

MASTEROPPGAVE

MPH 495 Master i Psykisk Helsearbeid

Marit Reinås

Ungdom, psykisk helse og fysisk aktivitet.

Hvordan beskriver ungdommer sine erfaringer med å delta i fysisk aktivitet som del av behandling på en barne-ungdomspsykiatrisk avdeling?

Adolescents, mental health and physical activity.

How do young adults describe their experiences with participating in physical activity as part of treatment at a child and adolescent psychiatric department?

Dato: 12. April 2018

Totalt antall sider: 73

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
Sammendrag	iii
Forord	v
KAPITTEL 1. INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt	1
1.2 Hensikt og problemstilling	3
1.3 Oppgavens struktur	4
KAPITTEL 2. TEORETISK RAMMEVERK OG TIDLIGERE FORSKNING.....	5
2.1 Psykisk helse	5
2.2 Fysisk aktivitet	6
2.3 Fysisk aktivitet og psykisk helse	7
2.4 Nasjonal handlingsplan for fysisk aktivitet	8
2.5 Fysisk aktivitet i institusjon.....	9
2.6 Sammenhenger mellom psykiske lidelser og somatiske sykdommer	10
2.7 Teori om mestring	11
2.7.1 En salutogenetisk tilnærming til mestring av fysisk aktivitet	12
2.8 Motivasjon for fysisk aktivitet	13
2.9 Gjennomgang av relevant tidligere forskning	15
KAPITTEL 3. METODE	18
3.1 Kvalitativ tilnærming	18
3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	18
3.3 Rekruttering og utvalg.....	20
3.4 Datainnsamling – kvalitative intervjuer	21
3.5 Transkribering	22
3.6 Dataanalyse	22
3.7 Forskerrollen	25
3.8 Forforståelse	26
3.9 Studiens kvalitet	27
Troverdighet	27
Reliabilitet	27
Overførbarhet	27
3.10 Forskningsetiske overveielser	28
3.11 Metodekritikk	30
KAPITTEL 4. PRESENTASJON AV FUNN	31
4.1 Å ha ulikt forhold til fysisk aktivitet har betydning for aktivitetsnivå ved innleggelsen.....	31
4.2 Fysisk aktivitet oppleves som en viktig del av behandlingen	33
4.3 Behov for hjelp til å finne motivasjon for å skulle utføre fysisk aktivitet.....	36
4.4 Det er viktig å få støtte fra personalet mens man gjennomfører fysisk aktivitet.....	38
4.5 Oppsummering av funn	40
KAPITTEL 5. DISKUSJON	41
5.1 Betydningen av fysisk aktivitet før og under innleggelsen	41
5.1.1 Å jobbe med barn og ungdom gjennom miljøterapi og betydningen av fysisk aktivitet.....	44
5.1.2 Samhandling mellom ungdommer og miljøterapeuter	46

5.1.3 Fysisk aktivitet som del av behandling i psykisk helsearbeid.....	47
5.2 Betydningen av motivasjon og støtte for å gjennomføre fysisk aktivitet.....	47
KAPITTEL 6. AVSLUTNING	51
6.1 Implikasjoner for praksis.....	51
6.2 Spørsmål til videre forskning	52
Litteraturliste	53

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i prosjektet

Vedlegg 2: Samtykkeskjema under 16 år

Vedlegg 3: Samtykkeskjema over 16 år

Vedlegg 4: Intervjuguide 1

Vedlegg 5: Intervjuguide 2

Vedlegg 6 Tilbakemelding på innmelding NSD

Vedlegg 7 Fremleggs vurdering REK

Vedlegg 8 Tilbakemelding fra Forskningsavdeling i Helseforetaket

Sammendrag

Psykiske lidelser anses i dag som en av de største helsemessige samfunnsutfordringer og stadig flere blir behandlet for psykiske lidelser i Norge. Fysisk aktivitet er et tiltak som viser seg å ha positiv effekt både som forebyggende tiltak og behandling av psykiske lidelser.

Forskning viser at fysisk aktivitet har en stor nytteverdi i seg selv, da den gir bedre velvære, bedre fysisk form og glede. Det gjør personer bedre rustet til å møte motgang gjennom livet.

Cirka 8% av barn og unge i Norge har psykiske lidelser. Cirka 15-20% av barn og unge har så store utfordringer med dette at det går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og sosialt samvær med andre. Denne masterstudien tar for seg hvordan ungdommer erfarer det når fysisk aktivitet innlemmes som del av et behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge ved en barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) avdeling i spesialisthelsetjenesten.

Problemstillingen er: *Hvordan beskriver ungdom sine erfaringer med å delta i fysisk aktivitet som del av behandling på en barne-ungdomspsykiatrisk avdeling?*

Studien ble gjennomført ved bruk av kvalitativ tilnærming. Data-materialet ble samlet inn ved semistrukturerte forskningsintervjuer. Det ble til sammen utført åtte intervjuer av fire ungdommer som var innskrevet på en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Datamaterialet ble analysert etter Braun og Clarkes tematiske analyse og funnene ble: (1) “å ha ulikt forhold til fysisk aktivitet har betydning for aktivitetsnivå ved innleggelsen”, (2) “fysisk aktivitet oppleves som en viktig del av behandlingen”, (3) “behov for hjelp til å finne motivasjon for å skulle utføre fysisk aktivitet” og (4) “det er viktig å få støtte fra personalet mens man gjennomfører fysisk aktivitet”. Funnene i studien viste at ungdommene hadde positive erfaringer med fysisk aktivitet som del av behandlingen mens de var innlagt på avdelingen. Temaene ble diskutert fra et behandler perspektiv og brukerperspektiv gjennom forskning og teori om mestring, miljøterapi og motivasjon til å gjennomføre fysisk aktivitet.

Nøkkelord: psykisk helsearbeid, fysisk aktivitet, motivasjon, mestring, salutogenese, miljøterapi, kvalitativ metode.

Abstract

Mental health problems are, by World Health Organization, considered to be one of the greatest health-related societal challenges. In Norway, an increasing number of people are being treated for mental health problems. Studies show that physical activity has positive effects both as a preventive measure against and treatment to psychiatric disorders. Research shows that physical activity is of great value in itself, because it has been shown to increase well-being, improve physical fitness and happiness. This increases one's ability to face challenges throughout life.

About 8% of children and adolescents in Norway have been diagnosed with a mental health problem. Around 15-20% of children and adolescents have such big challenges that it affects their well-being, learning, everyday life and ability to socialize. This master thesis focuses on how adolescents experience physical activity as a part of a treatment program in a child and adolescent psychiatric inpatient department. The research question is: *How do young adults describe their experiences with participating in physical activity as part of treatment at a child and adolescent psychiatric department?*

This study has been undertaken using a qualitative approach. Data has been collected through semi-structured research interviews. A total of eight interviews were conducted with four adolescents in an inpatient child and adolescent psychiatric department. The data was analyzed with Braun and Clark's thematic analysis. As a result, the following four main themes were synthesized: (1) "having different relations to physical activity affects activity level at admission", (2) "physical activity was perceived as an important part of treatment", (3) "need for assistance in finding motivation to perform physical activity", and (4) "it is important to receive social support from the staff while performing physical activity". The findings of this study show that the young adults had positive experiences with physical activity as a part of the treatment while being admitted to the psychiatric department. The aforementioned themes were discussed through both a therapist and patient perspective, in light of research, theories about self-efficacy, motivation towards performing physical activity and environmental therapy.

Keywords: psychiatric healthcare, physical activity, motivation, mastery, salutogenesis, environmental therapy, qualitative method

Forord

Nå er jeg i slutfasen av masterstudiet, og dette har vært en lærerik prosess som til tider har vært tidkrevende og altoppslukende. Det er utrolig godt å kjenne at jeg har gjennomført dette forskningsprosjektet. Dette hadde jeg ikke klart på egen hånd, jeg er ydmyk og takknemlig over hjelpen jeg har fått for å gjennomføre denne masterstudien. Det er flere jeg vil rette en takk til.

Takk til mine overordnede Reid Heinstein, Jan Egil Wold og Åsmund Bang for at jeg fikk tillatelse til å gjennomføre dette forskningsprosjektet på avdelingen. Jeg setter pris på at arbeidsplassen verdsetter økt kompetanse og fagutvikling innenfor dette fagfeltet.

Tusen takk til min veileder Ottar Ness for meget god veiledning, drøfting og tro på prosjektet mitt. Jeg vil også rette en takk til Lily Appoh som var min veileder i begynnelsen av prosjektet. Takk til alle informantene som deltok i studien.

Takk til medstudent Eva for gode diskusjoner, og deling av frustrasjoner underveis. Takk også til medstudent Elin for gode innspill og korrektur på slutten av prosjektet. Gode kolleger vil jeg også takke; for støtte, oppmuntring og forståelse underveis i dette prosjektet. Takk til kollega Elin for gjennomlesing i slutfasen. Takk til Ken og Amy for oversettelse og korrigerings.

Takk til venner og familie som har gitt meg oppmuntring og positive ord underveis. En stor takk til mine foreldre som har lært meg å jobbe hardt og målbevisst for det jeg ønsker å oppnå i livet, og spesielt mamma for at hun er så positivt innstilt til mine ideer og alltid har trua på meg.

Takk til mine barn Bodil Marie, Tom Rune, Emma og Anton for tålmodigheten dere har vist meg i hektiske skriveperioder. Jeg gleder meg til å få bedre tid til dere igjen. Takk også kjæreste Ketil for god støtte underveis i masterstudien min. Jeg greide det!

Marit Reinås

Åsen, april 2018

KAPITTEL 1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt

Det er i dag godt dokumentert at fysisk aktivitet fremmer god helse, gir overskudd og kan brukes til behandling eller forebygging av ulike diagnoser (Folkehelseinstituttet, 2015). Det er ifølge Henriksson og Sundberg (2015) anbefalt å utføre fysisk aktivitet i til sammen minimum 30 minutter daglig. Man kan dele opp i kortere perioder, men til sammen bør det bli 30 minutter. I Norsk folkehelseinstitutt (FHI) sin rapport om folkehelsa (2015) kommer det frem at vi blir mindre fysisk aktive med årene. Rapporten viser at cirka 90% av seks åringene tilfredsstillende anbefalingen om aktivitetsnivå, mens blant voksne er andelen redusert til cirka 30%. Voksne bruker i snitt cirka ni timer pr dag på å sitte i ro eller være i hvile. Å være fysisk aktive eller fysisk inaktive virker inn på helsen til den enkelte.

FHIs (2015) rapport viser at fysisk aktivitet er nødvendig for barns normale vekst og utvikling. Mennesker som har vært fysisk aktive som barn har større forutsetninger for å være fysisk aktive som voksne, selv om aktivitetsnivået endrer seg. Videre viser rapporten at det i dag er en urovekkende stor del av befolkningen som er inaktive, som har negativ effekt på folkehelsa generelt. Helsegevinstene ved å være i fysisk aktivitet vil være stor uavhengig av alder. Det vil gi bedre helse, øke antall leveår og gi bedre livskvalitet sammenliknet med å være fysisk inaktiv (Folkehelseinstituttet, 2015).

Søk i forskningslitteratur viser begrenset kunnskap om hvordan ungdom under oppfølging av psykisk helsevern beskriver sin erfaring med fysisk aktivitet. Med grunnlag i den fysiske og psykiske helsemessige effekten som beskrevet i forrige avsnitt kan derfor min studie være av interesse. Det er fordi studien utforsker ungdommers erfaringer av fysisk aktivitet som en del av behandlingstilbudet innenfor psykisk helsevern. Den kan også være av interesse for andre instanser, som for eksempel i skolesystemet og andre yrkesprofesjoner som jobber med barn og ungdom.

Jeg er sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og jeg jobber som miljøterapeut på en barne- og ungdomspsykiatrisk sengepost ved et helseforetak. Alderen på de som er inneliggende varierer fra ti til 18 år. De kommer med ulike henvisningsgrunner. Det kan for eksempel være angst, depresjon, utagering hjemme eller på skole, for observasjon i forbindelse med medikament endring eller medikamentutprøving. Ved planlagte innleggelser

får ungdommene vanligvis tilbud om opphold på tre uker. Antall inneliggende pasienter varierer, men det er totalt syv plasser på avdelingen og alle innleggelse er frivillige.

Mange av de barn og unge som kommer til avdelingen har vært fritatt fysisk aktivitet på skolen over lengre tid. Det kan variere fra noen uker til flere år hvor de ikke har deltatt i kroppsøving på skolen. De fleste har heller ikke vært i fysisk aktivitet i fritiden på lang tid. Min erfaring er at det kan se ut som det er en trend blant ungdommer at de blir mindre fysisk aktive, og at dette har skjedd av ulike årsaker. Jeg opplever at det ser ut som fysisk aktivitet er noe av det første de ansatte på skolene bruker som tiltak for å lette skolehverdagen når barn og ungdom får utfordringer på skolen. Det kan være rektor, kontaktlærere og/eller kontaktperson fra pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) som har fritatt ungdommene fra undervisning i kroppsøving. Dette tiltaket kan være en del av den enkeltes individuelle opplæringsplan (IOP) for å tilpasse skoledagene.

Avdelingen jeg jobber på har tilgang til gymsal én gang pr uke, samt fysikalsk avdeling to ganger per uke. Under oppholdet er det en forventning fra behandlingsteamet om at ungdommene deltar i treningen som foregår i gymsal og i fysikalsk avdeling. Det er fordi fysisk aktivitet er en del av behandlingsplanen til hver enkelt ungdom. Det er ikke alltid ungdommene selv er positive til dette, men jeg har erfart det som interessant å følge utviklingen til de unge gjennom oppholdet og se hvordan de opplever å være i fysisk aktivitet igjen. De fleste av ungdommene jeg jobber med på avdelingen har blitt diagnostisert med en eller flere psykiske lidelser. Alle ungdommene har en individuell behandlingsplan for oppholdet, der fysisk aktivitet er innlemmet som en del av behandlingen for de aller fleste. Bare de med medisinske grunner for å ikke gjennomføre dette har ikke dette som en del av behandlingen. Det kan for eksempel være ved mistanke om psykoseutvikling eller annet som tilsier at det ikke er gjennomførlig med fysisk aktivitet. Jeg tror at fysisk aktivitet er et viktig og rimelig tiltak i behandlingen av de som har dette som en del av sin behandlingsplan på avdelingen, og at det er med på å gi stor helsemessig effekt over tid.

Toril Moe (2011) som jobber innen psykisk helsevern ved Gaustad sykehus, har over 40 års erfaring med å bruke fysisk aktivitet som en del av behandling. Hun har startet egen studieretning for videreutdanning med fysisk aktivitet som integrert del av behandling i psykisk helsearbeid. Hun hevder fysisk aktivitet bør være behandling på lik linje med medikamentell behandling. Hun legger til at det bør gjennomføres systematisk hvis man skal oppnå optimal effekt (Moe, 2011). Dette viser at fysisk aktivitet er en viktig del av

behandlingen for pasienter med oppfølging under psykisk helsevern, og jeg ser dette som et viktig tiltak også for avdelingen jeg jobber.

Studier viser at fysisk aktivitet er grunnleggende for vekst og utvikling, og har stor positiv effekt på kropp og sinn. Det påvirker humøret på en positiv måte, reduserer stress, gir energi og gir økt selvfølelse (Ommundsen, 2000). Fysisk aktivitet som behandlingsmetode har positiv effekt og er godt dokumentert (Helsedirektoratet, 2010). Bremnes et al. (2011) har utført en studie i en videregående skole som viser positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse. Når man er regelmessig fysisk aktiv er man bedre rustet til å mestre utfordringer og krav i hverdagen (Martinsen, 2011).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å utforske og utvikle kunnskap om hvordan ungdommer ved avdelingen selv opplever å delta i fysisk aktivitet mens de er på avdelingen. De hadde svært forskjellig utgangspunkt og erfaringer på dette området, jeg har derfor også stilt informantene spørsmål om aktivitet *før* innleggelsen. Ved avdelingen stilles ingen krav til prestasjon eller aktivitetsnivå, bare at de *deltar*. Ungdommene har selv mulighet til å medvirke i hvilke aktiviteter som skal utføres. Både ved gymsal-trening og fysikalsk treningsrom. Med bakgrunn i dette formulerte jeg følgende problemstilling:

Hvordan beskriver ungdommer sine erfaringer med å delta i fysisk aktivitet som del av behandling på en barne-ungdomspsykiatrisk avdeling?

I problemstillingen bruker jeg begrepet ”ungdom” om informantene som er med i forskningsprosjektet. Dette var i utgangspunktet inneliggende pasienter mellom ti og 18 år. De som var aktuelle for studien og samtykket var mellom 16 og 18 år. Jeg har i oppgaven omtalt dem både som informanter, ungdom eller ungdommer. Dette var for å få variasjon i teksten.

Fysisk aktivitet som ble utført av informantene i studien omfattet både utendørs aktiviteter, gymsal-trening, trening ved fysikalsk avdeling, det vil si trening i et treningsrom med tilgang på treningsutstyr som for eksempel tredemølle, apparater og vekter. Aktivitetene de deltok i var ulike ballspill, løping på tredemølle, balansebrett, styrketrening på ulike apparater, hoppetau, løpeturer, toppturer og kortere gåturer.

1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. Kapittel 1 er innledning, som beskriver bakgrunn og hensikt med studien. Den inneholder også presentasjon av problemstilling. Kapittel 2 beskriver teoretisk rammeverk. Kapittel 3 beskriver metode jeg har brukt i min forskning. Kapittel 4 presenterer funnene fra undersøkelsen. I kapittel 5 foretar jeg diskusjon rundt funnene presentert i kapittel 4. Til slutt vil kapittel 6 inneholde konklusjon, samt gi noen implikasjoner for praksis og spørsmål til videre forskning.

KAPITTEL 2. TEORETISK RAMMEVERK OG TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapitlet vil jeg presentere studiens teoretiske rammeverk. Det er teori om psykisk helse deriblant kort om forekomst av psykiske lidelser blant befolkningen for øvrig og ungdommer, fysisk aktivitet, nasjonal handlingsplan for fysisk aktivitet, fysisk aktivitet i institusjon, sammenheng mellom psykiske lidelser og somatiske sykdommer. Jeg har også valgt å skrive teori om mestring og motivasjon til fysisk aktivitet fordi det er relevant i forhold til problemstillingen. Jeg vil også presentere tidligere relevant forskning.

2.1 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2016) beskriver god helse som en tilstand der den enkelte kan realisere sine muligheter, har mulighet til å bidra i samfunnet, kan arbeide produktivt og som er i stand til å håndtere normalt stress som man møter gjennom livet. Psykisk helse handler om å være i en tilstand hvor man opplever mental velvære. Videre hevder helseorganisasjonen at psykisk lidelse er et paraplybegrep som omfatter alt som anses som en svikt i psykisk helse (WHO, 2016.)

Psykiske lidelser medfører store helseutfordringer i hele verden. Psykiske lidelser er på vei til å bli et stort folkehelseproblem, og Holte et al. (2014) har i regi av Norad utformet en rapport om psykisk helse som global utfordring. Der anslås det at innen år 2020 vil depresjon være den nest viktigste årsaken til sykdom i vestlige land etter hjerte- kar sykdommer. I år 2030 anslås det at depresjon alene vil være den viktigste årsaken til sykdom i vestlige land (Holte et al. 2014). Dette er noe som kan forårsake uførhet, sykefravær og nedsatt livskvalitet. Det er også stadig flere barn som får depresjon (Sletteland & Donovan, 2012).

Ifølge Mathiesen (2009) har cirka 8% av alle barn og unge i Norge en psykisk lidelse. Cirka 15-20% av disse har så store utfordringer knyttet til dette at det påvirker trivsel, læring, samvær med andre og vanlige gjøremål. Hver tredje 16-åring har hatt symptomer på psykiske lidelser. Det er ulike forhold som påvirker dette. For eksempel påvirkes psykisk helse av familiære og økonomiske forhold, stabilitet, kjønn, alder, og forekomst av psykiske lidelser innad i familien.

I Regjeringens Strategiplan for barn og unges psykiske helse (Helsedepartementet 2003) hevdes det at de fleste barn og unge i Norge har god fysisk og psykisk helse. Allikevel har cirka 10% av ungdommene har så store utfordringer med psykisk helse at de har behov for

profesjonell hjelp for dette. Det kan se ut som at forekomsten er økende, men det kan ikke sies med sikkerhet.

Nordengen (2016) hevder at de fleste mennesker på et eller annet tidspunkt i livet vil få psykiske påkjenninger. Han mener også at når man kan bli frisk fra fysiske helseplager kan man også bli frisk av psykisk sykdom. Mennesker er bedre rustet for å takle hverdagen når man har en god psykisk helse.

