og forebygging av psykiske lidelser (Caldas de Almeida, 2014). Med bakgrunn i denne kunnskapen, ønsket masterstudenten å undersøke arbeidet med fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter. Analysen av datamaterialet etter å ha undersøkt dette, resulterte i informasjon som kunne relateres til helhetlig og samhandlende tilbud innen fysisk aktivitet og psykisk helse. I tråd med at Malterud (2011) sier problemstillingen underveis i arbeidet kan spisses, avgrenset masterstudenten problemstillingen ved hjelp av ordene *helhetlig* og *samhandlende*. Selv om disse ble funnet på bakgrunn av fellestrekk ved resultater fra datainnsamlingen, valgte masterstudenten å benytte dem i problemstillingen. Dette fordi ordene tilkom problemstillingen først *etter* datainnsamlingen var gjort, og dermed ikke bidro til å finne ensrettet kunnskap (Malterud, 2011). Derfor ble masterbesvarelsens problemstilling;

Hvordan kan det arbeides helhetlig og samhandlende med fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter?

- Ansattes erfaringer, litteratur på området samt teorier om organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, kompetanse og implementering.

Hensikten med å undersøke hvordan det kan arbeides *helhetlig* og *samhandlende* med temaet, er for at behandlingsmetoden ved distriktpsikiatriske senter skal kunne få oppmerksomhet kontra å bli sett på noe som bedrives for å «få tiden til å gå». På denne måten kan personer med psykiske lidelser gis et behandlingsalternativ som kanskje har fordeler sammenliknet med tradisjonelle metoder. Spesielt gunstig kan det være dersom brukerne i tillegg finner dette behandlingstilbudet motiverende. En faktor besvarelsens diskusjon og konklusjon innbefatter. Videre kan svar på problemstillingen gjøre at behandlingstilbudet blir samhandlende, slik at de berørte ikke føler seg som en kasteball mellom instanser som ikke kommuniserer med hverandre.

2.0 METODE

2.1 Design

Dette var en kvalitativ studie basert på semistrukturerte gruppeintervju. Malterud (2011) sier gruppeintervju egner seg for å lete etter synspunkt, holdninger eller erfaringer omkring et fenomen.

2.2 Utvalg og rekruttering

Malterud (2011) sier utvalget bestemmer hva det er grunnlag for å si noe om. Hun forteller at utvalget må settes sammen så det gir et rikt og variert materiale om det en ønsker å si noe om. I denne studien var potensielle deltakere for å besvare problemstillingen, etter det Malterud (2011) kaller et *strategisk utvalg*, ansatte som jobber med fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter. Med tanke på hva som var realistisk med hensyn på tilgang av informanter samt kapasitet til å behandle datamaterialet, ble det funnet nødvendig å sette begrensninger (Everett & Furseth, 2014). Masterstudenten forsøkte derfor å finne ansatte med god forutsetning for å kunne uttale seg om fysisk aktivitet ved sitt distriktpspsykiatriske senter. Videre var det hensiktsmessig å bruke distriktpspsykiatriske senter lokalisert nært hverandre, for å øke sjansen for å samle disse til et gruppeintervju. Nidaros, Tiller –samt Orkdal distriktpspsykiatriske senter ble derfor brukt. I tillegg ble det under litteratursøk funnet at Jæren distriktpspsykiatriske senter så ut å ha fokus på temaet. Det var derfor interessant også å høre deres erfaringer med arbeidet.

Rekruttering av ansatte som jobber med fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter, foregikk gjennom mail til postmottakene ved henholdsvis Nidaros, Tiller, Orkdal –og Jæren DPS. Mailen inneholdt informasjon om masterstudiet, hvem studenten var, gjennomføring av intervjuet, ønsket kriterier til deltakere etter nevnte strategiske utvalg, invitasjon til deltakelse i masterprosjektet (Vedlegg A) og samtykke til deltakelse i masterprosjektet (Vedlegg B). To av postmottakene henviste i form av telefonnummer og/eller mail direkte til ansatte de mente kunne være egnet. Begge fysioterapeuter. På bakgrunn av deres utdanning og stilling, anså masterstudenten dem å ha innsikt i sitt distriktpspsykiatriske senter arbeid med fysisk aktivitet.

De øvrige postmottakene sendte mailen videre til henholdsvis forsknings –og utviklingsansvarlig samt ansvarlige for fysisk aktivitet. Dette resulterte i en sykepleier som av

forsknings –og utviklingsansvarlige ble foreslått å kunne snakke om temaet. Ved det andre distriktspsykiatriske sentret foreslo ansvarlige for fysisk aktivitet en sykepleier samt en helsesportspedagog.

Det første gruppeintervjuet ble dermed bestående av to kvinner og en mann i alderen 25-40 år, hvorav to fysioterapeuter og en sykepleier. I det andre ble det rekruttert en sykepleier samt en helsesportspedagog, begge menn omkring 40 år.

2.3 Intervjuguide

Det var ønskelig at intervjuene skulle flyte som en vanlig samtale. Malterud (2011) anbefaler i den forbindelse intervjuguide i stikkordsform, slik at ikke konkrete spørsmål fordrer konkrete svar. Likevel ble guiden (Vedlegg C) til det første intervjuet skrevet med noen konkrete spørsmål. Som «holder dere dere oppdatert på området fysisk aktivitet til psykisk syke?». Dette for å kunne fungere som en back-up. Ved stikkord gis derimot informanten(e) mulighet til å snakke bredt om noe som opptar dem om temaet. Dette kan bedre få frem nyanser og bidra til ny kunnskap. Enkelte steder var intervjuguiden i tillegg inspirert av kjent litteratur. Hensikten med dette var å legge kjent kunnskap til grunn, for å få frem ny kunnskap basert på dette. Et eksempel var stikkordet «ansattes kompetanse».

Det neste intervjuet ble justert på basis av det første intervjuet. Intervjuguiden (Vedlegg D) besto nå i større grad av stikkord og tema (Malterud, 2011). I tillegg til tema som fantes i intervjuguiden ved det første intervjuet, ble guiden til det andre intervjuet supplert med tema som hadde dukket opp i løpet av analysen fra det første intervjuet (Malterud, 2011). Et eksempel på dette var ordet «kartleggingssamtale».

2.4 Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk i desember 2016 og januar 2017 gjennom tre semistrukturerte gruppeintervju. Dette for å lete etter nyanser (Malterud, 2011). I forkant av intervjuene fikk deltakerne tilsendt informasjon om studien per mail, samt at skriftlig samtykke ble underskrevet før intervjuene gikk i gang (Vedlegg A). Det første intervjuet ble gjennomført på et møterom nøytralt for begge parter i Trøndelag, mens det andre ble gjennomført ved Jæren DPS. Malterud (2011) sier at konteksten omkring intervjusamtaler har betydning for kunnskapsutviklingen. I samsvar med et ønske om at intervjuene skulle flyte som en vanlig samtale, ville det skapes en avslappende atmosfære for deltakerne.

Før undesøkelsene i Trøndelag, ble møterommet derfor klargjort. Rommet hadde opprinnelig flere små bord som var satt sammen til ett stort, hvor ett av disse ble skilt ut med fire stoler omkring. Dette for ikke å skape usikkerhet om hvor vi skulle sitte, gjøre atmosfæren mer intim samt at vi fikk diktafonen nært alle. I tillegg ble diktafonen på denne måten tydelig, noe som ytterligere var med å minske tvilen om lydopptak. Ut over diktafonen, var det på bordet satt frem kaffe, vann, kopper og sjokolade. Sistnevnte både for hygge samt å holde blodsukkeret oppe. Foruten sjokolade på bordet, hadde informantene ved Jæren DPS uoppfordret sørget for en tilsvarende ordning av møtelokalet. Sjokolade hadde masterstudenten medbrakt, så dette var også denne gangen tilgjengelig.

Samtalen mellom informantene forløp uten avbrytelser av intervjueren. Der det var ønskelig å granske nærmere, ble det gjentatt et ord eller setning av det som var sagt, etterfulgt av stillhet, for å således legge opp til utdyping. Dette inspirert av Barth og kolleger (2014) i samtaleteknikken motiverende intervju. Enkelte steder, når stillhet ikke ledet til ytterligere prat om temaet, ble egne erfaringer eller kunnskap basert på litteratur som kunne bidra til nyanser samtalen ikke hadde vært innom, bragt på banen. Malterud (2011) sier dette kan medføre en konstruktiv erfaring også for deltakeren.

Gjennom hele intervjuet ble det i tråd med Dalen (2004) vist interesse for informantenes ytringer. Ikke minst gjennom bevissthet rundt kroppsspråket. For eksempel ved å regulere sittestilling frem på stolen for å vise nysgjerrighet når ønske om utdypning, mens en mer tilbakelemt holdning der dette ble ansett å kunne føre til en mer naturlig avslappende samtale.

Underveis i intervjusamtalene forekom det validering gjennom noe Malterud (2011) kaller dialogisk validering. Dette i form av å spørre *Forstår jeg det riktig som at det ikke er noe undervisning til ansatte om fysisk aktivitet?*, samt gjentakelse som *Du ville foretrukket at fysioterapeuten jobbet med fysisk aktivitet på heltid*. Mot slutten av intervjuet med Nidaros, Tiller – og Orkdal DPS, ble det lagt opp til en pause hvor deltakerne kunne drikke kaffe og spise sjokolade, med oppdrag å tenke på hvordan tilbudet fysisk aktivitet ved DPS ville vært dersom de hadde fri økonomi og frie tøyler. Dette for å oppmuntre til kreativ tenkning, uten å legge føringer for tankene. Da alle spørsmålene i hvert intervju var besvart, tiden var ute eller at den engasjerte samtalen avtok, ble intervjuene åpnet for avslutning. Under avslutning oppsto i det første intervjuet nye samtaler. Dette kom også med på lydopptaket, noe informantene er kjent med.

Intervjuene varte henholdsvis 1 time og 32 minutter, og 1 time og 10 minutter. Ved endt intervju fikk alle informantene sjokoladeposer som takk for deltakelse. Intervjuene ble

transkribert av mastersstudenten i løpet av de første fem dagene. Noe som bidro til kjennskap til datamaterialet. Underveis i transkriberingen ble det laget parenteser med tolkninger av hva informantene ble opplevd å legge i det dem sa. Blant annet på bakgrunn av kroppsspråk, mimikk samt utsagn det ble lagt trykk på.

2.5 Litteratursøk

Litteratursøk ble gjort gjennom Oria for å skaffe innsikt i hvordan det jobbes med fysisk aktivitet til personer med psykiske lidelser i Norge. Ut over et trettitalls fagfelleverderte artikler, ble det brukt offentlig informasjon og avhandlinger. Ved noen tilfeller ble referanselisten til disse igjen benyttet med søk i Oria, PubMed eller Svemed+.

Hovedsøkene for å finne litteratur på området fysisk aktivitet til personer med psykiske lidelser, ble gjort gjennom den amerikanske søkedatabasen for psykiatrisk litteratur, psycinfo (Ovid). Søkene foregikk ved hjelp av PICO-skjema. Her ble det foretatt søk i forhold til psykisk helse, aktiviteter og institusjon samt relevante undergrupper. Disse ble så linket sammen, noe som resulterte i drøyt 7500 artikler. Videre ble disse avgrenset til artikler ikke eldre enn 2011, fagfelleverderte –samt som omhandlet personer over 18 år. 896 tekster sto da igjen. Videre ble søket avgrenset til å omhandle psykiske lidelser. Resultatene ble i første omgang valgt ut etter tittel og deretter abstract. Totalt ble 22 av artiklene benyttet. Mot slutten av søkeprosessen ble det lest en systematisk review av Vera-Garcia (2015), der hun har tatt for seg RCT-studier fra 2011-2014 med hensyn på fysioterapi og fysisk aktivitet til psykisk syke. Det ble for masterstudenten en bekreftelse å se at hennes funn samsvarte med innholdet i litteraturen som ble brukt i denne besvarelsen.

I tillegg ble den samme søkedatabasen også benyttet for å lete etter litteratur som kunne være med å bekrefte eller motbevise ting som ble omtalt. For eksempel om det fantes forskning på fravær av psykiatriske symptomer mellom individuell –og gruppeopplegg. Noe som i den forbindelse ble gjort ved hjelp av *group program, classes, physical activity* og *mental health*.

De nevnte litteratursøkene ble lagret. Dette for enkelt å kunne se om det kom ny litteratur innen søkekriteriene. For eksempel ble det underveis i arbeidet foretatt tilsvarende søk avgrenset til dette året. Dette ga ingen treff. Det ble derfor gjort et mer generelt søk til *mental care, mentally ill* og *physical activity* med undergrupper, avgrenset til 2017. Noe som

resulterte i 57 treff. På dette tidspunkt var arbeidet så og si ferdigstilt, så kriteriet for å åpne artikler var at deres titler virket å ha stor relevans. Ingen ble åpnet.

2.6 Analyse

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering etter Malterud (2011). Systematisk tekstkondensering er spesielt egnet som en tverrgående analysemetode. Med dette menes å sammenfatte informasjon fra flere informanter. Analysemetoden ble derfor funnet egnet for å se etter fellestrekk i arbeidet med fysisk aktivitet. Samtidig ønsket masterstudenten å kunne finne nyanser blant disse fellestrekkene. Malterud (2011) forteller at Systematisk tekstkondensering foregår gjennom fire steg; 1) Få et helhetsinntrykk. 2) Identifisere meningsdannende enheter. 3) Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene. 4) Å sammenfatte betydningen av dette.

I *første steg* ble de transkriberte intervjuene lest med hensyn på å finne temaer som gikk igjen. Det ble i denne prosessen forsøkt å legge bort forkunnskap arbeidet med bakgrunns litteratur hadde fremskaffet. Slik kunne nye fenomen møtes åpent. Første gjennomlesing resulterte i 25 foreløpige temaer (Malterud, 2011). Med et nærmere blikk, ble noe forkastet og grupper slått sammen. Flere av de foreløpige temaene ble lagt i en gruppe med navn *Organisering*. Denne skulle senere i arbeidet vise seg å bli selve grunnlaget for empirien. Her fantes foreløpige temaer som *ulik organisering*, *sidestilling med annen behandling*, *samarbeid med kommuner*, *samtale om fysisk aktivitet dagen etter innkommst*, *nettverk for arbeid med fysisk aktivitet mellom DPS-ene*. I tillegg ble *kunnskap blant pasienter* og *kunnskap blant ansatte* slått sammen til *Kunnskap*. Likeledes ble de foreløpige temaene *motivasjon av pasienter* og *motivasjon av ansatte* slått sammen til *Motivasjon*. Gjennomgangen av de 25 foreløpige temaene endte dermed i 10 hovedgrupper. Disse gruppene besto både av overskrifter kjent fra litteratur samt overskrifter masterstudenten fant passende, noe Malterud (2011) sier å kunne gjøres.

Det *andre steget* tok på ny for seg teksten, denne gang setning for setning. Hensikten var her å kople meningsbærende enheter opp mot temaene fra første trinn. Sitater som viste seg å ikke være meningsbærende, ble flyttet til et eget dokument. Deretter ble gruppene gått gjennom for å kontrollere om sitatene var relevante for temaene, noe som førte til overflytting av sitater til andre tema. For eksempel kunne det være at sitater som omhandlet hvordan

informanten fikk pasienter med på aktivitet, ble plassert under temaet *motivering*. Å således samle tekst med likt innhold under tema, kaller Malterud (2011) å kode teksten.