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet har god effekt på psykisk helse. Helsedirektoratet (2010) beskriver helsemessige effekter som økt livsutfoldelse og glede, velvære etter aktivitet, bedre søvnkvalitet, overskudd og energi, reduserte stress-symptomer, økt optimisme og pågangsmot. De legger også til bedre selvfølelse, økt mestringsopplevelse og økt livskvalitet som positive effekter av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2010).

2.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet som begrep forstås på ulike måter. Martinsen (2011) benytter fysisk aktivitet som et fellesbegrep som dekker alle former for fysisk trening, systematisk treningsopplegg og muskelarbeid. I Helse- og omsorgs-departementenes (2004) handlingsplan Sammen for fysisk aktivitet 2005-2009 defineres fysisk aktivitet som:

”all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå. I dette inngår mange termer knyttet til fysisk utfoldelse, for eksempel mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, arbeid, idrett, kroppsøving, fysisk fostring.”(Helse og omsorgsdepartementet 2004, s.10)

En annen definisjon på fysisk aktivitet, utformet av Casper, Powell og Christenson 1985, oversatt og gjengitt i Martinsen (2011, s. 35) er:

”Fysisk aktivitet defineres som enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk. Dette måles vanligvis i antall kilokalorier som forbrukes per tidsenhet”.

Martinsen og Taube (2015) hevder at det finnes ulike hypoteser om hvordan fysisk aktivitet kan gi positiv påvirkning fysiologisk, nevrobiologisk og psykologisk. Blant annet kan positive endringer være at en person i fysisk god form generelt har bedre helse og vil derfor være bedre rustet mot psykiske belastninger. En annen positiv effekt av fysisk aktivitet er at økt utskillelse av betaendorfiner kan ha beroligende effekt. Fysisk aktivitet kan bidra til redusert aktivering av hypothalamus-hypofyse-binyrebark-aksen som påvirker regulering av stress-

respons i hjernen. Hard fysisk aktivitet øker kroppstemperaturen med en til to grader, og dette kan ha beroligende effekt. Fysisk aktivitet kan videre benyttes som avledningsmanøver for å få bort tankene fra for eksempel angst eller bekymringer (Martinsen og Taube, 2015).

Ifølge Henriksson og Sundberg (2015) har fysisk aktivitet positiv effekt på kroppen. Vi er skapt for å være i bevegelse, og både kropp og sjel har godt av dette. Jo høyere intensitet det er på aktiviteten vi utfører, desto større umiddelbar effekt hevder de det har på våre kroppsfunksjoner. Fysisk aktivitet bidrar ifølge Helsedirektoratet (2008) til normal vekst og utvikling. Derfor har Helsedirektoratet som mål å øke aktivitetsnivået til barn og unge.

Dessverre tilrettelegges samfunnet i økende grad for inaktivitet. En enorm underholdningsindustri bidrar til at barn og unge sitter med data, spill og filmer mange timer i uken. Selv om mange barn og unge er aktive på fritiden, kjøres de i tillegg ofte til og fra fritidsaktiviteter (Helsedirektoratet 2008). Når man er fysisk aktive hevder Espnes og Smedslund (2009) at man kan oppleve overskudd og en økt følelse av velvære. Hvis man er i god form og føler seg bra kan dette gi motivasjon for å være i aktivitet og fortsette med dette. Fysisk aktivitet vil på denne måten redusere stressnivået i kroppen.

2.3 Fysisk aktivitet og psykisk helse

Lege og psykiater Egil Martinsens (2011) har jobbet i mer enn 30 år med psykiske lidelser og fokuserer på positive ressurser i menneskets liv. Han mener fysisk aktivitet har positiv effekt for kropp og sinn, og at det bør brukes aktivt i behandling av mennesker med psykiske lidelser.

Min studie utforsker ungdom sine erfaringer med fysisk aktivitet mens de er inneliggende på en barne-ungdomspsykiatrisk avdeling. Det har i flere år vært fokus på betydningen fysisk aktivitet har for mennesker. Fysisk aktivitet kan påvirke vår psykiske helse på en positiv måte. Fysisk aktivitet er grunnleggende for vekst og utvikling. Det har stor positiv effekt på kropp og sinn (Helsedirektoratet 2010). Dette støttes også av Espnes og Smedslund (2009) som hevder at det er viktig å ha en sterk kropp. Å være i fysisk aktivitet øker vår psykiske styrke i tillegg til at man får en sterkere kropp. Man blir da bedre rustet til å møte situasjoner der den enkeltes psykiske og fysiske evner blir satt på prøve (Espnes, Smedslund 2009).

Martinsen (2011) anslår at omtrent halvparten av alle mennesker vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. Han hevder at det til enhver tid er en av tre som har behov for behandling for sine psykiske plager. Han omtaler psykiske lidelser som folkesykdommer. Dette betyr at de aller fleste mennesker vil bli berørt av dette, enten med egen psykiske helse eller som

pårørende. Psykiske lidelser kan føre til sosial isolasjon og så redusert funksjonsnivå at man ikke er i stand til å følge opp arbeidsplass eller skole. Martinsen hevder at psykiske lidelser og belastningsskader i muskel- skjelett apparat er hyppigste årsak til sykmeldinger og arbeidsuførhet.

Ifølge Martinsen (2011) er det viktig at samfunnet legger til rette for en sunnere livsstil og at hver enkelt *selv* bidrar til å styrke og bevare sin egen helse. Det er derfor behov for enkle strategier som er lett tilgjengelige i hverdagen for mennesker hvis det skal kunne lindre psykiske plager. I beste fall kan man i tillegg forebygge at psykiske lidelser oppstår. Videre hevder Martinsen at fysisk aktivitet er en lett tilgjengelig og anerkjent metode for å redusere eller forebygge psykiske lidelser.

2.4 Nasjonal handlingsplan for fysisk aktivitet

Helse- og omsorgsdepartementet (2004) har sammen med alle departementene utarbeidet en nasjonal handlingsplan for fysisk aktivitet som gjelder for alle mennesker i Norge. ”Nasjonal handlingsplan for fysisk aktivitet” er kunnskapsbaserte anbefalinger som har ulike innsatsområder. Noen av disse innsatsområdene er: aktiv hverdag, aktiv fritid, aktiv etter evne, aktivt nærmiljø og sammen for fysisk aktivitet.

Aktiv hverdag har et mål om at alle skal ha mulighet til å være aktive på sin arena, enten på skole eller sin arbeidsplass. Skolen er en viktig arena for inkluderende og allsidige aktiviteter, og dette vil være et viktig grunnlag for en helsefremmende skole. Siden 2009 har elever i 5-7 trinn hatt rett til fysisk aktivitet utenom kroppsoving (Helse- og omsorgsdepartementet 2004).

Aktiv fritid har som mål at alle mennesker skal ha mulighet til å delta i aktiviteter. Disse aktivitetene behøver ikke nødvendigvis være idrett som er organisert. FYSAK er et eksempel på et program som har til hensikt å bidra til systematisk bruk av tilpasset fysisk aktivitet blant barn og unge. Det er kommunene selv som definerer målgrupper og gjennomfører disse tiltakene (Helse- og omsorgsdepartementet 2004).

Aktiv etter evne er et innsatsområde som ivaretar mennesker med behov for tilrettelegging av fysisk aktivitet. Dette innebærer forebygging, behandling og rehabilitering for mennesker med redusert fysisk eller psykisk funksjonsnivå. For eksempel har hjerteopererte behov for trening som er planlagt og tilrettelagt som en del av rehabilitering etter operasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet 2004).

Aktivt nærmiljø som satsningsområde for helsebringende lokalsamfunn er fysisk tilrettelegging av grøntområder som innbyr og motiverer til lek, nærhet til tilbud som stimulerer til aktivitet i nærmiljøet, trygg skolevei, gang og sykkelstier (Helse- og omsorgsdepartementet 2004).

Sammen for fysisk aktivitet handler om å fremme fysisk aktivitet blant befolkningen i lokalsamfunn. For å gjøre dette, er det behov for en samordnet innsats fra stat, fylke og kommuner. Sammen kan de legge til rette for å utvikle aktivitetsfremmende miljøer. Dette kan gjøres ved å se betydningen av å opprette sykkelstier og grøntområder, samt gjøre dette tilgjengelig for befolkningen. Det er en samarbeidsform for folkehelse mellom ulike deler av forvaltningen som heter *partnerskap*. Partnerskap er forankret på alle nivåer, og bidrar til systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommuner og andre lokale aktører (Helse- og omsorgsdepartementet 2004).

2.5 Fysisk aktivitet i institusjon

Moe og Martinsen (2011) hevder at institusjoner som har fysisk aktivitet som del av behandlingen bør ha som mål å komme i gang med aktivitet så raskt som mulig under oppholdet. Da vil den fysiske formen heller forbedres enn svekkes tidlig i oppholdet. Mange pasienter kan ha behov for tett oppfølging fra personalet, man bør derfor legge til rette for å gjennomføre fysisk aktivitet på eller i nærheten av institusjonen (Moe og Martinsen 2011).

Man bør ifølge Moe og Martinsen (2011) tilrettelegge aktivitet utfra nivået den enkelte personen har. For mennesker med psykiske utfordringer kan det være gunstig å finne aktiviteter som er lystbetonte, som kan gjøres med andre, som man fra tidligere har gode erfaringer med og hvor det er stor sjanse for at personen selv mestrer aktiviteten. Det å få være medbestemmelse er en viktig faktor. Forslag på en god aktivitet kan være å gå tur. Frisk luft er godt for kropp og sinn. Hvis man for eksempel i tillegg legger til rette for å tenne bål er dette en sosial aktivitet som knytter friluftsliv til gode naturopplevelser (Moe og Martinsen 2011).

Ifølge Martinsen (2011) er det noen rammebetingelser som er nødvendige for å lykkes med fysisk aktivitet i institusjon. Det ene er at ledelsen er positiv. Hvis man skal oppnå god effekt av fysisk aktivitet er det viktig at ledere og behandlere er positive til dette, og at de *viser* det i praksis. Dette kan de gjøre ved å ha fysisk aktivitet på timeplanen. Da kan man i tillegg unngå at det blir utsatt på grunn av andre aktiviteter eller samtaler. En annen betingelse er at én eller

flere i personalgruppen viser entusiasme for dette. Martinsen hevder videre at hvis det er flere enn én som viser stort engasjement er sjansen større for at interessen ikke avtar.

En annen rammebetingelse Martinsen (2011) beskriver, er at man må se på fysisk aktivitet som en *del av behandlingen*, og ikke som en *fritidssysse*. Det må settes av tid til fysisk aktivitet, og det må gjennomføres. Organisert fysisk aktivitet fra fagpersoner vil ha større nytteverdi for pasienter da det er forankret i den enkeltes individuelle planer og konkrete behandlingsmål. I tillegg kan en nyttig betingelse være å ha egnet, utdannet personale til gjennomføring av dette. Kompetent personale kan heve nivået på treningen, men personer med egen erfaring kan også være gode trenere. En annen nyttig betingelse kan være at man har et godt treningstilbud. Det innebærer også at deltagerne får tilpasset individuelle behov og ønsker. For mange kan dette være en forutsetning for å kunne gjennomføre fysisk aktivitet. En annen rammebetingelse er at det er gode treningslokaler. Det vil si at rommene man skal utføre aktiviteter i er utformet for dette formålet. Det innebærer at man har plass til å gjennomføre aktivitet, samt tilgang til utstyr man behøver for å gjennomføre aktiviteten. Å bruke naturen er en aktivitet som man også har lett tilgjengelig etter utskrivelse, og dette kan være noe mange setter pris på. Friluftsliv er i følge Martinsen (2011) i tillegg en rimelig aktivitetsform som krever lite utstyr.

Espnes og Smedslund (2009) mener at det har stor betydning at helsearbeideren bidrar til at pasienten mestrer egen situasjon knyttet til sykdom eller helse. Det er da viktig at helsearbeideren finner ut hva pasienten er i stand til å utføre og setter opp realistiske mål for pasienten. Espnes og Smedslund (2009) argumenterer for at dette er individuelt og må vurderes for hver enkelt pasient.

2.6 Sammenhenger mellom psykiske lidelser og somatiske sykdommer

Ifølge Helsedirektoratet (2010) har mennesker med psykiske lidelser økt sannsynlighet for å få somatiske sykdommer. Mange utvikler overvekt, hjerte-kar sykdommer og diabetes som følge av psykisk sykdom. Det er god dokumentasjon for at fysisk aktivitet har positiv effekt for den psykiske helsa. Fysisk aktivitet bør derfor absolutt være tilstede. Helsedirektoratet (2010) skriver videre at generelle virkninger av fysisk aktivitet kan være blant annet:

- Økt velvære etter aktivitet
- Reduserte stress-symptomer
- Økt optimisme og pågangsmot
- Bedre selvfølelse og forhold til kropp

- Økt opplevelse av mestring
- Økt energi og overskudd
- Bedre søvnkvalitet

Som beskrevet ovenfor kan fysisk aktivitet redusere stress-symptomer. Börjesson (2004) hevder også at fysisk aktivitet kan virke profylaktisk ved stress. Han hevder at fysisk inaktivitet øker risiko for livsstilssykdommer. Fysisk aktivitet har positiv effekt på hormonproduksjonen i kroppen. En person som er fysisk aktiv har mindre stressreaksjoner i kroppen enn personer som ikke fysisk aktive. Han skriver at dagens samfunn er fylt av mange stressfremkallende faktorer. Hvis man er fysisk aktive vil man ha bedre forutsetninger til å håndtere dette. Fysisk aktivitet kan dempe sårbare psykiske tilstander som fører til økt stressnivå. Det virker som en slags buffer mot stress. Det er derfor helsefremmende å være i fysisk aktivitet for å redusere stressnivået (Börjesson, 2004; Espnes og Smedslund, 2009).

Helsedirektoratet (2010) hevder fysisk aktivitet kan føre til økt mestring. Dette er svært aktuelt å ha kunnskaper om når man jobber med barn og ungdom som har oppfølging av psykisk helsevern.

2.7 Teori om mestring

Å mestre opplevelser og utfordringer i livet er en nødvendighet for mennesker. Mestring er et begrep som kan brukes i mange sammenhenger. Generelt, kan man ifølge Svartdal (2017) si at mestring er når personen selv håndterer oppgaver og utfordringer han eller hun møter gjennom livet. Det kan være konkrete oppgaver som krever ferdigheter og kompetanse, eller mer omfattende og krevende situasjoner som for eksempel når man opplever livskriser (Svartdal, 2017). Renolen (2015) hevder at mestring i psykologien er knyttet til individets evne til å møte livskriser og påkjenninger som overstiger hverdagslige utfordringer. Albert Banduras (1998) begrep *mestringstro* står sentralt her. Dette begrepet er svært mye brukt i helsepsykologien. Hvis man har tro på at man vil lykkes med en oppgave, får dette positive konsekvenser da man gjerne prøver hardere og holder på lengre enn hvis man ikke har tro på at man vil greie dette. Egen mestringstro påvirkes av motivasjon, utholdenhet, atferd og hvilke mål man setter seg. Det kommer også an på hvilke evner eller ferdigheter man har (Espnes og Smedslund, 2009; Bandura 1998).

Mestring og stress er nøkkelbegreper i helsepsykologien (Espnes og Smedslund, 2009). Økt mestring vil gi mindre stress. Stress og mestring illustrerer forklaringskraft i den bio-psyko-

sosiale modellen. Ifølge denne modellen påvirkes helse av biologiske forhold i kroppen, tanker og følelser til den enkelte, relasjoner fra andre mennesker samt levekår og andre forhold i lokalsamfunnet. Stress og mestring involverer biologiske prosesser i immunsystemet, psykologiske prosesser som mestringstro og sosiale faktorer som for eksempel arbeidssituasjon (Espnes og Smedslund, 2009).

Ved fysisk aktivitet er det viktig å tenke på at det skal være motiverende og givende å gjennomføre aktiviteten. Den bør da tilpasses på et gjennomførlig nivå til den enkelte, så man opplever mestring og motivasjon til å fortsette med fysisk aktivitet (Martinsen, 2011). Espnes og Smedslund (2009) hevder at det er helsefremmende å hjelpe mennesker til økt mestring.

2.7.1 En salutogenetisk tilnærming til mestring av fysisk aktivitet

Begrepet *salutogenese* ble utviklet av Aaron Antonovsky (1923-1994). Det omhandler hva som gjør eller holder oss friske (Antonovsky, 2012). Han utviklet den salutogenetiske modellen. Den definerer helse i ulike grader, med fokus på de faktorene som gir høyere grad av helse. Et kjernebegrep i hans teori er *opplevelse av sammenheng*. Dette begrepet består av tre komponenter; å ha evnen til å *forstå* det som skjer i egen situasjon, og ha evnen til å *håndtere* den situasjonen man er i. Det kan være med bruk av egne eller andres ressurser. Og til slutt den komponenten han anser som den mest betydningsfulle: *meningsfullhet*. Dette begrepet innebærer å få lyst til å finne en dypere forståelse av verden generelt og ressursene man selv har til rådighet. Disse tre begrepene henger sammen, og påvirker hverandre. Han forsket på mennesker som hadde god helse til tross for store fysiske og psykiske påkjenninger. Han hevder stress og sykdom er en naturlig del av livet til mennesker, og at de kan være potensielt helsefremmende. Salutogenese forutsetter i følge Antonovsky (2012) at man jobber for, utformer og fremmer en teori om mestring.

Begrepet salutogenese har fokus på hva som holder oss friske, og står i motsetning til begrepet *patogenese*. Det er en medisinsk benevnelse på årsaker til sykdomsutvikling eller sykelige tilstander. Antonovsky (2012) hevder begrepene har et gjensidig avhengighetsforhold. Det salutogene perspektivet løfter blikket over patogene funn når for eksempel en person blir syk. I stedet for å ha fokus på selve sykdommen og de negative sidene ved redusert helse kan man se på hvilke ressurser personen har som kan bidra til å bedre mestre sykdomsutviklingen (Antonovsky, 2012).

Antonovsky (2012) hadde fokus på hvilke muligheter man har for å realisere positiv helse, og at tjenesteytere og andre ser nødvendighet for at dette kan legges til rette så man kan det til. I

et salutogenetisk perspektiv kan man gi mennesker mulighet til å selv velge hva som gir helse for dem. Personlige egenskaper som er helsefremmende kan for eksempel være god selvtillit, evne til å tåle motgang, et lyst sinn og realistiske forventninger til seg selv.

2.8 Motivasjon for fysisk aktivitet

Manger og Wormnes (2015) hevder at selvpåfatning og prestasjoner påvirker hverandre. Et menneske kan ha gode evner, men allikevel oppleve nederlag. Han kan også ha dårlige evner og oppleve nederlag. Dette kan føre til dårligere selvfølelse. Jo større selvfølelsen er, desto mer øker tryggheten til å prøve seg på utfordringer som er utenfor komfortsonen. Hvis individets muligheter oppmuntres og styrkes, vil man ha bedre forutsetninger til å utvikle en positiv selvpåfatning. Å mestre noe vil gi økt motivasjon (Manger og Wormnes, 2015).

Begrepet *motivasjon* er ifølge Renolen (2015) opprinnelig latinsk "movere" som betyr at noe beveges. Motivasjon kan si noe om menneskers handlinger. Kaufmann og Kaufmann (2016) definerer motivasjon som "*De biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet for å nå et mål*" (s. 113). Det kan være en tilstand i vår bevissthet og eller ubevissthet, i kroppen vår og/eller i vårt sosiale miljø som påvirker dette (Renolen, 2015).

Manger og Wormnes (2015) skiller mellom to typer motivasjon: indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon kommer innenfra, og da er det ikke ytre faktorer som driver oss til aktiviteten men en psykisk egenmotivasjon. Det kan for eksempel være at vi kjenner glede over å være i fysisk aktivitet. Indre motivasjon er ofte noe som kommer i etterkant av tidligere opplevd ytre motivasjon. Det kan for eksempel være at man tidligere har fått ros for noe man har prestert som igjen har bidratt til å motivere for å fortsette videre med aktiviteten (Manger og Wormnes, 2015). Ytre motivasjon er når motivasjonen påvirkes av utenforliggende faktorer som for eksempel belønning for å gjøre aktiviteten man i utgangspunktet ikke var motivert til å utføre. Eksempel på dette kan være å kjøpe nye treningsklær etter en uke med trening (Manger og Wormnes, 2015). Renolen (2015) mener dette kan være en kunstig form for motivasjon, da den kan innebære både straff eller belønningssystem.

Mange mennesker forbinder fysisk aktivitet med glede, noe helsefremmende eller sosial kontakt med andre. De fleste mennesker med psykiske lidelser har ikke denne oppfatningen og er derfor inaktive. Mange som sliter med psykiske helseplager opplever at selv små fysiske krav blir altfor store i forhold til hva de orker å gjennomføre. Mange har liten tro på at de klarer å endre situasjonen de er i. De tror ofte at fysisk aktivitet ikke vil gjøre deres situasjon

bedre, om de i det hele tatt ville greid å være fysisk aktive. Det er derfor mange som trenger hjelp og oppfølging for å komme i gang med fysisk aktivitet. De kan etter hvert føle en indre drivkraft hvis de opplever at det er noen som ser og fremmer deres ressurser. Motivasjon fra andre vil ikke lenger være like nødvendig når de kjenner at egen motivasjon til aktiviteten har blitt selvforsterkende (Moe et al., 1998).

Det kan være av stor betydning at helsepersonell som skal tilrettelegge for fysisk aktivitet har kunnskaper om motivasjonsstrategier. Dersom regelmessig fysisk aktivitet ikke er en del av behandlingsopplegget forverres kanskje formen til den som søker hjelp. Med tanke på kunnskaper om betydningen av den helsegevinst som fysisk aktivitet har på sikt kan ikke en passiv behandlingsform forsvares ifølge Moe et al. (1998).

Helsedirektoratet (2010) hevder det kan ha stor nytte at helsepersonell bidrar til å hente frem egne ressurser for å komme i gang med fysisk aktivitet til mennesker med psykiske lidelser. Helsepersonell som følger opp brukere eller pasienter over tid har en unik mulighet til å påvirke og veilede med utgangspunkt i den enkeltes livssituasjon. Det vil være lettere å gjennomføre og videreføre et opplegg som er tilpasset den enkeltes interesser, forutsetninger, ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2010).

Det kan i første omgang være nødvendig med en motivasjons og kartleggingssamtale med brukeren/pasienten. Da mener Helsedirektoratet (2010) at det blir viktig at helsepersonalet aktivt lytter til den enkeltes ønsker, erfaringer og synspunkter. Veiledning til bruker/pasient kan være avgjørende for at den andre vil tro på at fysisk aktivitet kan være et verktøy som skaper en endringsprosess. Det finnes flere samtaleteknikker man kan benytte, for eksempel motiverende intervju eller endringsfokusert veiledning (Helsedirektoratet 2010).

Helsedirektoratet (2010) beskriver i sitt tipshefte at mennesker har ulik beredskap for endring i motivasjon til fysisk aktivitet. Beredskapen kan deles inn i tre nivå. I alle nivå er kommunikasjon og samtaleteknikker avgjørende for å oppnå en god relasjon til bruker/pasient (Helsedirektoratet, 2010).

På første nivå beskriver Helsedirektoratet (2010) mennesker med lav beredskap eller manglende interesse for endring i fysisk aktivitetsnivå. På dette nivået er bruker/pasient lite motivert til endring og mottakelig for informasjon. Det er viktig at helsearbeideren viser respekt og forståelse i samtale med bruker/pasient. Man bør utforske bruker/pasient sitt syn og forståelse for aktivitet. Når helsearbeideren viser forståelse med pasienten og hans meninger om dette vil man kunne komme i posisjon hvor pasienten er mottagelig for refleksjon rundt

hva inaktivitet kan føre til. Hvis man greier det vil man kunne bidra til motivasjon til endring ved å få innsikt og kunnskap om hva konsekvensene er av å fortsette å være inaktiv.

Eksempel på hvordan man stiller spørsmål kan være ”Det er flere faktorer som kan virke inn på din psykiske helse, blant annet fysisk aktivitet. Er det i orden at vi snakker litt om det?” (Helsedirektoratet 2010 s.13) Denne måten å stille spørsmål på vil være respektfull og vise forståelse til bruker/pasient. Han/hun vil også oppleve å ha større kontroll i en situasjon som berører et vanskelig tema (Helsedirektoratet, 2010).

På andre nivå tilhører ifølge Helsedirektoratet (2010) mennesker som har vekslende beredskap og er ambivalente for endring av eget aktivitetsnivå. Helsearbeideren bør i samtalen med bruker/pasient på dette nivået fokusere på ambivalensen fremfor å forsøke å overtale han/hun. Gjennom samtalen bør helsearbeideren kommunisere på en måte som bidrar til at bruker/pasient *selv* får frem fordeler og ulemper med fysisk aktivitet. Ved å få han/hun til å reflektere over dette kan han/hun selv bli klar over nytteverdi ved å være fysisk aktiv (Helsedirektoratet, 2010).

På tredje nivå er det mennesker med høy beredskap for endring, det vil si at bruker/pasient er motiverte for endring i eget aktivitetsnivå (Helsedirektoratet 2010). På dette nivået blir det viktig at helsearbeideren setter av tid sammen med bruker/pasient til å planlegge realistiske mål og konkrete avtaler for gjennomføring av aktiviteter. Når bruker/pasient begynner med gjennomføring av fysisk aktivitet kan det være behov for ros, støtte og oppmuntring fra helsearbeideren. Han bør vise tålmodighet og være med å gjennomføre aktiviteten sammen med bruker/pasient hvis det er mulig. Helsearbeideren bør stimulere til mestringsfølelse for bruker/pasient. Han bør fokusere på det som faktisk er oppnådd ved å komme i gang med fysisk aktivitet for brukeren, dette kan gi motivasjon til videre trening (Helsedirektoratet, 2010).

Nivåene kan overlape hverandre og det er glidende overganger mellom nivåene. Over tid kan den enkelte bruker/pasient også endre egen innstilling til endring. Man må regne med at det kan oppstå tilbakefall for bruker/pasient. Ved å normalisere at dette er noe som kan hende vil man redusere bruker/pasient sin følelse av nederlag og skuffelse (Helsedirektoratet, 2010).

2.9 Gjennomgang av relevant tidligere forskning

”Ung i Norge” er ifølge Nina Eriksen (2017) en longitudinell studie over 25 år som har inkludert cirka 2600 ungdommer som er født i Norge. Den har blitt gjennomført tre ganger. Studien forsker på deltakernes oppvekstvilkår, venner, familie, identitet, psykisk helse,

fritidsaktiviteter og mye annet. Det er samme deltagere som er fulgt gjennom alle studiene som ble gjennomført i 1992, 2002 og 2007 (Eriksen, 2007). Strandbu og Bakken (2007) har gjennomført den tredje studien fra 2007. I avslutning av studien har de oppsummert og sammenlignet resultatene fra alle tre studiene. Andelen ungdom som trener i idrettslag synker gjennom tenårene, og dette kan skyldes at utøverne ikke lenger er motivert for fysisk aktivitet fordi de ikke syntes det var morsomt. Studien fra 2002 viste at 40% av ungdommene var med i organisert idrettslag, og det var en nedgang i forhold til 47% i 1992. Studien underbygger at barn blir mindre fysisk aktive ved overgangen til ungdomsalder, og det er store forskjeller i undergrupper av barn og unge med hensyn til hvem som er aktive og inaktive. I studien fra 2002 konkluderte man med at ungdom var mindre aktive enn 1992, mens i studien fra 2007 kommer det frem at deltakerne har blitt mer aktive igjen.

Reitlo (2012) hevder i en rapport om deltagelse og frafall i ungdomsidretten, at andelen aktive ungdommer i organisert idrett synker i løpet av ungdomsårene. Hun sier at frafallet av ungdom er en av idrettens største utfordringer. Hun viser til 26 ulike studier gjennomført i hovedsakelig Norge fra 1970 årene frem til 2012. Tre av undersøkelsene ble gjennomført i Sverige, og tre i Finland.

Forskningsleder for Modum Bad, Egil Martinsen har selv gjennomført studier som viser at mennesker som er i god fysisk form er bedre beskyttet mot påkjenninger som belastende livserfaringer. Man blir bedre rustet til å håndtere fysiske og psykiske stressreaksjoner og studier viser at de som er fysisk aktive raskere kommer tilbake til normal tilstand (Martinsen, 2011).

I 2006 gjennomførte Judith McDevitt et al. en kvalitativ studie som handlet om utfordringer og fordeler med fysisk aktivitet blant pasienter som var under oppfølging av psykisk helsevern. Funnene viste at de største utfordringene var symptomer fra den enkeltes psykiske lidelse, frykt for usikkerhet rundt treningsprogram og bivirkning av medisiner. Studien viste at det var svært viktig med individuell tilrettelegging av fysisk treningsprogram, samt informasjon om betydning av fysisk aktivitet og gode holdninger fra den som utøver dette sammen med pasienten (McDevitt et al., 2006).

Langtidsundersøkelser av friske mennesker har ifølge Buckworth & Dishman (2013) vist at inaktive mennesker har større tendens til å utvikle depresjon. Deres forskning viste at fysisk

aktivitet har en forebyggende effekt mot psykiske lidelser, og dermed kan regnes som et forebyggingstiltak.

Eriksson et al. (2007) har gjennomført en studie som handlet om å legge til rette for fysisk aktivitet hos barn og ungdom gjennom samarbeid mellom idrettsmiljø og skolene i Örebro län. I dette området var det 123 idrettslag og 173 skoler med cirka 50 000 barn og ungdom som har vært med på ulike deler av prosjektet. Aktivitetene ble utført både på skole og i fritiden. Resultatet viste stor variasjon mellom ulike skoler og alderstrinn. Størst effekt hadde prosjektet for barn og ungdommer i barne-ungdomsskole alder. På videregående nivå krevdes det mer satsing for å øke fysisk aktivitetsnivå for elevene (Eriksson et al. 2007).

Marit Sørensen (2006) har gjennomført en kvantitativ studie av pasienter som hadde fysisk aktivitet som en del av behandlingen av psykisk helsevern. Hun undersøkte motivasjonsvariabler, selvtillit og selvbestemmelse i forhold til fysisk aktivitet. Det var 109 pasienter som var med i hennes studie. Informantene besvarte spørreskjema i studien. 57,4 % ga tilbakemelding om at fysisk aktivitet reduserte sykdomssymptomene. 30,7 % rapporterte at de var uforandret, mens 11,9 % rapporterte at de hadde hatt negativ effekt av fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Studien viste at pasienter under psykisk helsevern hadde samme motiverende mekanismer som befolkningen for øvrig til tross for utfordringer knyttet til deres sykdom.

Studiene beskrevet ovenfor viser en positiv effekt av fysisk aktivitet for fysisk og psykisk helse. Nasjonale føringer, tipshefter og andre offentlige publikasjoner viser at det i økende grad i samfunnet blir lagt til rette for gjennomføring av fysisk aktivitet for å ivareta menneskers fysiske og psykiske helse. Fysisk aktivitet og psykisk helse er et forskningsområde som det fortsatt satses mye på, som for eksempel Helse undersøkelsen i Trøndelag, HUNT. Det er en frivillig undersøkelse som gjennomføres blant alle innbyggere over 18 år i det som tidligere var Nord-Trøndelag. Den ble første gang gjennomført i 1984-1986. Cirka hvert tiende år har den blitt gjennomført, og det foreligger en enorm mengde informasjon om innbyggere sin livsstil i forhold til for eksempel mat, fysisk aktivitetsnivå og psykiske helse. For tiden gjennomføres HUNT 4 som også inkluderer ungdom ned til 13 år. (NTNU, 2018).

KAPITTEL 3. METODE

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for metodiske valg jeg har foretatt i min studie. Jeg beskriver også vitenskapsteoretisk ståsted, kvalitativ tilnærming, forskningsetiske overveielser, rekruttering av utvalg og gjennomføring av intervjuene. Jeg vil i tillegg skrive om hvordan jeg har transkribert, hvordan jeg foretok dataanalyse, og om min rolle som forsker. Til slutt i kapitlet har jeg skrevet om min forforståelse, studiens kvalitet og om begrepene troverdighet, reliabilitet og overførbarhet.

3.1 Kvalitativ tilnærming

Jeg har valgt kvalitativ metode på denne studien. Det er fordi det er mest hensiktsmessig for det jeg ønsket å utforske. Patton (2002) hevder at kvalitativ metode har sin styrke i få frem kunnskaper om hvordan mennesker opplever, påvirkes av, handler i forhold til eller tenker om det de erfarer. Man kan forstå kvalitativ tilnærming som en metode å få frem den andres *livsverden*.

Kvalitativ metode er basert på et subjekt-subjekt -forhold mellom forsker og de menneskene man forsker på. En konsekvens av dette er at forsker og deltaker påvirker *forskningsprosessen*. Informasjon fra informanten påvirkes av hvordan han eller hun oppfatter forskeren. I kvalitativ forskning kommer man nærmere inn på det man forsker på enn i kvantitativ forskning. Hvis man skal gå i dybden på et tema er kvalitativ metode godt egnet. Denne metoden innebærer i følge Thagaard (2013) svært stor fleksibilitet og åpenhet. Videre så hevder Malterud (2013) at det i kvalitativ metode ligger et ønske om å få kunnskap om det enkelte menneskes opplevelse, oppfatning og holdning til det vi forsøker å finne ut av. Man går i dybden på fenomenet og utforsker dermed samhandling, bevegelse, utvikling og helhet.

3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

I denne studien vil en kvalitativ metodisk tilnærming være hensiktsmessig til å besvare problemstillingen. Studien bygger på et hermeneutisk-fenomenologisk vitenskapsteoretisk ståsted. Ved å beskrive informantenes subjektive opplevelse av *fenomenet* jeg vil forske på, kan det beskrives som en fenomenologisk tilnærming, mens måten jeg *behandler* og *tolker* data på vil være hermeneutisk. Jeg forsøker da å få en dypere forståelse av informantenes subjektive opplevelse. Dette vil danne det vitenskapelige grunnlaget for mitt prosjekt.

Fenomenologi ble ifølge Kvale og Brinkmann (2017) grunnlagt som filosofisk retning av Edmund Husserl og har sin opprinnelse fra år 1900. Den ble videreutviklet til

eksistensfilosofi. Fenomenologi handlet i utgangspunktet om bevissthet og opplevelse, men ble etter hvert utviklet til å også omfatte *menneskets livsverden*. I kvalitativ forskning er fenomenologi et begrep som brukes for å forstå sosiale fenomener utfra den andres virkelighetsoppfatning av det fenomenet vi studerer. Intervjueren bør derfor vektlegge informantens opplevelser, utføre presise beskrivelser og sette egen forhåndskunnskap til side. Forskeren bør legge sin forforståelse til side, og søke etter den invariante essensielle betydning i beskrivelsene som informanten formidler gjennom intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2017).

Fenomenologi er ”studiet av strukturen og variasjonene i strukturen i den bevissthet som en ting, hendelse eller person fremtrer for” (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 45). Fenomenologien er erfaringsorientert og relevant for hvordan vi skal forstå det kvalitative intervjuet.

Fenomenologi som tilnærming i kvalitativ metode er derfor en godt egnet tilnærming når målet er å forstå den andres forståelse av et fenomen, sett fra hans perspektiv. Det omfatter den andres opplevelse, erfaring og bevissthet om det jeg skal forske på. Ved å forstå den andres livsverden kan man få en bedre forståelse av verden (Kvale og Brinkmann, 2017).

Hermeneutikk handler om fortolkningslære (Kvale og Brinkmann 2017). I hermeneutikken vektlegges det at det ikke finnes bare en sannhet, men at fenomenet kan tolkes på flere måter. Forståelsen av deler av teksten påvirker forståelsen av helheten av teksten. Dette vil igjen påvirke delene i teksten. Man kan si at kunnskap utvikles gjennom at man jobber med teksten *sirkulært*. I analytisk arbeid vil hermeneutisk sirkulær måte å jobbe på føre til en dypere forståelse av meningen i materialet man jobber med, og vi kan si at vi anvender hermeneutisk spiral i dette arbeidet (Kvale og Brinkmann, 2017). Funnene av analysen vil ifølge Thagaard (2013) bli påvirket av hvordan spørsmålene stilles og konteksten i intervjusituasjonen. Fortolkning er en dynamisk prosess hvor forskeren har en aktiv rolle (Ashworth, 2015).

Fenomenet i min studie er ungdom sin erfaring med fysisk aktivitet. Det er deres opplevelse og livsverden jeg ønsker å få informasjon om. Jeg bruker hermeneutikk i min bearbeiding og fortolkning av data. Som forsker bør jeg tilstrebe å fortolke analysematerialet på en så nøytral måte som mulig. Fortolkning av data vil alltid bli påvirket av egen forforståelse, men det å være refleksiv til egen forforståelse vil være sentralt.

3.3 Rekruttering og utvalg

Utvalget ble rekruttert på en barne-ungdomspsykiatrisk sengepost. Denne avdelingen har stor variasjon i hvor mange ungdommer som er inneliggende til enhver tid. Det kan være fra ingen til syv. Alle barn eller ungdommer ved avdelingen har i utgangspunktet et behandlingsteam som består av to miljøterapeuter, en saksansvarlig som er enten lege eller psykolog og lærer som jobber på BUP-skolen. Planlagte innleggelses har vanligvis et opphold på tre uker. Men dette er noe som kan endres underveis utfra den enkeltes behov for oppfølging. Noen ganger blir oppholdet forlenget, men det kan også hende at oppholdet blir avsluttet tidligere enn planlagt. Det kan skyldes ulike grunner, for eksempel at ungdommen ikke forholder seg til strukturen i avdelingen eller behandlingsplanen som er utformet av den enkeltes behandlingsteam. Det kan også hende at ungdommen selv eller foreldrene ønsker å avslutte oppholdet. Alle innleggelses er frivillige.

De som kommer inn akutt, det vil si at innleggelsen ikke er planlagt, får vurdering fortløpende for hvor lenge oppholdet skal vare. Dette kunne by på noen utfordringer for studien min. Da jeg skrev intervjuguide og begynte søkeprosessen for å gjennomføre dette prosjektet visste jeg ikke noe om hvor lang tid det ville ta å få nødvendige godkjenninger for å kunne starte prosjektet, eller hvor mange ungdommer som ville være på avdelingen når jeg fikk nødvendige tillatelser til å begynne med intervju. Det er plass til syv ungdommer på avdelingen. I tillegg er det ikke til enhver tid full avdeling, samt at noen avbryter oppholdet før det blir gjennomført. Blant de som var innlagt på studiens gjennomføringspunkt sa fem ungdommer ja til å delta som informanter i min studie, men en trakk seg fra studien etter første intervju. Alle informantene hadde planlagte innleggelses med varighet på tre uker. Jeg brukte fire måneder på intervjuperioden. Grunnen til at jeg brukte fire måneder var fordi det tok så lang tid å finne egnede informanter for studien som samtykket til deltakelse.

Informantene som ble aktuelle for studien var inneliggende ungdommer ved avdelingen. Det var en forutsetning at de var i psykisk helsemessig stand til å gjennomføre intervju og som det var etisk forsvarlig å inkludere i studien. Det var ikke aktuelt å intervju ungdom med diagnoser som kunne være direkte påvirket av fysisk aktivitet som for eksempel ved spiseforstyrrelser. Dette ble vurderinger jeg måtte foreta i prosjektperioden sammen med min overordnede og behandlingsteamet til den enkelte informant. Det var tre jenter og en gutt som ble intervjuet. Alder var fra 16 til 18 år. I hvert tilfelle fikk jeg godkjenning av saksansvarlig i den enkeltes behandlings team før jeg kunne gjennomføre intervju med informantene. Første intervju ble gjennomført første uken de var på avdelingen, andre intervju ble gjennomført en

av siste dagene av innleggelsen. Jeg hadde bare kontakt med informantene under innleggelsen på avdelingen.

3.4 Datainnsamling – kvalitative intervjuer

Jeg valgte å gjennomføre semistrukturerte dybdeintervju. Grunnen til at jeg valgte dybdeintervjuer er fordi det ifølge Tjora (2012) er en intervjuform som er egnet til å brukes når man ønsker å finne ut meninger, erfaringer eller holdninger til den enkelte. Denne metoden er basert på fenomenologisk perspektiv, hvor forskeren prøver å forstå *informantens opplevelse* av det vi ønsker å forske på.

Ifølge Malterud (2013) er det hensiktsmessig å utforme en intervjuguide for å strukturere intervjuet. Spørsmålene kan være stikkordformet. En intervjuguide er derfor et praktisk verktøy for å holde strukturen og sikre at alle spørsmål blir besvart. Samt at man har en viss tidsplan å følge underveis. Jeg utformet en intervjuguide (se vedlegg 4 og 5) hvor jeg skrev ned spørsmålene fullstendig, ikke bare i stikkord form. Selv om spørsmålene sto i guiden, ble det nødvendig med oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene. Disse kom naturlig ut fra hva informanten svarte på de ulike spørsmålene. Kvale og Brinkmann (2017) sier at det ved semi-strukturerte intervju er intervjueren selv som må bruke taktfullhet og vurdere etter skjønn hvordan han vil følge opp informantens svar underveis, fremfor å binde seg til å følge intervjuguidens rekkefølge på spørsmålene.