Til tross for sammenslåing av grupper i steg to, ble gruppene i det tredje steget på ny delt i mer nyanserte grupper. For eksempel ble motivasjons-temaet delt i *Motivasjon ved negative symptomer* og *Motivasjon av ansatte*. Når en ny kodegruppe oppsto, ble teksten lest forfra igjen for å se etter meningsbærende enheter som falt under denne (Malterud, 2011). På denne måten ble det i hver kodegruppe samlet meningsbærende enheter med likt innhold, noe Malterud (2011) kaller sub-grupper. Fordelen er ifølge Malterud (2011) å få systematisert meningsbærende enheter med lik mening. Dette bidro til å belyse ulike sider av hvordan det kan jobbes helhetlig og samhandlende med fysisk aktivitet ved distriktspsykiatriske senter. Deretter ble det laget kunstige sitat fra hver sub-gruppe basert på innholdet i de meningsbærende enhetene –*et kondensat* (Malterud, 2011). Kondensatene kom i stand ved å ta et sitat som ble ansett beskrivende for gruppen, for så skrive de øvrige meningsbærende enhetene inn i denne. For eksempel sa en informant at *Det er vanskelig å motivere disse pasientene*. Flere informanter hadde tilsvarende uttalelser, noe som resulterte i kondenseringen; *Jeg synes det er vanskelig å motivere denne pasientgruppen*. Kondensatene ble forsøkt bevart slik deltakerne uttrykte seg (Malterud, 2011), med noen grammatiske –og dialektmessige tilpasninger med tanke på tekstens leselighet. Kondensatet for sub-gruppen *Motivering av pasienter* under kodegruppen *Hvordan motivere*, ble til slutt slik;

Jeg synes det er vanskelig å motivere denne pasientgruppen. Iblant bruker jeg motiverende intervju, men vi har liksom ikke noe system på det. Og det er jo så forskjellig. Det kan være tre personer med like symptomer, men som alle må behandles individuelt. Og da tenker jeg jobben min blir å komme nær nok til å finne ut av hva den enkelte vil.

Ut fra kondensatene ble det laget et gullsitat som var beskrivende for hovedinnholdet (Malterud, 2011). Slike ble benyttet under *Resultater fra intervju*.

Etter hvert i analyseprosessen foregikk det en tankeprosesser på faktorer de ulike gruppene hadde til felles. For omtrent på dette tidspunktet, omkring analysetrinn tre og fire, ble det sett fellestrekk i *organisering*. Dette fordi det ble oppdaget å faktisk være en del informasjon om organisering også ved grupper som *Aktiviteter* og *Hvordan motivere*. Riktignok var det en gruppe med navn organisering allerede fra de foreløpige temaene. Men *organisering* kunne nå derimot se grupper i sammenheng med hverandre. Dette leder oss over i det fjerde steget.

Det *fjerde steget* samlet kode –og subgrupper som bidro til forskjellige vinklinger av problemstillingen. Disse ble nå satt sammen, slik at de belyste ulike sider av temaet. Ved subgruppene Motivering av pasienter og Motivering av ansatte som begge lå under kodegruppen *Hvordan motivere*, ble for eksempel rekontekstualiseringen slik;

Pasienter skal delta i fysisk aktivitet, det er en del av behandlingen. Samtidig kan ikke noen presses. Motivering til fysisk aktivitet erfares å være vanskelig. Det kan være personer med lik diagnose, som alle trenger hver sin tilnærming. Det ses på som en av aktivitetens oppgaver i møte med psykisk syke å finne ut hva som motiverer den enkelte. Hovedkluet er å komme tett nok pasienten til å kunne finne ut av dette. Iblant brukes motiverende teknikker, som motiverende intervju, men det viktigste erfares likevel å være individuelle tilpasninger. Likevel er det gjerne nødvendig med ekstern motivasjon. Da den med ansvar for fysisk aktivitet, ikke har kapasitet til å følge opp den enkelte, blir dette miljøpersonalets oppgave. Hvorvidt dette gjøres, er veldig personalavhengig –hvor på den enkelte er. Dette har også betydning for oppmøte til gruppetimer.

I løpet av prosessen med systematisk tekstkondensering, fant masterstudenten det i tillegg oversiktlig å samle data i tabellform. Tabellen kan sammenliknes med det Thagaard (2011) omtaler som matrise.

2.7 Presentasjon av resultater

Analysen av datamaterialet tydeliggjorde informasjon innen de overordnede gruppene *Aktiviteter, Tilgang på utstyr og arena* samt *Organisering*. Disse ble presentert under *Resultater fra intervju*. I tillegg til tekst, ble det her benyttet tabeller og sitater. Sitatene er både fra enkeltinformanter samt gullsitat fra analyseprosessen.

2.8

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) ble først søkt om godkjenning til å gjennomføre masterarbeidet. De svarte at dette prosjektet ikke var meldepliktig hos dem, men minnet om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektet ble derfor meldt og

senere godkjent av NSD (Vedlegg D) før datainnsamlingen startet. Datainnsamlingen foregikk med informert samtykke (Vedlegg A), i tillegg til at rekrutteringsarbeidet ble gjort med vedlagt informasjonsbrev (Vedlegg B). Som beskrevet i datainnsamling, tydeliggjorde masterstudenten bruk av diktafon. Under fremstilling av intervjuenes resultater, ble det fokusert på at disse skulle gjenspeile informantenes mening, slik Thagaard (2011) gjør oppmerksom på forskerens etiske ansvar for å utvise redelighet og nøyaktighet i presentasjon av funn. Funn ble i tråd med Malterud (2011) kontrollert opp mot råmaterialet, samt ved hjelp av member-check som omtalt under *Validering*.

3.0 Resultater fra intervju

Intervjuene resulterte i funn innen Aktiviteter, Tilgang på utstyr og arena samt Organisering.

3.1 Aktiviteter

Informanter fortalte at flere aktiviteter å velge mellom under innleggelse distriktspsykiatriske senter, kan øke sjansen for at pasienter finner noe hun eller han synes er interessant. Aktiviteter viste seg for eksempel å kunne være gåtur, styrketrening, friluftsliv og ballspill.

Gåtur ble av informanter sagt å være noe folk flest så seg råd til å klare. De omtalte gåtur som

tilgjengelig ved at det ikke krevde spesielt utstyr eller arena. Ved enkelte avdelinger var

imidlertid pasientene for syke til at personalet opplevde det hensiktsmessig med tur utenfor posten. Dette med hensyn på å skåne pasienten for blamering. Aktiviteten ble ved alle de distriktspsykiatriske sentrene både organisert som fast gruppeaktivitet samt at det spontant kunne skje individuelt mellom pasient og ansatt. Nidaros DPS hadde gåtur en gang

for uken. Ved Tiller DPS var det gåtur på formiddagen fire ganger for uken samt hver kveld på den ene av to poster. Mens pasienter opplevdes for syke til at det var hensiktsmessig med tur utenfor posten ved den andre. Orkdal DPS hadde fast gåtur på hverdager. Mens det ved Jæren DPS var fast gåtur syv dager i uken. I tillegg var det ved alle sentrene mulighet for individuelle gåturer.

Tabell 4: Aktivitetstilbud ved Nidaros, Tiller –og Orkdal DPS

Nidaros DPS	Tiller DPS	Orkdal DPS
Gåtur/Friluftsliv x1/uke.	Gåtur morgen x4/uke på den ene av to poster samt x7/uke kveld. x0 på den andre.	Gåtur morgen x5/uke.
Bevegelsesgrupper x2/uke.	Ballspill x1/uke, tilgang på hall.	3T x2/uke.
Ballspill fast x1/uke, samt mulighet for ballspill hver ettermiddag på eget initiativ.	Friluftsliv x1/uke.	Styrketrening med egen kroppsvekt på DPS x2/uke.
Sirkeltrening x1/uke.		Friluftsliv x1/uke. Annenhver uke vinterhalvåret.
		Individuelt opplegg for de som ikke kan/vil delta i grupper.

Gåtur er jo liksom fundamentet i hele greia, for det er det folk er med på.

Informant gruppeintervju 1

Videre fant analysen *styrketrening* som en aktivitetsform. Styrketrening ble i likhet med gåtur, ansett egnet på grunn av sin tilgjengelighet. Dette gjennom å kunne bedrives inne

Tabell 5: Aktivitetstilbud ved Jæren DPS	
ACT	Døgn og poliklinikk
En organisert gå-tur i uken. Ikke så langt.	Ballspill, brukerstyrt under veiledning av 2 ansatte x1/uke.
Friluftsgruppe x1/uke + en tredagers hyttetur om sommeren.	Tur-gruppe om sommeren når øvrige grupper opphører.
Individuelle opplegg.	Tur til anlegg for langrenn eller alpint. Sosial happening som bare skjer der og da.
Fellesovernatting på hytte (avslapping/sosialt samvær)	Tilgang til gymsal, ingen organiserte tilbud.
Tilgang til gymsal, ingen organiserte tilbud.	Tilgang til treningssenter, ingen organiserte tilbud.
Tilgang til treningssenter, ingen organiserte tilbud.	Golf.

på det distriktspsykiatriske senteret ved tre av de fire undersøkte sentrene. Noe informanter fortalte å være gunstig når symptomtrykk gjorde at enkelte pasienter ikke ønsket å forlate avdelingen eller ble ansett for syke til det. I tillegg ble aktivitetsformen sagt å være tilgjengelig ved at den nødvendigvis ikke krevde så mye utholdenhet. Med tanke på hvordan styrketreningen ble organisert, fortalte en informant å legge opp øvelser så pasienter enkelt kunne fortsette med dem etter utskrivelse. Dette i form av øvelser med egen kroppsvekt. Mellom sentrene var det også forskjeller på hvorvidt styrketrening ble tilbudt som fast, sporadisk, individuell –eller gruppetrening. Nidaros DPS

tilbydde styrketrening en gang for uken i form av gruppebasert sirkeltrening under ledelse av fysioterapeut. Ved Tiller DPS kunne pasientene trene styrke individuelt. Ved Orkdal DPS var det både tilbud om å trene styrke individuelt, samt at pasienter kunne delta i gruppetrening eller dra på et eksternt treningssenter sammen med personale. Mens det ved Jæren DPS ikke var noen organisert styrketrening, bare etter individuelle ønsker.

Den tredje aktivitetsformen de distriktspsykiatriske sentrene tilbydde, var friluftsliv. I likhet med de to forrige, ble også friluftsliv sagt å være tilgjengelig. Det ble da siktet til at naturen var nær. Dit gikk de eller transporterte seg ved hjelp av taxi. Ansatte erfarte at

Den forvandlingen som skjer i løpet av de 2-3 timene nede ved sjøen eller oppe i skauen. Det kan være pasienter som vanligvis sitter inne å stenger seg inn i et skall, og de åpner seg plutselig opp, og snakker på inn –og utpust, og er med å tenner bål og går fra veldig negativ, til å gjøre mye. Måten de sitter på. Måten de beveger seg på. Smil.

Informant gruppeintervju 1

pasienter fikk økt funksjonsevne når de deltok i friluftsliv. Med funksjon menes ansattes opplevelse av at pasienter var mer selvhjulpne ute i naturen, kontra inne på avdelingen.

Undersøkelsene fant at friluftsliv ble tilbydd inneliggende pasienter

ved Nidaros, Tiller –og Orkdal DPS, mens det hos Jæren DPS ble organisert gjennom ambulant rehabiliteringsteam (ACT). Nidaros og Tiller DPS hadde friluftsliv som fast aktivitet en gang for uken, mens det på Orkdal DPS var friluftsliv en gang for uken om somrene, og annenhver uke på vinterhalvåret. Ved Jæren DPS var friluftsliv organisert gjennom ACT som et gruppeopplegg. Her trente de en gang for uken frem mot en fjelltur med overnatting i hytter om sommeren. Inkludert i dette var planlegging av nødvendig utstyr samt innkjøp. Noe ansatte erfarte motiverende for deltakere.

Den siste aktivitetsformen var ballspill. Analyse av gruppeintervjuene viste at tre av de fire distriktspsykiatriske sentrene tilbydde *ballspill* til sine pasienter. Aktiviteten ble omtalt gunstig ved å fungere som fokusflytter. Med dette mentes at engasjementet ballspillet kunne medføre, gjorde det lystbetont. Dermed kunne det være at de ikke tenkte på aktiviteten som trening, i tillegg til at det kunne gjøre at deltakere fikk fokuset bort fra symptomer for en periode. Nidaros DPS tilbydde ballspill som fast gruppeaktivitet en gang for uken. I tillegg var det mulighet for pasienter å benytte seg av hallen for ballspill også på kveldstid, noe som ble mye brukt. Tiller DPS hadde fast ballspill en gang for uken, mens tilbudet ikke fantes ved Orkdal DPS. Her var det imidlertid et ønske om å kunne tilby ballspill. Ved Jæren DPS var derimot ballspillgruppen den mest populære aktiviteten. Ballspillgruppen ble organisert av tre miljøpersonale en gang for uken, hvorav de rullerte to og to. Slik var det hele tiden et kjent ansikt for pasienten tilstede. At det alltid var to ansatte til stede, ga dessuten mulighet for å ta til sides enkeltpersoner for samtale ved behov. Denne organiseringen ble sagt å være et suksesskriteria. Gruppen ble styrt av miljøpersonalet innledningsvis ved å fortelle at tilbudet er helt frivillig å delta på, at man kan komme og gå som det passer, samt at man kan gi seg når som helst. Deretter ble deltakerne overlatt å bestemme type ballspill samt gjennomføring av aktiviteten. Informantene fortalte at dette bidro til trening i kommunikative ferdigheter. Et annet suksesskriteria, fortalte informantene å være at de avslutningsvis tok styringen ved å samle deltakerne i en ring for å snakke om aktiviteten. Det kunne være situasjoner som hadde oppstått, for eksempel irritasjon etter at noen hadde gått vel hardt til i en takling.

...irritasjon etter at noen har gått vel hardt til i en takling. At det er normale følelser å kjenne på, men at det er noe som kan gjøres på banen og ikke til vanlig.

Informant gruppeintervju 2

3.2 Tilgang på utstyr og arena

Funn fra analyseprosessen tydeliggjorde fire arenaer for fysisk aktivitet som gikk igjen ved de undersøkte distriktpsikiatriske sentrene. Dette være seg nærmiljøet, naturen, treningsrom og hall. *Nærmiljøet* omkring de undersøkte distriktpsikiatriske sentrene ble brukt til gåturer. Aktivitetsformen kunne dermed starte allerede ved senterets ytterdør. Selv om nærmiljøet også ble brukt til friluftsliv, kunne det her være nødvendig å benytte minibuss for å komme seg ut i *naturen*. Videre viste analysen at alle de undersøkte distriktpsikiatriske sentrene hadde treningsrom. I disse rommene var det enkle styrkeapparat, ergometersykler og tredemøller. Treningsrommene ble sporadisk benyttet. Ved ett senter måtte imidlertid bruk av treningsrommet begrenses, da det forstyrret et møterom ved siden av. I tillegg var det både ved Orkdal –og Jæren DPS mulig å benytte et eksternt treningssenter. Dette for at pasienter skulle få prøve det, slik at de kunne se om det var noe for dem. Tilbudene ved eksternt treningssenter fortalte imidlertid informantene å ikke bli så mye brukt. Andre innendørsaktiviteter foregikk i hall. Nidaros, Tiller –og Jæren DPS hadde hall, eller tilgang på dette. Disse fortalte at hall var den arenaen som ble mest brukt med hensyn på fysisk aktivitet. Orkdal DPS hadde ikke tilgang på hall. Informanten fortalte at hensikten med å ikke ha det, opprinnelig var at fraværet kunne bidra til at pasienter kom seg ut av institusjonen for fysisk aktivitet. Men at de nå så at økt symptomtrykk hos pasienter vanskeliggjorde dette. De valgte derfor i større grad å ha fysisk aktivitet inne på sentret, slik at sjansen for blamering ble redusert.