Det var informantens *egne* erfaringer og opplevelser som ble viktig å samle inn. Jeg gjennomførte to intervju med informantene, ett intervju ved innkomst til avdelingen, og ett intervju før utskrivelse. Da kunne jeg kartlegge status før og etter oppholdet. Jeg utformet derfor to intervjuguider med aktuelle spørsmål for å kunne besvare problemstillingen. Jeg stilte åpne spørsmål som ville være lett å forstå. Gjennom intervjuene fikk deltagerne mulighet til å fortelle om egne erfaringer om fysisk aktivitet før og under innleggelsen. Lengden på intervjuene varierte fra åtte minutter til 15 minutter. Det var stor forskjell på hvor mye informantene fortalte under intervjuene. Noen pratet generelt lett og åpent og fortalte mye. Mens andre var stillere og svarte på direkte spørsmål. I begge intervjuene fikk de til slutt mulighet til å stille spørsmål eller tilføye noe hvis de ønsket. Det var nødvendig å planlegge hvor intervjuene skulle foregå for å unngå støy, avbrytelser eller andre forstyrrelser fra andre på avdelingen. Alle intervjuene ble gjennomført i et større pasientrom med egen stue som ikke var i bruk. På denne måten ble informantene bedre ivaretatt underveis i intervjuene.

3.5 Transkribering

Intervjuene tok jeg opp på lydfil og transkriberte i programmet NVivo. Dette var en praktisk og lett gjennomførlig måte å behandle data på. Jeg transkriberte intervjuene etter hvert. Underveis når jeg lyttet til intervjuene fant jeg måter jeg kunne forbedre meg på til neste intervju. Det kunne være hvilken ordlyd jeg brukte, at jeg passet på å ikke lage unødig ”støy” mens intervjuet foregikk, for eksempel kan lyden av en kulepenn være forstyrrende på informant eller intervjuer. Ifølge Malterud (2013) er det viktig å merke seg at når man omsetter en tekst fra lydfil til skriftlig materiale skjer det en ”fordreining” av det som skjedde. Selv den mest nøyaktige transkripsjon kan ikke gi annet enn et avgrenset bilde av det vi forsker på. All nærkontakt med materialet innebærer at forskeren setter spor i datamaterialet som kan påvirke teksten på ulike måter.

For å ivareta anonymisering og lettere håndtere materialet i ettertid valgte jeg å transkribere fra trønderdialekt til bokmål. Jeg fant raskt ut at dialekt påvirker setningsoppbyggingen. Det som er naturlig ordlegging i trønderdialekt ble en utfordring når jeg transkriberte og skrev om til bokmål. Jeg prøvde å ivareta ungdommenes ordlyd og deres betydning av det de fortalte på en tilfredsstillende måte. Det var deres *subjektive* opplevelse jeg ønsket å finne, og en viktig oppgave for meg som forsker ble å ivareta dette. Jeg transkriberte intervjuene nesten ordrett. Jeg måtte endre noe setningsoppbygging for å få en riktigere ordlyd, men tilstrebet å skrive mest mulig likt fra intervjuene for å ivareta ungdommenes egne svar,

Når jeg valgte å transkribere intervjuene selv, ble jeg godt kjent med materialet underveis, og dette ble viktig som en del av analyseprosessen. Jeg ble også påmint ”stemningen” og den gode relasjonen jeg fikk med ungdommene som ble med i prosjektet. Samtidig er det viktig å påpeke at intervjuene ble forskjellige ut ifra hvor mye ungdommene fortalte, og hvor utadvendte de var. Noen hadde lett for å sette ord på opplevelser og tanker, og svarte mye på spørsmålene, mens andre svarte kortere og mer konkret. Dette påvirket naturlig nok mengden av transkribert materiale som var på seksti sider.

3.6 Dataanalyse

For å analysere datamaterialet benyttet jeg Braun og Clarkes (2006) tematiske analyse. Ifølge Braun og Clarke (2006) er en av fordelene ved å bruke denne metoden dens *fleksibilitet*. Derfor er tematisk analyse en godt egnet metode i kvalitativ forskning. Braun og Clarke (2006) hevder tematisk analyse handler om å se etter mønstre på tvers av alle intervjuene og beskrive fremtredende temaer. De hevder også at denne metoden er godt egnet for forskere

som har lite erfaring med kvalitativ metode.

I analyseprosessen har jeg brukt induktiv tilnærming og prøvd å la temaene i stor grad være empiristyrte. Ifølge Thagaard (2013) innebærer empiribasert teori at teorien utvikles i tilknytning til datamaterialet, og man spesifiserer sammenheng mellom kategorier i dette materialet (Thagaard, 2013.) Glaser og Strauss (1967) hevder at teori kan dannes på grunnlag av refleksjoner over meningsinnholdet i datamaterialet. Valg av metode bidro til at jeg fikk besvart problemstillingen, samt kunnskap om det som jeg forsket på.

Hovedpunktene i Braun og Clarkes (2006) tematisk analyse består av seks trinn: 1) å gjøre seg kjent med data, 2) generere koder, 3) lete etter tema, 4) gjennomgå tema, 5) definere og navngi tema og til slutt 6) å skrive ned funnene fra analysen.

Steg 1. Å gjøre seg kjent med data

For å kunne starte analyse er det ifølge Braun og Clarke (2006) viktig å gjøre seg kjent med dataene. Det er viktig fordi man ellers ikke vil kunne utføre analysen tilfredsstillende. Hvis man ikke er kjent med dataens innhold vil man naturlig nok ikke vite nok om dataens innhold til å kunne gå videre i prosessen. Jeg skrev ut alle transkriberte intervju, samt at jeg tok frem notatene jeg skrev for hånd underveis i intervjuene. Jeg leste gjennom intervjuene flere ganger for å bli godt kjent igjen med informasjonen. Det gikk to måneder fra siste intervju før jeg startet prosessen med analyse, og det var mye jeg hadde glemt i mellomtiden. Når jeg gikk gjennom notatene og transkripsjonene på nytt ble jeg fort kjent med dataen igjen.

Steg 2. Generere koder

Ved bruk av tematisk analyse deler man ifølge Thagaard (2013) opp materialet når det kodes og man deler opp etter tema. I denne prosessen vil forskeren løse opp deler av materialet, og dermed mister materialet sammenhengen det ble formidlet i. I denne prosessen er det svært viktig å ivareta betydningen og den subjektive opplevelsen av det som ble formidlet (Thagaard 2013).

Jeg intervjuet fire informanter to ganger. Hvert intervju markerte jeg med egen farge, samt skrev på om det var første eller andre intervju. Da ble det lettere å holde oversikt over hvem som hadde sagt de ulike utsagnene. I transkripsjonsarbeidet var jeg bevisst å begynne "nytt linjeskift" når det var nye spørsmål eller av og til oppfølgings spørsmål. Dette gjorde prosessen med å generere koder enklere da materialet var i et system. Jeg klippet opp alle

utsagnene i transkripsjonsmaterialet og sorterte dette utfra meningsinnholdet i utsagnene. Jeg brukte ulike fargekoder for å få bedre oversikt over hva som gjentok seg på tvers av intervjuene. Jeg skrev ned kategorier på forskjellige ark og la utover et bord. Dette strukturerte datamaterialet ytterligere. Jeg kodet ut ifra hva jeg syntes var beskrivende for hver enkelt del av teksten. Thagaard (2013) hevder at man ved å gi ulike koder eller navn i datamaterialet får et godt grunnlag før man skal lete etter tema. Kvale og Brinkmann (2017) mener at målet er å lage kategorier som presenterer erfaringene man studerer fullt ut. Det ble tilsammen 21 koder fra transkripsjonene. Nå kunne jeg begynne prosessen med å lete etter tema.

Steg 3. Lete etter temaer

Etter at jeg hadde sortert skriftlig data i fargekoder og klippet opp transkripsjonene begynte jeg å lete etter tema. Jeg merket utklippene med ulike farger og kategoriserte de med samme farger. Jeg så at det var noen tema som gikk igjen i intervjuene og kunne danne grunnlag for analysen. Jeg samlet datamaterialet fra 21 til færre kategorier. For eksempel samlet jeg data som handlet om erfaring og opplevelse av fysisk aktivitet under oppholdet sammen med data om hva som hadde vært lett å utføre og hva som hadde vært utfordrende å utføre under oppholdet. Thagaard (2013) sier noe om at når teksten klassifiseres til kategorier kan data bli mer oversiktlig og man kan kjenne igjen mønstre i svarene fra informantene. Kvale og Brinkmann (2017) betegner denne framgangsmåten som at vi kategoriserer på en meningsfull måte. Meningsinnholdet i teksten er fokus for analysen.

Steg 4. Gjennomgå temaer

Da jeg hadde delt inn dataen i kategorier så jeg at det etterhvert ble tydelig at enkelte kategorier gikk over i hverandre. For eksempel hadde jeg egen kategori på hvilken aktivitet de likte best å utføre på avdelingen. Jeg hadde også en kategori om de likte best å trene alene eller sammen med andre. I svarene på kategoriene kunne jeg se at det kom fram hvilken aktivitet de likte best, og samtidig om denne aktiviteten ble utført sammen med andre eller om de utførte den alene. Jeg slo sammen kategoriene og navnga den "erfaring med fysisk aktivitet under oppholdet." Jeg hadde også egen kategori for hvilken aktivitet informantene likte best å utføre mens de var på avdelingen. Også denne kategorien samlet jeg under "erfaring med fysisk aktivitet under oppholdet". Dette gjorde jeg med flere kategorier og reduserte antallet fra 21 kategorier til fire.

Steg 5. Definere og navngi temaene

Når det foreligger en tilfredsstillende tematisk oversikt over datamaterialet, kan man ifølge Braun og Clarke (2013) starte fasen med definering og benevning av kategorier eller tema. Jeg satt igjen med fire temaer etter å ha kommet så langt i prosessen. De fire temaene er: “å ha ulikt forhold til fysisk aktivitet har betydning for aktivitetsnivå ved innleggelsen”, “fysisk aktivitet oppleves som en viktig av behandlingen”, “behov for hjelp til å finne motivasjon for å skulle utføre fysisk aktivitet” og “det er viktig å få støtte fra personalet mens man gjennomfører fysisk aktivitet”.

Steg 6. Skrive rapporten

Når jeg hadde kommet så langt i prosessen gikk jeg gjennom alle besvarelsene fra informantene under de fire temaene. Jeg kunne nå sette meg ned å skrive ned resultatene fra analysen. Funnene presenteres i kapittel 4, presentasjon av funn.

3.7 Forskerrollen

Det er første gang jeg gjennomfører et forskningsprosjekt som dette, og jeg skulle utføre det på egen arbeidsplass. Jeg har erfaring med å jobbe med barn og ungdom, og jeg synes det er lærerikt og berikende å jobbe så tett på mennesker i denne aldersgruppen. Når jeg i tillegg fikk nødvendige tillatelser til å gjennomføre forskning på dette området kjente jeg både på takknemlighet for at jeg fikk sette i gang dette prosjektet, samt nysgjerrighet for hvilke funn studien ville gi. Når man forsker på egen arbeidsplass ser jeg at det er en stor fordel at man er kjent med strukturen og rutinene som er i avdelingen. Jeg var også trygg på min rolle ovenfor informantene. I tillegg ble jeg godt kjent med ungdommene jeg intervjuet. En bakdel med å forske på egen arbeidsplass kan være at man må være bevisst på å ivareta taushetsplikt overfor informantene så det ikke kommer frem hvem som har sagt de ulike utsagnene. Jeg var også bevisst på at opplysninger som kommer frem gjennom intervju ikke skulle dokumenteres i avdelingens dokumentasjons-system, eller formidles til kolleger på vaktrommet.

Det var første gang jeg gjennomførte intervju av ungdommer. Min rolle som forsker påvirket informasjonen jeg hadde funnet via søk, hvordan informantene opptrådte og hva de formidlet. Min *relasjon* til deltagerne i intervjusituasjonen påvirket de dataene jeg fikk. Jeg tok føringen og intervjurollen i starten av intervjuene, og jeg opplevde at deltagerne etter hvert ønsket jeg skulle begynne og stille spørsmål. Vi hadde noen minutter med uformell samtale om hverdagslige tema før selve intervjuene startet. Jeg opplevde at det var avslappet stemning

under intervjuene. Kommentarer underveis og oppfølgingsspørsmål påvirket informasjonen jeg fikk fra informantene. Jeg brukte intervjuguiden gjennom intervjuene for å sikre at jeg fikk den informasjonen som var nødvendig for å kunne besvare problemstillingen. Men underveis i intervjuene var det informantene jeg hadde fokus på, og jeg var bevisst å ha blikk kontakt og tilstrebet å få til en god relasjon med hver enkelt.

Kvale og Brinkmann (2017) mener at den som intervjuer selv er det viktigste redskapet for innhenting av kunnskap av informanten. Forskeren har en moralsk ansvarlig rolle. Det er hans/hennes integritet, kunnskap, erfaring, rettferdighet og ærlighet som er den avgjørende faktor når det kommer til stykket. Forskeren har derfor også et etisk ansvar for å ivareta informantene underveis i intervjusituasjonen. Ved å ivareta dette kan man få den informasjonen man ønsker på en etisk forsvarlig måte (Kvale og Brinkmann, 2017).

3.8 Forforståelse

Forforståelse handler ifølge Malterud (2013) om de forkunnskaper vi har om emnet, *før* forskningsprosessen starter. Disse kunnskapene vil påvirke hele forskningsprosessen og kan være et positivt tilskudd underveis. Men de kan også legge begrensninger hvis vi lar dem styre prosessen. Som forsker må jeg være åpen underveis, samtidig som mine forkunnskaper om emnet kan være en motivasjon for å ville vite mer om dette.

Gjennom jobb har jeg sett at fysisk aktivitet for det meste har hatt positiv effekt for barn og ungdom som er inneliggende på avdelingen. Jeg forsøkte å ikke la min forforståelse påvirke informantene. Dette gjorde jeg ved å være bevisst på formuleringen på spørsmålene i intervjuene, samt tenkte over hvordan jeg ordla meg eller hvilken ordlyd eller toneleie jeg brukte i intervjusituasjonen. Jeg ønsket å få frem *informantenes* egne meninger og svar, da det er dette som var essensen i dette forskningsprosjektet. Jeg har også vært bevisst underveis i transkriberingen å få frem informantens ordlyd på svarene. Jeg har forsøkt å forholdt meg nøytral ved å legge egne tanker og meninger om betydning av fysisk aktivitet, samt egne forestillinger om hvordan ungdommene kanskje erfarte dette på avdelingen til side. Det var for å ikke virke dømmende men å heller være åpen for andre synspunkt og måter å tenke på.

I analyseprosessen var jeg også bevisst å forsøke å ikke la min forforståelse påvirke arbeidet. Det gjorde jeg ved å reflektere over hvilke egne tanker og meninger jeg hadde om tema, og hvordan dette kunne påvirke analysen. Jeg ble flere ganger overrasket underveis både i intervjusituasjonen og i etterarbeidet over de data jeg fikk fra informantene. Å være bevisst på min egen forforståelse medførte en åpen undring overfor det informantene formidlet.

3.9 Studiens kvalitet

Ifølge Thagaard (2013) er begrepene *troverdighet*, *reliabilitet*, og *overførbarhet* ofte brukt om kvalitet på samfunnsvitenskapelig forskning.

Troverdighet

Studios troverdighet kan sikres ved at man beskriver hvordan studien er utført og hvordan materiell eller data er generert. Pålitelighet kan sikres ved å beskrive hvordan studien er gjennomført og hvordan data er generert (Thagaard, 2013). Studios troverdighet kan påvirkes av deltakernes, forskerens og leserens erfaringer med *fenomenene som studeres* (Thagaard, 2013).

Når det gjelder troverdighet av min studie har jeg under kapittel 3.4, 3.5 og 3.6 beskrevet intervjuprosessen med informantene, transkribering og analyse. Jeg har beskrevet hvilke valg jeg har tatt, og hvordan jeg gjennomførte studien. Jeg har reflektert underveis i prosessen, noe Thagaard (2013) hevder er en forutsetning for studios troverdighet. Jeg mener også at punkt 3.7 som beskriver forskerrollen er relevant, samt punkt 3.8 som handler om min forforståelse. Jeg har beskrevet refleksjoner underveis gjennom kapittel 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 og 3.8. At jeg beskriver og reflekterer rundt disse elementære delene av studien bidrar til å heve studios troverdighet.

Reliabilitet

Forskningens pålitelighet kan ifølge Thagaard (2013) også omtales som *reliabilitet*. Dette innebærer at forskeren redegjør for hvordan data utvikles. Det er forskjell på hva forskeren har *fått* av kunnskap under forskningen, og hvordan hun/han *vurderer* eller *tolker* kunnskapen hun/han har fått. At forskeren gjør rede for relasjoner til deltakerne, samt hvilke erfaringer i felten forskeren har er også knyttet til studios reliabilitet. Begrepet troverdighet refererer til om en annen forsker ville funnet samme resultater ved bruk av samme metode. Reliabilitet vil påvirke studios troverdighet. Hvis for eksempel forskeren ikke kan gjøre rede for hvordan hans data har kommet frem, fremstår studien som lite pålitelig (Thagaard, 2013).

Overførbarhet

Begrepet overførbarhet innebærer vurdering om tolkninger som er basert på en undersøkelse kan være representerende for tilsvarende sammenhenger (Thagaard 2013). Jeg foretok intervjuene i en periode på fire måneder. Det er flere grunner til at det tok så lang tid. I denne perioden var det flere inneliggende ungdommer som ikke var egnet til studien på grunn av deres helsetilstand. Det vil si at de var for syke til å være deltakere. Jeg avklarte med

saksansvarlig lege eller psykolog til ungdommene *før* jeg kunne spørre om deres deltakelse i forskningsprosjektet. Samtlige informanter jeg spurte sa ja til deltakelse, men en informant trakk seg underveis i studien. Flere ungdommer ble uegnet fordi de av ulike årsaker ikke var mer enn en dag eller to ved avdelingen. De fikk ikke gjennomført fysisk aktivitet som en del av behandlingen, og ble derfor ekskludert som aktuelle for studien. Med tanke på så god oppslutning av aktuelle, egnete informanter til studien velger jeg å tro at resultatene er valid for studiens hensikt. Jeg mener også at resultatene fra studien kan være overførbare til andre institusjoner med barn/ungdom som har fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Svarene fra de ulike informantene var i samsvar, men det kan allikevel stilles spørsmål om et annet eller større utvalg ville hatt noen betydning for funnene. Det er gjort lite forskning på denne målgruppen tidligere, men med tanke på hvor stor helsemessig effekt fysisk aktivitet kan ha psykisk og fysisk også for denne pasientgruppen er det et viktig tiltak i behandlingsplanen.

3.10 Forskningsetiske overveielser

Før jeg kunne starte datainnsamlingen hentet jeg inn skriftlig godkjenning for forskningsprosjektet fra avdelingsleder og seksjonsleder ved avdelingen. I tillegg skrev jeg formell søknad til forskningsavdelingen ved helseforetaket (se vedlegg 8), samt til Personvernombudet for forskning; Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se vedlegg 6). Jeg ba også om fremleggs vurdering fra Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Jeg fikk godkjenning til å gjennomføre forskningsprosjektet fra Forskningsavdelingen i helseforetaket, samt fra NSD. REK vurderte prosjektet som ikke fremleggs pliktig (Se vedlegg 7).

Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet før de valgte om de ville delta (vedlegg 1). Gjennom informasjonen fikk de vite om hensikten med prosjektet, taushetsplikt, at anonymitet ville bli ivaretatt og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. De gav muntlig samtykke, samt at de signerte samtykkeskjema før de ble intervjuet. Jeg utarbeidet eget samtykkeskjema for informantene under 16 år da jeg i disse tilfellene i tillegg måttet innhente samtykke fra foreldrene på grunn av alder (vedlegg 2). Det var ingen under 16 år som ble med i studien, så dette ble ikke nødvendig. Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om frivilligheten i deltakelse, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Dette påminnet jeg deltakerne om igjen før andre intervju.

Jeg observerte ikke at noen av deltakerne opplevde deltakelse i studien som belastende, verken fysisk eller psykisk. Flere av dem viste glede over å bli spurt om å bidra i dette forskningsprosjektet. Dette gjorde de ved å vise begeistring og takke for at de ble spurt.

I en forskningsprosess som dette har jeg stått ovenfor flere etiske utfordringer. Informantene var i en sårbar situasjon i forbindelse med innleggelsen. Når man intervjuer noen på tomannshånd kan det oppleves veldig "personlig." Man sitter alene med den andre, og når informanten ikke har fått se spørsmålene på forhånd kan det oppstå utrygghet rundt hva som kommer av spørsmål. Kanskje kunne spørsmålene oppleves "for" personlig. Hva om informantene kjente mistillit til meg som intervjuer? Hvor vi gjennomførte intervjuet ble viktig for å unngå forstyrrelser fra andre. Jeg brukte lyd-opptak og tenkte på om opptakeren kunne virke forstyrrende. Hvordan burde den plasseres? Ville informantene føle tillit nok til meg som intervjuer til å kunne fortelle meg hvis det var noe negativt? Før hvert intervju var jeg tydelig på at det var deres ærlige og oppriktige meninger og svar jeg ønsket. Jeg minnet dem på at jeg har taushetsplikt, og at hvis det var noe negativt ville det ikke få konsekvenser for dem eller komme frem hvem som hadde sagt de ulike svarene. Jeg tror dette var med på å gjøre dem trygge nok til å være ærlige på svarene underveis i intervjuene.

Ifølge Tjora (2012) må vi akseptere at den informasjonen som kommer frem under intervjuet hører intervjusituasjonen til. Informanten framstiller seg selv under påvirkning av den interaktive sammenhengen som utspiller seg. Intervjueren bør reflektere om svarene informantene gir ser troverdige ut utfra hans egne meninger.

Et annet etisk moment kan være det at jeg forsket på egen arbeidsplass. Ville det påvirke mitt forhold til kolleger? Maktforhold mellom meg som miljøterapeut og pasientene? Hvis de takket nei til å delta i studien, tenkte de at det ville få konsekvenser for dem resten av oppholdet på avdelingen? Ville dette forskningsprosjektet påvirke den daglige kontakten jeg hadde med pasientene? Dette var noe jeg var bevisst på og reflektert rundt før oppstart av prosjektet. Det var flere forskningsprosjekter som foregikk på arbeidsplassen i perioden jeg jobbet med masterprosjektet. Jeg opplevde at kolleger viste forståelse for at jeg gjennomførte intervjuene og at jeg av og til jobbet med prosjektet på arbeidsplassen. Ved hver forespørsel om deltagelse i studien var jeg tydelig på at dette var frivillig og at ungdommene når som helst kunne trekke seg fra studien, uten begrunnelse. Noe som ble en utfordring var at jeg valgte å utføre to intervju av informantene, ett ved innkomst til avdelingen, og ett før utskrivelse. Dette krevde at ungdommene gjennomførte planlagt opphold. En informant skrev

seg ut fra avdelingen før andre intervju ble gjennomført. Dette innebar at han/hun trakk seg fra studien.

Det krevdes også planlegging for å gjennomføre intervjuene, da informantene gikk på BUP-skole eller hjemmeskole, og de var ofte opptatt med ulike program på ettermiddag/kveld. Jeg avtalte tid med ungdommene, men tidspunkt kunne bli forskjøvet eller utsatt på grunn av besøk som ikke var planlagt eller andre uforutsette hendelser.

I Helseforetaket er det rutiner for oppbevaring av taushetsbelagte data som for eksempel lydopptak som ble aktuelt i min studie. Alt sensitivt materiell ble låst inn på arbeidsplassen. I intervjuene ble det ikke nevnt navn eller steder som kunne identifisere informantene. Det var bare samtykkeskjemaene som inneholdt navn, og de var på arbeidsplassen. Etter studien er helt ferdig vil både samtykkeskjemaer og lydfiler bli slettet.

3.11 Metodekritikk

En fordel med kvalitativ metode var at eventuelle misforståelser kunne oppklares underveis i gjennomføring av intervjuene. I tillegg kunne jeg stille oppfølgingsspørsmål i intervjuet der det var naturlig. Jeg hadde ikke tidligere erfaring med å intervju ungdommer, og jeg var derfor veldig nysgjerrig på hvordan det skulle bli å gjennomføre dette. Intervjuene gikk greit å gjennomføre, men jeg var i forkant spent på i hvilken grad min uerfarenhet ville påvirke intervjuet situasjonen. En erfaren intervjuer ville kanskje fått mer nyansert data.

Det kunne vært interessant å fulgt opp informantene etter utskrivelse for å se hvordan deres aktivitetsnivå ble endret eller opprettholdt når de kom hjem igjen. Da kunne man sett hvilken effekt fysisk aktivitet som del av behandling hadde hatt i deres vante miljø. Det er en begrensning i studien at jeg kun hadde kontakt med dem mens de var inneliggende på avdelingen, men jeg har reflektert over at det hadde vært interessant å forsket videre på dette.

Jeg informerte ungdommene i studien om at svarene ville bli anonymiserte og at deres deltakelse ikke ville påvirke behandlingstilbudet de fikk ved avdelingen. Dette ble allikevel ikke like anonymt som det ville blitt ved for eksempel avkryssing på et spørreskjema. Da kunne informanten blitt hundre prosent anonym. I intervjuet fikk jeg som forsker vite hvem informantene var, og jeg jobbet som miljøterapeut ved avdelingen. Men når det er sagt vil jeg legge til at jeg ikke var i behandlingsteam for noen av ungdommene som var med i studien. Jeg hadde derfor mindre med dem å gjøre når det gjelder privat informasjon tilknyttet for eksempel familiesituasjon, eventuelt oppfølging av barnevern eller skolesituasjonen.

KAPITTEL 4. PRESENTASJON AV FUNN

Denne studien undersøker hvordan ungdom erfarer å gjennomføre fysisk aktivitet som del av behandling mens de er inneliggende på en barne- ungdomspsykiatrisk sengepost. Jeg har også valgt å ta med hvilke erfaringer de hadde før innleggelsen for å vise hvor forskjellig utgangspunkt informantene hadde ved innleggelsen. Problemstillingen for studien er:

”Hvordan beskriver ungdommer sine erfaringer med å delta i fysisk aktivitet som del av behandling på en barne- ungdomspsykiatrisk avdeling?”

Den tematiske analysen resulterte i fire hovedtemaer, og er studiens funn:

1. Å ha ulikt forhold til fysisk aktivitet har betydning for aktivitetsnivå ved innleggelsen
2. Fysisk aktivitet oppleves som en viktig del av behandlingen
3. Behov for hjelp til å finne motivasjon for å skulle utføre fysisk aktivitet
4. Det er viktig å få støtte fra personalet mens man gjennomfører fysisk aktivitet

Gjennom disse temaene ønsket jeg å formidle ungdommenes erfaringer av fysisk aktivitet før og under innleggelsen. For å ivareta informantenes anonymitet har jeg gitt de følgende pseudonymer: Stine, Anna, Elise og Erik. Det er informantenes egne ord jeg gjengir i sitatene underveis i kapittelet for å illustrere funnene.

4.1 Å ha ulikt forhold til fysisk aktivitet har betydning for aktivitetsnivå ved innleggelsen

Dette er viktig å ha kunnskap om fordi det får frem utgangspunktet de hadde ved innleggelsen. Kunnskaper om dette kan vise om det hadde noe å si for å komme i gang med fysisk aktivitetsnivå for ungdommene. Det er naturlig å tenke at én ungdom som er vant til å være i fysisk aktivitet har lettere for å komme i gang med dette enn én som ikke har vært fysisk aktiv på flere år.

Ungdommene hadde forskjellig aktivitetsnivå ved innleggelsen på avdelingen. Det var stor variasjon i hvor lenge det var siden de fire informantene hadde vært i fysisk aktivitet. Det varierte fra uken før til fem år før innleggelsen. Anna beskrev siste aktivitet med skigåing, og det var fem år siden dette. Erik fortalte at siste aktivitet var å kaste frisbee i kroppsøving på skolen, uken før innleggelsen. Elise beskriver at siste aktivitet før innleggelsen var step, en måned tidligere. Stine sa at siste aktivitet var å spille slåball, uken før innleggelsen.

På spørsmål om hvordan de opplevde å være i fysisk aktivitet før innleggelsen svarte alle fire at de syntes det var gøy. Det vil si, at selv om det varierte fra fem år før innleggelsen til uken før at de hadde vært i fysisk aktivitet fortalte alle fire ungdommene at det hadde vært en positiv opplevelse. Anna sa:

”Det er fem år siden jeg var i fysisk aktivitet. Da sto jeg på ski. Jeg var ute flere timer. Jeg husker ikke så mye av det, for det er så lenge siden. Men jeg husker at jeg hadde det kjempegøy.”

Ungdommene fortalte at de hadde vært med på organisert idrett gjennom idrettslag når de var yngre, men at de av ulike årsaker hadde sluttet med dette. Ingen av informantene var med på organisert aktivitet ved innleggelsen. Ungdommene hadde tidligere vært med på ulike aktiviteter blant annet håndball, turn, fotball, dans, ski og volleyball. Stine uttrykte:

”I fjerde klasse begynte jeg med turn. Jeg var med i noen år, men jeg ble aldri glad i denne aktiviteten, så jeg sluttet. Så var jeg med to år på dans, men jeg måtte slutte da tilbudet ble lagt ned. Jeg var med på fotball i tre år, men nå er det fire år siden jeg sluttet med det også.”

En av informantene hadde aldri vært med på organisert fysisk aktivitet, bare deltatt i kroppsøving på skolen. Alle fire informantene beskrev at de tidligere hadde hatt glede av å være i fysisk aktivitet, men for to av informantene avtok gleden og interessen for fysisk aktivitet før de begynte i ungdomsskolen. To av informantene hadde vært fritatt kroppsøving på skolen over lengre tid, av personlige årsaker. Anna fortalte:

”Jeg har aldri trent spesielt mye, men jeg var ganske aktiv da jeg var liten. Jeg løp mye. Men etter hvert ble det nesten helt stopp. Jeg har aldri vært med på organisert idrett. Og jeg sluttet å være med i gymtimene for seks år siden.”

Anna fortalte at hun hadde vært fritatt gym som en del av tiltak i individuell opplæringsplan på skolen. Det var av helsemessige grunner hun i utgangspunktet ble fritatt fysisk aktivitet.

Ungdommene fortalte om mange ulike måter man kan utøve fysisk aktivitet. At man kjenner en viss effekt eller opplever aktiviteten som noe positivt er nok avgjørende for om man vil fortsette, men heller ikke det er nødvendigvis nok til å fortsette med fysisk aktivitet. En av informantene sa at hun ikke likte tradisjonell form for trening som tredemølle eller ballspill.

”Sist jeg trente var jeg med på step. Det er en morsommere form for trening. Man trener hele kroppen mens man har det gøy. Jeg har ikke vært så veldig aktiv, det tror

jeg handler mest om motivasjon. Men jeg har av og til vært med på gruppetimer på treningscenteret, med venninner. Jeg liker det bedre enn tradisjonell trening som tredemølle eller ballspill. (Elise)

Alle ungdommene hadde tidligere vært i fysisk aktivitet. De hadde ulik erfaring i aktiviteter og hvor lenge det var siden de var i aktivitet før innleggelsen. Utførelse av fysisk aktivitet varierte fra å ha deltatt i kroppsøving uken før innleggelse til fem år før innleggelse siden siste utførte aktivitet før de kom på avdelingen. Selv om det var ulike meninger blant ungdommene om hvordan det ville bli med fysisk aktivitet i utgangspunktet, var dette noe som endret seg positivt underveis i oppholdet.

4.2 Fysisk aktivitet oppleves som en viktig del av behandlingen

Informantene var opptatte av at motivasjonen for å delta på fysisk aktivitet som del av behandlingen var viktig.

Fysisk aktivitet var en del av behandlingsplanen til hver enkelt ungdom mens de var skrevet inn på avdelingen. Innleggelsene på avdelingen var frivillige. Når de samtykket til innleggelsen, samtykket de samtidig til den behandlingen avdelingen tilbydde som en del av helsehjelpen. Ungdommene fortalte at de ikke alltid var så begeistret for fysisk aktivitet når det skulle gjennomføres, men når fysisk aktivitet var en del av behandlingsplanen, så var dette noe som hjalp dem til å komme i gang med aktivitet.

Flere av ungdommene uttrykte at de hadde blitt spurt på forhånd om det var noen aktivitet de hadde lyst til å utføre mens de var på avdelingen. De fortalte at når de hadde blitt spurt om dette følte de seg inkludert og medbestemmende i behandlingen. De sa også at dette gjorde det lettere å komme i gang med fysisk aktivitet. Ikke alle kom med forslag på hva de likte å utføre, men Elise foreslo volleyball. Det kom frem at dette var noe hun var vant til og kunne reglene i for hvordan man spilte. Hun uttrykte dette:

”Jeg liker å holde på med volleyball. Tidligere holdt jeg på med det i friminuttene på skolen, så det er noe jeg er vant med og kan utføre.”

Det kom frem at flere av ungdommene ikke var veldig motiverte til å skulle utføre fysisk aktivitet. Erik beskrev at han ikke helt så hensikten med fysisk aktivitet under oppholdet, men at han syntes det var greit å være i aktivitet:

”Jeg skjønner ikke helt hva fysisk aktivitet har med oppholdet her å gjøre. Men det er greit å være i fysisk aktivitet. Jeg er generelt ikke glad i ballspill, og det er ikke mange

typer gruppesport uten ball, så jeg er litt spent på hvordan det blir å være med i fysisk aktivitet her på avdelingen.”

Flere av ungdommene uttrykte at de selv ikke tok initiativet til å være i fysisk aktivitet, men at de allikevel ble med når det var en forventning fra behandlere og teamet rundt. Stine uttrykte det på denne måten:

”Jeg synes ikke fysisk aktivitet er så morsomt, men jeg gjør det jeg blir bedt om. Det er ikke favoritt-tingen å holde på med, for å si det sånn.”

Av ungdommene var det bare Elise som i utgangspunktet var positiv til fysisk aktivitet under innleggelsen. Hun sa også noe om hva hun ønsket å utføre:

”Jeg er positiv til å delta, jeg tror det blir bra. Håper det blir ballspill, for det er lettere enn for eksempel planken. Jeg er generelt ikke så glad i å holde på med styrketrening.”

Det kom frem at ungdommene selv ikke hadde så god selvtillit med tanke på å utøve fysisk aktivitet under oppholdet. Anna hadde opplevd fritak fra kroppsøving på skolen og mindre forventningskrav fra omgivelsene over flere år. Dette påvirket selvfølelsen til henne.

”Jeg tror ikke at jeg kommer til å bli med på fysisk aktivitet i det hele tatt. Jeg har ikke vært fysisk aktiv på flere år. Jeg var med i kroppsøving i barneskolen, men så ble jeg syk, og det bare ble som det ble.” (Anna)

De som var negative til fysisk aktivitet greide ikke på forhånd å se at det kunne bli noe positivt med å delta. Alle ungdommene i studien deltok i aktivitet underveis i oppholdet.

I det andre intervjuet med ungdommene kom det frem hvordan de syntes det var å delta i fysisk aktivitet under innleggelsen. Det kom tydelig frem at de som var negative i utgangspunktet til aktivitet hadde fått positive erfaringer under oppholdet. Ungdommene hadde på forhånd blitt spurt om det var noe de ønsket å utføre av fysisk aktivitet. De fleste hadde en formening om hva de ville holde på med, og det ble tatt hensyn til ønskene de hadde underveis. Dette var noe ungdommene la merke til, og Stine sa noe om dette:

”Med tanke på at jeg ikke er fan av gym har det faktisk vært moro. Jeg synes dere har tatt hensyn til hva vi liker å gjøre. Det er friere tøyler enn i vanlig gym på skolen.”

Ungdommene uttrykte at det ble lettere å utføre fysisk aktivitet når det ikke ble stilt krav om prestasjonsnivå. Dette var ungdom som av ulike årsaker hadde behov for oppfølging av

psykisk helsevern og da ble fokuset på deltakelse og at den enkelte fikk en positiv opplevelse av aktiviteten viktigere enn prestasjonsnivå. Elise og Erik sa noe om dette:

”Jeg synes det var gøy å være med på fysisk aktivitet fordi det var mer fokus på å ha det moro enn prestasjonsnivå.” (Elise)

”Når man blir så godt inkludert er det helt greit. Jeg har hatt problemer med det før, at jeg ikke har blitt inkludert like mye som de som presterer bedre. Her har jeg fått delta uansett om jeg er flink eller ikke. Og det setter jeg stor pris på. Da blir det gøy å trene” (Erik)

Flere av ungdommene fortalte at de kjente positiv effekt fysisk og psykisk av å være i fysisk aktivitet. Dette var noe de kjente selv på kroppen. Det var interessant å følge utviklingen til ungdommene underveis i studien, da de snudde fra å være negative til fysisk aktivitet til å bli mer positive.

”Jeg synes det var skikkelig gøy å delta i fysisk aktivitet her på avdelingen. Jeg har ikke vært så fysisk aktiv før. Men nå kjenner jeg hvor godt det er for kroppen.” (Anna)

Anna, Elise og Stine sa at de likte å trene i gymsal bedre enn å trene på fysikalsk avdeling. Erik fortalte under intervjuet at han best likte å trene alene fordi han da kunne få utøve intens, tung trening. Han sa også at han likte godt å trene sammen med andre fordi han da fikk samspill med andre.

”Jeg likte landhockey best, da følte jeg alle var med, og det var veldig stemning. Det tror jeg var høydepunktet. Lett å utføre men det ga meg god trening.” (Erik)

Erik beskrev at det var god stemning og godt samhold under aktiviteten. Han fikk frem at han syntes det var god trening selv om den var lett å utføre. Sosialt samspill var det flere av informantene som påpekte, som for eksempel sitatet under fra Stine:

”Jeg likte trening i gymsal bedre enn å trene i fysikalsk avdeling. I fysikalsk blir det enten jeg løper på tredemølle eller løfter vekter. Det er mer sosialt med trening i gymsal, samt bedre kommunikasjon og samspill med andre. (Stine)

Når ungdommene opplevde at de mestret det som skulle utføres, ga dette motivasjon til å fortsette med aktiviteten. Ungdommene beskrev både mestring, motivasjon og det å ha det gøy og at de kjente glede underveis i aktiviteten. Denne kombinasjonen satte i gang prosesser som påvirket kroppen positivt fysisk og psykisk.

”Jeg synes gymsaltrening er skikkelig gøy. Lagspill og sånt. landhockey og badminton liker jeg best. Jeg trodde det skulle bli vanskelig, men det var så moro at jeg glemte alt annet.” (Anna)

Ungdommene fortalte at de også opplevde utfordringer med å skulle være i fysisk aktivitet under oppholdet. De hadde ulik erfaring i hvor regelmessig de trente før innleggelsen, samt hvor lenge det var siden siste trening før innleggelsen. Anna var den som hadde hatt lengst opphold med fysisk aktivitet, hun fortalte dette:

”Det vanskeligste var å starte med selve treningen. Jeg har ikke vært i fysisk aktivitet på 5 år, og det var vanskelig å tenke på hvor mye jeg skulle gjøre og hvordan det skulle utføres. Jeg hadde svak muskulatur i utgangspunktet, og var usikker på hvordan jeg skulle utføre øvelser og regler i ballspill.”

Det var ulike utfordringer ungdommene fortalte om. Erik beskriver en annen type utfordring knyttet til gjennomføring av fysisk aktivitet, nemlig å finne frem til garderoben:

”Det jeg synes var mest utfordrende var å finne frem til garderoben under gymsalen. Å navigere seg dit var den største utfordringen.”

4.3 Behov for hjelp til å finne motivasjon for å skulle utføre fysisk aktivitet

Informantene var opptatte av hva det var som kunne gi dem motivasjon til å utføre fysisk aktivitet under oppholdet på avdelingen. Ungdommene beskrev hva som var med på å kunne motivere til aktivitet. Noen beskrev at de selv fant motivasjon til å komme i gang med fysisk aktivitet, mens andre beskrev at personalet ved avdelingen påvirket motivasjon til fysisk aktivitet.

”Ansatte har motivert og hjulpet til. Og dere er med og deltar. Det er den største forskjellen fra kroppsøving på skolen. Dette er en morsommere form for trening.”
(Stine)

Både Anna og Elise fortalte at de kjente positiv fysisk effekt av å være i fysisk aktivitet. Jeg var selv med på noen av treningstimene under oppholdet, og observerte utviklingen deres underveis. Anna kjente at fysisk aktivitet bidro til økt energi og velvære, og hun uttrykte dette:

”Jeg vil fortsette med fysisk aktivitet når jeg kommer hjem igjen. Jeg kjenner det er godt å ha begynt med trening, og jeg føler meg bedre og har mer energi. Jeg vil fortsette og ha det slik.”