	Nidaros DPS	Tiller DPS	Orkdal DPS	Jæren DPS
Treningsrom	Treningsrom. Imidlertid ligger det et møterom vegg i vegg, og FA må begrenses for å ikke forstyrre møter som pågår.	Lite treningsrom.	Lite treningsrom samt tilgang på eksternt treningssenter.	Treningsrom ved sentret, samt tilgang på eksternt treningssenter.
Hall	Har gymsal.	Leier hall for ballspill på vinterhalvåret. På sommeren brukes også ballbinger etc. i nærområdet.	Ved oppstart var tanken å verken ha hall eller treningsrom, da dette fordret pasienter ut av institusjon. Nå er imidlertid pasientgruppen mer symptombelastet, og det er ønskelig med hall for trening ved DPS.	Tilgang på hall.
Friluftsliv		Naturen.	Naturen.	Naturen
Annet				Tilgang på golfbane

3.3 Organisering

3.3.1 Aksept av fysisk aktivitet som behandling av psykiske lidelser

Informanter fortalte at fysisk aktivitet hadde en stor plass ved de undersøkte distriktpsikiatriske sentrene. De fortalte at både ledelse, behandlere og miljøpersonalet anerkjente dette som viktig. Det var likevel vanskelig å si om fysisk aktivitet var sidestilt med samtale – eller medikamentell behandling.

Jeg føler egentlig både behandlere og ledelsen tar dette med fysisk aktivitet på alvor. Samtidig har det aldri vært diskutert å bytte ut beroligende medisin med en tur på stien.

Gullsitat

Dette ble forsterket når analysen av datamaterialet for eksempel viste at bruk av et treningsrom måtte avventes på grunn av at det forstyrret møtevirksomhet i rommet ved siden av, samt at pasienter ble opplevd for syke til å delta i fysisk aktivitet. Hvorvidt fysisk aktivitet ble sidestilt med annen behandling, ble sagt av informanter å være prisgitt den enkelte ansatte. Samtidig fortalte informanter at behandlere også hadde sagt at det var viktigere med fysisk aktivitet enn sin time.

3.3.2 Kunnskap

Intervjuene viste at det ikke er satt av fast tid til kunnskapsheving av ansatte med tanke på fysisk aktivitet ved de undersøkte distriktpsikiatriske sentrene. Riktignok fortalte informanter at øvrige ansatte på eget initiativ kunne delta i pasientundervisninger om fysisk aktivitet og psykisk helse. I tillegg kunne kunnskapsheving også mer sporadisk bli lagt til fagdager, seminar og lignende. Resultater av analysen viste at kunnskapsheving var av interesse, da det ble ansett å kunne være positivt for ansattes innstilling til fysisk aktivitet.

Pasienter kunne sporadisk få tilbud om undervisning om fysisk aktivitet. Ett senter skilte seg likevel ut med hensyn på informasjon til pasienter. Dette ved at den ansatte med ansvar for fysisk aktivitet, foretok en kartleggings – og informasjonssamtale med pasienten første virkedag etter innleggelse. Informantene entes om at dette virket som en hensiktsmessig tilnærming, da det sikret at pasienten ble gitt informasjon samt at det muligens økte sjansen for at vedkommende ble fysisk aktiv. Om ikke annet, ble det sagt at kartleggings – og informasjonssamtalen kunne bidra til at pasienter hadde større forståelse for fysisk aktivitet og psykisk helse dersom pasienten kom tilbake ved en senere anledning.

3.3.3 Motivering

Det ble sagt under gruppeintervjuene at pasienter skal delta i fysisk aktivitet, det er en del av behandlingen. Samtidig fortalte informantene at deltakelse er frivillig og at ikke noen kan presses. De mente pasienter derfor burde motiveres til å være med. Motivering til fysisk aktivitet ble imidlertid erfart vanskelig. Spesielt den første tiden etter innleggelse, da

Jeg synes det er vanskelig å motivere denne pasientgruppen. Iblant bruker jeg motiverende intervju, men vi har liksom ikke noe system på det. Og det er jo så forskjellig. Det kan være tre personer med like symptomer, men som alle må behandles individuelt. Og da tenker jeg jobben min blir å komme nær nok til å finne ut av hva den enkelte vil.

Gullsitat

symptomtrykket gjerne var høyt. Iblant ble det brukt motiverende teknikker, som motiverende intervju. Men det ble likevel erfart mest effektivt å gjøre individuelle tilpasninger. Det kunne være personer med likt symptomtrykk, som alle

trenge hver sin tilnærming. Ansatte som var ansatt for å jobbe med fysisk aktivitet, anså det som sin oppgave å finne ut hva som motiverer den enkelte pasient. Da disse ansatte ikke hadde tid til å følge opp pasientene, ble dette likevel miljøpersonalets oppgave. Hvorvidt miljøpersonalet fulgte opp, ble sagt å være personalavhengig –*hvor på den enkelte er* (Informant i gruppeintervju 1).

Videre ble det sagt at det i motiveringsarbeidet kunne være en fordel at hjelperen kom tett nok pasienten til å kunne finne ut hva som kan motivere han eller henne. Resultater viste at selv om det i en arbeidsstab var vanlig å spille på lag med disse relasjonene, var det ikke noe rutine for at det ble gjort. Indirekte kunne det likevel skje ved at den ansatte med ansvar for fysisk aktivitet gikk til det miljøpersonalet han eller hun visste å ha en god relasjon med vedkommende, slik at sjansen for deltakelse i fysisk aktivitet økte. Et annet motiveringstiltak var gjennom informasjon. Gjerne ved å fortelle om positive effekter av fysisk aktivitet. I tillegg kunne det være et tips å kartlegge hva pasienten liker, hva den har drevet med tidligere eller hva den ønsker å gjøre. Informanter fortalte at noen følte motivasjon i seg selv med fraværet av symptomer den tiden aktiviteten pågikk, mens andre fant motivasjon gjennom deltakelse i kamper, arrangement eller målsetning om å klare noe frem i tid. Som at det ved et distriktspsykiatrisk senter var en friluftsgruppe som øvde seg frem mot en overnattingstur i fjellet. Samtidig ble det sagt at det samme resultatet andre ganger kunne oppnås gjennom helt andre tilnærminger. Som å si at *OK, du trenger ikke gjøre noe i det hele tatt, du kan bare*

sitte hjemme å kjede deg (Informant i gruppeintervju 2). Eller at det var noen med behov for mer struktur, at det ble lagt mer press om å delta. En informant sa i den forbindelse at

Trening har effekt enten man er motivert eller ikke. I alle fall kan det anbefales å prøve, og om det viser seg at det ikke er noe for hun eller han, ja så kan vedkommende slutte (Informant i gruppeintervju 2). Deriblant viste analysen av intervjuene at det kunne være en fordel med et utvalg av aktiviteter, slik at den enkelte lettere fant noe som passet seg.

Fra et mer organisatorisk perspektiv, viste analysen av datainnsamlingen at det kunne motivere at hele personalstaben snakket om gruppene. Om hva som skulle skje der, og på den måten fikk med folk. Å legge ned mye tid i dette arbeidet, ble av informanter i gruppeintervju 2 ansett å være effektivt. Dette kunne for eksempel foregå gjennom å si at *Det er jo mye kjekkere på gruppa når du er der, du er så flink til å lære bort til andre* (Informant i gruppeintervju 2). Eller kanskje hadde pasienten fra tidligere deltakelse vist tilfredshet med aktiviteten. Men selv da førte ikke motivasjonen alltid frem. *Vil du ikke være med da, du hadde det jo så artig sist! –Nja, trekke det* (Informant i gruppeintervju 2). I slike tilfeller fortalte informanter at det kunne være mer hensiktsmessig med individuelle tilpasninger. Å ta en økt i gymsalen, eller kanskje gå en tur sammen med pasienten. *Jeg kan si at vi kan gå en tur, men at vi kler oss i treningstøy. Stort sett går vi, men så kan det være at vi løper hundre meter i ny og ned. For alt er bedre enn ingen ting* (Informant i gruppeintervju 2). Videre viste analysen av datamaterialet forskjeller mellom de distriktopsykiatriske sentrene på hvorvidt de satte pasienter i kontakt med tilbud innen fysisk aktivitet med hensyn på tiden etter utskrivelse. Det kunne være at det ikke ble gjort noen tiltak, eller at pasienter ble satt i kontakt med kommunale tjenester som for eksempel *treningskontaktordningen*. Dette for at det skulle bli lettere å opprettholde motivasjon for fysisk aktivitet.

3.3.4 Hvem jobber med fysisk aktivitet ved DPS?

Resultater viste at det ved alle de undersøkte distriktpspsykiatriske sentrene var egne ansatte med ansvar for fysisk aktivitet. Imidlertid var det forskjeller på deres yrkesbakgrunn samt i hvor stor grad de var ansatt for å jobbe med temaet. Ved Orkdal distriktpspsykiatriske senter var det ansatt fysioterapeut som jobbet med fysisk aktivitet på heltid. Ved Nidaros DPS inngikk fysioterapeut som en del av miljøpersonalet, hvor vedkommende i tillegg hadde ansvar for fysisk aktivitet. Fordeler med en slik organisering ble sagt å være at øvrig miljøpersonale kunne overta i fysioterapeutens fravær. Hos Tiller DPS var det et personale uten fysisk aktivitet i sin yrkesbakgrunn som tok seg av temaet. Informantene ved Nidaros, Tiller –og Orkdal DPS entes om at det hørtes ut å være en fordel med en person som jobbet med fysisk aktivitet på heltid. Dette virket å gi vedkommende bedre tid til å jobbe med temaet, inkludert individuelt å følge opp den enkelte pasient. Ved Jæren DPS var det ansatt fysioterapeut, men likevel miljøpersonale med annen yrkesbakgrunn enn fysisk aktivitet som hovedsakelig sto for tilbudet som ble gitt pasienter ved døgnavdeling.

Jeg ville hatt det slik som du har det. At du faktisk har tid til hver enkelt pasient. At det ikke blir spørsmål om det skal være time hos fysioterapeut. Men at det hadde vært obligatorisk at alle får det.

Gullsitat

3.3.5 Hvem fysisk aktivitet tilbys

Hvem som ble tilbydd fysisk aktivitet, varierte mellom de distriktpspsykiatriske sentrene. Hos Nidaros, Tiller og Orkdal DPS ble fysisk aktivitet bare tilbydd til inneliggende pasienter, mens aktivitetsgrupper ved Jæren DPS også ble tilbydd polikliniske –samt tidligere innlagte pasienter. Videre viste analysen at det ved sentrene var bestemt(e) ansatt(e) med ansvar for fysisk aktivitet. Hos enkelte inngikk disse som en del av miljøpersonalet. Dette gjorde det lett for øvrig miljøpersonale å overta vedkommende sin rolle i dens fravær. Hos andre jobbet derimot ansatte med temaet på heltid. Den sistnevnte formen ble av informanter foretrukket, da de entes om at det virket å gi tid til å følge opp den enkelte pasient med hensyn på individuelle opplegg. Slike opplegg avtaltes mellom pasient og ansatt, noe som erfartes hensiktsmessig gjort ved fast kartleggingssamtale dagen etter innkomst. Det ble dermed ikke et spørsmål om det skulle være time om fysisk aktivitet. Videre ble det presisert viktig at

miljøpersonalet fulgte opp avtaler. Samtidig var det ingen system for undervisning til miljøpersonalet i forhold til læring –eller kompetanseheving innen temaet fysisk aktivitet.

3.3.6 Implementering

Analysen av gruppeintervjuene viste at implementering av fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter, burde skje sammen med ledelsen. Dette ble sagt å kreve tålmodighet, da det i starten kanskje bare var ildsjeler som pådrivere. Gjennom å aktualisere temaet ved gjentatte allmøter, smittet imidlertid budskapet over på stadig flere. Riktignok innebar det økt belastning for de ansatte når stuen ble «invadert» av tidlige innlagte- samt polikliniske pasienter som skulle være med på grupper.

Snakke om nødvendigheten av det. Om viktigheten av det.

Informant i gruppeintervju 2

Mer som skal ordnes, mer som skal ryddes, flere å holde styr på. Samtaler med øvrige pasienter (Informant i gruppeintervju 2). Et tips kunne da være å ha et felles klokkeslett hver dag for når det er gruppe, slik at det ble lett for både pasienter og personalet å holde orden på.

3.3.7 Samarbeid/nettverk

Ved ingen av de undersøkte distriktpsikiatriske sentrene var det fast rutine for å sette pasienter i kontakt med sine respektive kommune med hensyn på fysisk aktivitet. Informanter ønsket i større grad å jobbe ut mot andrelinjetjensten. Utdanning av treningskontakter kunne være et eksempel. Det hendte likevel at ansatte hjalp pasienter med å opprette kontakt med sine respektive kommuner angående fysisk aktivitet. Dette i form av telefon, mail eller e-melding. Det ble i gruppeintervju 1 likevel uttrykt et savn etter forum hvor ansatte i DPS - kommune, samt DPS - DPS kunne treffes for å diskutere temaet. I gruppeintervju 2 ble det imidlertid funnet å være et slikt samarbeid. Informanter herfra fortalte at kommuner enkeltstående hadde for lite deltakergrunnlag til å kunne holde aktivitetsgrupper gående. Et samarbeid gjorde dette mulig. Imidlertid kunne avstanden være

Det hender at jeg hjelper pasienter med å opprette kontakt vedrørende ulike tilbud innen fysisk aktivitet i deres kommuner. Enten så ringer jeg, sender mail, eller bruker e-melding. Men det kunne vært nyttig å treffes iblant, face-to-face liksom.

Gullsitat

en utfordring. Noe som ble løst gjennom et samarbeid også på dette området. For eksempel ved at deltagere ble kjørt til aktiviteten i regi av kommunen, og hjem igjen av det distriktpsikiatriske senteret. I tillegg var det ved Jæren DPS ansatt en person som fungerte som et bindeledd mellom sentret og kommunene med hensyn på fysisk aktivitet.

4.0 Diskusjon av resultater

4.1 Et utvalg av aktiviteter samt tilgang på utstyr og arena kan gjøre tilbudet helhetlig

Resultater fra gruppeintervjuene viste fellestrekk ved å tilby aktivitetene gåtur, styrketrening, friluftsliv og ballspill. Hver av disse har imidlertid ulike egenskaper. Dette kan gjøre aktivitetstilbudet helhetlig ved at flest mulig pasienter finner noe som fenger seg. Aktivitetene vil i fortsettelsen bli diskutert med hensyn på disse egenskapene. Deretter blir det foreslått hvordan aktiviteter kan tas hensyn til i organisasjonen for at de skal bli helhetlige.