I begynnelsen av oppholdet var det ikke mange av informantene som var positive til fysisk aktivitet. De uttrykte at det var greit nok å bli med, men viste lite engasjement eller at de trodde det hadde noen hensikt. Alle informantene uttrykte at de hadde blitt positive til fysisk aktivitet underveis i oppholdet.

”Jeg har kanskje blitt mer positiv til fysisk aktivitet underveis. Når fokuset er å ha det gøy tenker jeg at det er noe jeg kan gjøre igjen.” (Elise)

Stine fortalte at hun opplevde motivasjon fra andre ungdommer ved avdelingen også, ikke bare fra personalet. Ungdommene fortalte at når det oppsto godt samspill og glede ble det en positiv dynamikk i hele gruppen.

Erik sa at noe som gav han motivasjon til å utføre fysisk aktivitet var når han så han hadde gått opp i vekt. Han sa at hvis han fikk litt mage bestemte han seg for å jogge jevnlig og utføre styrkeøvelser til magen ble liten igjen.

”Når jeg ser jeg får mageflesk trener jeg til det forsvinner. Da kan jeg ha en måned med joggeturer og fysisk styrketrening til magen blir flat igjen.” (Erik)

Erik var den eneste som sa noe om at dette gav han motivasjon til å være i fysisk aktivitet. Dette var ikke et spørsmål jeg stilte, men han fortalte det da jeg spurte om motivasjon.

Jeg stilte ikke direkte spørsmål om de ville fortsette å trene etter utskrivelsen, da jeg ikke kom til å kontakte dem etter de kom hjem. Hvis jeg skulle gjort det hadde jeg måttet søke om tillatelse til å kontakte dem etter hjemreise før forskningsprosjektet startet. Men jeg fikk noen kommentarer underveis i intervjuene om dette. Elise fortalte at hun vurderte å begynne på treningssenter etter oppholdet på avdelingen. Hennes motivasjon til å utføre fysisk aktivitet ble positivt endret underveis. Hun fortalte at hun foretrakk å trene sammen med noen andre fremfor alene da hun ble mer motivert av å trene sammen med noen:

”Jeg har tenkt på å begynne på treningssenter. Da kan jeg trene sammen med en venninne eller mamma. Det er lettere å trene sammen med noen, for den andre pusher meg mer enn jeg ville gjort alene. Jeg gir lettere opp alene.”

Men det var ikke alle som fortalte at de hadde endret motivasjon til fysisk aktivitet under oppholdet. Erik fortalte at han ikke kjente særlig endring i motivasjon til trening:

”Jeg har ikke endret motivasjon så mye til fysisk aktivitet. Litt kanskje, men ikke så mye. Jeg sitter fortsatt og tenker at jeg snart skal begynne å trene. Jeg er fortsatt i

”snart”fasen. Men hvis jeg får med noen venner å trene sammen med, da tror jeg det blir lettere å få det til.”

Dette viste at det var svært individuelt hva som gav motivasjon til å være i fysisk aktivitet. Å kjenne positiv effekt på kropp og sinn, kjenne at man har det gøy mens man trener, samspill og deltakelse med andre er noe av det ungdommene beskrev som var med på å gi motivasjon til å være fysisk aktiv.

4.4 Det er viktig å få støtte fra personalet mens man gjennomfører fysisk aktivitet

Flere av informantene uttrykte at det å få støtte for å gjennomføre fysisk aktivitet fra personalet var godt underveis i oppholdet. En viktig del av jobben som miljøterapeut i institusjon for barn og ungdom er å kunne vurdere og gi støtte utfra den enkelte barn eller ungdom sine individuelle behov. Miljøterapeuten bør tilstrebe en optimal støtte underveis. Ungdommene i studien beskrev sin erfaring med støtte underveis for å gjennomføre fysisk aktivitet som positiv. Anna fortalte:

”Jeg synes støtten fra personalet var bra. Jeg har ikke blitt nødt til å utføre noe jeg ikke ville, men jeg har fått nok dytt til å få meg i gang med noe jeg ikke vil klart å komme i gang med selv.” (Anna)

”Jeg ble positivt overrasket over personalet og avdelingen. Jeg trodde det var som på et vanlig sykehus, med sykesenger, hvite arbeidsklær og sterile rom. Dette er jo nesten som å være hjemme med bestemor og tanter. Og de er med og deltar i fysisk aktivitet. (Anna)

Støtte ble gitt på flere måter. Miljøterapeutene var tydelige på hva som ble forventet av ungdommene. Dette kunne høres negativt ut, men det var også trygghet og god omsorg i dette. Når de hadde forventninger til ungdommene viste de at de hadde tro på at de greide å gjennomføre dette. Dette innebar selvfølgelig at det var realistiske krav og forventninger som ble stilt. Ungdommene uttrykte at dette var en positiv erfaring for dem. De som hadde vært fritatt kroppsøving over tid ble selv overrasket over at de greide å utøve aktiviteten. Å ha disse forventningene var med på å hente ut ressurser i den enkelte som han eller hun ikke var klar over at han eller hun hadde. Anna hadde ikke vært i fysisk aktivitet på flere år, og hadde ikke behandlingsteamet rundt henne hatt forventning til at hun skulle bli med på fysisk aktivitet er sjansen stor for at hun hadde forblitt inaktiv. Annas beskrivelse av å bli stilt realistiske krav til var slik:

”Det er jo litt strengt, men trivelige folk. Dere snakker med meg, og ser hva jeg har behov for.”

Miljøterapeutene var tilstede blant ungdommene. De viste engasjement og bidro til samspill med ungdommene.

”Jeg synes jeg har fått god støtte fra personalet. De er der hele tiden. Enten jeg vil eller ikke, det er ingen mangel på tilstedeværelse, for å si det sånn.” (Erik)

Ungdommene uttrykte at det hadde positiv effekt at ansatte var med og fysisk deltok i aktivitetene. Det ble bedre samhold og ungdommer og miljøterapeuter ble bedre kjent med hverandre. Fysisk aktivitet er en arena hvor det kan oppstå høy intensitet av energi, og man får bruke seg både fysisk og psykisk. Ungdommene hadde ingen forventninger om at personalet kom til å delta. Elise sier noe om hvordan hun erfarte dette under oppholdet.

”En ting jeg likte veldig godt var at det ikke bare var ungdommene som deltok. Ansatte var med de også, og det var en god forandring. I kroppsøving på skolen står læreren på sidelinjen, mens elevene deltar. Her er det annerledes. Selv om det er vi som er pasienter og dere er ansatte, så er vi sammen. Og det syntes jeg var et godt element underveis.”

Å få til et godt samspill krevde innsats fra både behandlere og ungdom som var inneliggende. Det var nødvendig med engasjement og innlevelse, også fra miljøterapeutens side. Personalet hadde også en støttende rolle for ungdommene. Dette ble bekreftet av Erik:

”De som jobber her er engasjerte i ballspill, for å si det sånn. Det er kraftig roping når vi skårer mål. Og det er alltid en klapp på skulderen mens vi spiller, så det er veldig greit.”

Erik la merke til og fortalte om at han fikk klapp på skulderen under ballspill. Å få tilbakemelding på at han hadde gjort noe bra økte mestringsfølelsen, og dette gav motivasjon til å forsøke å prestere ytterligere i aktiviteten.

Noe som er vanskelig å få godt nok frem i funnene er forskjellen på ungdommene fra første til andre intervju. I første intervju var de mer beskjedne, viste mindre kroppsspråk og mimikk. Det var god stemning, men det opplevdes kanskje mer formelt? I andre intervju var de mer avslappet, ungdommene lo og var engasjerte etter erfaringene de hadde hatt underveis. De fortalte om sine opplevelser med en lett tone, og de kjente kanskje større trygghet i situasjonen og det var generelt veldig god stemning. Det kan også virke positivt at de hadde

blitt kjent med avdelingen, personalet og andre ungdommer underveis. Når første intervju ble gjennomført var det meste nytt og de visste ikke helt hva de hadde begitt seg ut på.

Fysisk aktivitet var bare en del av behandlingen til ungdommene, men sammen med annen terapeutisk behandling viste det seg å ha svært positiv effekt.

4.5 Oppsummering av funn

Funn i studien viste at selv om ungdommene hadde stor forskjell i aktivitetsnivå ved innleggelsen ble alle med på gjennomføring av fysisk aktivitet som del av behandling ved avdelingen. Ingen av ungdommene hadde utfordringer knyttet til gjennomføring av selve aktivitetene underveis. Selv om ikke alle i utgangspunktet var positive til fysisk aktivitet fortalte alle at de opplevde dette som en positiv del av behandlingen. Funn viste at miljøterapeutenes evne til å oppnå samspill og samarbeid med ungdommene var viktig. Når miljøterapeutene motiverte og støttet ungdommene til fysisk aktivitet og underveis i aktiviteten, samt delta sammen med ungdommene i aktiviteten var noe ungdommene opplevde som viktig. Ungdommene fortalte at de syntes det var positivt at de fikk være med å medvirke til aktiviteter. Funn viser at når aktivitetene ble gjennomført på en måte som bidro til godt samhold og samarbeid mellom miljøterapeuter og ungdommer, opplevde ungdommene fysisk aktivitet som en positiv del av behandlingen ved denne barne- og ungdomspsykiatriske sengeposten.

KAPITTEL 5. DISKUSJON

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene jeg presenterte i forrige kapittel opp mot relevant teori og tidligere forskning. Med bakgrunn i hensikten med studien vil jeg drøfte funnene gjennom to overordnede temaer: (1) ”betydningen av fysisk aktivitet før og under innleggelsen” og (2) ”betydningen av motivasjon og støtte for å gjennomføre fysisk aktivitet”. Jeg drøfter funnene ut ifra et pasient og miljøterapeutisk behandler perspektiv. Jeg vil også drøfte funnene opp mot aktuell teori og forskning underveis, samt reflektere over hvilken betydning funnene har for fagfeltet barn og ungdom med psykiske lidelser.

5.1 Betydningen av fysisk aktivitet før og under innleggelsen

Funnene i min studie viser at ungdommene hadde svært forskjellig aktivitetsnivå ved innleggelsen. Det varierte fra uken før til fem år tilbake i tid siden de hadde vært i fysisk aktivitet. Alle ble med og gjennomførte fysisk aktivitet, uavhengig av utgangspunkt for hvilket aktivitetsnivå de hadde. Samtlige av ungdommene fortalte at de hadde positive opplevelser med å være med på fysisk aktivitet mens de var på avdelingen. Funn i studien viste at aktivitetsnivået ved innleggelsen ikke påvirket å komme i gang med fysisk aktivitet som del av behandlingen for ungdommene.

Å ha god fysisk helse gir mange positive helsegevinster. Det fører ifølge Moe og Martinsen (2011) til økt velvære, mer energi, mindre tretthet, bedre selvfølelse og et bedre forhold til egen kropp. Når man er i regelmessig fysisk aktivitet reduserer man også fare for å utvikle psykiske lidelser som for eksempel depresjon (Moe og Martinsen, 2011).

Ifølge Norges Idrettsforbund (NIF) (2018) er det gjennom organisert idrett et variert og inkluderende aktivitetstilbud. NIF ønsker at flere ungdommer skal finne den aktiviteten de ønsker i sitt eget lokale og sosiale miljø. Gjennom organisert aktivitet har de som mål at ungdommene skal få positive opplevelser, ha det gøy, få nye venner og være en del av et felleskap i et inkluderende miljø. Funnene i min studie viste at ingen av ungdommene som var innelagte ved BUP hadde vært medlemmer av et idrettslag på flere år, til tross for at alderen deres var fra 16 til 18 år. Dette er også funn i studien til Reitlo (2012) om frafall i idretten blant barn og ungdom. Hun hevder at frafallet kan skyldes både interne og eksterne faktorer som berører idretten. Interne faktorer kan for eksempel være ferdigheter, utøverens forhold til treneren eller konkurranseaspektet. Eksterne faktorer kan for eksempel være en skade,

foreldre eller skole. Reitlo (2012) hevder at frafall i organisert idrett derfor ikke nødvendigvis skyldes idrettens innhold, men at dette er en kompleks prosess.

Det er ikke bare gjennom organisert idrettslag man er i fysisk aktivitet, man kan også være i fysisk aktivitet i naturen eller egentrening hjemme. Det kan være gåturer, løpeturer, fjellturer eller andre måter man kan være i fysisk aktivitet. Funn i min studie viser at ungdommene ble mindre i fysisk aktivitet i hovedsak på grunn av utfordringer med psykiske helseplager og fritak av kroppsøving som individuelle tiltak på skolen. Ungdommene opplevde at kravene rundt ble reduserte, og de hadde etter hvert liten tro på at de selv greide å komme i gang med fysisk aktivitet igjen.

Fysisk aktivitet kan ha flere aktivitetsnivå. Ifølge Martinsen (2011) er det et begrep som dekker alle former for trening og muskelarbeid, det vil si all form for aktivitet over hvilenivå. Ingen av ungdommene i studien hadde nedsatt fysisk funksjonsevne, så alle hadde lik forutsetning for å kunne være i regelmessig fysisk aktivitet.

Ungdommene i min studie var under oppfølging av psykisk helsevern, og alle hadde til felles at de hadde ulike utfordringer med sin psykiske helse. Det kan stilles spørsmål om deres utfordringer knyttet til psykiske helse hadde hatt samme oppfølgingsbehov hvis de jevnlig hadde utført fysisk aktivitet. Det er ikke sikkert fysisk aktivitet ville påvirket deres psykiske helse i det hele tatt, det er nok mange som ikke er fysisk aktive men som allikevel har god psykisk helse. Med tanke på hvor stor helsegevinst det kan ha å være i fysisk aktivitet, samt ungdommenes positive erfaring med dette som del av behandlingen er dette noe som allikevel er interessant å stille spørsmål til.

Moe et al. (1998) hevder at mange med psykiske lidelser ofte opplever at selv små krav kan bli for store i forhold til hva de tror de greier å gjennomføre. De har liten tro på at de kan endre situasjonen de er i. Derfor har de ofte behov for hjelp og oppfølging for å komme i gang med fysisk aktivitet. Ungdommene i min studie opplevde dette. Selv om de selv hadde liten tro på at de greide å komme i gang med fysisk aktivitet, greide de å begynne å være fysisk aktive med tilrettelegging og oppfølging av miljøterapeutene underveis. I slutten av kapittel 2.8 har jeg beskrevet Helsedirektoratets (2010) ulike nivåer av beredskap for endring. I tredje nivå er mennesker med høy beredskap for endring i eget aktivitetsnivå. Det vil si at de er motiverte for endring, og det blir viktig at helsearbeideren setter av tid med bruker/pasient for planlegging og gjennomføring av fysisk aktivitet. Ved innleggelsen på avdelingen var

ungdommene på dette nivået. De ønsket en endring de måtte ha hjelp til å komme i gang med. Etter lang tids fravær av fysisk aktivitet er det kanskje ikke så unaturlig.

Det kan stilles spørsmål til om lærere ved skolene også har et ansvar for å gjennomføre fysisk aktivitet for elevene som del av sin fagplan. Hva om skolene hadde bidratt med å stille krav til gjennomføring av fysisk aktivitet gjennom kroppsøving? Da ville ungdommene i studien hatt et minimumsnivå av fysisk aktivitet ved innleggelsen. Kunne det påvirket deres tanker og forventninger om hvordan det ville bli å gjennomføre aktivitet som del av behandlingen? Ville det påvirket deres erfaring med fysisk aktivitet underveis i oppholdet? Funn i studien viste at selv om ungdommene i utgangspunktet ikke var så motiverte til å utføre fysisk aktivitet ble de positivt overrasket over hvor lett det ble å komme i gang med dette. Med tilrettelegging og oppfølging av miljøterapeutene underveis fortalte de at de syntes de det ble gøy å gjennomføre fysisk aktivitet.

Ommundsen (2000) har gjennom systematisk litteratursøk studert sammenhenger mellom fysisk aktivitet og psykososial helse blant barn og ungdom. Han hevder at fysisk og idrettslig aktivitet kan ha flere positive effekter for å fremme barn og ungdoms psykososiale helse. Han mener også at fysisk aktivitet kan være bra behandling på etablert psykisk sykdom, samt at det kan virke forbyggende for å utvikle psykiske helseutfordringer. Fysisk aktivitet kan også gi psykisk velvære og bedre funksjon blant barn- og ungdom.

Variasjonene på aktivitet før innleggelsen av ungdommene i min studie var fra uken før til hele fem år tilbake i tid. Alle fortalte at det hadde vært en positiv opplevelse å komme i gang med fysisk aktivitet igjen, uavhengig av når aktiviteten fant sted. Det kan stilles spørsmål om hvorfor noen av de på tidligere tidspunkt sluttet med å være i fysisk aktivitet? Jeg observerte utviklingen til ungdommene i min studie gjennom oppholdet deres, og det var interessant å følge dem gjennom denne prosessen.

Alle fire informantene opplevde til tross for ulike ståsted, å komme i gang med fysisk aktivitet som en positiv erfaring underveis. Tenk hvordan dette kunne forbedret situasjonen for mange andre barn og unge som også sliter med psykiske helseplager. Dette er svært aktuelt også i andre sammenhenger, for eksempel i tilfeller på skoler der barn og ungdom fritas kroppsøving. Flere av ungdommene uttrykte at det var mer positivt enn de hadde forventet å gjennomføre fysisk aktivitet under oppholdet. Og det er kanskje ikke så rart. Hvis man er negativ i utgangspunktet, kan dette påvirke motivasjonen på en negativ måte. Ungdommene i studien var ikke alene om å ha manglende motivasjon til å utføre fysisk aktivitet. Ifølge Moe

og Martinsen (2011) er manglende motivasjon til å utføre fysisk aktivitet en utfordring i psykisk helsearbeid. Funn i studien viste at ungdommene endret motivasjon underveis i behandlingen. Manger og Wormnes (2015) hevder at når den enkeltes muligheter styrkes vil man utvikle positiv selvoppfatning, dette kan føre til økt motivasjon.

5.1.1 Å jobbe med barn og ungdom gjennom miljøterapi og betydningen av fysisk aktivitet

Ungdommene i studien fortalte at de ble godt kjent med de som jobbet på avdelingen. Fysisk aktivitet i gymsal eller fysikalsk treningsrom er en arena med mye energi og høy intensitet. Når ungdommene og miljøterapeutene deltar i aktiviteter sammen blir de bedre kjent. Flere uttrykte at det var positivt overraskende at miljøterapeutene ikke bare sto på sidelinjen, men faktisk var med og utførte selve aktiviteten. Gjennom miljøterapi ble ungdommene og miljøterapeutene kjent med hverandre. Å jobbe med barn og ungdom gjennom miljøterapi på en institusjon innebærer ifølge Espnes og Smedslund (2009) at man blir godt kjent med barna og ungdommene. På avdelingen ungdommene var er det tre skift i døgnet med miljøterapeuter. Det tilstrebes at ungdommene for det meste skal ha personer i behandlingsteamet som kontaktpersoner, men hvis ikke noen fra teamet er tilstede skal de alltid ha en annen miljøterapeut som kontaktperson.

Espnes og Smedslund (2009) mener at det oppstår et samspill i miljøet når man blir så tett på pasientgruppen. De utfordringer ungdommene har hjemme og på skolen kan lett oppstå også når de er i institusjon. Dermed har man en fin mulighet til å ta hånd om disse utfordringene når de utspiller seg i samhandling med andre, både personalet og andre inneliggende ungdommer. En individual-terapeut vil i en konsultasjon bare få pasientens beskrivelse av sine problemer, men som miljøterapeut i en institusjon vil han se utfordringene oppstå "live".

Vatne (2006) hevder miljøterapi er en praktisk behandlingsmetode i psykisk helsearbeid som sammen med det fysiske og sosiale miljøet, samt ulike behandlingsmetoder i et behandlingsmiljø sammen fungerer som terapi. Gjennom planlagte rutiner og aktiviteter skapes en struktur i hverdagen for pasientene.

Behandlere og miljøterapeuter blir godt kjent med ungdommene, men ungdommene blir også godt kjent med personalgruppen. Å være så mye sammen kan være en fordel for at ungdommene skal få tillit og kjenne trygghet i avdelingen og til miljøterapeutene. Vatne (2006) hevder at det er noen faktorer som må være tilstede for å oppnå optimal miljøterapeutisk behandling. Det er vektlegging av pasientens egne ressurser, noe som også innebærer hans behov for læring og utvikling. Den enkeltes behov bør tilpasses gruppens

totale behov. Atmosfære og behandling for pasientene skal være preget av omsorg, varme, respekt, tillit, empati og støtte, ifølge Vatne (2006).

Hvordan kan man skape endring i en vanskelig situasjon for ungdom som har utfordringer med psykiske lidelser? Det er avgjørende hvordan man kommuniserer med den andre for at han vil motta helsehjelpen. Dette forutsetter at personalet som jobber med ungdommene er bevisst egne holdninger, samt har kunnskaper om hvordan man nærmer seg mennesker med psykiske lidelser og som derfor er i en sårbar og kanskje hjelpeløs situasjon. Hvordan utøve dette i praksis? Ingen er like og man kan ha ulike personlige egenskaper. Men når man jobber med mennesker med psykiske lidelser bør behovet for å ivareta den andre på en optimal måte være avgjørende for egne holdninger og utøvelse av praksis.

Torbjørnsen et al. (2014) har foretatt en kvalitativ undersøkelse som hadde som mål å se på hvilke faktorer som påvirker helsepersonalets holdninger til pasienten. Studien ble gjennomført ved et distrikts psykiatrisk senter (DPS) i Helse Vest, og det var syv ansatte som deltok i studien. Funn i studien viste at personalet hadde et grunnleggende ønske om å forstå og bli kjent med *personen*, ikke bare pasienten. De ønsket å forstå pasientens livsverden. Studien viste at empati hos personalet ble styrket når pasientene selv fikk fortelle om sine erfaringer, symptomer og mestringsstrategier (Torbjørnsen et al., 2014). Informantene i studien var opptatt av hvordan pasientene ble omtalt, og de la vekt på hvordan språket blant personalet påvirket og skapte ulike holdninger. Ved å bruke positive ord i språket endret de negativ oppfatning av pasienten. For eksempel ble en pasient tidligere omtalt som ”paranoid”. Etter det ble fokus på dette endret de omtalen til ”han som har opplevd tillitsbrudd i livet”. Jeg tror dette er noe som kan overføres til flere arbeidsplasser hvor man jobber med mennesker. Det er *mennesket* bak diagnosen vi må se etter, ikke diagnosen bak mennesket.

Funn i min studie viste at ungdommene ble med på gjennomføring av fysisk aktivitet, selv om ikke alle i utgangspunktet var positive til dette. Hva det var det som gjorde at de allikevel ble med, og hvem som påvirket dette er interessant. Måten man jobber på i miljøterapi krever gode tilnæringsmetoder. Miljøterapeuten må finne balanse i å stille krav, samtidig som ungdommene får være medbestemmende. Funn i studien viste at når det ble stilt krav til ungdommene om deltakelse i fysisk aktivitet, viste personalet samtidig en forventning og tiltro til den enkelte om at dette var noe han eller hun kunne få til å gjennomføre. For å oppnå dette krevdes samhandling mellom ungdom og miljøterapeut.

5.1.2 Samhandling mellom ungdommer og miljøterapeuter

Funnene i min studie viste at ungdommene opplevde at de ble sett og fikk anerkjennelse fra personalet når de skulle utføre fysisk aktivitet. Noen uttrykte at det kunne oppleves litt strengt, men at miljøterapeutene snakket med dem, og var i stand til å se behovene de hadde for å komme i gang med fysisk aktivitet. For å se ungdommene og deres behov krevdes samhandling mellom ungdommen selv og miljøterapeuten.

En viktig terapeutisk tilknytning i samhandling med mennesker er ifølge Vatne (2008) anerkjennende kommunikasjon. Dette innebærer at behandleren eller miljøterapeuten reflekterer over egen praksis, og hvordan man opptrer i møte med den andre. Vatne og Fagermoen (2007) gjennomførte i perioden 2004-2006 et forskningsprosjekt ved en psykiatrisk behandlingsenhet for ungdom. Prosjektet hadde som mål å undersøke om det var mulig gjennom refleksjon av egen praksis å utvikle en mer anerkjennende tilnærming hos miljøterapeutene i samhandling med pasienter. Å oppleve at man blir anerkjent er ifølge Vatne (2008) et grunnleggende menneskelig behov. Det kan være å kjenne at man er verdt å lytte til, at man blir sett, forstått og respektert nok av andre til å føle seg verdifull. Et resultat av at man opplever anerkjennelse er at man utvikler selvaktelse, som rommer egenverd og selvspekt. Anerkjennende kommunikasjon med pasienter innebærer at terapeuten samhandler med den andre på en måte som medfører at han føler seg verdsatt til tross for det psykiske lidelser kan medføre av negative opplevelser (Vatne, 2008).

Funnene i min studie viste at ungdommene følte seg sett og ivaretatt av miljøterapeutene. Dette var viktig for å kunne oppnå godt samarbeid mellom miljøterapeutene og ungdommene. For å kunne hjelpe ungdommene må behandleren eller miljøterapeuten være i stand til å se den andres behov, samt å kunne møte disse behovene. Det vil nok alltid oppstå et maktforhold mellom terapeut/behandler og pasient, da den ene er fagperson og den andre har behov for hjelp. Det er opp til terapeuten hvordan han viser og håndterer dette i praksis. I møte med alle mennesker er det viktig at terapeuten er bevisst sin yrkesprofesjon og holdninger knyttet til denne.

Som miljøterapeut har man valgt å være i en hjelpe-rolle for den andre. Men den andre, i disse tilfellene ungdommer som har behov for oppfølging av psykiske helsevern, har ikke selv valgt å få psykiske lidelser. Det er miljøterapeuten som har valgt sin rolle i møtet med dem, ikke motsatt. Da er det en viktig del av terapeutens jobb å se hver enkelt av dem, og ta ungdommene på alvor. Det er de mest sårbare og personlige øyeblikk i livet at mennesker

møter helsevesenet, og da er det viktig at behandlere møter den enkelte som et *medmenneske* og tar han på alvor. Hvis de skal motta helsehjelp fra miljøterapeuten og resten av behandlingsteamet er dette avhengig av gode relasjoner og gjensidig samarbeid.

5.1.3 Fysisk aktivitet som del av behandling i psykisk helsearbeid

Funn i studien viste at til tross for forskjellig utgangspunkt i aktivitetsnivå ved innleggelsen kom alle ungdommene raskt i gang med planlagt utførelse av fysisk aktivitet, som var en del av behandlingsplanen til hver enkelt ungdom. Martinsen (2011) hevder at hvis man skal lykkes med fysisk aktivitet som del av behandlingen i institusjon er det viktig at man kommer i gang så tidlig som mulig med aktiviteten. Det er fordi det er viktig at det fysiske aktivitetsnivået ikke forverres, men heller snarlig bedres etter oppstart med behandling. Han hevder at det er viktig at de som leder aktiviteten er positive og at de viser dette i praksis. Ungdommene i min studie kom i gang med fysisk aktivitet ved første anledning det var på timeplanen etter innskriving på avdelingen. I kapittel 2.8 er det beskrevet Helsedirektoratets (2010) tredje nivå av beredskap for endring. Der kommer det frem at når bruker/pasient begynner med gjennomføring av fysisk aktivitet bør helsearbeideren være med å gjennomføre aktiviteten sammen med den andre. Funn i min studie viser at ungdommene uttrykte positive erfaringer med at miljøterapeutene ble med i gjennomføringen av fysisk aktivitet.

Funn i denne studien viste at det hadde vært utfordringer med å orientere seg til garderobene i forbindelse med gymsal-trening. Men det kan også oppstå andre utfordringer. I praksis har jeg sett andre utfordringer som kan dukke opp, for eksempel når andre ungdommer er negative til å skulle utføre fysisk aktivitet. Dette kan ha negativ smitte-effekt på andre ungdommer som også skal utføre aktiviteten. Dette er barn og ungdom under oppfølging av psykisk helsevern, man bør derfor være bevisst på hvordan man kommuniserer med ungdommene og møter utfordringene for å ikke forverre situasjonen. Det kreves tålmodighet, at det stilles realistiske forventninger, samt at man er tydelig til ungdommene på hva de kan være med og bestemme selv og hva som personalet bestemmer.

5.2 Betydningen av motivasjon og støtte for å gjennomføre fysisk aktivitet

Ungdommene i min studie fortalte at ansatte var med og motiverte til fysisk aktivitet, og at de derfor opplevde det lettere å komme i gang med aktiviteten. Hvordan gjorde personalet dette? Når man skal motivere ungdommer må man være bevisst hvordan man kommuniserer med ungdommene. Ifølge Eide, Eide (2017) har god kommunikasjon som formål å motivere den som har behov for helsehjelpen. Motivasjon kan bistå den som mottar helsehjelpen å ta tak i

sin egen situasjon der det er nødvendig. Han eller hun kan stimulere til at den andre til å styrkes i egne ressurser hvor han kan trene seg opp til å kunne gjennomføre endringer for å bedre sin egen helse. Martinsen (2011) hevder at hvis fysisk aktivitet gjennomføres på et tilpasset nivå så legger man til rette for at den andre kan oppleve mestring og motivasjon til å fortsette med aktiviteten.

I forbindelse med den planlagte innleggelsen hadde alle ungdommene et mål med å oppnå bedring av egen psykisk helse. Når man over lang tid har erfart hvordan psykisk sykdom negativt påvirker store deler av hverdagen, kommer man til en punkt hvor man ønsker forandring. Fysisk aktivitet var en viktig del av ungdommenes behandlingsplan under oppholdet på avdelingen, og dette ble noe som var energikrevende, kanskje både fysisk og psykisk for ungdommene. En ting var å si ja til dette på forhånd, det kunne blitt noe helt annet å utøve det i praksis.

Moe (2011) hevder at når fysisk aktivitet er starten på en endringsprosess, kan dette være preget av ambivalens for den som mottar helsehjelpen. Da blir det hjelperens oppgave å bistå den andre underveis. Dette kan man gjøre ved å aktivt lytte og observere om det er diskrepans mellom det han eller hun sier og gjør når det gjelder fysisk aktivitet. Formålet med endringen er at den skal være mest mulig selvstyrt, det vil si at den er basert på det personen selv sier. Dette kan man gjøre gjennom samtaler på forhånd, som for eksempel samtale om forventninger eller at hjelperen spør den andre hva han eller hun har lyst til å gjøre.

Ungdommene i min studie ble spurt på forhånd hvilke aktiviteter de likte å utføre. Noen sa det ikke spilte så stor rolle, mens andre hadde klare formeningene om hva de ønsket å gjøre. Det viktigste er ikke hva som ble utført, men at ungdommene selv fikk medvirke i dette. Hvordan påvirket det deres motivasjon til å skulle utøve fysisk aktivitet? Hvordan ville deres motivasjon vært hvis de *ikke* ble forespurt om dette? Ville det påvirket deres opplevelse av fysisk aktivitet underveis i oppholdet? Manger og Wormnes (2015) hevder at selvopplevelsen til et menneske påvirkes av hvordan man selv er og hvordan andre evaluerer deg i situasjonen. Hvis man opplever for sterk ytre sosial påvirkning mister man troen på egen kompetanse, ferdigheter og muligheter. Motivasjonen blir da redusert. Hvis man derimot opplever selvbestemmelse, er dette noe som stimulerer den indre motivasjonen. Ungdommene i studien fikk være medvirkende underveis, og dette var med og påvirket deres motivasjon underveis på en positiv måte.

Flere av ungdommene fortalte at de hadde blitt mer positive til fysisk aktivitet underveis i innleggelsen. I funnene kom det også frem at de kjente glede over å mestre aktivitetene, samt at samspill med andre ungdommer hadde mye å si for den positive opplevelsen. Når man utøver fysisk aktivitet kan det oppstå høyt energinivå, engasjement og det er en arena man blir godt kjent med hverandre. Borge (2008) gjennomførte i 2007 en studie som hadde som mål å få en dypere forståelse for hva som hadde betydning for pasienter som var på behandlingsopphold på en psykiatrisk klinikk over en periode på tre måneder. Funn i denne studien viste at spesielt møter med medpasienter og personalet for øvrig var viktige. På ulike måter ga dette til sammen en opplevelse av at de fikk større verdi som mennesker.

Flere av ungdommene i min studie fortalte at de fikk en følelse av at de var del av en familie på avdelingen. Alle ble omtalt med fornavn, både barn og ungdom som var inneliggende, samt personalet. Til sammen var dette momenter som bidro til en god atmosfære og bedre samhandling mellom ungdommene og personalet. Borge (2008) viser til funn i sin studie som også bekrefter at når det ble en familiær, symmetrisk og sosial atmosfære fikk de som var innskrevet en opplevelse av å være likeverdige.

I funnene i min studie kom det også frem at personalet hadde en viktig rolle med å motivere til fysisk aktivitet underveis. Noen fortalte at de også opplevde tilbakemelding fra personalet underveis i aktiviteten som positiv. Manger og Wormnes (2015) hevder at når det er noe man mestrer, så vil dette gi motivasjon til å fortsette med det som gir mestringsfølelsen.

Ungdommene uttrykte at når de kjente glede ved å trene og at de fikk til å gjennomføre fysisk aktivitet, så var dette noe de også ønsket å fortsette med også etter utskrivelse fra avdelingen.

Hva var det som påvirket til at det ble positive opplevelser? Funn i studien viste at en grunn til at ungdommene fikk positive erfaringer er at de hver enkelt, på forhånd ble spurt om det var noe de hadde lyst til å utføre i aktiviteten. At de fikk mulighet til å være med og bestemme kan i seg selv virke motiverende for å skulle utøve fysisk aktivitet.

Antonovskys (2012) teori om salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS) er svært aktuell å se på i denne situasjonen. Når ungdommene selv kjente glede og mestring som positiv effekt med å være i fysisk aktivitet, hentet de frem egne ressurser som de videre kunne bruke for å bedre håndtere sine utfordringer i hverdagens med psykiske lidelser. At de fikk denne mestringsfølelsen førte til at de også ville bli bedre rustet til å møte prøvelser gjennom livet. Når ungdommene lærte seg å håndtere situasjonen de var i, kjente de kanskje etter hvert meningsfullhet med å hente frem og bruke *egne* ressurser på en positiv måte. Det var kanskje

en utfordrende vei å gå for ungdommene, fra å ikke se hensikt eller ha tro på at man får til å utføre fysisk aktivitet, til å komme dit hvor man kjenner glede og lyst til å *fortsette* med fysisk aktivitet. Men hvilken mestringsfølelse de må ha kjent underveis i denne forandringen!

Kunnskaper om effekten av dette har stor nytteverdi for personalgruppen da man kan se hvilke elementer i miljøterapien som faktisk fungerer og er med på å gi positiv helsegevinst. Det kan også ha stor nytteverdi for andre personalgrupper som jobber med barn og ungdom, som for eksempel rehabiliteringsteam.

Gjennom funnene i denne studien fikk jeg bekreftet at fysisk aktivitet var en del av behandlingen som hadde positiv effekt på ungdommene. Det hadde større positiv effekt på den enkelte enn de faktisk selv trodde det i utgangspunktet ville ha. Det kom også frem at støtte fra personalet ved avdelingen hadde stor betydning. At miljøterapeutene så hver enkelt ungdom, gav positive tilbakemeldinger underveis og la til rette for at ungdommene selv fikk være med og bestemme hvilken aktivitet de skulle gjennomføre kom frem som et viktig element i behandlingen.

Ut i fra funnene ser jeg også at det har stor betydning at også personalet er med og deltar i fysisk aktivitet sammen med ungdommene. Antonovsky (2012) hevder at sosial støtte er en av de mest betydningsfulle mestringsressursene i forhold til å fremme OAS (opplevelse av sammenheng). Flere av ungdommene i studien uttrykte at sosial støtte fra ansatte var en positiv erfaring. At man fikk et klapp på skulderen eller jubel når man scoret et mål betydde mye for dem. Når personalet viste anerkjennelse, stilte realistiske gjennomførlige krav til den enkelte, samt støttet og oppmuntret underveis, bidro dette til at ungdommene hentet frem egne ressurser og gjennom dette opplevde mestring og glede.

Det krevdes at personalet lot seg involvere i den enkelte barn eller ungdoms livssituasjon for å oppnå dette samarbeidet. Men var det tilstrekkelig? Nei, til syvende og sist var det ungdommene selv som måtte være villig til å ta imot helsehjelpen de fikk. Det ble opp til hver enkelt av dem å benytte denne muligheten til å få en helsemessig forbedring for seg selv. Fysisk aktivitet var en viktig del behandlingsplanen, og som hver enkelt ungdom uttrykte positive erfaringer med.

KAPITTEL 6. AVSLUTNING

Hensikten med denne studien var å utforske og utvikle kunnskap om hvilke erfaringer ungdom hadde med å delta i fysisk aktivitet som en del av behandlingsplanen mens de var på en barne- ungdomspsykiatrisk avdeling. Fire ungdommer var med i studien, og de ble intervjuet to ganger hver; første intervju fant sted like etter de ble innskrevet på avdelingen. Andre intervju ble gjennomført kort tid før utskrivelse. Funnene i studien viser at ungdommene hadde positive erfaringer med fysisk aktivitet som del av behandlingen mens de var innlagt. De la vekt på blant annet samspill med andre ungdommer, at de fikk være medbestemmende i hvilke aktiviteter som skulle gjennomføres, personalets deltakelse i fysisk aktivitet samt støtte fra personalet underveis i aktiviteten som viktige årsaker til at det ble positive erfaringer. Det som også kommer frem i studien er at når personalet oppnådde god relasjon med ungdommene, kom de i en posisjon hvor ungdommene tok imot helsehjelpen de ble tilbudt. Jeg tror at relasjonen hadde betydning for at ungdommene fikk positive erfaringer med fysisk aktivitet. Når man bruker miljøterapi som behandling til barn og ungdom under psykisk helsevern er tillit, samspill og god kommunikasjon elementært for å få optimal behandling.

Det har vært interessant å høre hvordan ungdommene selv beskrev sine erfaringer i fysisk aktivitet under oppholdet på avdelingen. Som miljøterapeut har jeg fått vært med og sett utviklingen deres underveis. Når fysisk aktivitet er en del av behandlingsplanen til barn og ungdom som er inneliggende, blir det viktig å evaluere denne delen av behandlingen for å se om eller hvilken effekt den har på de som gjennomfører det. Det kan ha betydning at behandlere har tanker og meninger om at det virker, men det bør også undersøkes om det faktisk har effekt.

6.1 Implikasjoner for praksis

Funnene i studien indikerer et behov for at miljøterapeuter, leger og psykologer ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling får informasjon om hvilke faktorer som kan medvirke til positiv effekt for gjennomføring av fysisk aktivitet. Når fysisk aktivitet er en del av behandlingsplanen for barn og ungdom som er inneliggende, kan det ikke bare være opp til motiverte personell å gjennomføre dette. Det krever grunnleggende kunnskap om alt fra helsegevinster, symptomreduksjon, motivasjonsarbeid og mestringsfølelser fra et felles behandlingsperspektiv. Det er også generelt viktig at personalgruppen som jobber med

ungdommene har felles forståelse for viktigheten av fysisk aktivitet, da gjennomføringen ellers vil bli tilfeldig, avhengig av hvem som er på vakt.

Skal man sikre inneliggende ungdommer lik tilnærming i forhold til motivasjon til fysisk aktivitet, burde det være faste rutiner på motivasjonsarbeid gjennom en godt utarbeidet strategi. Motivasjonsstrategiene bør ha fokus på å kartlegge pasientenes historie når det gjelder fysisk aktivitet, på denne måten kan man finne frem til en aktivitet som pasienten er med på å bestemme selv. Det kan øke pasientens mestringsforventning, noe som igjen kan virke inn på motivasjonen. En egnet motivasjonsstrategi kan eksempelvis være motiverende intervju, som i økende grad nå benyttes i rehabiliteringsarbeid og helsearbeid. Ved å kartlegge ungdommenes subjektive ønsker for fysisk aktivitet ved innleggelse på avdelingen vil man ivareta ungdommenes brukerperspektiv og tilrettelegge for utvikling av selvhjelpsstrategier, noe som er investering i god helsegevinst.

En måte å sikre ansattes kunnskapsnivå om faget er ved å innlemme betydningen av fysisk aktivitet i behandlingen av barn og ungdom med psykisk lidelser ved institusjonenes internundervisningsprogram, på fagdager og seminarer. Ledelsen kan bidra til et kunnskapsløft og interesse rundt temaet. Primærhelsetjenesten gjennom skolehelsetjenesten, helsestasjon, og støtte/treningskontakt i kommunen kan også ha nytte av kunnskaper om studien.