4.1.1 Gåtur

Gåtur ble av Browne og kolleger (2016) omtalt som gunstig på grunn av sin tilgjengelighet. Det krevde lite utstyr eller tilpasset arena, noe Connie (2014) samt Vancampfort og kolleger (2012b) understrekte som viktig når det skulle legges til rette for fysisk aktivitet ved psykiske lidelser. Når pasienter oppleves for syke til at det er egnet med tur utenfor posten (Resultater), ser masterstudenten at aktiviteten i praksis ikke nødvendigvis blir spesielt tilgjengelig likevel. Pasient og personale kan selvfølgelig dra et sted de får gå uforstyrret, men da faller argumentet med tilgjengelighet bort. Et eksempel hvor gåtur utenfor posten derimot kanskje lar seg gjøre, er senere under innleggelse ved distriktpsikiatriske senter. Når symptomtrykket er redusert. Ulempen er da igjen at gåtur ikke har blitt brukt behandlende. På en annen side vet vi av Chen og kolleger (2016) samt Martinsen (2011) at gåtur også virker forebyggende med tanke på symptomfrihet. Masterstudenten ser muligheten for at gåtur mot slutten på innleggelsen dermed kan brukes veiledende for hva pasienter selv kan gjøre etter utskrivelse for å forebygge symptomvekst. I tillegg kan det være at gåtur utenfor posten lar seg gjøre dersom symptomer ikke observeres med mindre en samtaler nært omkring dette. For eksempel trenger nødvendigvis ikke en lidelse med vrangforestillinger (Skårderud et al. 2015) komme til syne med mindre det samtales spesifikt om det vrangforestillingen omhandler. Masterstudenten mener det i så fall kan det være en fordel at personalet er forberedt på en slik situasjon. At vedkommende kan lede samtalen i en annen retning dersom pasienten kommer i prat med noen om temaet.

Videre sa henholdsvis Martinsen (2011) og Chen med kolleger (2016) at gåturen bør ha en varighet på minimum 30 minutter daglig for å bedre eller ivareta helsen. Eventuelt

erstattet med 90 minutter moderat til kraftig mosjon ukentlig. Herunder omtales det gunstig at man i løpet av turen opplevde pulsøkning samt ble andpusten. Pulsøkning samt det å bli andpusten og svett, kan ifølge Skårderud og kolleger (2015) imidlertid være symptomer ved for eksempel angstlidelser, og som dermed kan forveksles med tilstanden. Samtidig tenker masterstudenten at pasienter nødvendigvis ikke bør skånes for dette. Men at dette derimot kan være en gylden mulighet for at pasienten sammen med fagperson forberedes og gis muligheten til å kjenne på ubehaget –samt at det går bra. En annen utfordring med disse symptomene, er at ubehaget kan hindre personer til deltakelse i fysisk aktivitet. Når vi av resultatene vet at det kan være vanskelig å motivere personer med psykiske lidelser til fysisk aktivitet, kan det kanskje være nødvendig å ta høyde for dette. At man i starten ikke nødvendigvis har som mål at pasienten skal gå i tretti minutter hvor den kjenner på svette, økt pust og puls. Kanskje er det tilstrekkelig med en lavere målsetning. På en annen side kan det også tenkes at enkelte *vil* anstrenge seg. At det å bli presset fører til at vedkommende opplever mestring og tilfredshet med seg selv.

4.1.2 Styrketrening

Styrketrening kan ha positiv innvirkning på den psykiske helsen (Firth et al. 2015). I motsetning til kondisjonsøvelser, ble det under intervjuene fortalt at styrketrening kan ha fordel ved at det oppnås helsegevinst med mindre behov for utholdenhet. Styrketrening med tung belastning og få repetisjoner ble i så måte støttet av Heggelund (2013), da han fortalte at dette har best effekt på maksimal styrke, eksplosiv styrke og arbeidsøkonomi.

Masterstudenten anser utstyr i form vekter og apparat i så måte gunstig med tanke på at belastning enkelt kan justeres. Muligens kan et slikt tilbud ved distriktpspsykiatriske senter kunne motivere pasienter til å bedrive styrketrening, for således å føle tilfredshet etter å ha mestret treningen. For eksempel ved tilstedeværelse av negative symptomer. Dersom verken medisiner eller kognitive tilnærminger hjelper, kan kanskje det å bygge opp personens selvbilde være veien å gå for at pasienten skal se hva hun eller han faktisk klarer. Fremfor at fokus er på begrensingene lidelsen medfører (Martinsen, 2011, Soundy et al., 2015). Samtidig kan en kan spørre seg om maksimal styrke, eksplosiv styrke og arbeidsøkonomi er faktorer å vektlegge i behandlingen av psykiske lidelser, når en vet at det innebærer større sjans for muskeltretthet og skader (Lauersen et al., 2014). Dette kan i så fall gi pasienten en dårlig opplevelse av aktiviteten og redusere dens motivasjon eller evne til fortsettelse.

En annen faktor som kan ha betydning for om pasienter fortsetter med styrketrening etter utskrivelse, er tilgang på utstyr. Og nettopp behovet for utstyr ble av resultater sett å være en av fordelene ved styrketrening med egen kroppsvekt. Styrketrening med egen kroppsvekt krever ikke utstyr. Ved å bli introdusert for slike øvelser under innleggelse ved distriktspsykiatriske senter, legger i alle fall ikke mangel på utstyr noen demper for om vedkommende fortsetter med styrketrening etter utskrivelse. På den andre siden kom det også frem av intervjuene at det kunne være en fordel med tilgang på utstyr. Dette for at pasienter kunne få prøve om aktiviteten var noe for dem (Resultater). Noe som ble støttet av Eklund og kolleger (2014) når de fortalte at redsel for hvordan man skal håndtere utstyr eller apparater, kan være til hinder for at personer med psykiske plager oppsøker treningssenter. I tillegg kan trening ved et eksternt treningssenter ivareta Borge og kollegers (2011) anbefaling om å legge fysisk aktivitet ved institusjon til et nøytralt sted som bidrar til å viske ut forskjeller mellom pasient og hjelper. På en annen side ser masterstudenten for seg at det kan det være en sjans for at enten pasient eller hjelper uansett er mer vant til den aktuelle arenaen. At det å tilstrebe en nøytral arena kanskje ikke behøver vektlegges i arbeidet med fysisk aktivitet ved distriktspsykiatriske senter. Dessuten hadde pasientgruppen blitt dårligere med tiden. Noe som gjorde at det var fordeler ved å ha hall i tilknytning til det distriktspsykiatriske sentret (Resultater). Dette tolket masterstudenten å kunne gjøre at pasienter var fysisk aktive, kontra om sentret ikke hadde denne muligheten.

4.1.3 Friluftsliv

Friluftsliv ble av informanter sagt å være tilgjengelig. For det første så behøvde man ikke dra langt for å oppsøke naturen (Resultater), og likeledes viste litteratur også tilgjengelighet i form av mindre krav til hyppighet (Kurtze et al., 2009) eller fysiske anstrengelser (Chen et al., 2016). På en måte kan det i så fall spørres om friluftsliv har noen effekt som fysisk aktivitet dersom det ikke medfører faktorer som økt pust og puls (Firth et al., 2015). Eller om det er tilfredsstillende at pasienter deltar i fysisk mindre anstrengende aktiviteter, som friluftsliv, med mål om å tilstrebe reduksjon av psykiatriske symptomer? Etter undersøkelsens funn om at det kan være vanskelig å motivere denne pasientgruppen til fysisk aktivitet (Resultater), tenker masterstudenten at helsepersonell bør sette seg inn i pasientens situasjon. For kanskje krever det såpass mye energi for pasienten å delta, at aktivisering i det hele tatt bør være målet. Og basert på at Hansmann og kolleger (2013) sier friluftsliv kan bidra til avslapning og velvære, trenger ikke dette være noe dårlig aktivitetsvalg for den psykiske helsen.

4.1.4 Ballspill

Ved tre av de fire distriktpsikiatriske sentrene ble ballspill tilbydd som aktivitetsform (Resultater). Selv om ballspill ble opplevd lystbetont (Resultater), kan på den andre siden tenkes å være avhengig om deltakeren opplever mestring. For kanskje vil det være en ulempe dersom noen faller utenfor spillet. For eksempel ved ikke å føle seg på nivå med de øvrige deltakerne, eller at psykiatriske symptomer begrenser evnen. Noe som igjen kanskje medfører negative tanker omkring egen prestasjon. I den forbindelse ble det av resultatene sett å være en fordel med personale som kunne komme med positive tilbakemeldinger samt å ta til sides deltakere for nærmere prat ved behov. Riktignok så vi av Vancampfort og kolleger (2012a) at slike tilpasninger fortrinnsvis er lettere ved individuelle opplegg. Derimot ble det sosiale aspektet trukket frem som en fordel ved ballspill med tanke på psykiatriske symptomer (Soundy et al., 2015). Gjennom å treffe andre mennesker kan aktivitetsformen dessuten legge til rette for nettverksbygging samt å medføre fordeler som at gruppeaktiviteter er mindre sårbare med tanke på antall deltakere (Vancampfort et al., 2012a). Sårbart ved at aktiviteten kan fortsette tross frafall av deltaker(e). Men masterstudenten tenker også med hensyn på personer som ikke vil «stikke seg frem».

Også ved ballspill fant undersøkelsene at *tilgjengelighet* var av betydning (Resultater). Først og fremst fordrer aktiviteten at senteret har tilgang på arena. En mulighet kan være å benytte offentlige åpne arenaer (Resultater). Masterstudenten tenker at dette riktignok kan medføre samme moralske problemstilling som omtalt under gåtur, altså hvorvidt aktiviteten utgjør utlevering av mennesker som i en syk periode kan ha svekket evne til å ta gode avgjørelser for seg selv. En annen ulempe vedrørende tilgjengelighet, er at ballspill kan være vanskelig å fortsette med etter utskrivelse. Resultater fra intervjuene viste i den forbindelse at Jæren distriktpsikiatriske sentrene skilte seg ut i forhold til hvordan og hvem ballspill ble tilbydd. På en måte tenker masterstudenten at det kan medføre utfordringer når gruppeaktiviteter består av en blanding mellom deltakere med stort symptomtrykk og deltakere uten symptomer. Blant annet med hensyn på nivåforskjeller og ivaretagelse av personer som kan ha redusert vurderingsevne. Samtidig fortalte informanter det som et suksesskriterium at deltakerne kunne snakke sammen etter endt aktivitet. Ved å legge til rette på denne måten, ser også masterstudenten fordeler ved aktiviteter hvor personer både med og uten symptomer kan delta. For eksempel kan det på denne måten oppnås likemannsarbeid (Proudfoot et al., 2012). Noe som kan bidra til at personer med symptomer får hjelp, samt at

det gir en følelse av å være til nytte for den som hjelper (Proudfoot et al., 2012). I tillegg ser masterstudenten muligheten for at deltakere ved slike grupper kan undervises. For eksempel basert på at Borge og kolleger (2011) sier personer med psykiske lidelser gjerne slutter med fysisk aktivitet når de begynner å kjenne ubehag. Kanskje kan undervisning blant annet bidra til å redusere bekymringer og dermed øke motivasjon for fortsettelse.

Videre ble gjennomføring av ballspillet overlatt til deltakerne (Resultater). Samtidig så vi av Firth og kolleger (2015) at tilsyn av personell under fysisk aktivitet økte deltakelse, noe som taler for at det også bør være ansatte tilstede under gjennomføringen. Ut over tilsynsfunksjonen masterstudenten forstår Firth og kolleger (2015) snakker om, finner masterstudenten dette samtidig hensiktsmessig for å ivareta tidligere omtalt suksesskriteria om å være tilgjengelig for deltakerne (Resultater).

4.1.5 Hvordan kan aktiviteter bli helhetlige?

Presentasjon av de ulike aktivitetene hadde til hensikt å belyse at hver av dem kanskje innehar egenskaper som passer forskjellige mennesker. På denne måten tenker masterstudenten at det ved distriktpspsykiatriske senter bevisst kan legges opp til aktiviteter som ivaretar en slik bredde. Dette kan ses i sammenheng med organisasjonsstruktur (Mintzberg, 1979). For basert på resultat om at det kunne være lurt å ha et felles klokkeslett for aktiviteter, tenker masterstudenter at faste aktiviteter kan inngå som en del av en byråkratisk organisasjonsstruktur. Kanskje kan dette bidra til at fysisk aktivitet ikke nedprioriteres. Imidlertid avhenger de faste aktivitetene av at de treffer flest mulig. Noe masterstudenten mener det bør tas hensyn til når aktiviteter bestemmes. Altså at det tilbys aktiviteter som skiller seg fra hverandre. Som for eksempel at styrketrening og ballspill henholdsvis innebærer individuell –og gruppetrening (Diskusjon av resultater). I lys av Mintzberg (1979), kan slike organisasjonsstrukturete fast aktiviteter imidlertid tenkes rigide. Masterstudenten ser for seg at det distriktpspsykiatriske senteret dermed gir et uttrykk som «Dette er aktivitetene vi har å tilby. Dersom det ikke interesserer, så synd for deg» (Fiktivt sitat laget av masterstudenten). Kanskje vil det være en fordel om organisasjonen tar hensyn til dette. For eksempel ved at fysisk aktivitet også kan organiseres som et ad hoc-krafti (Mintzberg, 1979) hvor det tillates mer kreativ tenkning. Altså at personalet kan tilstrebe aktiviteter den enkelte pasient har lyst å bedrive, selv om dette ikke inngår i sentrets faste tilbud. Masterstudenten ser muligheter for en slik organisering sammen med resultatet om at ansatt(e) som jobber med

fysisk aktivitet på heltid virker å gi bedre tid til individuelle tilpasninger (Resultater). For på denne måten kan personalet finne ut hvilken aktivitet pasienten har lyst å bedrive, for deretter å tilstrebe dette.

4.2 Motivasjon kan være et resultat av helhetlig fokus

Masterstudenten anser *motivasjon* på bakgrunn av resultater fra intervjuene å være av betydning både for om personer med psykiske lidelser benytter fysisk aktivitet som behandling, samt ansattes arbeid innen feltet. Beebe og kolleger (2012) fortalte at mangel på motivasjon regnes å være blant hovedårsakene til redusert aktivitetsnivå hos personer med psykiske lidelser. Likeledes fortalte ansatte i gruppeintervjuene at det kan være vanskelig å motivere personer med psykiske lidelser til fysisk aktivitet. Ifølge Moore og kolleger (2010) kan tilstedeværelse av psykiatriske symptomer føre til nedsatt vilje og/eller evne til aktivisering. Masterstudenten forstår den psykiske lidelsen og forårsake mangel på indre motivasjon. Paradoksalt nok forteller Vancampfort og kolleger (2012a) at fysisk aktivitet kan bidra til å redusere psykiatriske symptomer. Farholm & Sørensen (2016) sier helsepersonell har et ansvar for å motivere til fysisk aktivitet. Masterstudenten forstår det derimot her som at helsepersonell kan bidra med ytre motivasjon. Dette ses lys av Winter & Nielsen (2008) sin beskrivelse av *målgruppeatferd*. Altså at pasienter er sluttbrukere og til syvende og sist avgjørende for i hvor stor grad fysisk aktivitet benyttes i behandlingen. For av Borge og kolleger (2011) vet vi at psykoedukasjon kan øke sjansen for at personer med psykiske lidelser kommer i gang med fysisk aktivitet. Med viten om målgruppeatferd friskt i minnet, tenker masterstudenten at det derfor kan være hensiktsmessig å gi «målgruppen» nettopp denne kunnskapen. Med andre ord at de gis opplæring i fysisk aktivitet og psykisk helse.

Når det gjelder *ansattes* kompetanse, ønsker masterstudenten å sette dette i sammenheng med kompetanseorientering etter Dalin (1997). Altså at økt kunnskap blant annet kan føre til å endre ansattes holdninger og ferdigheter (Dalin, 1997). Her benytter masterstudenten videre det Winter & Nielsen (2008) sa om *ansattes betydning* ved å være det siste leddet ut mot sluttbruker, altså pasienter. For med god kunnskap på området, tenker masterstudenten at fysisk aktivitet kan få ytterligere fokus i behandling av psykiske lidelser. At dette i så fall kan motvirke det Benjamin (2014) fortalte om at pasient og/eller ansatte sin mangel på kunnskap, kan gjøre at fysisk aktivitet blir sett på som et tidsfordriv fremfor behandlingsform. Derimot tenker masterstudenten at hevet kunnskapsnivå hos de ansatte, kan

sørge for at de ser hensikten med å bruke fysisk aktivitet som behandling. Noe som kanskje kan føre til at flere med psykiske lidelser får mulighet for fysisk aktivitet som behandlingsform. Masterstudenten ser en slik fremgangsmåte med kompetanseheving å kunne påvirke organisasjonskulturen (Mintzberg, 1979). Å sette dette inn i teori om organisasjonskultur har til hensikt å tydeliggjøre at organisasjonskulturen dermed bevisst kan benyttes som et styringsverktøy (Alvesson, 2013). Dessuten blir det lettere å se hvordan temaet kan vektlegges for at det ikke skal bli rammet av for eksempel strukturelle beslutninger (Cameron & Quinn, 2006). Masterstudenten mener at det for eksempel ville vært lite gunstig dersom det organisasjonsstrukturelt ble besluttet å spare penger gjennom stans i all kursvirksomhet i samme periode som kompetanse på fysisk aktivitet og psykisk helse skulle heves. Noe som i så fall kunne gjort at ansatte dermed ikke fikk kompetanseheving. Eksemplet belyser i tillegg hvordan temaet administrativt kan tas på alvor som en del av organisasjonens helhetlige behandlingstilbud, slik at det ikke bare blir et tidsfordriv.

Individuelle tilpasninger kunne bidra til at den enkelte pasient fant noe som interesserte, og dermed motiverte (Resultater). Imidlertid hadde bare om lag halvparten av informantene tid til å ivareta individuelle tilpasninger (Resultater). Masterstudenten tenker at det kan være flere årsaker til dette. For eksempel kan resultater innen *Hvem jobber med fysisk aktivitet ved DPS* spille inn. At en organisering med ansatt(e) som jobber med fysisk aktivitet på heltid kanskje gir bedre tid til individuelle tilpasninger. Eller om det for eksempel kan skyldes at feltet ikke prioriteres sammenliknet med andre behandlingsformer, slik vi så av *Aksept av fysisk aktivitet som behandling av psykiske lidelser* (Resultater). Masterstudenten undres om flere pasienter kan bli motivert til fysisk aktivitet dersom disse organiseringstiltakene blir tatt hensyn til. Kanskje burde det i så fall vært et helhetlig syn på fysisk aktivitet innen helseorganisasjonen. For eksempel at det organisasjonsstrukturelt ble lagt til rette med egne ansatte som jobber med fysisk aktivitet. Kanskje i form av et profesjonelt byråkrati, slik at disse ansatte i besittelse av sin bakgrunn hadde fagkunnskaper til å ta seg av feltet (Mintzberg, 1979).

Videre kunne relasjonen mellom pasient og ansatt virke motiverende (Resultater). Av og til ble det spilt på lag med slike relasjoner, men det var ikke noe rutine for det. Kanskje kunne man ved å ha rutine for en slik tankegang sørget for at flere pasienter ble fysisk aktive under innleggelsen. På en annen side kan det ved en slik rutine være at enkelte får bedre relasjon med pasienten, for eksempel ved å redusere krav og forventninger til pasienten på andre områder. Som at pasienten ikke deltar i psykoedukasjon, da et personale har sagt til

vedkommende at hun eller han kan bli med å gå en tur i stedet. Den ansatte kan med hensyn på fysisk aktivitet dermed bli ansett som dyktig i jobben, mens det faktisk rammer andre områder av arbeidet. Noe som for eksempel kan medføre splittelser i personalstaben. Imidlertid tenker masterstudenten at det også her kunne blitt gjort organisatoriske tiltak for å fremme relasjonsbygging. For eksempel at det ble lagt opp til at pasienter hadde fast(e) kontaktperson(er) blant de ansatte. Kanskje kunne dette forårsaket relasjoner som gjorde det enklere å motivere til fysisk aktivitet.

4.3 Samhandling mellom distriktpsikiatriske senter og kommuner kan gi pasienter et behandlende og forebyggende tilbud

4.3.1 Samarbeid og forebyggende psykisk helsearbeid

Resultater fra intervjuene viste at det kan være vanskelig å motivere personer med psykiske lidelser til fysisk aktivitet. I tillegg til manglende motivasjon, opplevde ansatte pasienter for dårlige til at det var hensiktsmessig at vedkommende ble med ut av avdelingen (Resultater). På bakgrunn av dette, kan det spørres om det bør drives fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter når det virker å må legges mye arbeid og ressurser i deltakelse. På en annen side så vi at fysisk aktivitet ved psykiske lidelser egnes for å redusere psykiatriske symptomer (Vancampfort og kolleger, 2012a) samt gjenvinne funksjonsevne (Harvey et al., 2010). Derav ser masterstudenten muligheten for at innleggelse ved distriktpsikiatriske senter være en gylden mulighet til å introdusere pasienter for gruppeaktiviteter eller fysisk aktivitet generelt. For eksempel gjennom slik vi så Borge og kolleger (2011) si at informasjon om aktivitetsformer, tilbud og muligheter kan redusere barrierer for deltakelse etter utskrivelse. I tillegg kan pasienter under innleggelse bli satt i kontakt med tilbud for fysisk aktivitet med tanke på tiden etter utskrivelse (Connie, 2014). For å tilstrebe dette, tenker masterstudenten at det kan finnes muligheter sett i sammenheng med *hvem fysisk aktivitet tilbys* (Resultater). For resultater fra intervjuene viste at personer med psykisk lidelse ved ett senter kunne delta i aktivitetsgrupper både dersom de var innlagt, var poliklinisk pasient eller hadde vært innlagt tidligere. Dette ser masterstudenten å kunne ha en forebyggende effekt, noe Caldas de Almeida (2014) dessuten fortalte å være et internasjonalt satsningsområde. Forebyggende ved at fysisk aktivitet kan bidra til å holde psykiatriske symptomer på avstand (Martinsen, 2011), ikke minst gjennom det sosiale gruppeaktiviteter medfører (Soundy et al., 2015). Dertil fortalte Strassing og kolleger (2014) om økt sosial funksjon ved

gruppeaktiviteter, noe som ifølge Borge og kolleger (2011) ble sagt å kunne øke sjansen for opprettholdelse av aktiviteter. Dessuten kan en organisering gjennom gruppeaktiviteter som også er åpen for tidligere innlagte pasienter, møte Vancampfort og kolleger (2012) når de mener at alle som har vært i kontakt med psykisk helsevern bør ha mulighet for oppfølging med hensyn på fysisk aktivitet. Hvordan dette kan gjøres, vil bli nærmere omtalt i neste avsnitt.

4.3.2 Samarbeid mellom distriktpsikiatriske senter og kommuner

Dette avsnittet vil først ta for seg mulige fordeler masterstudenten tenker kan oppnås gjennom samhandling mellom distriktpsikiatriske senter og kommuner for personer med psykisk lidelse. Deretter ses det ved hjelp av Winter & Nielsen (2008) på enkelte faktorer som kan være av betydning for at et slik samarbeid skal fungere.

Resultater fra gruppeintervjuene viste at det ene distriktpsikiatriske sentret i større grad samarbeidet med kommuner om tilbudet innen fysisk aktivitet. Masterstudenten tenker et slikt samarbeid kan ha fordeler. Blant annet for at aktiviteten, arenaen samt de øvrige deltakerne er kjent for personen uansett om den er der på egen hånd eller i regi av distriktpsikiatrisk senter eller kommune. Kjentskapet kan i henhold til Connie (2014) lette deltakelse. I tillegg kan det være at andre deltakere og ansatte på denne måten kjenner dens normaltilstand. Dette kan gjøre at de merker om personen får økt symptomtrykk. De kan da komme med anbefalinger. Og kanskje den berørte på denne måten kan forhindre symptomutvikling med påfølgende fravær fra jobb eller innleggelse i institusjon. Skulle imidlertid personen være i behov av innleggelse, kan et samarbeid mellom distriktpsikiatriske senter og kommuner altså sørge for at aktivitetstilbudet allerede er kjent.

For å øke sjansene for at samarbeid mellom distriktpsikiatriske senter og kommuner skal fungere over tid, sier Winter & Nielsen (2008) at *tillit* er av betydning. Med dette mener de at det for alle involverte parter må stå noe på spill. På denne måten forklarer forfatterne tillit å bli selvforsterkende. For eksempel kan tillitt tilstrebes gjennom at partene går inn med et betydelig innskudd, der de vil tape ved å bryte samarbeidet, såkalt ressursavhengighet (Winter & Nielsen, 2008). Som i fellesskap å bygge et folkehelseanlegg. Dette viser ovenfor hverandre at de mener alvor. Kanskje innebar samarbeidet mellom Jæren DPS og kommuner mer beskjedne utgifter som bruk av ansatte, kjøretøy samt leie av anlegg. Tilliten ved liten

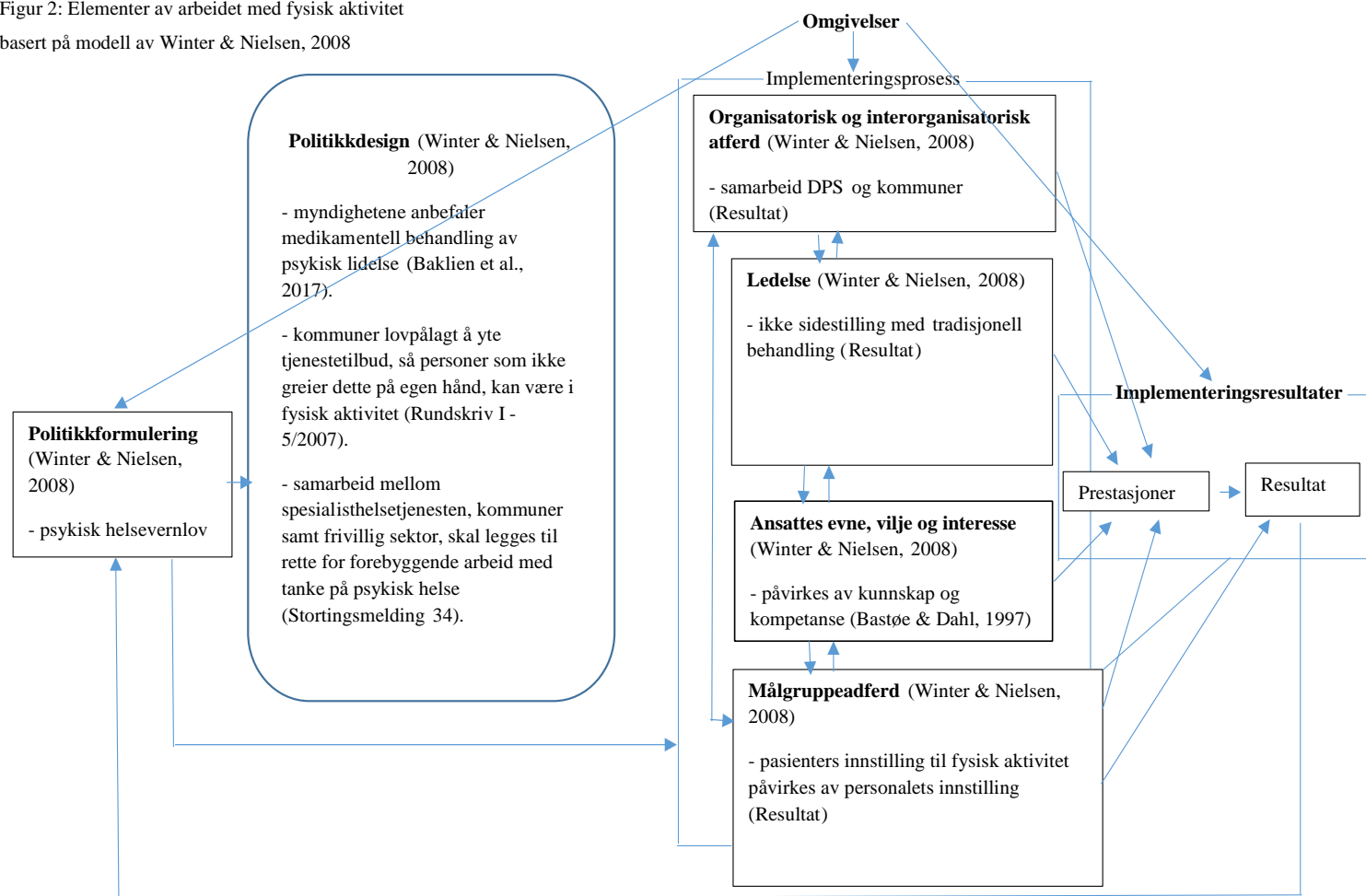
eller fravær av ressursavhengighet kan ifølge forfatterne imidlertid være vel så bra, da dette bidrar til at partene stoler på hverandre også i andre sammenhenger. De sier en da skal være klar over at brudd på tillit i slike tilfeller, gjør den vanskeligere å bygge opp igjen.

Masterstudenten kan se for seg utfordringer for tillitsbygging med hensyn på et eventuelt samarbeid mellom distriktpsikiatriske senter og kommuner. For eksempel trenger det ikke i kommuner å være et likt forhold mellom dens økonomi og antall ansatte innen psykisk helse som er tilgjengelige for å jobbe med interkommunale aktivitetsgrupper. Dersom en «fattig» kommune til stadighet bidrar mer inn i aktivitetsgruppen med tanke på antall deltakere kontra en «rikere kommune», er det ikke vanskelig å tro at dette kan by på misnøye. I den forbindelse kan det kanskje være en fordel slik samarbeidet ble organisert på Jæren, altså at det distriktpsikiatriske sentret har en koordinerende funksjon (Resultater). Masterstudenten forstår et slikt samarbeid å ligge bak det Winter & Nielsen (2008) kaller interorganisatorisk atferd. Ved å benytte Winters integrerte implementeringsmodell som ble vist i bakgrunnskapitlet, kan det ses at flere faktorer spiller inn på et eventuelt samarbeid. Med bakgrunn i tidligere omtalte elementer, kan et eventuelt samarbeid for eksempel være avhengig pasienter og ansatte, noe som igjen er avhengig deres kunnskap (Winter & Nielsen, 2008).

4.3.3 Elementer av arbeidet med fysisk aktivitet påvirker hverandre

Det vil i dette avsnittet bli presentert en modell som er basert på Winters integrerte implementeringsmodell (Winter & Nielsen, 2008). Hensikten er å tydeliggjøre hvordan ulike elementer innen fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter kan påvirke hverandre. Etter modellen er presentert, vil diskusjonen sammen med Bastøe & Dahl (1997), Mintzberg (1979) samt Winter & Nielsen (2008) systematisk ta for seg de ulike elementene. Her knyttes funn fra datainnsamlingen til de ulike elementene.

Figur 2: Elementer av arbeidet med fysisk aktivitet basert på modell av Winter & Nielsen, 2008



Vi starter inne i modellen, for deretter å jobbe oss utover for å se hvordan fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter organisatorisk kan henge sammen. For av resultater fra intervjuene så vi at det ikke er noen fast struktur på undervisning til hverken pasienter eller ansatte. Ifølge Bastøe & Dahl (1997) kan kunnskap og kompetansenivået hos de ansatte påvirke deres **evne, vilje og interesse**. Dette kan tenkes å henge sammen med funnet om at det hjelper at personalgruppen snakker varmt om fysisk aktivitet, altså at de med kunnskap om fysisk aktivitets positive effekter på den psykiske helsen, også fremsnakker temaet. Som vist i modellen kan dette påvirke **målgruppeatferden** gjennom pasienters innstilling til fysisk aktivitet. Både evne, vilje og interesse og målgruppeatferden har ifølge Winter direkte påvirkning på prestasjoner og/eller implementeringsresultater. Implementeringsresultater tenkes her å være hvorvidt fysisk aktivitet tilbys. På denne måten ses at man kan styrke feltet fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter gjennom påvirkning av flere ledd.