6.2 Spørsmål til videre forskning

Funn i studien viser at ungdommenes motivasjon til å være i fysisk aktivitet indikerer et behov for at behandlingsteamet til hver enkelt vektlegger gode motivasjonsstrategier. Det kunne vært interessant å gjennomført en lignende studie som også har oppfølging av fysisk aktivitet etter ungdommene er skrevet ut fra avdelingen. Det kunne også vært interessant å foretatt samme studie i en annen barne- ungdomspsykiatrisk avdeling et annet sted i landet, og sammenlignet funn.

Flere av ungdommene hadde ikke deltatt i kroppsøving på skolen på lengre tid. Det kunne vært interessant å foretatt et forskningsprosjekt i samarbeid med en grunnskole og sett om noen av behandlingsmetodene som ble brukt under oppholdet kunne ført til mindre frafall i kroppsøving i skolen. Metoder som kunne blitt prøvd er for eksempel motiverende samtaler, brukermedvirkning ved at ungdommene får være med å bestemme aktivitet eller støtte underveis i aktiviteten fra kroppsøvingslærer eller annen voksen.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium – Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Ashworth, P. (2015). Conceptual foundations of qualitative psychology. I: Smith, J. A. (Red.) *Qualitative psychology – A practical guide to reserach methods* (3. Utg). (s. 4-24). Los Angeles: Sage.
- Bandura, A. (1998). *Self-efficacy – The exercise of control*. USA: Freeman and Company.
- Borge, L. (2008). Institusjonen – et sted for læring, mening og eksistens. I: Karlsson, B. (Red.) *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie* (s. 112-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2) 77-101.
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative reserarch: A practical guide for beginners*. London: Sage publications.
- Bremnes, A-M. J, Martinussen, M, Laholt, H, Bania, E. V. & Kvernmo, S. (2011) Positiv sammenheng mellom psykisk helse og fysisk aktivitet blant ungdom i videregående skole. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48 (4), 332-338.
- Buckworth, J., Dishman, R. & O'Connor, P. J. (2013). *Exercise psychology*. UK: Human Kinetics Publishers.
- Börjesson, M. (2004). Fysisk aktivitet som profylax och terapi vid stressrelaterende tillstånd. *Läkartidningen 101* (15-16), 1394-1397.
- Eide, T. & Eide, H. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Espnes, G. A. & Smedlund, G. (2009). *Helsepsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eriksen, N. (2007) *Ung i Norge*. NOVA, Velferdsforskningsinstituttet. Høgskolen i Oslo og Akershus. Hentet fra: <https://blogg.hioa.no/ung-i-norge/om-ung-i-norge/> [01.03.2018]

- Eriksson, C., Johanson, M., Ulvmyr, C. & Virtanen, P. (2007) Att främja fysisk aktivitet hos barn och ungdom. *Svensk Idrottsforskning*, 4 (3), 16-21.
- Folkehelseinstituttet (FHI) (2015) *Fysisk aktivitet i Noreg- Folkehelse rapporten 2014*. Hentet fra:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8907&Content_7242=7244:110551::0:7243:3:::0:0 [16.01.2017]
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967) *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine. Hentet fra: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf [27.02.2018]
- Helsedepartementet (2003) *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse – Sammen om psykisk helse*. Et samarbeid mellom departementene. Oslo. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/bro/2003/0004/ddd/pdfv/187063-s.pdf> [06.04.2018]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet*. Oslo. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan_2005-2009.pdf [07.02.2018]
- Helsedirektoratet (2008). *Tiltak for økt fysisk aktivitet for barn og ungdom*. IS-1151. Oslo. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/732/Tiltak-for-okt-fysisk-aktivitet-blant-barn-og-ungdom-en-systematisk-litteraturgjennomgang-IS-1151.pdf> [27.01.2018]
- 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. Oslo.
- Henriksson, J. & Sundberg, C. J. (2015). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I: Bahr, R. (Red.) *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. s. 8-36. Bergen: fagbokforlaget.

- Holte, A., Siem, H. & Vartdal, B. (2014) *Globale helseutfordringer. Psykisk helse som global utfordring*. NORAD Rapport 03/2014. Oslo. Hentet fra:
<https://www.norad.no/globalassets/import-2162015-80434-am/www.norad.no-ny/filarkiv/4.-huf-2012---/psykisk-helse-som-global-utfordring.pdf> [13.02.2018]
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2016). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2005). *Motivasjon og mestring. Utvikling av egne og andres ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn*. 2. Utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. & Taube, J. (2015). Angst. I: Bahr, R. (Red.) *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 214-224). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mathiesen, K. S. (2009) *Psykiske lidelser i Norge – Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8 Nasjonalt folkehelseinstitutt ISSN:1503-1403. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rapport-20098-pdf-.pdf>
[29.03.2018]
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A. & Wilbur, J. (2006). Perceptions of Barriers and Benefits to Physical Activity Among Outpatients in Psychiatric Rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (1) 50-55. Hentet fra:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2006.00077.x/full>
[01.02.2018]
- Moe, T., Retterstøl, N. & M. Sørensen (1998). *Fysisk aktivitet – en ressurs i psykiatrisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moe, T. (2011). Fysisk aktivitet som behandling. *Nasjonalt Senter for psykisk helsearbeid, Napha*. Hentet fra:

- <https://www.napha.no/content/12840/Fysisk-aktivitet-som-behandling> [14.02.2018]
- Moe, T. & Martinsen, E. (2011) Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I: Borge, L. (Red.) *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi* (s. 76-96). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordengen, P. A. (2016). *Psykt bra: om god psykisk hverdagshelse*. Sandefjord: Skagerak forlag AS.
- Norges Idrettsforbund (NIF) (2018). *Ungdomsidrett. Ungdomsløftet – Idrettsglede for alle*. Hentet fra: <https://www.idrettsforbundet.no/tema/ungdomsidrett/> [30.03.2018]
- NTNU (2018) *Om Hunt*. Hentet fra <https://www.ntnu.no/hunt/om> [06.04.2018]
- Ommundsen, Y. (2000) Kan idrett og fysisk aktivitet fremme psykososial helse blant barn og ungdom? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 29 Hentet fra: https://tidsskriftet.no/sites/default/files/generated_pdfs/22331-kan-idrett-og-fysisk-aktivitet-fremme-psykososial-helse-blant-barn-og-ungdom.pdf [14.03.2018]
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & Evaluation Methods (3rd ed.)* London: Sage Publications.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - Innføring i psykologi for helsefag*. 2. Utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Reitlo, L. S. (2012) *Deltagelse og frafall i ungdomsidretten*. NTNU Samfunnsforskning AS. Senter for idrettsforskning. Rapport 2012.
- Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012) *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Snoek, J. E. (2002). *Ungdomspsykiatri (2. utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Strandbu, Å. & Bakken, A. (2007) *Aktiv Oslo-ungdom. En studie av idrett, minoritetsbakgrunn og kjønn*. NOVA Rapport 2/2007. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Hentet fra: <http://docplayer.me/storage/24/2786746/1519928540/Jv5PQ8ahIgSH2SbR6Kmj4w/2786746.pdf> [01.03.2018]

Svartdal, F. (2017). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/mestring> [27.01.2018]

Sørensen, M. (2006). Motivation for physical activity og psychiatric patients when physical activity was offered as a part of treatment. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 16 (6) 391-398. Hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=7c776b90-0b27-4614-b5f4-29484fcdfdd1%40sessionmgr103> [06.03.2018]

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K. & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(4) 328-338. Hentet fra: https://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens_betydning_i_psykisk_helsearbeid_-_enkvalitativ [19.03.2018]

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vatne, S. (2008). Anerkjennende tilnærming. Et grunnleggende terapeutisk prinsipp i psykiatrisk sykepleie. I: Karlsson, B. (Red.), *Se mennesket – Om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie* (s. 40-63). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Vatne, S. & Fagermoen, M. (2007) To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14 41-48. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2850.2007.01037.x> [08.04.2018]

World Health Organization (2016). Mental health: Strengthening our response. Hentet fra: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ [12.03.2018]

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Mitt navn er Marit Reinås. Jeg holder på med et forskningsprosjekt om ungdom og fysisk aktivitet. Dette prosjektet har jeg tenkt å skrive masteroppgave om. Prosjektet er en del av min masteroppgave ved Nord Universitet. Jeg har tenkt å intervju ungdommer som har fått opphold på Barne-ungdoms psykiatrisk avd. Målgruppen er ungdommer som av ulike grunner ikke har vært fysisk aktive på en stund. Deltakelsen i forskningsprosjektet er frivillig. Deltakelsen vil ikke påvirke behandlingen som ungdommene får ved avdelingen. Dette gjelder også om den som deltar velger å trekke seg fra prosjektet underveis i innleggelsen. Jeg tenker å intervju deltakerne to ganger. Første gang vil bli kort tid etter ankomst avdelingen. Andre intervju vil bli på slutten av oppholdet. Dette er for å se om og evt hvordan aktivitetsnivået har forandret seg underveis i oppholdet.

Bakgrunn og hensikt

Mange ungdommer som kommer til avdelingen har ikke vært fysisk aktive på en stund. Jeg ønsker å snakke med ungdommene og høre deres egen opplevelse av hvordan de opplever å evt komme i gang med fysisk aktivitet mens de har opphold på avdelingen.

Hva deltakelsen innebærer for deg

Du vil bli intervjuet to ganger. Hvert intervju varer ca 30 min. Jeg vil stille deg spørsmål knyttet til fysisk aktivitet. Du kommer ikke til å få spørsmål om diagnoser. Jeg har ikke tilgang på din evt tidligere journal. Mens du er inneliggende vil jeg ha tilgang på nåværende journal, men ingen opplysninger i denne vil bli brukt i prosjektet. Intervjuene skal ikke journalføres på Bup, og ingen andre ved Bup vil få kjennskap til det som kommer fram under intervjuene. Hvis du i intervjuet kommer med ønsker om hvilken aktivitet du kunne tenke deg å ha mens du er på Bup, kan jeg videreformidle dette til behandlingsteamet ditt. Intervjuene vil foregå på Bup. Hvis du skulle ha reaksjoner i etterkant av intervjuet kan du få snakke med din behandler om dette som heter

Hva som skjer med informasjonen du gir

Prosjektet er meldt til NSD. Dette er et personvernombud for forskning. All data du gir vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. All informasjon som blir brukt i prosjektet vil bli anonymisert. Lydopptakene vil bli oppbevart innelåst på klinikken. Det er bare jeg som har tilgang på datamaterialet.

Det er jeg som analyserer den informasjonen du gir. Som nevnt tidligere vil din informasjon være anonymisert så ingen vil kunne kjenne igjen at dette er dine svar. Alle opplysninger

oppbevares uten navn, fødselsnummer eller andre gjenkjennende opplysninger. Ingen andre vil kunne bruke opptakene til andre forskningsprosjekter. Etter prosjektets slutt vil lydopptakene og samtykkeskjema bli slettet. Beregnet tid for dette er ved utgangen av 2017. Resultatene av intervjuene vil bli brukt i min masteroppgave. Det kan hende at noe av resultatene vil bli publisert i etterkant av studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, uten grunn, trekke deg underveis. Dette vil ikke påvirke ditt opphold på Bup. Dersom du ønsker å delta må du skrive under samtykkeerklæringen,

Organisering av prosjektet

Jeg er utdannet sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg jobber ved Barne- ungdomspsykiatrisk avd. Veileder i prosjektet ved Nord Universitet heter Lily Appoh. Hun kan kontaktes på tlf [REDACTED] eller mail: [REDACTED]

Hvis det er spørsmål eller ønsker mer informasjon kan du gi beskjed til miljøterapeutene ved avdelingen.

Mvh

Marit Reinås

Du/dere må gjerne ta kontakt hvis det er noen spørsmål. Jeg kan kontaktes på tlf: [REDACTED] eller mail: marire@online.no

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring for deltagere under 16 år

Jeg/vi samtykker i at vår sønn/datter får delta i Marit Reinås' masterprosjekt om ungdom og fysisk aktivitet.

Jeg/vi bekrefter å ha fått informasjon om prosjektet.

Navn på informanten:

Sted/dato

Signatur

Vedlegg 3

Samtykkeerklæring

Jeg bekrefter at jeg gir frivillig samtykke til å delta i Marit Reinås sitt masterprosjekt. Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet.

Dato

Signatur Informant

Vedlegg 4

1. Intervjuguide – Ungdom og Fysisk Aktivitet

Det kan i tillegg bli naturlig med oppfølgingsspørsmål underveis i samtalen.

Innledende spørsmål

- Alder
- Kjønn

Tidligere erfaringer med fysisk aktivitet

- Jeg vil gjerne høre om din erfaring med fysisk aktivitet. Kan du fortelle om det?
- Kan du fortelle hvilken aktivitet du liker best?
- Kan du fortelle hvor lenge det er siden du var fysisk aktiv?
- Hvilken aktivitet utførte du da?
- Kan du fortelle om hvordan opplevde du å utføre denne aktiviteten?
- Hvordan opplever du å trene alene i forhold til å trene sammen med flere?
- Kan du fortelle hva som gir deg motivasjon til å være fysisk aktiv?
- Har du andre fritidsinteresser?
- Hvilken liker du best?

Fysisk aktivitet under opphold på Bup

- Hvordan tror du det blir å delta i fysisk aktivitet her på Bup?
- Her på Bup får ungdommene mulighet til velge hvilke aktiviteter de ønsker å ha. Er det noen spesielle aktiviteter du ønsker her? Hvorfor?
- Foretrekker gymsal-trening eller trening i fysikalsk treningsrom? Hvorfor?

Har du noen spørsmål eller noe du vil tilføye?

Vedlegg 5

2. Intervjuguide - Ungdom og Fysisk Aktivitet

Det kan bli naturlig med oppfølgingsspørsmål underveis i samtalen.

Personlige erfaringer

- Kan du fortelle hvordan du opplevde å delta i fysisk aktivitet her på Bup?
- Hva opplevde du som utfordrende?
- Hva opplevde du som lettere å utføre?
- Kan du fortelle hvordan du synes det var å delta i samspill med andre?
- Har du endret motivasjon til fysisk aktivitet underveis i oppholdet? Evt hvordan er motivasjonene endret?
- Hva synes du om den hjelp/støtte du fikk fra miljøterapeuter som deltok?
- Kan du fortelle om hvilken aktivitet likte du best?

Om fysisk aktivitet på Bup

- Kan du fortelle hva du synes om aktivitetstilbudet på Bup?
- Har du forslag til forbedringer?

Har du noen spørsmål eller noe du vil tilføye?

Takk for din deltakelse i prosjektet.

Vedlegg 6



Lily Appoh
Helsevitenskap Nord Universitetet
Høgskoleveien 27
7600 LEVANGER

Vår dato: 19.05.2017

Vår ref: 53840 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>53840</i>	<i>Ungdom og fysisk aktivitet - Hvordan ungdom opplever å delta i fysisk aktivitet på en barne-ungdomspsykiatrisk avdeling</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Nord universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Lily Appoh</i>
<i>Student</i>	<i>Marit Reinås</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding 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/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal 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, 30.11.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

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

Vedlegg 7



Region: REK midt	Saksbehandler: Øystein Lundestad	Telefon: 73597507	Vår dato: 16.05.2017	Vår referanse: 2017/959/REK midt
			Deres dato: 12.05.2017	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Marit Reinås
Nord universitet

2017/959 Ungdom og fysisk aktivitet

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 12.05.2017.

Prosjektleder: Marit Reinås

Prosjektleders omtale av studien

Jeg skal intervju ungdom som er innelagt på barne-ungdoms psykiatrisk avdeling om deres opplevelse av fysisk aktivitet mens de har opphold på avdelingen.

Vurdering

Henvendelsen har blitt vurdert av REK midts sekretariat, på bakgrunn av innsendte dokumenter.

REK midt forstår studien som en kvalitativ studie av fire ungdommers erfaringer med fysisk aktivitet under opphold ved BUP. Selv om fysisk aktivitet kan innvirke på helse, tilsier intervjuguide og formål at studiens fokus kun er rettet om ungdommenes tanker og erfaringer om fysisk aktivitet som sådan. Det skal ikke samles inn eller undersøkes helseopplysninger i studien.

Framleggingspliktig for REK er kun studier som har til hensikt å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4. REK midt mener formålet i denne studien tilsier at prosjektet faller utenfor lovens saklige virkeområde. Studien kan dermed gjennomføres og publiseres uten nærmere godkjenning fra REK.

Søker/prosjektleder er selv ansvarlig for å avklare om studien er meldepliktig til andre instanser, f.eks. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Merknad

Vurderinga er kun å betrakte som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom søker ønsker at det skal fattes et formelt vedtak i saken, ber vi om at det sendes inn full søknad. Denne vil bli behandlet iht. oppsatte frister. Det vises for øvrig til våre hjemmesider.

Med vennlig hilsen

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder, REK midt

Øystein Lundestad
Rådgiver

Vedlegg 8



HELSE NORD-TRØNDELAG

Fag- og forskningsavdelingen

Postboks 333
N-7601 LEVANGER
E-post: postmottak@hnt.no

Telefon: 74 09 80 00
Org.nr: 983 974 791
www.hnt.no

Marit Reinås
BUP sengepost
Helse Nord-Trøndelag
Sykehuset Levanger

Vår ref.:
2017/1173 - 13929/2017

Deres ref.:

Dato:
27.04.2017

Svar på søknad om godkjenning av mastergradsprosjekt

Prosjekt:

Ungdom og fysisk aktivitet: Hvordan ungdom opplever å delta i fysisk aktivitet på en barneungdomspsykiatrisk avdeling

Prosjektleder/hovedveileder:

Lily Appoh, Førsteamensis, Nord Universitet Namsos

Forskningsgruppe lokalt/regionalt:

Marit Reinås, Psykiatrisk Sykepleier, BUP sengepost, Sykehuset Levanger

Prosjektets formål og bakgrunn:

Alderen på inneliggende pasienter på barne- og ungdomspsykiatrisk sengepost varierer fra 8 til 18 år, og det er ulike grunner til at de henvises til BUP. Pasientene får innvilget opphold for ca tre uker, og det er totalt 7 plasser på avdelingen. Alle innleggelser er frivillige. Mange av de som kommer til avdelingen har vært fritatt gym over lengre tid. Det kan variere fra noen uker til flere år hvor de ikke har deltatt i fysisk aktivitet. I prosjektet vil man studere hvordan ungdommer opplever å ha fysisk aktivitet under innleggelsen.

Datamateriale og datahåndtering:

Det skal gjennomføres strukturert dybdeintervju av 4 inneliggende pasienter på barne- og ungdomspsykiatrisk sengepost. Lydfiler og samtykkeskjema oppbevares til prosjektet ferdigstilles.

Beregnet sluttdato for prosjektet er 30.11.2017.

Etikk og personvern:

Prosjektet er meldt inn til NSD.

Informantene vil få skriftlig informasjon om hensikten med prosjektet, at anonymitet blir ivaretatt og at de når som helst kan trekke seg fra studien. De må signere samtykkeskjema før intervjuet. For alle under 16 år må samtykke i tillegg innhentes fra foreldrene.

Kostnader/finansiering:

Masteroppgave som skrives innenfor rammen for mastergradsstudium ved Nord universitet.

SYKEHUSET LEVANGER
Besøksadresse: Kirkegata 2, Levanger
Telefon: 74 09 80 00

SYKEHUSET NAMTOS
Besøksadresse: Havikvegen 8, Namsos
Telefon: 74 21 54 00

Publikasjoner:
Masteroppgave.

Vedtak om godkjenning av søknad

Forskningsansvarlig instans i Helse Nord-Trøndelag har vurdert søknaden i henhold til krav om forsvarlighet i forskning etter *Helseforskningsloven med forskrifter* og etter *Helse Nord-Trøndelags egne retningslinjer/strategier* for bruk av data til forskningsformål.

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at det gis godkjenning fra NSD.
NSD-godkjenningen oversendes DAC når denne foreligger (postmottak@hnt.no).

I HNT er det egne rutiner for oppbevaring av forskningsdata som for eksempel lydopptak og transkriberte data. Data må lagres på filområde på HNTs server, der kun forsker og eventuelt veileder har tilgang.

Acknowledgements

Viser til vedlagte retningslinjer for kreditering og acknowledgements ved publisering av artikler som utgår fra eller benytter data innsamlet i Helse Nord-Trøndelag HF.

For ytterligere opplysninger, ta kontakt med: Linn Benjaminsen Hølvold,
linnbenjaminsen.holvold@helse-nordtrondelag.no

Behandlet i DAC, 25.04.2017

Med vennlig hilsen



Bodil Landstad, professor
Forskningsjef i Helse Nord-Trøndelag

Kopi:

Avdelingsleder BUP, Åsmund Bang, Helse Nord-Trøndelag
Førsteamanuensis, Lily Appoh, Nord Universitet Namsos