Går vi et steg opp i modellen, ser vi at evne, vilje og interesse påvirker og er påvirket av **ledelse**. Dette kan ses i sammenheng med funn om at fysisk aktivitet ikke sidestilles med tradisjonell behandling. For på en måte kan vi si at fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter bør være etter initiativ fra ledelsen. På en annen side kan det også ses som at ledelsens drivkraft for fokus på fysisk aktivitet, kanskje kan komme fra «ansatte på gulvet». Slik informantene fortalte hadde vært tilfellet ved Jæren DPS. Ut fra dette, kan denne organisasjonen i lys av Mintzberg (1979) minne mer om et profesjonelt byråkrati enn et maskinbyråkrati. I modellen påvirkes Ledelse igjen av **organisatorisk og interorganisatorisk** atferd. Interorganisatorisk atferd kan ut fra denne besvarelsen være funn om samarbeid mellom distriktpsikiatriske senter og kommuner. Vi ser av modellen at dette virker inn på målgruppeatferden, og deretter prestasjoner og resultat.

Alt dette styres av **politikkformulering** og **politikkdesign**. For eksempel ser vi at myndighetene gir føringer for hvordan behandling av psykiske lidelser bør foregå. Dette kan være bra for å sikre en god behandling av psykiske lidelser innen helsevesenet. Samtidig kan den hierarkiske strukturen mellom politikken og de ansatte som til slutt er i kontakt med pasienten, hemme nytenkning (Mintzberg, 1979). Men i likhet med det som ble omtalt under *ledelse*, kan også politikkformulering og politikkdesign ifølge Winter & Nielsen samt Bastøe & Dahl påvirkes av det de videre kaller en bottom-up påvirkning. Altså at det skjer endringer i politikken på bakgrunn av erfaringer som er gjort «på gulvet». For å tilstrebe en slik bottom-up effekt, kan det kanskje være hensiktsmessig med en organisasjonsstruktur som tillater

dialog og forslag. I den forbindelse så vi av litteratur at Mintzberg (1979) omtaler ad-hoc
kratiet som lite byråkratisk og egnet for kreativitet.

5.0 Diskusjon av metode

Malterud (2011) sier at validering av kvalitative undersøkelser bør skje ved å systematisk se om de metodiske valgene har hatt betydning for utfallet av studien. I fortsettelsen vil derfor avsnittene fra metodekapitlet gjennomgås. Her diskuteres hvordan de metodiske valgene kan ha påvirket resultatet, samt alternative måter studien kunne vært gjort på.

5.1 Problemstilling

Under gruppeintervjuene ble det snakket med utvalget om *fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter*. Problemstillingen kom i stand først etter analysen av datamaterialet (Malterud, 2011). Dette kan ha medført at datainnsamlingen ikke ble så spisset mot problemstillingen som den kunne vært. På en annen side kan datamaterialet ha mistet informasjon dersom problemstillingen var endelig formulert allerede til intervjuene. Med andre ord at kanskje både informantene og masterstudenten i så fall hadde vært fristet til å finne informasjon vi mente omhandlet *helhetlig* og *samhandlende*, til forskjell fra at disse kunne ses på bakgrunn av resultater av dataanalysen.

5.2 Design

Masterstudenten hadde et ønske om å høre ansattes erfaringer for å lykkes med fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter samt oppdage nyanser som kanskje ikke var omtalt i kjent litteratur. Blant annet derfor ble det altså valgt en kvalitativ tilnærming gjennom gruppeintervju. Imidlertid anbefales ikke gruppeintervju når intensjonen er å beskrive og belyse ulike varianter av et fenomen (Malterud, 2011). Ut fra temaet *fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter* kunne det kanskje heller blitt brukt et kvantitativt opplegg. Kanskje ved hjelp av spørreskjema (Jacobsen, 2013). Her kunne det ut fra kjent litteratur vært spørsmål som besvarte i hvor stor grad litteraturen ble benyttet i praksis. At spørreskjemaet systematisk hadde tatt for seg kjent litteratur. På denne måten kunne det mer lettfattelig blitt nådd et større utvalg. Imidlertid ville dette fordret spørsmål ut fra kjent kunnskap. I tillegg kan det være at respondentene hadde ønsket å fremheve sitt senteres handlemåte, noe som resulterte i forfinede svar i forhold til virkeligheten. Sånn sett kunne kanskje deltakende observasjon (Malterud, 2011) vært en bedre metode for å se hvordan det *faktisk* ble arbeidet.

På grunn av observatøreffekt, tidsbruk, praktisk gjennomføring samt av hensyn til å ivareta pasienters anonymitet (Jacobsen, 2013), ble det likevel valgt semistrukturerte gruppeintervju.

5.3 Utvalg og rekruttering

Et strategisk utvalg for denne studien ble i metoddelen sagt å være ansatte som jobber med fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter. Det kan ha vært en svakhet med benyttede utvalg at man kun fikk deres meninger om temaet (Jacobsen, 2013). Dette siden arbeidsstaben ved distriktpsikiatriske senter består av flere faggrupper, hvorav få fikk mulighet til å inngå i utvalget. Det kunne derfor ha vært en fordel om utvalgene inkluderte deltakere fra flere faggrupper samt ledelse. For når informantene var ansatte på gulvet, kan dette ha bidratt til å kartlegge hvordan arbeidet faktisk fungerte. Imidlertid dreide en del av resultatene seg om *organisering*. Kanskje kunne intervju med ledere bedre kartlagt organiseringen av fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter. Dette for å høre deres erfaringer omkring temaet. For kanskje overlot ledelsen bevisst ansvaret for fysisk aktivitet til øvrige ansatte, slik at ledelsen ikke skulle legge noen føringer for arbeidet. Eller at begge parter kunne vært intervjuet for å få informasjon fra begge ståsted. I tillegg kunne det ytterligere vært lett etter andre institusjoner hvor det arbeides med fysisk aktivitet og psykisk helse. Ikke bare innen spesialisthelsetjenesten. For kanskje hadde det vært nyttig å se hvordan kommuner jobber med temaet, slik at arbeidet best mulig kan tilrettelegges de mange kommuner fremfor at disse må innrette seg etter et færre antall distriktpsikiatriske senter.

Under avsnitt for rekruttering i metoddelen, ble det forklart at rekrutteringsmailen blant annet ble videresendt *ansvarlige for fysisk aktivitet* ved det ene distriktpsikiatriske sentret. Vedkommende satte masterstudenten i kontakt med to andre ansatte. På en side kan det spørres om ikke den *ansvarlige for fysisk aktivitet* ville vært den rette personen å snakke med om organisering av fysisk aktivitet. Denne personen fungerte dessuten som et bindeledd mellom det distriktpsikiatriske senteret og kommuner. På rekrutteringstidspunktet visste imidlertid ikke masterstudenten at det ville fremkomme resultater som dreide seg om nettopp samarbeid mellom distriktpsikiatriske senter og øvrige instanser, og var på en måte dermed ikke klar over hvilke ressurser denne personen kunne besitte.

I metodebeskrivelsen ble alder og kjønn på informantene fra de to intervjuene henholdsvis beskrevet å være to kvinner og en mann i alderen 25-40 samt to menn omkring 40. Grunnen for at det ikke ble skrevet presis alder og kjønn knyttet til det spesifikke

distriktspsykiatriske sentret, var for å ivareta personvernet med tanke på at sammenstilling av bakgrunnsinformasjon ikke skal kunne gjøre informantene identifiserbar (Vedlegg E). Spredningen i alder og kjønn ved det første intervjuet kan ha vært gunstig for et bredere syn og meninger på temaet. Dette ved at personer i ulike livsfaser gjerne har ulike syn på en sak (Jacobsen, 2013). Imidlertid var deltakerne i det andre intervjuet av samme kjønn og med liten aldersforskjell. Noe som derimot kan ha ført til et ensformig syn. Kanskje kunne det blitt lett etter informanter med større spredning i alder og kjønn. På en annen side kunne en streben etter å få spredning i utvalget, skaffet informanter som ikke var like egnet.

5.4 Intervjuguide

Intervjuene ble gjennomført semistrukturerte. Tanken var å granske videre ut fra kjent kunnskap i stikkordsform. Intervjuguiden inneholdt ved det første intervjuet (Vedlegg C) noen konkrete spørsmål. Dette i frykt for å få jernteppe under intervjuene. 2-3 av disse var i intervjuguiden for lukket formulert. Likevel brukte masterstudenten stikkord fra intervjuguiden fremfor å stille konkrete spørsmål. Dette skjedde dessuten naturlig, da samtalen av seg selv kom inn på tema masterstudenten hadde i intervjuguiden. Videre baserte intervjuguiden seg i noe grad på kjent litteratur. Malterud (2011) sier dette er en svakhet ved at det kan ha styrt intervjuet i retning av kjent kunnskap. Som omtalt under *Problemstilling*, kunne spørsmålene i så fall derimot vært lagt opp for å kartlegge hvorvidt kjent kunnskap ble benyttet. I et slikt tilfelle kunne intervjuguiden kanskje vært hensiktsmessig utformet med en temabasert tilnærming (Thagaard, 2011). Temaene ville dermed vært forhåndsdefinert ut fra kjent litteratur, der hensikten var å kartlegge svar på disse. En ulempe kunne da vært at metoden kanskje gjorde det vanskeligere å fremskaffe nyanser omkring fysisk aktivitet ved distriktspsykiatriske senter.

5.5 Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk vinteren 2016/2017 som en kvalitativ studie i form av gruppeintervju. Først og fremst la dette til rette for å skape en dynamikk og diskusjon i gruppen som kunne frembringe nyanser ut fra hverandres innspill (Malterud, 2011). Under det ene intervjuet ble det imidlertid erfart at det kunne vært hensiktsmessig med individualintervju. En av informantene tok nemlig ikke like lett ordet som de øvrige.

Inntrykket var at dette skyldtes et ønske om ikke å avbryte. Individualintervju kunne i den forbindelse medført den nødvendige trygghet og fortrolighet (Malterud, 2011). Derfor ble den ved anledninger spurt, «enn du informant X, hva tenker du om dette?». Individualintervju ville i så fall ha mistet effekten av gruppedynamikk, samt at det hadde vært sårbart med hensyn på relasjon informant og intervjuer (Malterud, 2011). I tillegg spilte fordelen med tidsbruk (Malterud, 2011) inn i valget av gruppeintervju.

Under selve datainnsamlingen gjorde masterstudenten informantene oppmerksomme på diktafon. En ulempe kunne imidlertid være at folk, spesielt i starten, fokuserte på diktafonen samt det å snakke «riktig». Dette kan i tillegg ha blitt forsterket av masterstudentens uttalte ønske om å prate høyt, samt at det ble sagt at det kom til å bli trykket på diktafonen underveis for å markere. Praten bar ett til to minutter i etterkant av dette preg av å være unaturlig i form av overdreven tydelighet, noe som kanskje hemmet spontan prat. Til den andre datainnsamlingen ble det også gjort oppmerksom på diktafon og lydopptak, men fokuset ble denne gang begrenset ved å utelate den øvrige informasjonen.

I løpet av datainnsamlingen ble det lett etter nyanser. Det ses imidlertid i ettertid at denne jobben kunne vært bedre. For eksempel ved snakk om friluftsliv som fysisk aktivitet. Ansatte opplevde at pasienter fikk større funksjonsnivå når de kom ut i naturen, kontra inne på avdeling. Feilen var at det aldri ble spurt om *hvorfor*. *Hvorfor tror dere pasienters funksjonsnivå øker når de deltar i friluftsliv?* Dette spørsmålet kunne i så fall ha bidratt til å få vite om det er noe spesielt med akkurat friluftsliv, eller om det for eksempel er fysisk aktivitet eller utendørsaktiviteter generelt som fordrer et økt funksjonsnivå.

De to intervjuene foregikk med tre ukers mellomrom. Analysen av første intervju synliggjorde intervjutekniske svakheter, som lite gransking. Dette ble forsøkt justert til neste intervju.

5.6 Analyse

Gruppeintervjuene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering etter Malterud (2011), et valg som er begrunnet tidligere i besvarelsen. Under *Intervjuguide* i metodediskusjon ble det nevnt som et alternativ at intervjuguiden i større grad kunne vært basert på tema fra kjent litteratur, etter det Thagaard (2011) forteller om en temabasert tilnærming. På samme måte kunne en temabasert tilnærming også blitt brukt ved analysen. Ut i fra tema som var funnet på forhånd, blant annet gjennom litteratur, kunne det blitt lett etter

meningsbærende enheter som kunne relateres til temaene. En slik analysemetode hadde kanskje ikke vært like åpen for fenomener ut over de kjente temaene, som det systematisk tekstkondensering var. Derimot kunne metoden ved hjelp av *matriser* kanskje vært mer oversiktlig dersom intensjonen var å lettfattelig sammenlikne de undersøkte distriktpsikiatriske sentrene. Gapet mellom resultater kunne i så fall tenkes utført kvantitativt mot flere senter eller respondenter, for bedre mulighet for generalisering (Jacobsen, 2013). Noe som også kunne ført til en mer objektiv resultatfremstilling. En kan si at denne masterbesvarelsen i noe grad har sammenliknet, men intensjonen var her å se etter fellestrekk fremfor å sammenlikne distriktpsikiatriske senter opp mot hverandre.

En annen måte problemstillingen kunne blitt besvart på, var å rette analysen spesifikt mot Helsedirektoratets tipshefte om Fysisk aktivitet og psykisk helse (2010). Slik kunne besvarelsen systematisk kartlagt sentrenes ståsted i forhold til tipsene. Imidlertid ble det ikke lagt opp til dette fra starten av gjennom intervjuguiden, og datamaterialet inneholdt dermed ikke tilstrekkelig informasjon. Skulle masterprosjektet startet på nytt med nåværende kunnskap, ville nok dette alternativet blitt vurdert. Eventuelt kunne det for eksempel ut fra undersøkelsene blitt gjort supplerende spørreundersøkelser til et større antall respondenter for blant annet å kartlegge hvorvidt de sidestiller fysisk aktivitet med øvrig behandling. Altså at en ut fra gruppeintervjuene hadde funnet tema, som deretter kvantitativt ble testet mot et større utvalg.

5.7 Reliabilitet

Jacobsen (2015) omtaler intervjuereffekt å være av betydning for undersøkelsens reliabilitet. Deriblant relasjon mellom informant og intervjuer. En av de rekrutterte informantene jobbet ved samme distriktpsikiatriske senter som masterstudenten. Dette ble håndtert ved et skille mellom jobbrelatert kommunikasjon og henvendelser i forbindelse med studien, der sistnevnte foregikk per mail. Masterstudenten jobbet imidlertid et annet sted under arbeid med prosjektbeskrivelsen og planlegging av undersøkelsene. Til tross for at arbeidsforholdet var nytt og vi ikke kjente hverandre spesielt godt, kan det ha vært en svakhet. Dette ved at informanten kanskje ikke torde si sin virkelige mening i frykt for å sette enheten i et dårlig lys når intervjueren var til stede. Slik Jacobsen (2013) sier å kunne være en annen intervjuereffekt. Dette kan for øvrig generelt ha vært en svakhet med designet. For når det var rekruttert ansatte med kjennskap til sitt distriktpsikiatriske senter arbeid med fysisk

aktivitet, kan det etter litteratur om det profesjonelle byråkratiet (Mintzberg, 1979) også tenkes at disse har et visst ansvar for arbeidet. Dette kan i så fall ha ført til at de ansatte ønsket fremstille sitt distriktpspsykiatriske senter på best mulig vis, kanskje bedre enn hva som faktisk var tilfellet.

5.8 Validering

Jacobsen (2015) sier intern validitet dreier seg om hvorvidt en har dekning i data for de konklusjoner som blir trukket. Funnene fra studien ble testet mot informantene for å bekrefte eller avkrefte at de medfører riktighet, såkalt member-check (Malterud, 2011). Dette ved å sende funn til de respektive informanter i et eget dokument på mail. Her ble det spurt om å lese gjennom samt komme med tilbakemelding dersom noe ikke stemte. To informanter kom da med tilføyelser på aktiviteter som tilbys, samt tilbakemelding fra en person om et sitat hvor meningen burde presiseres. Til sammen fem informanter kom i tillegg med tilbakemelding om at de syntes intervjuet var oppsummert på en god måte.

Intervjuene fant en del informasjon som ikke var relevant for å besvare problemstillingen (Everett & Furseth, 2014). Analysemetoden var gunstig for å trekke ut relevant informasjon. Slik masterstudenten leser Malterud (2011), vil dette si *meningsbærende enheter*. Videre ble sluttresultatet av analyseprosessen i henhold til Malterud (2011) kontrollert opp mot rådataene. På denne måten ble de validert gjennom systematisk å lete etter rådata som ikke stemmer overens med sluttresultatet.

5.9 Overførbarhet

Overførbarhet sier Jacobsen (2015) å være en delkomponent av ekstern validitet og fortsetter med at dette vil si hvorvidt det vi har sagt noe om, også gjelder for andre sammenhenger. Thagaard (2011) sier kvalitative studier ikke vektlegger overførbarhet. Malterud (2011) mener likevel studier i form av semistrukturerte gruppeintervju kan være overførbare, men at det i så fall må være samsvar i betingelser, muligheter og begrensninger dit resultatet overføres. Samtidig påpeker Jacobsen (2013) at generalisering kan innebære at det vi har funnet i en spesiell situasjon, også vil kunne finne sted i andre sammenhenger. Denne studiens resultater fra intervju baseres på få informanter (Jacobsen, 2015) i hvert intervju, hvorav det bare var 1-2 informanter representert på vegne av sitt distriktpspsykiatriske senter. Dette gjorde

informasjonen sårbar ved at det gjerne bare var en persons oppfatning som kom frem. For å styrke overførbarheten, kunne det vært gjort intervju ved flere distriktpsikiatriske senter samt med et større utvalg. Alternativt kunne det i stedet, eller som et tillegg, vært brukt kvalitative spørreskjema med åpne spørsmål (Malterud, 2011) for å lettere nå et høyere antall informanter. Dette ville i så fall ha begrenset muligheten for oppfølgingsspørsmål.

5.10 Presentasjon av resultater

Som nevnt under *Analyse* i metodekapitlet, ble det laget tabeller for å gjøre utvalgt informasjon fra undersøkelsene oversiktlig. Resultater kunne i større grad vært presentert i slike tabeller, eller i *matriser* (Thagaard, 2011). Imidlertid ble det funnet bedre med hovedvekt av sammenhengende tekst. Dette fordi tabellene inneholdt meningsbærende enheter (Malterud, 2011). Derav burde det kanskje uansett kommet en forklarende tekst, da de meningsbærende enhetene alene ikke var bearbeidet. En slik bearbeiding lå derimot til grunn ved benyttede gullsitater (Malterud, 2011). For i analyseprosessen ble det laget gullsitater som sammenfattet innholdet i kondensatene. Slike ble i tillegg til sitater fra enkeltinformanter benyttet i resultatpresentasjon. Hensikten var å gi et «kvalitativt liv» til besvarelsen. Med dette mener masterstudenten at sitatene skulle hjelpe leseren til høre for seg hvordan informanter ordla seg.. Gullsitater ble foretrukket fordi disse er en sammenfatning fra flere informanter. Noe masterstudenten syntes ga et riktigere bilde av undersøkelsene som helhet, kontra enkeltinformanters «stemme». Likevel ble gullsitatene beholdt med ord og setningsoppbygging fra informantene, slik Malterud (2011) anbefaler.

5.11 Litteratur

Som beskrevet i metoddelen ble litteratursøk hovedsakelig foretatt i Oria og Pshycinfo. Sistnevnte database resulterte for det meste i internasjonale artikler. Siden litteraturen ses opp mot organisasjonsteori, kunne det blitt sett nærmere på hvorvidt litteraturen var overførbar til norsk organisering av helsetjenester. I tillegg kunne søk i flere databaser ha bidratt til annen litteratur, samt at det ytterligere kunne vært lett etter primærkilder. Vedrørende sistnevnte tenkes det spesielt på bøker av Skårderud og kolleger (2015) samt Rund (2011), men masterstudenten fant ikke hvor aktuell tekst var hentet fra. Dessuten ble definisjon av ordet organisering i besvarelsens innledning hentet fra store norske leksikon. Dette er ifølge

Jacobsen (2013) ingen god kilde, men ble av masterstudenten ansett å kunne brukes for å definere et ord.

Videre var spesielt organisasjonsteoriene gamle, deriblant Mintzberg (1979). Siden det refereres til teoriene slik Mintzberg skrev dem da, valgte masterstudenten å bruke denne referansen fremfor nyere litteratur som henviser til Mintzberg (1979). I tillegg var både Bastøe & Dahl samt Dalin fra 1997. Også disse ble brukt. Dette fordi teoriene passet besvarelsen, samt at masterstudenten ikke anså dem å være utdaterte. For eksempel når det refereres til kompetansenettverk av Bastøe & Dahl, har ikke masterstudenten låst dette til å passe samfunnet for 20 år siden. Med dette mener masterstudenten at kompetansenettverk i 1997 kanskje var mest aktuelt gjennom fysiske møter. Mens teorien brukes i denne oppgaven som at kompetansenettverk like gjerne kunne foregått som for eksempel skype-møter.

5.12 Masterstudentens ståsted som forsker

Malterud (2011) sier forskerens forforståelse er av betydning for forskningsprosessen. Hun forteller at det for pålitelighetens skyld er viktig at leseren gis innsikt i betingelsene kunnskapen er utviklet under, såkalt intersubjektivitet. En faktor for dette er refleksivitet, noe hun forklarer som forskerens forutsetninger og tolkningsramme. Derfor gjøres en presentasjon av masterstudentens arbeidssituasjon og yrkesbakgrunn innen psykisk helsearbeid.

Masterstudenten har jobbet ved flere enheter innen psykisk helsevern både ved St.Olavs Hospital i Trondheim og Sandviken sykehus i Bergen, samt deltidsarbeid ved psykisk kommunehelsetjeneste i Tromsø. Alle steder som sykepleier blant miljøpersonalet. Ved nåværende arbeidsplass deltar masterstudenten i en gruppe som skal jobbe med fysisk aktivitet. I denne er også en av informantene. Gruppen har foreløpig ikke hatt noen møter eller foretatt arbeid, og masterstudenten har et distansert forhold til deltakelsen foruten at den er ført i leders papirer. På en side vil alt av tilegnet kunnskap på feltet, tjene yrkesutøvelsen enten det er som gruppe medlem eller ikke. På den andre siden kan gruppedeltakelsen, selv om det er forsøkt å ha et bevisst forhold til det, ha forårsaket at arbeidet ubevisst er gjort i hensikt å tjene yrkesutøvelsen. Masterstudenten har i alle fall ikke bevisst gjort noe som tjener arbeidsplassen fremfor studiens kvalitet.

6.0 Oppsummering, implikasjoner for videre praksis og forskning samt konklusjon

6.1 Oppsummering samt implikasjoner for praksis og videre forskning

Fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter foregikk blant annet gjennom gåtur, styrketrening, friluftsliv og ballspill (Resultater). Aktiviteter ble organisert som individuelle eller gruppeaktiviteter. Individuelle aktiviteter hadde en fordel gjennom tettere kontakt for den enkelte pasient med hensyn på for eksempel symptomtrykk eller interesse (Vancampfort, 2012a). Mens gruppeaktiviteter på sin side kunne virke motiverende, samt være en arena for nettverksbygging og erfaringsutveksling. Noen aktiviteter krevde utstyr og arena (Resultater). Tilgang på utstyr og arena kunne på en måte innby til fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010), mens det på den andre siden var hensiktsmessig at pasienter ble introdusert for aktiviteter som var tilgjengelige (Resultater). Slik som gåtur (Browne et al., 2016) og styrketrening med egen kroppsvekt (Resultater). Ved noen distriktpspsykiatriske senter ble fysisk aktivitet kun tilbydd pasienter innlagt i døgnavdeling, mens det ved andre senter også ble tilbydd polikliniske –samt tidligere innlagte pasienter (Resultater). Den sistnevnte organiseringen kunne tilrettelegge for likemannsarbeid, samt at det økte deltakergrunnlaget muliggjorde gruppeaktiviteter.

Resultatene viste at det varierte hvilken yrkesbakgrunn og stillingstittel ansatte som jobbet med fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter hadde. For eksempel kunne dette være en ansatt med utdanning innen fysisk aktivitet som jobber med temaet på heltid. En ansatt med utdanning innen fysisk aktivitet som inngikk som en del av miljøpersonalet. Eller en person i miljøpersonalet med annen yrkesbakgrunn. At den ansatte jobbet med fysisk aktivitet på heltid, kunne sørge for bedre tid til individuelle tilpasninger (Resultater). Videre kunne kompetanse innen feltet formidle fysisk aktivitets positive effekter på den psykiske helsen til pasienter, pårørende samt eventuelt kolleger (Borge et al., 2011). Likevel ble ikke fysisk aktivitet sidestilt med tradisjonell behandling (Resultater) til tross for at dette anbefales av litteratur for at temaet skal bli en del av tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2010). Fokuset på fysisk aktivitet var derimot prisgitt den enkelte ansatte (Resultater). Kunnskap og kompetanseheving ble imidlertid sagt å ha betydning for ansattes innstilling til arbeidet (Resultater). Faste rutiner for kunnskapsheving kunne øke sjansen for at feltet ikke ble nedprioritert (Batøe & Dahl, 1997). Kunnskap og kompetanse kunne dessuten øke pasienter og ansattes motivasjon til fysisk aktivitet. Ved distriktpspsykiatriske senter var det

nødvendigvis ikke noen rutine for motiveringsarbeid (Resultater). Dette kunne for eksempel skje gjennom positiv prat om temaet. Ut over dette kunne *aktiviteter å velge mellom* virke motiverende, i tillegg til en rutine der ansatte med god relasjon til pasienten forsøkte å motivere (Resultater).

Videre ble det sett at tilbudet innen fysisk aktivitet ved distriktpsikiatriske senter kunne ha fordeler gjennom et samarbeid med kommuner i form av felles aktivitetsgrupper (Resultater) samt kunnskapsheving i form av kompetansenettverk (Bastøe & Dahl, 1997). På bakgrunn av disse organisatoriske forskjellene, kunne det videre vært nyttig å undersøke *hvilke* organiseringer som medfører helhetlig og samhandlende tilbud til personer med psykiske lidelser. Dette for eksempel ved å undersøke brukeres tilfredshet med samhandlingen mellom distriktpsikiatriske senter og kommuner. Dette ved senter hvor arbeidet organiseres ulikt. På bakgrunn av dette kunne man kanskje sagt noe om hvilken organisering som synes å gi mest tilfredshet hos pasienter. I tillegg kunne det også blitt undersøkt om deltakelse i aktivitetsgrupper etter utskrivelse samvarierer med antall reinnleggelse. For dersom slike aktivitetsgrupper har en forebyggende effekt, vil de kanskje være samfunnsøkonomisk gunstige i tillegg til gevinstene det har for den berørte personen.

6.3 Konklusjon

Et helhetlig og samhandlende tilbud innen fysisk aktivitet ved DPS kan oppnås gjennom bredt aktivitetsutvalg, kunnskap og samarbeid med kommuner. Aktiviteter kan slik virke forebyggende, og innleggelse brukes for å sette pasienter i kontakt med aktivitetstilbud. Noe som kunne møte internasjonale anbefalinger om forebygging. Samarbeidet kan videre foregå gjennom kompetansenettverk som læringsarena mellom instansene. Fremover kan det være nyttig med forskning på hvilken organisering av tilbudet som best mulig gir et helhetlig og samhandlende tilbud innen fysisk aktivitet til personer med psykiske lidelser.

Litteraturliste

- Alvesson, M. (2013). *Understanding organizational culture*. London: SAGE publication Ltd.
- Baklien, B., Aksnes, G., Granerud, A., Hals, E., Rølsåsen, U. & Kogstad, R. (2017). Diagnose psykose; den problematiske linken mellom kunnskapsgrunnlag og retningslinjer for behandling - En kritisk refleksjon rundt diagnoser og diagnostiske praksiser, med utgangspunkt i Helsedirektoratets manual for Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, (01), 66-72.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2014). *Motiverende intervju – samtaler om endring* (1.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bastøe, P. Ø. & Dahl, K. (1997). *Den utviklingsorienterte organisasjon –organisasjonsteori og organisasjonsforståelse for skole, helse- og sosialsektoren*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Beebe, L.H., Smith, K., Burk, R., McIntyre, K., Dessieux, O., Tavakoli, A. & Velligan, D. (2012). Motivational intervention increases exercise in schizophrenia and co-occurring substance use disorders. *Schizophrenia Research*, 135(1-3), 204-205.
- Benjamin, K.M.B. (2014). The social organization of personal support work in long-term care and the promotion of physical activity for residents: An institutional ethnography. *Dissertation Abstracts International*, 74(8-B(E)).
- Bertelsen, A. (1977). Danish twin study of manic-depressive disorder. *British Journal of Psychiatry* 130, 330-351.
- Bouchard, C., Shepard, R. J. & Stephens, T. (1993). Physical activity, fitness and health: The Consensus statement. *Quest* 47, 289.
- Borge, L., Martinsen, E. W. & Moe, T. (2011). *Psykisk helsearbeid? mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget
- Browne, J. Penn, D.L., Battaglini, C.L., Ludwig, K. (2016). Work out by walking: A pilot exercise program for individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(9), 651-657.
- Caldas de Almeida, J. M. (2014). The future role of psychiatrists in Europe in the light of the European Pact for Mental Health and wellbeing. *Die Psychiatrie* 11(1), 19-26.

Formatted: Norwegian (Bokmål)

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, 12 pt, Font color: Black

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, 12 pt, Font color: Black

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, 12 pt

- Cameron, K. S. & Quinn, R. E. (2006). *Diagnosing and changing organizational culture*. San Francisco: John Wiley & Sons inc.
- Chen, L. J., Steptoe, A., Chung, M. S. & Ku, P. W. (2016). Association between actigraphy-derived physical activity and cognitive performance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine* 46(11), 2375-2384. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291716000921>
- Connie, L.S. (2014). Tiltak drukner. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* (02), 135-143.
- Dalen, M. (2004). Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalin, Å. (1997). *Den lærende organisasjonen. Kompetanseutvikling i arbeidslivet*. Oslo: Cappelen.
- Eide, S. B. (2013). Rapport til Universitets- og høgskolerådet fra lokal arbeidsgruppe ved Universitet i Agder. Agder: Universitetet i Agder
- Eklund, A., Adolfsson, P., & Lindstedt, H. (2014). Personer med schizofreni och deras uppfattning om fysisk aktivitet: När kunskap och upplevelse krockar.
- Everett, E. L. & Furseth, I. (2014). *Masteroppgaven –Hvordan begynne og fullføre* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Farholm, A., Sørensen, M. (2016). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 194-205.
- Firth, J., Cotter, J., Elliot, R., French, P. & Young A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine* 45(7), 1343-61. DOI: 10.1017/S0033291714003110.
- Folkehelseinstituttet (2015). *Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne*. Hentet 16.10.2017 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
- Folkehelseinstituttet (2017). *Folkehelse rapporten 2014* (2014:4). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Benyttede opplysninger er oppdatert uten endringer i 2017;
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/#psykiske-plager-og-lidelser-blant-voksne>.

- Fosse, R., (2009). Ingen gener for psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 46, 596-600.
- Foster. (2015). Role of physical and mental training in brain network configuration. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, 117
- Freud, S. (1953-74). The standing edition of the complete psychoanalysis. New York: Harper Collins.
- Fukuyama, F. (1995). *Trust. The social virtue and the creation of prosperity*. New York: Free press.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2005). *Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gundersen, D. (2009). *Organisere*. Hentet 06.10.2017 fra <https://snl.no/organisere>
- Hanestad, T., Grønli, M., Berge, T., & Fjell, A. (2012). Gir færre tilbakefall av psykose. *Tidsskriftet Sykepleien*, 100(2), 66-68
- Hansmann, R., Hug, S.-M., & Seeland, K. (2007). Restoration and stress relief through physical activities in forests and parks. *Urban Forestry & Urban Greening*, 6(4), 213-225.
- Harvey, W.J., Delamere, F.M., Prupas, A. & Wilkinson, S. (2010). Physical activity, leisure, and health for persons with mental illness. *Cengage Learning* 25(2), 36.
- Heggelund, J. (2013). Fitness, health and exercise training therapy in patients with schizophrenia (Doktoravhandling, NTNU). Trondheim: NTNU
- Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer* (IS-1670) (2010). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser (IS-2314). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/965/UT-rapport%20IS-2314%20Internasjonalt%20perspektiv%20psykisk%20helsetjeneste.pdf>

- Helsedirektoratet. (2017). Fysisk aktivitet og psykisk helse. Effekter av fysisk aktivitet. Hentet fra <https://helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet>
- Helse Midt-Norge. (2016). Samhandling. Hentet fra <https://helsemidt.no/helsefaglig/samhandling>
- Helse –og omsorgsdepartementet (2005). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 – sammen for fysisk aktivitet. Kortversjon* (2005). Oslo: Helse –og omsorgsdepartementet.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? –innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3.utg). Oslo: Cappelen Damm akademiske.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4.utg). Oslo: Fagbokforlaget.
- Johannessen, J.O. (2002). Schizofreni –omfang og betydning. *Tidsskriftet den norske legeforening* 20 (122), 2011-4.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and psychopharmacology in schizophrenia. *American Journal of psychiatry* 159, 13-23.
- Knudsen, A., & Mykletun, A. (2010). Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 47, 342-344.
- Knudsen, A., Schjelderup-Mathiesen, K., & Mykletun, A. (2010). Hvem får psykiske lidelser, og kan de forebygges? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 536-538.
- Kurtze, N., Eikemo, T. & Hem, K. G. (2009). *Psykisk helse og opplevelsen av deltakelse i friluftsliv* (SINTEF A11851). Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Kvam, M. (2014). *Kognitiv terapi –hjelp til selvhjelp*. Hentet 17. februar 2017, fra <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/kognitiv-terapi-hjelp-til-selvhjelp-45323.html>
- Lauersen, J. P., Bertelsen, D. M., Andersen, L. B. (2014). The effectiveness of exercise interventions to prevent sports injuries: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine* 48, 871-877.

- Lindwall, M., Gerber, M., Jonsdottir, I. H., Börjesson, M. & Ahlborg, G. (2014). The Relationships of Change in Physical Activity With Change in Depression, Anxiety, and Burnout: A Longitudinal Study of Swedish Healthcare Workers. *Health Psychology* 33(11), 1309-1318.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: The Guilford Press.
- Mehta, U.M., Keshavan, U.S. & Gangadhar, B.N. (2016). Bridging the schism of schizophrenia through yoga-Review of putative mechanisms. *International Review of Psychiatry* 28(3), 254-264.
- Mintzberg, H. (1979). Patterns in strategy formations. *International studies of management and organization* 9.
- Moore, K., Merritt, B. & Doble, S. (2010). ADL skill profiles across three psychiatric diagnoses. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(1), 77-85.
- Norsk psykologforening. (2017). Fakta om psykiske lidelser. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/fakta-om-psykiske-lidelser>
- Pajonk, F.G., Wobrock, T., Gruber, O., Scherk, H., Berner, D., Kaizl, I.,... Kierer, A., Muller, S., Oest, M., Meyer, T., Backens, M., Schneider-Axmann, T., Thornton, A.E., Honer, W.G. & Falkai, P. (2010). Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 67. 133–143.
- Proudfoot, J.G., Jayawant, A., Whitton, A.E., Parker, G., Manicavasagar, V., Smith, M. & Nicholas, J. (2012). Mechanisms underpinning effective peer support: a qualitative analysis of interactions between expert peers and patients newly-diagnosed with bipolar disorder. *Bio Med Central*. DOI: 10.1186/1471-244X-12-196.
- Psykisk helsevernloven. (1999) Lov av 2. juli nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- Rund, B. R. (2011). *Schizofreni* (4.utg). Stavanger: Hertevig Akademisk.

- Sarin, F., Wallin, L., & Widerlöv, B. (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia; a meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nordic Journal of Psychiatry* 65, 162-174
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke, E. (2015). *Psykiatriboken –Sinn-Kropp-Samfunn* (1.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solberg, D., & Refsum, H. (2015). Ti bud for behandling med psykofarmaka. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 135(1), 16-17.
- Soundy, A., Roskell, C., Stubbs, B., Probst, M. & Vancampfort, D. (2015). Investigating the benefits of sport participation for individuals with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatria Danubina* 27(1), 2-13.
- Strassing, M., Signorile, J., Gonzalez, C. & Harvey, P. D. (2014). Physical performance and disability in schizophrenia. *Schizophrenia research: Cognition* 1(2), 112-121.
- Sundhedsstyrelsen. *Fysisk aktivitet i psykiatrien – erfaringer fra et landsdækkende implementeringsprojekt (2009)*. København: Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Scheewe, T., Remans, R. & De Hert, M. (2012a). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(5), 352-362
- Vancampfort, D., De Hert, M., Skjerven, L.H., Gyllensten, A.L., Parker, A., Mulders, N., Nyboe, L., Spencer, F. & Probst, M. (2012b). International Organization of Physical Therapy in Mental Health consensus on physical activity within multidisciplinary rehabilitation programmes for minimising cardio-metabolic risk in patients with schizophrenia. *Disability and Rehabilitation*, 34(1), 1-12.
- Vera-Garcia. (2015). A systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia: An update. *Psychiatry Research*, 229(3), 828-839.
- Wahlbeck, K., Braddick, F., Gabilondo, A., McDaid, D., Lang, G. & O'Sullivan, C., (2010). European Pact for Mental Health and Wellbeing. *Die Psychiatrie* 2.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*.
London: Hogarth Press.

Winter, S. & Nielsen, V. L. (2008). *Implementering af politik* (1. utg). København: Hans
Reitzels Forlag.

Vedlegg A: Samtykke til deltakelse i masterprosjekt.

Samtykke til deltakelse i prosjektet: *Fysisk aktivitet knyttet til behandling for psykiske lidelser*

Bakgrunn for studien

Psykiske lidelser medfører symptomer som gjerne rammer kognitiv og motoriske evner. I tillegg forårsaker dårlig kosthold, inaktivitet og overvekt økt sjanse for livsstilssykdommer. Dette har betydning for håndtering av hverdagslige gjøremål. Det er vist at fysisk aktivitet kan ha positiv effekt for personer med psykiske lidelser. Likevel tyder forskning på at helsepersonell har manglende kunnskap om fysisk aktivitets betydning for psykisk helse, og at dette må bevisstgjøres helsepersonell.

Prosjektets formål

Dette prosjektet skal derfor kartlegge hvordan det jobbes med fysisk aktivitet ved distriktpspsykiatriske senter ved St. Olavs Hospital. I tillegg skal det undersøkes hvordan ansatte ved DPSene og medlemmer av Mental Helse mener fysisk aktivitet burde vært tilbudt.

Deltakelse innebærer å delta i ett intervju med varighet på omkring en time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil og senere transkribert. Alle opplysninger om deg blir behandlet uten navn og fødselsnummer. Opplysningene vil bli anonymisert ved prosjektets slutt samt at lydopptaket blir slettet når det er omformet til tekst. Det vil dermed ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når de publiseres. Prosjektet avsluttes juni 2017, og alle data vil deretter bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og du kan trekke deg fra studien når som helst. Det vil ikke få konsekvenser for deg om du trekker deg fra studien nå eller på et senere tidspunkt. Prosjektet er godkjent av personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata.

Kontaktinformasjon

Studien gjennomføres av masterstudent Arnstein Helgheim Tilseth i forbindelse med master i psykisk helsearbeid ved Institutt for anvendt sosialvitenskap, NTNU. Ansvarlig veileder er professor Marit By Rise. Dersom du har spørsmål om studien kan du ta kontakt med mastergradsstudent Arnstein Helgheim Tilseth på telefon 93862199 eller e-post: atilseth@hotmail.com

Jeg bekrefter å ha satt meg inn i informasjonen, og ønsker å delta i prosjektet.

Sted og dato

Signatur

Vedlegg B: Invitasjon til deltakelse i masterprosjekt.

Invitasjon til deltakelse i prosjektet:

Fysisk aktivitet knyttet til behandling for psykiske lidelser

Bakgrunn for studien

Det er vist at fysisk aktivitet kan ha positiv effekt for personer med psykiske lidelser. Blant annet Helsedirektoratet har kommet med anbefalinger for hvordan dette kan oppnås. Likevel er det ulike bruk av disse anbefalingene. Dette prosjektet skal derfor kartlegge hvordan det jobbes med fysisk aktivitet ved distriktpsyrkatiske senter ved St. Olav. Studien skal undersøke om ansatte og personer med psykiske lidelser ønsker et endret fokus på fysisk aktivitet, og hvordan dette i så fall kan gjennomføres.

Studien er et masterprosjekt i psykisk helsearbeid ved Institutt for anvendt sosialvitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, NTNU og gjennomføres av masterstudent Arnstein Helgheim Tilseth. Ansvarlig veileder er professor Marit By Rise.

Hva innebærer det å delta?

Å delta i studien innebærer å delta i et gruppeintervju som varer omkring en time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil og senere transkribert. Deltakelse er frivillig, anonymt, og du kan når som helst trekke deg fra studien uten at det får konsekvenser.

Dersom du ønsker å delta eller vil vite mer om studien, kan du sende ditt navn og telefonnummer på tekstmelding til 938 62 199 eller ringe. Du kan også bruke e-post:

atilseth@hotmail.com

Vedlegg C: Intervjuguide, første intervju.

- 1) **Holder dere dere oppdatert på forskning på området fysisk aktivitet til psykisk syke?**

- 2) **Hvordan erfarer dere at fokuset på fysisk aktivitet er ved deres DPS?**
 - **Økonomi**
 - **Utstyr**
 - **Arena**
 - **Ansattes kompetanse, hvilke profesjoner besitter DPS-en mtp FA?**
 - **Prioritering**

- 3) **Tas det ved psykoselidelser hensyn til 1. symptomer, 2. samtidige somatiske sykdommer (komorbiditet) 3. bivirkninger av antipsykotisk medisin?**

- 4) **I følge Eklund (2014) vet personer med schizofreni-diagnose gevinstene med fysisk aktivitet, men sier dette ikke er noe som gjelder dem. Mistenksomhet og kognitiv svekkelse får skylden.
Hvordan kan disse pasientene bli mer fysisk aktive?**

- 5) **Brukermedvirkning eller erfaringsmedarbeider har den effekt at det gir motivasjon å få hjelp av mennesker som har vært i tilsvarende situasjoner, samt dette bidrar til å tilpasse relevante opplegg. Benyttes det brukermedvirkning eller erfaringsmedarbeider ved deres DPS?**

- 6) **Legges de fysiske aktivitetene opp med fokus på at de enkelt kan gjøres også etter utskrivelse mtp tilgang på utstyr, arena, ikke krever all verdens økonomi?**

- 7) **Om du/dere hadde ansvar og «frie tøyler» ved et DPS, hvordan mener du/dere tilbudet av fysisk aktivitet burde vært?**

Vedlegg D: Intervjuguide, andre intervju

- **Oppdatert på kunnskap?**
- **Økonomi**
- **Utstyr**
- **Arena**
- **Kompetanse**
- **Prioritering**
- **Hvordan kan pasienter bli mer fysisk aktive?**
- **Brukermedvirkning/Erfaringsmedarbeidere**
- **Om du/dere hadde ansvar og «frie tøyler» ved et DPS, hvordan mener du/dere tilbudet av fysisk aktivitet burde vært?**
- **Kartleggingssamtale**
- **Stillingsandel**

Vedlegg E: Vedtak Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Marit By Rise
Institutt for anvendt sosialvitenskap NTNU



7047 TRONDHEIM

Vår dato: 08.12.2016
ref:

Vår ref: 50867 / 3 / HJP

Deres dato:

Deres

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.11.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

50867 *Fysisk aktivitet som del av døgnbehandling ved distriktpsikiatriske senter for personer med psykiske lidelser*
Behandlingsansvarlig *NTNU, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Marit By Rise*
Student *Arnstein Tilseth*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

68

også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hanne Johansen-Pekovic

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Arnstein Tilseth atilseth@hotmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 50867

REKRUTTERING

Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltagelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Vi ber likevel om at følgende endres/tilføyes:

- I fjerde avsnitt, tredje setning, endre til at "Prosjektet er godkjent av personvernombudet for forskning, NSD Norsk senter for forskningsdata. Dette siden prosjektet ikke er vurdert/godkjent av REK.

ANGÅENDE PUBLISERING AV BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

I meldeskjema og informasjonsskrivet til deltakerne, har du oppgitt at du skal publisere anonymt. Vi gjør deg likevel oppmerksom på at sammenstilling av bakgrunnsinformasjon kan gjøre en person gjenkjennbar. Dersom det er få DPS'er ved St. Olavs, og personene som du rekrutterer innehar stillinger som andre lett vil kunne gjenkjenne, så kan sammenstillingen av slik informasjon være identifiserbar. Du bør derfor før publisering gjøre en grundig vurdering av hvilke bakgrunnsvariabler du kan inkludere for at deltakerne skal være anonyme.

Vi gjør oppmerksom på at dersom du likevel skal publisere personopplysninger, må du få spesifikt samtykke fra utvalget til dette. Vi anbefaler at deltakerne får anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

TAUSHETSPLIKT OM PASIENTER

Av prosjektmeldingen fremkommer det at du skal intervju ansatte ved ulike DPS. Vi minner om at informantene har taushetsplikt om pasienter, og at dere har et felles ansvar for at det ikke kommer personopplysninger om tredjepart inn i datamaterialet.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 30.06.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak