



# Universitetet i Sørøst-Norge

## Emne 10 Masteroppgaven

MOPP900

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-02-2018 09:00	<b>Termin:</b>	2018 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	15-05-2018 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	222 MOPP900 2 MO 2017 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Navn:</b>	Alan Wiktor Bydlinski
<b>Kandidatnr.:</b>	6031
<b>USN-id:</b>	136356@usn.no

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	Enmannsgruppe
<b>Gruppenummer:</b>	9
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

# **En kvalitativ studie av hvilke erfaringer personer med psykoselidelser har med vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner.**

**Alan Wiktor Bydlinski**



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap  
Master i klinisk helsearbeid  
Studieretning: Psykisk helsearbeid**

**HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE**

15.05.2018



<b>Navn: Alan Wiktor Bydlinski</b>	<b>Dato: 15.05.2018</b>
<b>Tittel og undertittel:</b>  <b>En kvalitativ studie av hvilke erfaringer personer med psykoselidelser har med vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner.</b>	
<p><u>Sammendrag:</u> Formålet med studien har vært å utforske og beskrive erfaringer av vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner fra et brukerperspektiv. To forskningsspørsmål knyttet til hverdagslivet og hjelp og støtte ble utforsket. Metode for innsamling av data var semistrukturert forskningsintervju med fem deltakere. En intervjuguide ble brukt som veiledende rød tråd. Jeg har forsøkt å forholde meg åpen og latt informantene styre hvordan de ønsket å formidle sin historie. Analyseprosessen resulterte i formulering av åtte subkategorier som ble abstrahert inn til tre kategorier. De tre kategoriene er som følger: opplevelse av utenforskap, ikke tilpasset tilbud fra hjelpeapparatet, fysisk aktivitet som meningsfull aktivitet. Drøftingen av resultatene ble derimot gjort delvis uavhengig av resultat kategorier og som en helhet sett opp mot problemstillingen og i lys av eksisterende forskningsresultater og teori.</p> <p>Resultatene viser at informantene er opptatte av vekstsituasjonen sin og misfornøyde med kroppen sin. Informantene uttrykker at vekstsituasjon er et emne de er opptatte av og at de ikke er tilfreds med kroppen sin på grunn av vektøkning. Informantene uttrykker at det er vanskelig å gjennomføre hverdagslige aktiviteter på grunn av at de har dårligere fysisk form enn før oppstarten av medikamentell behandling. Det har blitt vanskeligere å foreta seg aktiviteter som krever ekstra fysisk innsats av deltakerne. Informantene bekymrer seg for konsekvenser av økt appetitt knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner. Deltakere erfarer frafall av aktivitet på grunn av vektøkning. Informantene opplever også å være stigmatisert på grunn av vekstsituasjonen sin.</p> <p>Videre beskriver informantene sine erfaringer med hjelpeapparatet rundt seg, i periodene da informantene var overvektige. De beskriver at de ikke har blitt informert om at vektøkning kan være en konsekvens av bruk av antipsykotiske medisiner. Deltakerne beskriver også sine erfaringer med hvor vanskelig det er å skaffe seg opplysninger om antipsykotiske medisiner. Resultatene viser også at informantenes erfaringer med trening er at fysisk aktivitet oppleves meningsfullt. Alle fem informantene forteller at det å være fysisk aktiv eller bare tenke på det oppleves meningsfullt. Studien ble drøftet i sammenheng med eksisterende litteratur som recovery, kroppsfenomenologi, psykomotorisk fysioterapi, nevrovitenskap.</p>	
<b>Nøkkelord: vektøkning, psykose lidelser, antipsykotiske medisiner, recovery, body awareness,</b>	

<b>Name: Alan Wiktor Bydlinski</b>	<b>Date: 15.05.2018</b>
<b>Title and subtitle:</b>  <b>A qualitative study of the experiences of people with psychotic disorders with weight gain associated with the use of antipsychotic drugs.</b>	
<p><u>Abstract:</u></p> <p>The purpose of the study has been to explore and describe experiences of weight gain associated with the use of antipsychotic drugs from a user perspective. Two research questions related to everyday life and help and support were explored. Data collection method was semi-structured research interview with five participants. An interview guide was used as a guiding red thread. I have tried to stay open and let the informants control how they wanted to convey their story. The analysis process resulted in the formulation of eight subcategories that were abstracted into three categories. The three categories are as follows: experience of outsiders, unsatisfied with help from support services, physical activity as meaningful activity. The discussion of the results, on the other hand, was made partly independent of the categories of results and as a whole looked at the problem and in light of existing research results and theory.</p> <p>The results show that the informants are concerned about their situation and dissatisfied with their bodies. The informants express that the worsening situation is a subject they are occupied with and that they are not happy with their body due to weight gain. The informants express that it is difficult to carry out everyday activities because they have a poorer physical form than before the start of drug treatment. It has become more difficult to undertake activities that require extra physical effort by the participants. The informants worry about the consequences of increased appetite associated with the use of antipsychotic drugs. Participants experience dropout of activity due to weight gain. The informants also feel stigmatized because of their wake situation.</p> <p>Furthermore, the informants describe their experiences with the support services around the years when the informants were overweight. They describe that they have not been informed that weight gain may be a consequence of the use of antipsychotic drugs. Participants also describe their experiences with how difficult it is to obtain information about antipsychotic drugs. The results also show that the informants' experience with exercise is that physical activity is meaningful. All five informants say that being physically active or just thinking about it is meaningful.</p> <p>The study was discussed in connection with existing literature such as recovery, body phenomenology, psychomotor physiotherapy, neuroscience.</p>	
<p><b>Key words:</b></p> <p><b>weight gain, psychosis disorders, antipsychotic medication, recovery, body awareness,</b></p>	

## FORORD

Med denne masteroppgaven i klinisk helsearbeid, studieretning psykisk helsearbeid, avsluttes nå et kapittel ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Det har vært en lang, og på mange måter krevende prosess å fullføre masteroppgaven. Samtidig som det har vært en givende, spennende og lærerik prosess.

Jeg vil starte med å sende en stor takk til informantene som har deltatt i studien og vist meg tillit og latt meg få et innblikk i deres historie og erfaringer. Dette har betydd mye for meg både faglig og personlig.

Videre ønsker jeg å rette en stor takk til min veileder professor Marit Borg for inspirerende veiledning og gode samtaler under dette prosjektet.

Tusen takk også til alle mine flotte kolleger ved utdanningen ved Høgskolen i Sørøst-Norge, master i klinisk helsearbeid for gode innspill på de seminarene vi har hatt sammen.

Jeg vil også takke min tidligere avdelingsleder i Bærum kommune Heidi Danielsen for hjelp og støtte under den faglige reisen, og for tilliten til meg gjennom hele studietiden. Takk til Christine Ramfjord for nødvendig språkvask.

Sist men ikke minst takk til venner og familie som har støttet, oppmuntret meg og vist interesse for mitt prosjekt gjennom flere år nå. En spesiell takk til min mor Krystyna Bydlinska som har heiet på meg gjennom hele studietiden.

Tusen takk alle sammen!

Alan Bydlinski

Sandvika, 10. mai 2018



## Innholdsfortegnelse

Innledning.....	- 9 -
Bakgrunn for valg av tema .....	- 9 -
Formålet og hensikten med studien.....	- 10 -
Problemstilling .....	- 10 -
Kunnskapsgrunnlag .....	- 10 -
Teoretisk rammeverk.....	- 11 -
Begrepsavklaring.....	- 12 -
Vektøkning .....	- 12 -
Antipsykotiske medisiner .....	- 12 -
Psykoselidelser .....	- 12 -
Body image .....	- 12 -
Body awareness .....	- 13 -
Recovery.....	- 13 -
Sosial og personlig recovery .....	- 13 -
Felleskap og tilhørighet .....	- 15 -
Fysisk aktivitet og Recovery .....	- 16 -
CHIME .....	- 17 -
Kroppsfenomenologi .....	- 18 -
Embodied identity .....	- 19 -
Fysiologiske faktorer.....	- 20 -
Metodologi .....	- 20 -
Vitenskapsteoretisk forankring .....	- 21 -
Metode.....	- 21 -
Forforståelse .....	- 22 -
Inklusjon, rekruttering og utvalget .....	- 23 -
Dataskaping .....	- 24 -
Transkripsjon.....	- 24 -
Etiske vurderinger .....	- 25 -
Analyseprosessen .....	- 26 -
Metodiske refleksjoner i kvalitativ forskning .....	- 28 -
Funn.....	- 29 -
Opplevelse av utenforskap .....	- 30 -
Opptatt av vekstsituasjonen sin og misfornøyd med kroppen sin. ....	- 30 -
Vanskelig med hverdagslige aktiviteter på grunn av dårligere fysisk form.....	- 31 -
Bekymret for konsekvenser av økt appetitt.....	- 32 -
Redusert aktivitetsnivå på grunn av vektøkning .....	- 32 -
Opplevelse av å være stigmatisert på grunn av vektøkning .....	- 33 -
Ikke tilpasset tilbud fra hjelpeapparatet .....	- 33 -



Opplevelse av å ikke få hjelp av tjenestene rundt seg til å håndtere vekstsituasjonen sin ... - 34 -	
Opplevelse av å ikke bli informert om at vektøkning kan være en konsekvens av bruk av antipsykotiske medisiner ..... - 34 -	
Opplevelse av at informasjon om medisiner er vanskelig å få tak i..... - 35 -	
Fysisk aktivitet som meningsfull aktivitet ..... - 36 -	
Drøfting ..... - 37 -	
Tilhørighet og utenforskap ..... - 37 -	
Tjenestene og oppfølging av medisiner ..... - 38 -	
Recovery og kroppsbevissthet..... - 41 -	
Oppsummering ..... - 44 -	
Konklusjon ..... - 45 -	
Litteraturliste ..... - 46 -	
Vedlegg ..... - 50 -	
Vedlegg 1: ..... - 50 -	
Vedlegg 2 ..... - 53 -	
Vedlegg 3 ..... - 54 -	

# Innledning

## *Bakgrunn for valg av tema*

Psykosebegrepet viser til en stor uensartet gruppe av menneskelige erfaringer og væremåter som kan ha forskjellig bakgrunn og historie. Man kan se på psykose ikke bare en diagnose men heller som på et fenomenologisk- psykologisk begrep (Cullberg, 2005). En har vanligvis regnet med at livstidsrisikoen for å utvikle psykoselidelse ligger på rundt 1-2 % i de fleste befolkningene verden over (Helsedirektoratet, 2013). Personer med psykoselidelser preges ofte av hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser eller forvirring. Disse problemene er svært varierende hos de ulike personene. Psykoselidelser omfatter flere diagnosegrupper som akutte og forbigående psykoser (reaktive), stemningslidelser (manisk-depressiv lidelse), schizofreni og paranoide tilstander (Hummelvoll, 2012). Ifølge Hummelvoll, involverer psykose flere fysiske aspekter som ofte er oversett eller betraktet som uvesentlig i forhold til de psykiske uttrykkene. Det er kroppen som behandles med medikamenter og bivirkninger som søvnighet og tretthet kan gi utslag og merkes fysisk. Symptomer og menneskelige utfordringer som apati, manglende vilje, svekket motivasjon kan også oppleves kroppslig og følelsen av å være trett og sliten påvirker daglige gjøremål betydelig (Hummelvoll, 2012).

Antipsykotiske medisiner er vanligvis et standard tiltak i behandling for personer som erfarer psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Selv om annengenerasjons antipsykotika har en lavere byrde enn førstegenerasjons antipsykotika i form av ekstrapyramidale bivirkninger, er de forbundet med andre uønskede effekter, inkludert vektøkning (Leucht et al., 2013). Mekanismene som bidrar til medikamentindusert vektøkning ved bruk av antipsykotika utforskes, inkludert faktorer som appetittendringer, sedasjon som resulterer i mindre energiforbruk, antikolinergiske bivirkninger og endret endokrine funksjon (Kluge et al., 2007; Kouidrat, Amad, Lalau, & Loas, 2014; Mauri et al., 2006; Rege, 2008). Vektøkning, i tillegg til livsstil-faktorer som sigarettøyking, fettriakt kosthold og mangel på fysisk aktivitet, plasserer mennesker med disse forstyrrelsene i fare for medisinske problemer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft og infeksjoner (Nordentoft et al., 2013). Studier fra Sverige, Finland og Danmark viser at menn og kvinner som har vært sykehusinnlagt med en psykiatrisk diagnose har henholdsvis 20 og 15 års kortere levealder enn resten av

befolkningen og at nesten 60 % av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer med stort potensial for forebygging (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler, & Laursen, 2011). WHO understreker at, på grunn av høy komorbiditet av psykiske og fysiske lidelser, er behovet for implementering av helhetlige helsetjenester som sikter både mot det psykiske og fysiske stort (World Health Organization, 2013).

### *Formålet og hensikten med studien*

Målet med studien er å utforske og beskrive erfaringer av vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner fra et brukerperspektiv. Selv om antipsykotiske medisiner er den anbefalte behandlingsstrategien for personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013), er det begrenset forskning knyttet til opplevelser av vektøkning fra brukerperspektivet. Det er et begrenset antall kvalitativ forskning om brukeres perspektiver på hvordan man kan skreddersy tiltak som hjelper personer med psykoser å håndtere denne bivirkningen (McCloughen & Foster, 2011). Det kan tyde på at både forskere og klinikere mangler en viktig komponent i forståelsen av medikamentindusert vektøkning. Målet med denne studien er å utvikle kunnskap om dette.

### *Problemstilling*

"Hvilke erfaringer har personer med psykoselidelser med vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner?"

Følgende forskningsspørsmål vil bli utforsket:

- 1) Hvordan oppleves vektøkningen i hverdagslivet?
- 2) Hvilke erfaringer har person med hjelp og støtte knyttet til vekt-situasjon?

### *Kunnskapsgrunnlag*

Selv om medikamentindusert vektøkning ved psykoselidelser er godt dokumentert finnes det lite forskning av subjektive erfaringer. Jeg har ikke klart å finne spesifikke nordiske studier. I litteratursøk er databasene AMED, CIHNAL, SWEMED+, MEDLINE, PSYCHINFO benyttet med søkeord som «psychotic disorders», «antipsychotic drugs/agents», «weight gain», «lived experience», «live experiences» i forskjellige kombinasjoner avhengig av

egnethet for database. Seks kvalitative studier ble identifisert. Tre var fra Canada, to fra USA og en fra Australia.

Tre av studiene brukte fokusgruppeintervjuer og tre brukte semi- eller ustrukturerte intervjuer. Typiske diagnoser hos informantene var schizofreni og schizoaffektiv lidelser. Sentrale funn i studiene viste at deltakere oppfattet at antipsykotiske medisiner hadde bidratt til vektøkning og var ikke fornøyde med vekten de hadde fått (Usher, Park, & Foster, 2013; Vandyk & Baker, 2012; Weissman, Moot, & Essock, 2006). Deltakere uttrykte bekymring for de negative langsiktige effektene dette hadde på deres fysiske utseende og fysisk helse (McDevitt, Snyder, Miller, & Wilbur, 2006; Tweedell D.E., 2004; Vandyk & Baker, 2012; Weissman et al., 2006). Studiens funn viser at vekt var viktig for deltakere og de rapporterte å veie seg regelmessig (Weissman et al., 2006). Deltakere ønsket å føle seg bra og se godt ut og var bekymret for at økt appetitt var forårsaket av medisinen (Tweedell D.E., 2004; Usher et al., 2013; Weissman et al., 2006; Xiao & Baker, 2010) og vektøkingsrelaterte symptomer som oppblåsthet, utmattelse og andpustenhet (Tweedell D.E., 2004; Weissman et al., 2006). Studiene viser at deltakere skammet seg over sitt endrende utseende, og selv om de rapporterte ønske om å delta i vektreduserende aktiviteter og hadde forsøkt å gjøre det (Tweedell D.E., 2004; Usher et al., 2013; Vandyk & Baker, 2012; Weissman et al., 2006; Xiao & Baker, 2010), ble deres vektøkning opplevd som en barriere for å delta i fysisk aktivitet (McDevitt et al., 2006; Xiao & Baker, 2010). På grunn av deres bekymringer, sluttet noen deltakere å ta medisiner, flere vurderte å gjøre det (Usher et al., 2013; Xiao & Baker, 2010), mens andre innså at det var viktig å være aktiv når det gjaldt å håndtere vekten (Tweedell D.E., 2004; Vandyk & Baker, 2012). Studiene dokumenterer at deltakere prøvde å velge medisiner med lavere risiko for vektøkning (Tweedell D.E., 2004; Usher et al., 2013). Litteratursøket viser at tiltak med fokus på forebygging og behandling av medikamentindusert vektøkning først og fremst har rettet seg mot voksne med langvarige psykoselidelser i stedet for personer med førsteepisode psykoser eller medikament-naive pasienter. Multimodale tiltak med fokus på forebygging og håndtering av vektøkning, bestående av psykoedukasjon, fysisk aktivitet og kostholdsrådgiving har gitt beskjedne resultater og det dokumenteres behov for mer forskning på feltet (McCloughen & Foster, 2011; Jakobsen AS et al., 2017).

## Teoretisk rammeverk

Dette kapittelet vil presentere ulike teoretiske perspektiver på fenomener knyttet til studiens problemstilling. Innledningsvis gis noen avklaringer på noen sentrale begreper i oppgaven.

## **Begrepsavklaring**

### Vektøkning

Å definere overvekt kan være vanskelig. Med begrepene overvekt og fedme, menes det vanligvis: Tilstander hvor det er et overskudd av fett på kroppen i forhold til det som er ønskelig (NHI, 2013). Siden denne studien tar for seg den subjektive, selvrapporterte opplevelsen av å gå opp i vekt ble det bestemt at det er ikke nødvendig å måle den faktiske vektøkningen til deltakere.

### Antipsykotiske medisiner

Antipsykotika er en gruppe medikamenter som primært benyttes i behandlingen av psykotiske lidelser, herunder schizofreni. Tidligere gikk stoffene under betegnelsen nevroleptika.

Antipsykotisk effekt knyttes hovedsakelig til reduksjon av positive symptomer (hallusinasjoner, vrangforestillinger), men effekt kan også sees på negative symptomer og kognitiv svikt. Legemidlene virker også stabiliserende på stemningssvingninger, spesielt ved oppstemte faser (manier). Antipsykotiske medisiner er vanligvis et standard tiltak i behandling for personer som erfarer psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013).

### Psykoselidelser

Psykoselidelser omfatter flere diagnosegrupper som akutte og forbigående psykoser (reaktive), stemningslidelser (manisk-depressiv lidelse), schizofreni og paranoide tilstander (Hummelvoll, 2012). Personer med psykoselidelser beskriver ofte erfaringer med hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser eller forvirring. Disse problemene er svært varierende hos de ulike personene.

### Body image

Body image kan oversettes til kroppsbilde. Kroppsbilde er betegnelse på bevisst oppfattelse av sin egen kropp. Dette innebærer navn på ulike kroppsdeler, form, størrelse og den følelsesmessige delen av kroppsopplevelse (Brodal, 2013). Kroppsbildebegrepet omfatter hvordan man opplever eierskap til sin kropp, opplevelsen av helhet og målrettede bevegelser. (Fadnes, et al. 2013).

## Body awareness

Body awareness kan oversettes til kroppsbevissthet. Kroppsbevissthet er betegnelsen på oppmerksomhet på sin kropp og kroppslige opplevelser. Det tar for seg oppmerksomheten som rettes mot informasjon som inngår i kroppsbilde (Fadnes, Brodal et al. 2013).

## Recovery

Den biomedisinske modellen har dominert behandlingen av psykisk lidelse gjennom nittenhundretallet med fokus på sykdom, som støtter behandling med medisiner for å redusere symptomer (Carpenter, 2002). Selv om medisiner fortsetter å spille en viktig rolle i symptomhåndtering også i dag, avviser den brukerfokuserte recoverybevegelsen, som startet på nittitallet av forrige århundre, ideen at folk er bare en diagnose. Recovery sitt grunnleggende prinsipp er at hvert individ er unikt og fortjener et meningsfylt liv med mulighet til å velge sine egne livsmål og jobbe mot dem i sitt eget tempo (Scheyett, DeLuca og Morgan, 2013). Målene kan være både interne og eksterne, noe som betyr endring av egen tro, holdninger og følelser, samt å lære nye ferdigheter og inngå nye roller (Carpenter, 2002; Leamy, et. al., 2013). Til tross for en voksende kunnskap om recovery, er det fortsatt mangel på konsensus om en definisjon. Noen forskere hevder at på grunn av individets ulikheter kan det ikke være en formell definisjon av recovery, kun temaer som beskriver kjerneområder og typiske stadier i prosessen (Leamy, et. al., 2013, Scheyett et. al., 2013).

## Sosial og personlig recovery

Jensen, Borg og Topor, (2011) beskriver de sentrale elementene innen «recovery» som en sosial og personlig prosess:

«Å komme seg, eller recovery foregår på hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av varierende behandlingsideologier. Recovery handler om å utvikle måter å håndtere psykiske problemer på og ikke minst de sosiale konsekvenser av problemene. Dette arbeidet gjør den enkelte gjerne sammen med sitt sosiale nettverk, dvs. fagpersoner, venner eller pårørende, som støtter på ulike vis. Recovery-prosesser kan føre til utvikling og bedring og en situasjon der personer fortsatt har behov for litt støtte. Gjennom recovery-prosesser kan personer også oppleve et liv uten «symptomer» eller behov for profesjonell innsats»

Borg og Karlsen (2017) utdyper denne forståelsen og sier at recovery er sosiale og personlige prosesser som inviterer til forandring ved egen hjelp og med hjelp fra andre.

Recovery består av følgende elementer (ibid.):

1. Støtte fra andre mennesker, å bli verdsatt slik man er.
2. Involvering i meningsfulle aktiviteter, aksept i ulike sosiale sammenhenger.
3. Avstigmatisering, ikke å føle seg diskriminert på grunn av psykiske plager eller rusvansker.
4. Myndiggjøring som innbygger, å bli anerkjent av andre. Gjennom å akseptere hva man ikke kan gjøre eller være, begynner man å oppdage hva man kan være eller gjøre.
5. Fagpersoner har tillit til brukererfaringer. Å ha fokus på brukerperspektivet og kunnskaper er en forutsetning i samarbeid mellom brukeren og fagpersonen. Recovery handler om personens egne prosesser og innsatser og om omgivelser som støtter den enkelte i arbeidet med å finne frem til måter å leve med- eller uten- ulike utfordringer.
6. Maktforhold i helse- og sosialtjeneste endres. Det innebærer en utvidelse av kunnskapsgrunnlaget, andre fagpersonroller og personalsammensetninger samt å forstå, synliggjøre og bryte barrierer for personens livsprosesser. Eksempler kan være feilmedisinering, stigma, fattigdom, utestenging fra lokalt miljø og brudd på menneskerettigheter. Recoveryorienterte praksiser, gjennom å gi brukerens forståelse og ekspertise forrang over fagpersonenes, bidrar til forståelse og endring i maktforhold rundt brukeren. Brukers sine mål, ønsker og drømmer er utgangspunkt for samarbeid om recovery.
7. Fagfolk har en rolle i å legge til rette for å komme dit den andre vil. Grunnleggende for recovery er samarbeid mellom brukere, ansatte, pårørende og ledere for å utvikle en felles forståelse av hvordan begrepet «recovery» forstås lokalt, hvilke kunnskapsformer legges til grunn og hvordan den kunnskapen tas i bruk i praksis i lokalt miljø. Brukeren anerkjennes som en medborger med fulle menneskerettigheter og plikter, som et medmenneske med ressurser, kompetanse, ønsker og drømmer for sitt liv.
8. Forandringen kommer innenfra og kjenner sine egne veier. Det innebærer at ansatte har tillit til at personen selv vet hva som skal til for å skape ønsket forandring i eget liv. Fagpersonens ansvar er å legge til rette for at disse endringene kan skje. Det å akseptere og leve med mangfold og forskjeller er et grunnleggende poeng i recovery.

Fellesskap fordrer at det er snakk om flere enn ett individ, og at det er noe som er felles. Som deltaker i et felleskap inngår man i en større enhet hvor noe er felles, enten det er interesser, hobbyer eller trosforhold og åndelige spørsmål. Felleskap gir muligheter til å dele informasjon, utveksle ideer og til å holde kontakt med medmennesker (Borg og Karlson, 2017). Deltakere i denne studien er boende i forskjellige bofellesskap for personer med psykiske utfordringer innenfor en kommune. Prinsipielt sett så har alle deltakere mulighet for å være en del av et felleskap av likepersongruppe i sine bokollektiver. Personalets oppgaver er å legge til rette, gjennom miljørettet arbeid, for at en opplevelse av felleskap og tilhørighet styrkes. Deltakelse forutsetter ofte at man vil gjøre noe sammen, og har en aktiv og handlende holdning. Det å være en del av en gruppe gir større kraft og flere muligheter enn å arbeide med noe alene. Ifølge Borg og Karlson (2017) finnes det ulike felleskap innen psykisk helse og rusfeltet som kan være viktig i folks liv. Slike felleskap dannes ut fra felles opplevelser med å slite med psykiske utfordringer og rusproblemer. Deltakere finner aksept og tilhørighet i det å oppleve å være utenfor (Semb, Borg og Ness, 2016). Disse fellesskapene styrker tro og håp om at det er mulig å kvitte seg eller lære å leve med problemene. Slike budskapet har en annen virkning når uttalt av likesinnede enn når det kommer fra fagpersoner.

Recoveryorientert praksis vil ofte kunne støtte seg på fellesskapets egenskaper for å identifisere og bygge på personens talenter, styrker, kompetanse og ressurser. Ifølge Borg og Karlson (2017) foregår recovery i folks hverdagsliv og i et dynamisk samspill mellom person og sosiale og materielle omgivelser som har stor betydning. Omgivelsene og tjenestetilbud er like viktig som personers egen innsats. Recovery innebærer en innretning mot tilhørighet og fellesskap, mot personens interesser og muligheter og hva lokalmiljø og ulike omgivelser inviterer til og muliggjør (ibid.) I følge Folkehelseinstituttet (2015) betyr god sosial støtte at en får kjærlighet og omsorg, blir akseptert og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Vårt sosiale nettverk har innvirkning for helsen vår, hvor sosial støtte ser ut til å være en helsefremmende faktor (Folkehelseinstituttet, 2015).

Når det gjelder sosiale faktorer, spiller nærmiljø og lokalsamfunn en rolle. Sosialt desintegreerte lokalsamfunn bidrar til at sosiale nettverk går i stykker, at sosial støtte reduseres og at psykiske plager øker i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2015). Tilhørighet regnes for å være et grunnleggende menneskelig behov (Baumeister og Leary 1995). Opplevelse av tilhørighet er ikke bare avhengig av den enkelte person men også av vedkommendes nettverk, tilbud og støtte fra lokalmiljø. Ifølge Semb, Borg og Ness (2016) det kan skilles mellom



subjektiv og sosial tilhørighet. Den subjektive kalles også for psykologisk tilhørighet og handler om å oppleve å bli verdsatt og nyttig for andre mennesker. Den sosiale tilhørigheten handler mer om personens identifikasjon med andre mennesker og personens opplevelse av å bli møtt og anerkjent av andre. Mange personer med psykiske utfordringer kan erfare å være utenfor viktige samfunnsarenaer som skole, arbeid og sosiale miljøer (Borg og Karlsen, 2017).

#### Fysisk aktivitet og Recovery

Målgruppen i denne studien er utsatt for negative konsekvenser av inaktivitet. Det virker svært utfordrende å være i en god fysisk form med samtidige alvorlige bivirkninger av antipsykotiske medisiner som vektøkning og tretthet. Samtidig er det dokumentert at fysisk aktivitet har positive effekter ikke bare på fysisk helse, men også på psykiske helse. Egil Martinsen (2004) skriver at fysisk aktivitet som begrep kan antyde at det kun dreier seg om kroppens fysiologi og ikke om kroppens og sjelens opplevelse. Han hevder at mange ulike former for aktivitet kan gi positive psykologiske virkninger, og hevder at det ikke er nødvendig å bedre fysiologisk prestasjon for å få god effekt på den psykiske helsen. Mange mennesker opplever andre kvaliteter ved fysisk aktivitet ute i skog og mark, enn for eksempel man gjør på et treningssenter. Begeistringen over for eksempel å stelle dyr, lukter, syns- og hørselsinntrykk ved å være i naturen, kan for de fleste oppleves som svært meningsfullt. På dager med fysisk aktivitet er mennesker mindre irriterte, deprimerte, innadvendte og anspente. De viser mer sosial interesse og større sosial kompetanse og behov for ekstra medisiner minker (Martinsen 2011). Å holde seg i god fysisk form har positive effekten ved milde til moderate former for depresjon og angst, som er ofte en del av bakteppet ved psykoser (Hummelvoll 2012). Noen studier viser også utvikling av sosiale ferdigheter. Personer var mer imøtekommende, mindre isolert, mer oppmerksomme, avslappet og vennlige (Jones 2004). Ifølge Martinsen (2004) kan den sosiale og emosjonelle rammen rundt selve aktiviteten være den største terapeutiske virkningen. Walseth (2008) skriver at ved å delta i sport kan man erfare økning i sosial kapital og større nettverk. Gjennom idrettsarenaer med lagspill blir man kjent med andre mennesker, som videre kan føre til at man får en følelse av et lokalt felleskap. Borg og Karlson (2017) peker på fotballfelleskap som et eksempel på allmenne og tilgjengelige arenaer som er grunnlagt i noe større- lidenskap og kjærlighet til fotball. Dette er steder hvor folk kan samles for å være sammen. For noen vil det holde å bare være med, andre vil søke mot felleskap der man kan prate sammen og dele erfaringer (ibid.).

## CHIME

Leamy et al. (2011) utviklet en modell som søker å beskrive de sentrale bestanddelene i recovery gjennom fem samtidige prosesser som er gitt akronymet CHIME. I noen fagmiljøer legges CHIME til grunn i omstillingen til recoverybaserte praksiser innen psykisk helsearbeid. CHIME står for Connectedness (tilhørighet), Hope (håp), Identity (identitet), Meaning (mening) og Empowerment (egenkontroll/ egen myndighet) (Borg og Karlson, 2017). CHIME ble utviklet av en systematisk litteraturstudie av internasjonale studier om personers erfaringer med recovery. I denne litteraturstudien ble de fem nevnte prosesser identifisert som sentrale i personens recovery (Leamy et al. 2011). Oversikt over de prosessene og deres underkategorier beskrives i tabell under.

Tabell CHIME (Leamy et al. 2011). Oversatt av forfatter.

Tilhørighet	Likepersonsgruppe Gode relasjoner Støtte fra andre Være en del av lokalsamfunnet
Håp	Tro på at recovery er mulig Motivasjon til forandring Håpefulle relasjoner Mestring og verdsette de små steg Ha drømmer og ønsker
Identitet	Ha en identitet utenfor sykdom/symptom Bygge en positiv identitet Overkomme stigma/selvstigma
Mening	Meningsfullhet Spiritualitet Livskvalitet Meningsfullt liv og sosiale roller Meningsfullt liv og sosiale mål Bygge seg et liv
Egenkontroll/ egen myndighet	Personlig ansvarlighet Ta tilbake kontroll over livet Fokus på styrker

## *Kroppsfenomenologi*

Som forfatter og forsker har jeg en forforståelse og et kunnskapsgrunnlag preget av min utdanning som fysioterapeut og kliniske erfaringer fra arbeid med personer med psykoselidelser både som fysioterapeut og miljøterapeut. Vitenskapsteoretisk er studien inspirert av Merleau-Ponty sine arbeider og perspektiver om kroppens fenomenologi. Det kroppsfenomenologiske perspektivet anses å være relevant som et teoretisk rammeverk i denne studien hvor målgruppens hverdagslige opplevelser står i fokus. Verden oppleves gjennom sansing, persepsjon og bevegelse og det er på den måten man opplever seg selv og omgivelsene. En vektøkning kan være en sterk, virkende faktor på hvordan målgruppen opplever seg selv og uteverden i hverdagen.

Fenomenologi som filosofi ble grunnlagt av Edmund Husserl tidlig på nittenhundretallet. Den ble videreutviklet i eksistensialistisk og dialektisk retning av Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty (Kvale og Brinkmann, 2013). Fenomenologien har et sentralt fokus på bevissthet og opplevelse for å omfatte menneskets livsverden. Merleau-Ponty og Sartre mente at fenomenologien også bør ta hensyn til menneskenes kropp og handlinger sett over tid i historisk sammenheng. Merleau-Ponty som anses som å være kroppsfenomenologiens vitenskapelige far, var den første som knyttet menneskets subjektstatus til kroppen. Ifølge Merleau-Ponty er kroppen samtidig objektiv og subjektiv. Forholdet til kroppene våre er subjektivt og eksistensielt. Vi mennesker oppfatter verden gjennom kroppene våre og vi eksisterer og opplever alt gjennom kroppen. Merleau-Ponty mente mennesker på en kroppslig måte retter seg mot sine omgivelser, og at vår forståelse av verden er basert på hvordan vår kropp omfavner sine omgivelser og sin situasjon (Østerberg 2012). Han anså ikke kroppen som ren materie slik naturvitenskapene hevder, men en erfarende materie som deltar aktiv i menneskelig liv. Fra dette perspektivet kan ikke kroppen reduseres til en gjenstand.

Fysiologiske, psykologiske og sosiokulturelle aspekter kan blande seg sammen fordi det ikke er noen bevegelse i en levende kropp som ikke bærer preg av disse delene (Merleau-Ponty, 1994). Et skille mellom følelsesmessige, psykologiske og kroppslige reaksjoner er vagt og mennesket er ikke kropp eller psyke men begge deler samtidig til enhver tid. Alt som vi utsettes for som sosiale vesener setter seg i kroppen vår, i øyeblikket og over tid (Thornquist og Bunkan 1995). Vi er kroppen vår, samtidig som vi har den. Det er gjennom kroppen vi har tilgang til verden og vår kropp er samtidig en del av denne verden. Kroppen er en fungerende enhet og ikke bare en sammensetting av tilfeldige deler. Ifølge Merleau-Ponty er kroppen

meningsfull, uttrykksfull og i konstant kommunikasjon med sine omgivelser. Kroppen er, på samme måte som språket vårt, intensjonal og rettet mot noe, begge oppfattes som et uttrykksforhold og et kommunikasjonsforhold til omgivelsene (Østerberg, 2012). Det å kunne foreta en perspektivveksling mellom oppmerksomhet mot omgivelsene rundt oss og egen kropp, er omtalt i kroppsfenomenologien som kroppens tvetydighet. Ifølge Merleau-Ponty er kroppen selv en kilde til kunnskap. Hukommelse og kunnskap innlemmes og sitter i kroppen, vår kropp vet og forstår (Thornquist og Bunkan 1995).

### Embodied identity

Gyllensten (2010) skriver om at det «å leve i kroppen sin» og «å leve i relasjon til andre og i samfunnet» er hovedkomponenter av «the embodied identity» som tolkes som fordypet forståelsen av «body awareness» begrepet. «Body awareness» beskrives som en relasjonellprosess i forhold til kroppen sin for å kunne styrke sin identitet og opplevelsen av seg selv gjennom å være bevisst på kroppen sin innenfra. En viktig faktor for å kunne forstå prosesser foregående i «body awareness» er knyttet til evne til å være bevisst og i konstant relasjon med sine sanseopplevelser (Gyllensten, 2010). Slike opplevelser er av avgjørende betydning for å forstå sine følelser og behov (ibid).

«Det å leve i kroppen sin» er en viktig komponent for å bli mer bevisst på kroppen sin for å kunne erfare seg selv innenfra kroppen sin og gjenkjenne sine behov. Opplevelser av kroppen, balanse og stabilitet i opplevelser av det fysiske selv er grunnleggende erfaringer knyttet til oppfatningen av velvære og kontroll. Det å kunne forstå sine emosjoner og behov fra et perspektiv av å være bevisst på kroppen sin, skaper grunnlag for selvtillit og evnen til å kunne ta vare på seg selv og sine fysiske og psykiske behov (Gyllensten, Skar, Miller, & Gard, 2010).

«Å kunne leve i relasjon til andre og i samfunnet» er oppfattet som en viktig komponent for at embodied-selv skal kunne klare å ha relasjoner med andre mennesker og for samfunnsdeltakelse (ibid). Det å leve i relasjonell tilknytning til andre mennesker er et behov som handler om å få sin embodied identity og ens behov for kroppslig kontakt anerkjent av andre. Den anerkjennelsen er viktig for å kunne oppleve at man lever. Det relasjonelle er også avhengig av å være bevisst på kroppen sin. Å anerkjenne og handle for å oppfylle sine kroppslige behov er ansett som et middel til å bli mer tydelig, synlig og meningsfull som en person (Gyllensten, 2010). Manglende evne til å forstå kroppens signaler kan føre til problemer med å forstå og knytte seg til andre. Manglende forståelse av egne behov kan

påvirke personens fysiske og psykiske helse og kan føre til høyere helsekostnader for samfunnet (ibid). Velutviklet «body awareness» kan være et middel for å øke deltakelse og aktivitet i

samfunn. Å handle i samsvar med ens «body awareness» og å ta ansvar for egne behov kan være et positivt utgangspunkt for å leve i samfunnet. Å respektere seg selv og sine behov er også ansett å være grunnlag for å respektere andres rettigheter (Gyllensten, et al., 2010)

### Fysiologiske faktorer

Et annet viktig teoretisk grunnlag for denne studien er Piagets teori om psykomotorisk utvikling som har fokus på motorisk aktivitet som et sentralt aspekt i utviklingen (Gebhardt, Grant, von Georgi, & Huber, 2008). Senere forskning fokuserer på underbeviste prosesser og samspillet mellom forskjellige områder i hjernen og sammenhengen mellom kroppen og tankeprosesser. Fra dette perspektivet er vår kognisjon til en stor grad avhengig av sensoriske motoriskopplevelser i forhold til miljømessige og sosiale sammenhenger (Roth & Lawless, 2002). Sammenheng mellom kroppsbevissthet og intern sansning har blitt beskrevet som en nøkkelkomponent for affekt-regulering og opplevelser av seg selv (Damasio, 2003). I tillegg er interoceptive kapasitet er ansett å være knyttet til aktivitet og størrelse av insula som er involvert i følelsesmessig bevissthet, noe som tyder på et fysisk grunnlag for kobling mellom kroppsbevissthet og følelsesmessig bevissthet (Craig, 2009).

Det å skape orden og forutsigbarhet i vår tilværelse er hjernens overordnede oppgave. Det at vi kan oppleve uteverden er et resultat av hjernens tolkning av sanseinntrykk. Vår umiddelbare tolkning av noe som kan være farlig eller ufarlig, skjer raskt og automatisk, selv om den er basert på erfaring. Denne tolkningsprosessen dannes gjennom et samarbeid mellom ulike deler av hjernens nettverk (Fadnes et al. 2013). Mårettede handlinger, opplevelser av egen kropp og postural kontroll er basert på kroppsrepresentasjon i hjernen hvor både bevisste og ubevisste kunnskaper om kroppen befinner seg (Brodal, 2013). Ifølge Brodal (2013) består kroppsbildet vårt av våre følelsesmessige oppfatninger av kroppen, mens kroppsskjema er basert på den ubevisste kunnskapen om kroppens biomekanikk og dynamikk.

## Metodologi

I dette kapittelet beskrives studiens vitenskapelige teoretiske posisjon, metodevalg og forskningsdesign. Det redegjøres for utvalg, planlegging og gjennomføring av undersøkelsen og analyseprosess.

## *Vitenskapsteoretisk forankring*

Studien er forankret i et fenomenologisk vitenskapsteoretisk perspektiv som tilsier at menneskets erfaringer og livsverden gir gyldig kunnskap (Malterud, 2011). Å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden på den måte som informantene opplever den ligger sentralt i fenomenologisk tilnærming (Kvale og Brinkmann, 2009). Den hermeneutiske tilnærmingen i studien peker på at jeg i forskerrollen til enhver tid kommer til å fortolke virkeligheten ut fra min forforståelse som er forutsetning for forståelse. Ifølge Malterud (2011) bør en forsker ha et aktivt og refleksivt forhold til egen forforståelse slik at innflytelse på forskerprosessen reduseres i størst mulig grad, og i størst mulig grad er belyst. Thagaard (2009) sier at i en hermeneutisk tilnærming finnes det ikke en egentlig «sannhet» og at alle fenomener tolkes på flere nivåer. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming for innsamling av data fordi jeg ønsket å utforske en avgrenset kontekst mer helhetlig og grundig. Vitenskapsteoretisk er studien inspirert av Merleau-Ponty sine arbeider og perspektiver om kroppens fenomenologi. Betydningen av dialektisk prosess mellom å leve i kroppen og å bli oppmerksom på ens erfaringer så vel som meningen med subjektiv og objektiv kropp er viktig for meg i et faglig perspektiv og bidro til at jeg bestemte meg for å forske på dette feltet. Forståelsen av betydningen av helhetlige tilnærming til mennesket bør utdypes både i fysioterapi og i psykisk helsearbeid og denne studien har som hensikt å bidra til dette.

## *Metode*

Med bakgrunn i målsettingen og problemstillingen i denne studien, er det relevant å velge kvalitativ, eksplorativt og deskriptivt design som metode. Metode skal brukes for å samle eller skape kvalitativ data og for deretter å kunne analysere og validere disse. Ordet «metode» kommer fra gresk og betyr veien til målet (Kvale og Brinkmann, 2012). Kvalitativt design har fokus i den subjektive opplevelsen og gir mulighet for å utforske og beskrive et fenomen i en viss kontekst uten forhåndsbestemte svarkategorier. Studien ble lagt opp etter Kvale og Brinkmanns (2012) syv stadier ved en intervjuundersøkelse. De syv stadiene beskriver fremdriften av studien og er med på å bygge en systematisk planlegging av intervjuundersøkelse. De syv stadiene er som følger: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) handler tematisering om å besvare studiens hvorfor- og hva-spørsmål, før man velger hvordan man vil gjennomføre studien. I et forsøk på å utforske

de overnevnte spørsmålene ble tema og hensikten med studien diskutert. Redegjørelsen for valg av tema og hensikten med studien er beskrevet i separate kapitler i studien og planleggingsarbeid ble styrt av de valgene. De potensielle moralske implikasjoner ble tatt hensyn til under utforming av planen for gjennomføring av studien. Individuelle, semistrukturert forskningsintervju ble valgt som en metode for dataskaping. Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) kan semistrukturert intervju benyttes når tema fra dagliglivet skal utforskes og forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver. Denne formen for forskningsintervju egner seg for å innhente beskrivelser av ens livsverden og fortolkninger av meningen med fenomenene som er beskrevet (ibid.). Da data var innhentet startet transkriberingen, og datamaterialet ble bearbeidet for å gjøres klar for analysen. De transkriberte intervjuene ble analysert ved bruk av Graneheim og Lundemans forståelse av innholdsanalyse. Studiens funn rapporteres, drøftes, og presenteres etter vitenskapelige kriterier.

### *Forforståelse*

Ifølge Malterud (2011) kan forforståelsen beskrives som den ryggsekken en forsker bærer med seg inn i forskningsprosjekt. Inn i ryggsekken er det plass for forskerens opplevelser, erfaringer og tanker rundt det fenomenet som skal utforskes. Malterud (2011) mener at for at en forskning skal kunne styrkes av forskerens forforståelse, er det viktig å være bevisst på hva har man i den ryggsekken. Det å ikke være bevisst på sin forforståelse kan anses som en svakhet ved et forskningsprosjekt. Tjora (2012) mener at forsker bringer med seg sin faglige forforståelse til ethvert forskningsprosjekt. Det vektlegges at forsker skisserer hvilken betydning egen forforståelse kan ha for arbeidet. Min forforståelse er preget av egne kunnskaper om valgt tema, og egne erfaringer innen psykisk helse og rusarbeid. Faglig bakgrunn som fysioterapeut med erfaring fra praksis og godt kjennskap til miljøene til informantene har sannsynligvis satt preg på min forståelse i arbeidet med dette forskningsprosjektet og har påvirket hvordan datainnsamlingen og analyseprosessen har foregått. Ifølge Thagaard (2009) er det både fordeler og ulemper med å ha kontakt og erfaring fra det miljøet som studien skal basere seg på. Større innsikt i informantenes miljøsituasjon kan være en fordel som i beste fall har ført til at min utforskende holdning har blitt styrket. En av ulempene kan være at jeg har oversett noe som ikke samsvarte med mine tanker og erfaringer og i verste fall kunne jeg ha mistet evne til å tilegne meg nye resultatet. Det har derfor, gjennom hele forskningsprosessen, vært viktig for meg å forsøke å være klar over og ha et bevisst forhold til min egen forforståelse.

## *Inklusjon, rekruttering og utvalget*

Utvalget i kvalitative design er vanligvis lite sammenlignet med kvantitative studier som forutsetter et representativt utvalg. Det er viktig at utvalget omfatter informanter som kan skape mest mulig relevant og variert kunnskap for å belyse problemstillingen (K. Malterud, Siersma, & Guassora, 2015). Utvalget bør sammensettes slik at det kan gi den nødvendige innsikt i kunnskap om studiens problemstilling, som forsker ønsker å få dypere forståelse av (Kvale og Brinkmann, 2009). Denne studien bygger på et strategisk utvalg. Det er blitt valgt informanter fra en gruppe som har god kunnskap med tanke på hva den studien ønsker å få en dypere forståelse av. At utvalgte kan ha potensiale til å belyse problemstillingen, har vært et sentralt aspekt ved utvelgelsen.

For å kunne utvikle kunnskapen som kan anses som relevant i henhold til problemstillingen måtte informantene oppfylle følgende inklusjonskriterier:

1. Opplever eller har opplevd selvrapportert vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner.
2. Brukt antipsykotiske medisiner frivillig.
3. Ha samtykkekompetanse og er ikke på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Rekruttering til denne studien har foregått blant innbyggere i en kommune som bor i tilrettelagte boliger for personer med psykiske helseproblemer. Kommunen har seks boliggrupper med til sammen ca. 140 voksne beboere med forskjellige psykiske lidelser. Personene har blitt informert om muligheten til å delta i studien på husmøter i sine bofelleskap. Det har blitt delt ut og lest informasjonsbrev om studien (vedlegg 1). I noen bofelleskap med lavt oppmøte på husmøter, ble personalet spurt om å hjelpe til å dele ut brevene slik at en informasjon om studien kunne nå flest mulig potensielle informanter. Jeg er ansatt i kommunen og deltakere ble ikke rekruttert blant beboere i avdelingen hvor jeg har arbeidet. Personer som ønsket å delta ble bedt om å ta kontakt med meg.

Rekrutteringsprosessen startet etter at studien var godkjent av Personvernombud for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Fem personer ønsket å delta i studien og alle ble intervjuet. Utvalget består av to kvinner og tre menn. Gjennomsnittsalder er førtisju og gjennomsnitts antall år med bruk av antipsykotiske medisiner er tolv år. Fire av informantene har oppgitt schizofreni som sin hoveddiagnose. En informant har oppgitt uspesifisert dissosiativ lidelse som sin hoveddiagnose.



## *Dataskaping*

En semi-strukturert intervjuguide ble utviklet og dannet grunnlag for gjennomføring av intervjuer (vedlegg 2) for å sikre at det gjennomgås temaer som er relevante for studien. Samtidig ble det vektlagt en åpenhet for å kunne omformulere og endre i rekkefølgen på spørsmål. Bruk av semi-strukturert intervjuguide inviterer til oppfølgingsspørsmål ved behov. Intervjuene har foregått der hvor informantene hadde ønsket det. To i deres boliger og tre i fellesarealene i et bofelleskap. Intervjuene varte mellom tjue og femti minutter. I begynnelsen av intervjuene ble informantene informert om hensikten med studien, og at deltakelse er frivillig. Skriftlig samtykke til deltakelse i studien ble signert av hver informant (vedlegg 3). Det ble benyttet en digital lydopptaker under alle fem intervjuene og samtykket informantene i dette. De ble også gjort oppmerksom på at intervjuguiden ville bli benyttet som en slags «huskelapp» og at stikkord ville noteres på et ark i tillegg til lydopptaket. Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) kan dette være til hjelp for blant annet å registrere nonverbale kommunikasjon informantene gir uttrykk for mens lydopptakeren går. Det var en balansegang mellom å forsøke få svar på forskningsspørsmålene og samtidig la informantene snakke fritt. Det å lede intervjuet opplevdes krevende. Det var en balansegang å vite når man skulle gå videre eller om man skulle være lyttende og la informanten snakke. Umiddelbart etter hvert intervju, skrev jeg et notat for å bevare mine tanker om intervjukontekstene og om alt det jeg hadde ansett som relevant for bruk i analyseprosessen, som kom ikke til uttrykk gjennom transkribert tekst.

## *Transkripsjon*

Transkripsjon innebærer å gjøre om talespråk til skriftspråk. I dette stadiet foregår også en første abstraksjon av innhentet data hvor for eksempel kroppsspråk, intonasjon og stemmeleie går tapt. Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) kan transkripsjonene av intervjuene betraktes som empirisk data i en studie hvor forskningsintervju anvendes som en metode for innhenting av data. Transkripsjon forutsetter bruk av enten lydopptak eller videoopptak. I denne studien ble det valgt å bruke lydopptak for å sikre at informantene hadde forskerens oppmerksomhet til en hver kommunikasjon som kunne være relevant. Intervjuene ble transkribert av meg selv kort tid etter intervjuene fant sted, ord for ord og så nøyaktig som mulig. Pauser, gjentakelser, kremt og latter ble notert. Jeg har opplevd transkriberingsprosessen som et krevende arbeid som tok mye tid. Jeg hørte gjennom deler av opptakene gjentatte ganger. Selve

transkriberingen har gjort meg bedre kjent med innholdet, og oppfattes som en del av analyseprosessen.

### *Etiske vurderinger*

Fire områder oppfattes gjerne som sentrale etiske retningslinjer for forskere. Dette er: informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale og Brinkmann, 2012).

Deltagelse i forskningsprosjekt forutsetter at den er frivillig og basert på et informert samtykke. I tillegg skal samtykket være uttrykkelig og dokumenterbart (Helseforskningsloven, 2008). På bakgrunn av informasjonsbrev har interesserte beboere tatt kontakt med meg og uttrykket ønske om å delta i studien. I begynnelsen av hvert intervju, ble informantene informert om at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten at dette får noen konsekvenser for dem. Deltakere var også informert om at datamaterialet ville blitt behandlet konfidensielt og anonymisert etter bruk. Lydfiler med intervjuene var oppbevart på egen ekstern harddisk og har blitt behandlet kun av meg og veilederen i studien. De transkriberte intervjuene har blitt kodet for å skjule navn, personopplysninger og andre identifiserbare opplysninger. Lydfilene blir slettet så fort studien var gjennomført og rapportert (NESH, 2016). I følge Kvale og Brinkmann (2012) bør studien gjennomføres slik at summen av potensielle fordeler for deltakeren og betydningen av den oppnådde kunnskap veier tyngre enn risikoen for å skade deltakeren. Forskeren har et ansvar for å unngå at de som deltar i forskningsarbeid utsettes for skade eller andre alvorlige belastninger (NESH, 2016). På bakgrunn av overnevnte har ikke beboere som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold deltatt i studien. Forskerens rolle kan forstås som at forskerens integritet er avgjørende for kvaliteten i den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutninger som treffes under gjennomføring av forskning (Kvale og Brinkmann, 2009). Som forsker, følte jeg meg uavhengig av påvirkninger fra sponsorer eller deltakere. Jeg har reflektert over betydning av at å forske på egen arbeidsplass kunne by på utfordringer i form av risiko for subjektive tolkninger av intervjumaterialet. Derfor valgte jeg ikke å rekruttere informanter fra avdelingen jeg jobbet i. Jeg har ikke behandlet personopplysninger i mitt forskningsprosjekt hentet fra helsejournaler, eller andre dataarkiver som jeg som ansatt hadde tilgang til. Studien ble godkjent av NSD –Norsk senter for forskningsdata AS og fulgte NSD sin prosjektvurdering og kommentar. Prosjektet ble også forelagt REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) for fremleggingsvurdering, og ble vurdert å falle utenfor bestemmelsene i helseforskningsloven.

## Analysesprosessen

Fokus ved kvalitativ innholdsanalyse er å beskrive variasjoner gjennom å identifisere forskjeller og likheter i en tekst. For å systematisere og utvikle meningsinnholdet i de transkriberte tekstene ble innholdsanalyse valgt. Innholdsanalyse er en egnet metode for systematiske beskrivelser av innholdet i erfaringer (Kvale og Brinkmann, 2009). I denne studien benyttes Graneheim og Lundmans (2004) sin metode for kvalitative innholdsanalyse. Målet er å finne et manifest og et latent innhold. Det manifeste innholdet er tekst ord for ord med det som er sagt av informanten. Det latente innholdet er en analyse av hva teksten forteller om, en tolkning av den underliggende meningen i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Følgende analysesteg er gjennomført:

Under transkriberings prosess ble analytiske tankeprosesser initiert og så ble det dannet helhetsinntrykk gjennom gjentatte lesning av hele det transkriberte intervjumaterialet. Refleksjoner, ideer og observasjoner ble fortløpende notert ned parallelt med lesningen. Analyseenheter (unit of analysis) ble bestemt til å være hvert enkelt intervju da de viste seg å være tilstrekkelige for å danne en kontekst for meningsenheter.

I den neste fasen ble identifikasjon av meningsbærende enheter (a meaning unit) foretatt, ut i fra formålet til studien. Graneheim og Lundman (2004) beskriver meningsbærende enheter som en sammenstilling av ord relatert til samme mening. All tekst ble satt inn i en tabell og meningsbærende enhetene ble markert med forhåndsbestemt farge, en farge for hver analyseenhet. De meningsbærende enhetene ble dannet av setninger, fraser og nøkkel ord. I tredje fasen av analyseprosessen ble teksten i meningsbærende enheter forkortet uten at meningsinnholdet ble borte. Graneheim og Lundman (2004) kaller denne fasen for kondensering. Som forsker forsøkte jeg å være bevisst på å unngå fortolkninger slik at kvaliteten på meningsinnholdet blir uforandret. Alle ordene som kunne anses som styrkende eller svekkende for meningsinnholdet ble tatt med. Resultatet var kondenserte meningsbærende enheter (condensed unit of meaning). Inntil denne fasen, alle intervjuer ble analysert som en separat analyseenhet.

Tabell: eksempler på kondensering.

Informant	A meaning unit (meningsbærende enhet)	Condensed meaning of unit (kondenserte meningsbærende enheter)
1	Ja.. jeg har hatt lagidrett hobby siden jeg var ung, jeg er ikke profesjonell, jeg spiller fordi jeg har det gøy. Når man er med på laget så er det lettere å få ting til. Jeg spilte også alene og det mislikte jeg.	Hadde spilt i lagidrett fordi det var gøy. Lettere å få ting til i lag. Mislikte å spille alene.

2	Så jeg er ikke noe farlig fysisk syk, det skal du vite. Det er ikke noe fæle greier. Jeg <b>sliter psykisk at jeg har en mage</b>	<b>Sliter psykisk med at han har en mage.</b>
3	Når jeg var på det tykkeste så <b>klarte jeg veldig lite fysisk aktivitet. Det var tungt å gå</b> i det hele tatt.	<b>Klarte lite fysisk aktivitet. Det var tungt å gå.</b>

I den neste fasen, ble alle de kondenserte meningsbærende enhetene med samme innholdsområdet satt sammen for å danne koder (code). Det ble totalt dannet 6 koder. Hver kode ble til en fellesbetegnelse for en gruppe meningsbærende enheter. For at å muliggjøre denne prosessen har det foregått en abstraksjon. Det å abstrahere handler om å finne beskrivelse og tolkning av innholdet (Ibid.). Omfanget av abstraksjon øker med stigende tolkningsnivå.

Tabell: Abstraksjon fra koder til subkategorier.

Kode	Kondenserte meningsbærende enheter	Forslag til (sub)kategorier
Hjelpeapparat	Opp til hver enkelte å spørre om hvor mye man vil være i bevegelse	Opplevelse av å ikke få hjelp av hjelpeapparatet rundt seg til å håndtere vekstsituasjonen sin
	Har snakket med ernæringsfysiolog men uten at det ble til noe forandring.	
	Snakker ikke om hvordan å håndtere vekten sin med hjelpeapparatet.	
	Har ikke snakket om vektøkning med noen fra hjelpeapparatet	
	Fikk ikke hjelp til å håndtere vekten sin når innlagt på tvang. Fikk ikke noe hjelp etter det heller.	
	Hjelpeapparatet er lite interessert i å hjelpe til å håndtere bivirkninger. Føler seg ikke hørt.	
	Opplever at hun fikk ikke hjelp til å håndtere vekten sin.	
	Fikk tilbud om trening med friskliv sentre men orket ikke. Det var slitsom å komme i gang med det. Vanskelig å gjøre alene.	

Siste og femte fasen var å se nærmere på likheter og ulikheter i koder for å abstrahere videre via subkategorier (subcategories) til kategorier (categories). Her har det foregått den siste omplassering av enkelte meningsbærende enheter for å sikre at de ble plassert under riktig kategori. Kodene og kategoriene ble vurdert og diskutert sammen med veileder, for å sikre at kategoriene representerte de riktige meningsbærende enhetene. Greneheim og Lundman(2004) kaller en etablering av kategorier og tema for en kjerneaktiviteten i kvalitativ innholdsanalyse. Likevel er ikke tema et absolutt eller obligatorisk analysekrav (ibid). Den videre abstraksjonen og analysen av meningsbærende enheter og koder førte frem til tre kategorier.

Tabell: Abstraksjon til kategorier.

Subkategorier	Kategorier
<p><i>Opptatt av veksituasjonen sin og misfornøyd med kroppen sin</i></p> <p><i>Vanskelig med hverdagslige aktiviteter på grunn av dårligere fysisk form.</i></p> <p><i>Bekymret for konsekvenser av økt appetitt knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner</i></p> <p><i>Redusert aktivitetsnivå på grunn av vektøkning</i></p> <p><i>Opplevelse av å være stigmatisert pga. vektøkning</i></p>	Opplevelse av utenforskap
<p><i>Opplevelse av å ikke få hjelp av tjenestene rundt seg til å håndtere vektsituasjonen sin</i></p> <p><i>Opplevelsen av å ikke bli informert om at vektøkning kan være en konsekvens av bruk av antipsykotiske medisiner</i></p> <p><i>Opplevelse av at informasjon om medisiner er vanskelig å få tak i</i></p>	Ikke tilpasset tilbud fra hjelpeapparatet
<i>Fysisk aktivitet som meningsfull aktivitet</i>	

### Metodiske refleksjoner i kvalitativ forskning

Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) handler verifisering om å undersøke intervjufunnenes generaliserbarhet, pålitelighet og validitet. Reliabilitet peker på hvor pålitelig resultatene er, og validitet vil si hvorvidt studie undersøker det den er ment å skulle undersøke (ibid.).

Når det gjelder studiens generaliserbarhet, så bør forsker vurdere i hvilken grad tolkninger av funnene i studien kan gjelde i andre sammenhenger (Thagaard, 2009). Denne studien er basert på et lite utvalg på kun fem informanter. En studie med så lite utvalg kan ha for lav ekstern validitet til å gjelde for andre områder enn denne studien. Selv om resultatene av denne studien kan ikke generaliseres til å gjelde for alle personer som oppfyller inklusjonskriterier for denne studien, kan de brukes som rettleiding i andre situasjoner. Den muligheten for å knytte paralleller til studiens resultater kaller Kvale og Brinkmann (2012) for analytisk generalisering.

Reliabilitet har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale, Brinkmann, 2012). Reliabilitet handler om at tilsvarende resultater til denne studien skal kunne kommes frem til av andre forskere ved å følge de metodene som jeg har benyttet under forskningsprosessen. Ifølge Thagaard (2009) stilles det store krav til at selve

forskningsprosessen er grundig fremstilt i forskningsprosjektet. Jeg har derfor vært særlig opptatt av å gjøre rede for alle faser i forskningsprosessen. Hele prosessen i studien min har blitt utført på en systematisk måte med kritiske refleksjoner gjennom de ulike leddene i forskningen. Jeg forsøkte å la prosessen være mest mulig transparent for at det skal kunne følges og forstås framgangsmåten i denne studien. Under intervjuer forsøkte jeg i minst mulig grad å påvirke informanten, for å styrke påliteligheten. Ved å unngå ledende spørsmål bidro jeg til å få se informantenes ekte naturlige virkelighet. Det er allikevel umulig å ikke påvirke informanten i det hele tatt og jeg har vært klar over denne virkning og har hatt kritisk tilnærming til den, gjennom hele forskningsprosessen.

Validitet dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Kvale og Brinkmann, 2012). Validitet dreier seg om studiens gyldighet. Det handler om at metoden som er valgt skal egne seg for å utvikle data som vil speile det fenomenet jeg undersøker, slik det fremstår i virkeligheten. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) dreier studiens gyldighet seg om studien utforsker det den har til hensikt å utforske. Valgte metoden skal undersøke det den er ment å undersøke og dataene utviklet i studien skal mest mulig være relevante for problemstillingen (ibid.).

Målet med studien var å utforske og beskrive fenomenet, øke forståelsen og om mulig, bringe frem ny kunnskap om tema. Fenomenet som ble undersøkt var erfaringer med vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner hos personer med psykoselidelser. Metoden som ble valgt for å utvikle data, resulterte i at fenomenet ble grundig beskrevet gjennom funnene i denne studien. Direkte sitater i teksten underbygger informantenes utsagn.

## Funn

Utgangspunktet for denne studien var å undersøke hvilke erfaringer personer med psykoselidelser har med vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner.

I dette kapitlet skal jeg presentere og gjøre rede for de empiriske funn som denne studien resulterte i. Funnene vil bli presentert ved å ta utgangspunkt i tre kategoriene og de ulike subkategoriene som kom fram gjennom analyseprosessen. Jeg skal illustrere resultatene med eksempler på direkte sitater fra informantenes uttalelser. Informantene er gitt pseudonymer. Analyseprosessen resulterte i formulering av åtte subkategorier som ble abstrahert inn til tre kategorier.

*Tabell: Funn- kategorier og tilhørende subkategorier.*

subkategorier	Kategorier
Opptatt av vekst situasjonen sin og misfornøyd med kroppen sin	

<i>Vanskelig med hverdagslige aktiviteter på grunn av dårligere fysisk form.</i>  <i>Bekymret for konsekvenser av økt appetitt knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner</i>  <i>Frafall av aktivitet forårsaket av vektøkning</i>  <i>Opplevelse av å være stigmatisert pga. vektøkning</i>	Opplevelse av utenforskap
<i>Opplevelse av å ikke få hjelp av tjenestene rundt seg til å håndtere vektsituasjonen sin</i>  <i>Opplevelse av å ikke bli informert om at vektøkning kan være en konsekvens av bruk av antipsykotiske medisiner</i>  <i>Opplevelse av at informasjon om medisiner er vanskelig å få tak i</i>	Ikke tilpasset tilbud fra hjelpeapparatet
Fysisk aktivitet som meningsfull aktivitet	

### *Opplevelse av utenforskap*

Gjennom analysen kom informantenes opplevelser av utenforskap fram. De formidlet forskjellige erfaringer, som viser deres forståelse av denne situasjonen. Denne kategorien inneholder fem subkategorier «Opptatt av vektsituasjonen sin og misfornøyd med kroppen sin», «Vanskelig med hverdagslige aktiviteter på grunn av dårligere fysisk form», «Bekymret for konsekvenser av økt appetitt», «Redusert aktivitetsnivå på grunn av vektøkning», og «Opplevelse av å være stigmatisert på grunn av vektøkning». Subkategoriene synliggjør prosesser som har bidratt til at intervjuede personer kan oppleve å bli stående utenfor felleskapet.

#### Opptatt av vektsituasjonen sin og misfornøyd med kroppen sin.

Informantene beskriver sine erfaringer med vektsituasjonen sin og misfornøyelse med kroppen sin. Informantene uttrykker at vektsituasjon er et emne de er opptatte av og at de ikke er tilfreds med kroppen sin på grunn av vektøkning. Sofie, Jakob, Emil og Nora er klar over at vektendringer knyttes til bruk av antipsykotiske medisiner. Sofie og Lukas var begge ganske fysisk aktive før oppstart av medikamentell behandling og mener at vektøkning medførte store endringer i deres forhold til kroppene sine. Sofie uttrykker det slik:

*«Jeg har alltid vært høy og tynn liksom. Jeg føler liksom.. jeg føler meg ikke vel med meg selv nå etter jeg har fått magen.»*

Emil som pleide å være den «sporty» typen har plutselig blitt «veldig stor og aldri mett» og følte seg «så stor og fæl at det ...». Sofie, Emil og Jakob var overrasket over graden av denne forandring og har ikke forventet at endringene ville oppleves på en slik måte. Jakob var også overrasket over hvor fort vektendringene inntrådte: «Jeg husker jeg så på meg selv og lo fordi jeg var så latterlig feit», sier han. Han mener at det at han har fått en mage ikke er en fysisk utfordring men stort sett bare psykisk. Jakob sliter psykisk med tanken at han har blitt overvektig. Det å bli overvektig på grunn av at man må ta medisiner som anses som nødvendige er en vanskelig situasjon som gjør at Jakob blir «veldig sliten og smånervøs» av det. Han synes også at det er trist og synd at han er fet. Nora, som før oppstarten av medikamentell behandling veide rundt femti kilo, har opplevd mange store vektsvingninger som oppleves vanskelig og slitsomt. Nora uttrykker det på følgende måte:

*«Jeg blir deprimert og sover hele dagen og orker ingenting og så jeg er hele tiden stresset for hva jeg spisser og da er det kjempevanskelig, kjempevanskelig. Jeg veier nesten hundre 100, det er kjipt.»*

#### Vanskelig med hverdagslige aktiviteter på grunn av dårligere fysisk form

Informantene beskriver sine erfaringer med gjennomføring av hverdagslige aktiviteter. Alle fem informantene uttrykker at det er vanskelig å gjennomføre hverdagslige aktiviteter på grunn av at de har dårligere fysisk form enn før oppstarten av medikamentell behandling. Det har blitt vanskeligere å delta i aktiviteter som krever ekstra fysisk innsats av deltakerne. Sofie uttrykker det slik:

*«Jeg er tung i kroppen. Veldig fort andpusten, veldig fort sliten, kunne orker ikke noe særlig. Å gå turer og sånn er det veldig lite av. Jeg burde gjort mye mer men jeg har ikke overskudd til det. Også, til hovedveien herfra så er jeg andpusten, skal ikke mye til ... »*

Lukas gikk mest opp i vekt rett etter den første medisinerings. Da han var på det tykkeste, var det vanskelig i det hele tatt å gå. Han peker på at vektendringen oppstod så fort at hans muskler ikke rakk å følge med kroppen. Det samme opplevde Jakob, som mener at i starten var det tungt å foreta seg noe som helst som krevde fysisk innsats. «Men det er jo ikke rart hvis man går opp tjue kilo på seks uker, ikke sant?» sier han. Emil peker mot flere hverdagslige handlinger som plutselig har blitt til store utfordringer, som å ta på seg sokker, sko, tungt å gå i trapper. Hverdagen deres har endret seg og mange vanlige aktiviteter har endret seg til å være utfordrende og vanskelige.



## Bekymret for konsekvenser av økt appetitt

Flere av informantene uttrykte bekymringer for konsekvenser av økt appetitt knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner. Lukas, Emil og Nora opplever at det er vanskelig å leve med økt appetitt og at de bekymrer seg for konsekvenser av å spise for mye. Emil sier det slik:

*«Jeg kan spise og spise og spise. Når jeg ser andre spiser og så spiste jeg nettopp selv så blir jeg igjen sulten og må opp å spise. Det er opp i hodet at jeg greier ikke å si stopp nå holder det du har jo nettopp spist liksom. Jeg har veldig matlyst. Det er slitsom å spise hele tiden.»*

Lukas opplevde at på grunn av økt appetitt endret han sine matvaner. Han begynte å spise mye oftere og ble mer ukritisk til det han spiste som resulterte i usunnere valg av produkter og retter. Han valgte oftere ferdigmat og produkter med høyt sukkernivå for å dempe den ukontrollerte matlysten som har oppstått mens han bruker antipsykotiske medisiner.

Lukas, Emil og Nora opplever at det er vanskelig å huske og passe på hva man spiser og drikker til enhver tid og etter hvert når man mislykkes med det og ser at vekt går opp uansett hva man gjør, forsvinner motivasjonen til å kjempe for det. «Så jeg får økt appetitt på kvelden, da er det verst. Hele dagen er det rolig og på kvelden så blir det nesten som pang – kjempe sulten og sånn», sier Nora. Hun utdyper at det er «kjempe, kjempe vanskelig passe på hva man spiser» og at hun ble «skikkelig stresset» av det.

## Redusert aktivitetsnivå på grunn av vektøkning

Informantene beskriver sine erfaringer med redusert aktivitetsnivå på grunn av vektøkning. Sofie, Lukas, Emil og Nora forteller om at det å gå opp mye i vekt på kort tid, påvirker muligheter for å være aktiv på en negativ måte. Sofie har vært aktiv i lagspill siden hun var ung. Hun spilte et par ganger i uke, var medlem i en idrettsklubb som hun reiste til forskjellige land på turneringer med og hadde vennekrets som delte hennes lidenskap for sporten. Sofie understreker at det sosiale alltid har vært veldig viktig for henne. «Når man er med på laget så er det lettere å få ting til. Jeg spilte også alene og det mislikte jeg», sier hun. Hun begynte på antipsykotiske medisiner for over et år siden og siden da har hun ikke klart å delta mer idrettsklubb-aktiviteter. Sofie savner sine gamle vaner og alt som de medførte, «jeg har spilt siden jeg var ung, jeg er ikke profesjonell, jeg spiller fordi jeg har det gøy», legger hun til. Også Emil opplever at frafall av aktivitet påvirker livet hans på en negativ måte. Han spilte ofte fotball og ishockey med venner og sier om seg selv at han «var ordentlig biff liksom». Etter medisinerings mistet han gleden av å være med på aktivitet, i tillegg måtte han å flytte til en annen kommune som resulterte i at han har blitt betydelig mindre aktiv. Emil forteller:

*«Og nå føler jeg meg ikke komfortabel i det hele tatt liksom. Jeg føler meg ikke tilpasset rett og slett. Magen er i veien.»*

Det samme mekanismen oppstår hos Lukas. Selv om han aldri hadde vært en veldig aktiv type, ble han enda mindre glad i å bevege seg da han fikk ekstra vekt å bære. Han peker på at i tillegg til magen som han følte seg ukomfortabel med, følte han seg veldig «slapp og hadde ikke lyst til å være med på noe som helst». Effekten var at Lukas sluttet å gå turer og ble mindre fysisk aktiv generelt. Nora også understreker at det er tungt ikke å ha noe meningsfullt å gjøre. Hun forsøkte å være med på forskjellige kommunale aktivitetstilbud men selv om hun hadde lyst så orket hun ikke å være med på grunn av tunge bivirkninger av antipsykotiske medisiner. Hun legger til med håpløshet i stemmen: *«...at jeg har lyst men orker ikke noe. Og så har jeg ikke jobb eller noe spes opplegg jeg driver med liksom. Jeg har ikke noe liv».*

#### Opplevelse av å være stigmatisert på grunn av vektøkning

Flere av informantene beskriver opplevelser av å være stigmatisert på grunn av vektsituasjonen sin. Sofie, Emil og Nora forteller om at det å være overvektig har ført til noen negative erfaringer i deres sosiale liv. Sofie uttrykker det slik:

*«Ja. Jeg føler ikke lyst til å gå ut. Jeg vil holde meg mest i leiligheten og bli der. Jeg føler at folka liksom ser på meg at jeg veier for mye liksom.»*

Emil opplever at hans sosiale liv har endret seg betraktelig. Han peker på at «det er ikke akkurat noe stas å være overvektig» og at det har blitt vanskeligere for han å befinne seg i visse sosiale sammenhenger. Han nevnte at for eksempel «det å treffe damer er ikke helt passende på grunn av sykdommen og rett og slett magen». Emil opplever at han har fått «litt kompleks med magen» og det har endret selvtilliten hans. Nora understreker at det ikke er behagelig å bli minnet på overvekt heller. Man vet at man er overvektig og stadig å bli minnet på at man bør gjøre noe med vekten sin oppleves trakasserende. Nora forklarer:

*«Vektøkning er veldig slitsom fordi jeg får høre av mange at jeg har gått opp i vekt. Mange sier det. Og så sier de hele tiden at jeg må trene og maser på meg og jeg blir sliten av å høre på det om igjen om igjen om igjen.»*

#### **Ikke tilpasset tilbud fra hjelpeapparatet**

Under denne kategorien beskrives informantenes erfaringer med hjelpeapparatets tilbud til å håndtere oppstått vektendring. Denne kategorien inneholder tre subkategorier «Opplevelse av å ikke få hjelp av hjelpeapparatet rundt seg til å håndtere vektsituasjonen sin», «Opplevelse av

å ikke bli informert om at vektøkning kan være en konsekvens av bruk av antipsykotiske medisiner», «Opplevelse av at informasjon om medisiner er vanskelig å få tak i». Subkategoriene synligjør prosesser som har bidratt til at intervjuende personer opplever at hjelpeapparatets tilbud er ikke tilpasset deres behov.

#### Opplevelse av å ikke få hjelp av tjenestene rundt seg til å håndtere vekstsituasjonen sin

Informantene beskriver sine erfaringer med tjenestetilbud rundt seg, i periodene når informantene er overvektige. Alle fem informantene gir uttrykk for at de får lite hjelp til å håndtere vekstsituasjonen sin, eller at hjelpeapparatets tilbud er ikke tilpasset til deres behov. Sofie forteller at hun har to hovedkontakter i boligen og at det er opp til henne å be dem om hjelp til å være fysisk aktiv. Selv om tilbudet virker å være tilgjengelig så benytter hun seg sjelden eller aldri av dette. Hun innrømmer selv at det er vanskelig å forklare og at det er alltid noe som hindrer henne fra å gjøre det. Hun har opplevd en lignende situasjon med fagperson som var ansatt i en lokal DPS hvor Sofie var innlagt. Hun forklarer:

*«Jeg følte at hun liksom skjønnte ikke hva mitt problem er liksom og da ble ikke noe forandring.»*

Jakob og Lukas forteller at mestringsstrategier mot vektøkning aldri har blitt til et tema under møtene med fagpersoner. Hverken fastleger, psykiatere eller personalet i boliger har gjort dette til et emne i møtene med dem og som Jakob sier «det går sin gang». Lukas husker at det eneste han fikk høre fra fastlegen sin, var at han bør passe på overbelastning av knærne sine men «det er ikke noe mer som skjer», legger han til. Emil forteller at hverken under tvangsinnleggelse da han ble medisinert for det første gang, eller i etterkant ble han veiledet om hvordan å håndtere vekstsituasjonen sin. Han mener at det var ikke mangel på interesse fra hans side som forårsaket det og sier at: «Jeg føler at hver gang jeg forteller noe om bivirkninger av medisiner mine til hjelpeapparatet, blir jeg ikke hørt». Nora forteller at hun fikk hjelp til å trene sammen med frisklivscentralen, men mener at tilbudet ikke var tilpasset. Hun forklarer:

*«Jeg fikk bare tilbud om å trene med frisklivscentre, men det var om vinteren og da orket jeg ikke. Det var for slitsomt å komme i gang med det. Det var vanskelig å gjøre det alene.»*

#### Opplevelse av å ikke bli informert om at vektøkning kan være en konsekvens av bruk av antipsykotiske medisiner

Flere av informantene har erfart at de har ikke blitt informert om at vektøkning kan være en konsekvens av bruk av antipsykotiske medisiner. Sofie, Lukas, Jakob og Emil gir uttrykk for

at, av forskjellige grunner, har de ikke oppfattet at bruk av antipsykotiske medisiner kan føre til vektøkning. Sofie forteller at hun har gått på mange forskjellige antipsykotiske medikamenter uten å vite eller å bli informert om indikasjoner, kontraindikasjoner og bivirkninger av dem. Hun opplevd å stå på siden av beslutningsprosessen og gir uttrykk for det på følgende måte:

*«De sa bare vi prøver den og den medisinen også, og hvis det ikke funker så prøver vi på en annen medisin, så er det bare bytting av medisiner uten at jeg skjønnte hva konsekvenser av de forskjellige medisiner kan de gi liksom. Jeg har ikke noe informasjon om de medisiner jeg går på om hva de gjør og hva de gjør ikke. Man får egentlig veldig lite informasjon om medisiner man begynner på. De gir veldig lite informasjon, de bare sier typen og sier at den skal i den og den dosen. Og så prøver man en dose og så forandrer de på det og så øker de litt til.. de sier ikke konsekvensen av at man gir mer medisin eller mindre medisin- det har jeg ikke fått noe god informasjon om liksom. Så jeg har nå ikke oversikt over hva går jeg på nå.»*

Sofie utdyper at det oppleves utrygt ikke å ha oversikt over medisiner man tar daglig og at det ville være lurt å få mer informasjon om dette. Jakob gir uttrykk for at det fortsatt er noe uklart for han om vektøkning er en konsekvens av bruk av antipsykotiske medisiner selv om han har brukt de medisinerne i mange år. Lukas forteller at han ble observant på vektsituasjonen sin etter at han ble veid hos fastlegen sin lenge etter at han hadde startet med antipsykotiske medisiner. Han husker ikke å bli informert om dette før eller ved oppstartet av nevroleptisk behandling. Emil svarer på direkte spørsmål om han har blitt informert om mulig vektøkning ved oppstarten av medisiner på følgende måte:

*«Nei. Ikke i det hele tatt. De mente rett og slett at det var den beste medisinen mot min psykiske tilstand. Og det var den heller ikke ...»*

Emil forteller at han ble informert om denne bivirkningen lenge etter at han hadde blitt overvektig og det synes han er «litt merkelig».

Opplevelse av at informasjon om medisiner er vanskelig å få tak i

Informantene beskriver sine erfaringer med hvordan å skaffe seg opplysninger om antipsykotiske medisiner. Sofie, Lukas og Emil uttrykker at det er vanskelig, å få tak i opplysninger. Sofie påpeker at det oppleves som «tungvint» at noen medisiner forordnes av psykiater og noen av fastlegen. Hun forteller:

*«Nå er det delt sånn at de på rehaben har de psykiatriske medisiner og fastlegen tar seg av somatiske. Så er det delt i to liksom og det er vanskelig»*

Sofie innrømmer at det er lett å bli forvirret om hvem bør man spørre, særlig med tanke på at det er vanskelig å vite hvilke plager som er somatiske, hvilke som er psykiatriske, for ikke å nevne de psykosomatiske. Lukas opplever at fastlegen hans sjelden har tid til å snakke om

medisiner og hvordan de virker. Han innrømmer at en del av hans manglende kunnskap om medisiner han tar kan skyldes manglende tid til å snakke om dette med fastlegen. Lukas forklarer:

*«Hos fastlegen så tar jeg blodprøver thats it ... Vi har ikke mer tid til å snakke om det.»*

Emil understreker at det er vanskelig å få informasjon til riktig tid. Han mener at informasjon bør gis der og da det trengs og ikke når det passer best for legen. Emil uttaler det slik: *«Og da har jeg allerede gått opp så mye at jeg synes det var for seint for å si det»*

### ***Fysisk aktivitet som meningsfull aktivitet***

Informantene beskriver sine erfaringer med trening som en meningsfull aktivitet. Alle fem informantene forteller at det å være fysisk aktiv eller bare tenke på det oppleves meningsfullt. Sofie som spilte boccia fordi «det var gøy» gleder seg til å spille igjen.

Hun har planer for å være mer fysisk aktiv i framtiden, og håper på å gå flere turer siden støttekontakten hennes har fått seg en hund og de skal gå på turer sammen. Emil innser at hans aktivitetsnivå er lavt, men håper på å være mer aktiv i jobbsammenheng. Emil sier:

*«Jeg kan kanskje kunne ha vært noe mer aktiv og gå turer ... men hvis jeg får den jobben i den hundebarnehage som har jeg søkt på og der går man 3-4 timer hver eneste dag så jeg håper jeg får den så det er i hvert fall grunnlag for å litt mer.»*

Lukas, Jakob og Nora har alle begynt å trene noe mer den siste tiden. Lukas forteller med stolthet at han er den på huset som «klarer mest mage øvelser fra alle sammen» og at han trener med vekter og har glede av det. Jakob forteller om sine erfaringer, med hvordan oppleves det å bli minnet på å trene, på følgende måte:

*«Av og til når de kommer her på morgenen og vil at jeg skal ta 130 knebøy så blir jeg sur på dem. Men jeg ser mening i det nå. Jeg gjør det. Nå er vi opp i 130 knebøy. Jeg veide 119 på det meste. Og nå er jeg på 112. Jeg har blitt kraftig. Jeg har fortsatt noe mage men ...»*

Også Nora bekrefter at, selv om det av og til oppleves det som påtrengende å bli minnet på å trene, anses trening som en aktivitet som skaper glede og gir mening. Hun peker på at det er viktig å ha noen som kommer og stiller også krav men samtidig er empatisk og forståelsesfull på de dagene når alt «er svart» og det ikke går an å gjøre noe som helst. Nora oppsummerer det slik: *«Og nå begynte jeg å ta knebøy. Jeg tar over 140 knebøy, det er gøy.»*

## Drøfting

I dette kapittelet drøftes resultatene, og deres betydning opp imot noen utvalgte teoretiske perspektiver. Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive erfaringer av vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner fra et brukerperspektiv. Drøftingen relateres til studiens forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan oppleves vektøkningen i hverdagslivet?
- 2) Hvilke erfaringer har person med hjelp og støtte knyttet til vekt-situasjon?

For å kunne besvare studiens forskningsspørsmål har jeg valgt tre tema som er tett knyttet til de tre kategoriene som ble presentert i funnkapittelet. Temaene vil drøftes opp imot teori og min erfaringskunnskap som medmenneske og fagmenneske. Temaene er som følger: «Tilhørighet og utenforskap», «Tjenestene og oppfølging av medisinerer» og «Recovery og kroppsbevissthet».

### *Tilhørighet og utenforskap*

Begrepet utenforskap betegner mennesker eller grupper som står på utsiden av fellesskapet. Det kan handle om personer som står utenfor skole- og arbeidsliv som har et svært begrenset sosialt nettverk eller som ikke opplever tilhørighet til storsamfunnet. Utenforskap er et strukturelt samfunnsproblem med store konsekvenser som er til hinder for at enkelte mennesker kan leve gode liv. Årsakene til utenforskap er mange og sammensatte. De som står utenfor fellesskapet har gjerne flere utfordringer. Psykiske helseutfordringer, rus- og alkoholmisbruk, ensomhet, fattigdom og manglende integrering er de viktigste årsakene til at personer faller utenfor (Folkehelseinstituttet, 2018). Funnene i denne studien viser mange eksempler på hvordan utenforskapet oppleves, og hva som bidrar til denne opplevelsen hos personer med psykiske helseproblemer. Informantene peker på en uhåndterlig vektsituasjon med raske vektendringer, og fremmedgjøring av kroppen sin som utfordringer som hindrer dem i en vanlig samfunnsdeltakelse. Raske og brå endringer i vektsituasjon, ofte på mange kilo i løpet av en svært kort tid, underbygger følelsen hos informantene av at vektendringer er uhåndterbare og ligger utenfor deres kontroll. Fremmedgjøring av kroppen handler om en følelse av at man ikke er godt nok knyttet til kroppen sin. Man opplever kroppen sin som aldri bra nok og føler seg ikke som en enhet med den. Informantene opplever det som utfordrende og ofte for vanskelig å knytte seg til kroppen sin og oppleve den som sin egen. Det å ikke

være tilfreds med kroppen sin har blitt til en del av deres identitet og førte til frafall av lystbetonte aktiviteter de hadde som vane å være med på før psykoseopplevelsene. Recoveryforskning viser at det å ha en identitet utenfor symptomer og bygge en positiv identitet uten å ha for mye fokus på problemene er faktorer som underbygger en individuell recoveryprosess (Leamy et al. 2011). Med positiv identitet menes her en identitet med flere komponenter som fremmer livskvalitet og meningsfullhet. Det å oppleve et psykoseutbrudd og å bli medisinerert for det betyr ofte større endringer for personens opplevelse av seg selv og sin identitet. Det å opprettholde eller gjenoppbygge identiteten sin med så alvorlige bivirkninger virker ofte å være et uoppnåelig mål for personer medisinerert for psykoselidelser. Ifølge recoveryorienterte teorier, vil en satsning på tiltak som fremmer tilhørighet og deltakelse i forskjellige typer felleskap kunne være en motvirkende faktor til at personer med psykiske utfordringer opplever å være utenfor samfunnet. Ifølge Semb, Borg og Ness (2016) er de sosiale faktorene en av to hovedkomponenter i tilhørighetsbegrepet. Den sosiale tilhørigheten handler mer om personens identifikasjon med andre mennesker og personens opplevelse av å bli møtt og anerkjent av andre. Deltakerne i denne studien opplever ofte å ha lite tilknytning til samfunnet. De opplever å være marginalisert og den følelsen av å være annerledes har stor betydning for deres psykiske helse. Recoveryorienterte praksiser ville, gjennom å støtte seg på felleskapets egenskaper, kunne tilrettelegge for at man opplever underbygging av sine styrker, talenter og ressurser.

### *Tjenestene og oppfølging av medisinerer*

Feilmedisinering er et kjent problem i alle deler av helsetjenesten (Statens helsetilsyn 2017, Helsedirektoratet 2017). For brukere i alle helse- og omsorgstjenester kan feil legemiddelbruk få store konsekvenser for livskvaliteten, og kan i verste fall føre til skader og dødsfall. I tillegg påføres samfunnet store utgifter som følge av helsetjenestens mangel på forebyggende tiltak eller god behandling. Situasjonen har bidratt til satsning på forebyggende tiltak fra regjeringen sin side. I legemiddelmeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet 2015) pålegges det at alle kommuner skal gjennomføre legemiddelgjennomgang for eldre på sykehjem, øke pasienters involvering i valg av behandling, gi bedre informasjon til pasienter og helsepersonell om legemidler og satse mer på forskning og kliniske studier. Lignende satsningen etterlyses innenfor kommunalt psykisk helsearbeid. Resultater fra et pilotprosjekt «Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten, psykisk helse boliger» (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016) bekrefter at satsningen bør inkludere målgrupper innen

psykisk helse. Avdekkede avvik gjaldt blant annet medikamenter forordnet uten indikasjon, for høye doser av antipsykotiske medisiner, farlige interaksjoner, manglende diagnoser og mangel på oppfølging og kontroll. En uoversiktighet i bruken av medisiner er langt ifra det vi kan kalle for gode praksiser og faglig forsvarlige helsetjenester. Resultater av slike praksiser kommer tydelig frem i intervjuene i denne studien. Ingen av informantene husker å bli informert tilstrekkelig om risikoer og bivirkninger av antipsykotiske medisiner de fikk. Den forsømmelsen kan kanskje delvis forklares hos Emil og Nora som ble førstegangsmedisinert med antipsykotiske medisiner ved tvangsinnleggelse. Paragraf § 3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven tillater unnlatelse av informasjon for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Men det forklarer lite hos Sofie, Lukas og Jakob som tar sine medisiner ved frivillig avtale og som ifølge både paragraf § 3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven og paragraf § 10 i helsepersonell loven skulle ble informert om risikoer og bivirkninger av medisiner. Det forklarer heller ikke hvorfor unnlatelsen av den lovpålagte plikten ikke ble ordnet opp i, selv gjennom flere års bruk av antipsykotiske medisiner uten tvangsvedtak. Det handler sannsynligvis ikke om dårlige intensjoner hos helsepersonell. Tvert imot, heller om gode intensjoner som blir til dårlige handlinger som på sikt gjør brukerne en bjørnetjeneste. Tidspress og høy kostnad av legetime kan også være en faktor. Det handler også, og ikke minst, om manglende kunnskaper om og interesse for recoveryorienterte praksiser hos fastleger og hos psykisk helsearbeidere og annet helsepersonell som er hyppigere i kontakt med og nærmere brukere. Ifølge Karlsson (2016) er medisiner et for komplekst og inngripende forhold i menneskers liv til ikke å bli snakket om. Gjennom å gi brukerens forståelse og ekspertise forrang over fagpersonenes, bidrar recoveryorienterte praksiser til forståelse og endring i maktforhold rundt brukeren (Borg og Karlson, 2017). Det vil kunne endre en maktbalanse i eierskapsforholdet til brukerens lidelse fra en situasjon hvor hovedansvaret for behandling ligger hos helsepersonell, til forhold hvor det er brukeren selv som tar hovedansvar for sin lidelse. Det betyr ikke at helsepersonell vil være overflødig under bedringsprosesser, men heller at helsepersonell vil brukes mer på brukeren sine premisser. En opprettholdelse av brukerens eieforhold til sin lidelse og sine livsproblemer er essensielt for utvikling av personlig ansvarlighet som styrker egenkontroll og egen myndighet gjennom å ta tilbake kontroll over eget liv (Leamy et al. 2011).

Et annet viktig perspektiv i denne sammenhengen er kort- og langtidsvirkning av antipsykotiske medisiner og holdninger i det offentlige hjelpeapparatet til bruk av antipsykotiske medisiner. Medikamentell behandling er basert på ideen om at psykiske utfordringer forårsakes av biologiske faktorer som kan identifiseres og klassifiseres som



spesifikke diagnoser utfra konkrete symptomer (Karlsson, 2016). At antipsykotiske medisiner virker symptomdempende på kort sikt er det stor enighet om (Leucht, 2012). Medisinen tar gjerne bort de vanligste symptomene i løpet av seks uker i langt større grad enn hos de som ikke tar medisin. Det er også slik at tar man bort medisinene er det flere som får tilbakefall enn de som bruker medisinen regelmessig (Dælsbø, 2015). Effekten skyldes antakelig først og fremst stoffenes evne til å blokkere dopaminreseptorer i hjernen. Over kort tid kan de være til hjelp for mange mennesker, og noen kan ha nytte av dem over lengre tid. Men i det store og hele øker medisinene sannsynligheten for at en person blir kronisk syk og får nedsatt funksjonsevne. I studier og rapporter fra tiden før de antipsykotiske medisiner kom, finner man at tilfriskningsprosenten for personer med førstegangs psykotiske hendelser og for deprimerte personer var høyere enn den er i dag (Whitaker, 2014). Det virker naturlig at spesialisthelsetjeneste som de akutt behandlende, vil være mest opptatt av korttidsvirkning av medisiner og at det er mer en del av folkehelseperspektivet å ha fokus på de langsiktige effektene av slik behandling. Det er innenfor kommunale rammer at man endrer seg fra å være en pasient til å være en medborger, og det vil være i kommunens interesse å ha et langsiktig helseperspektiv for sine innbyggere. Styrking og satsning på kommunalt psykisk helsearbeid virker å være et godt tiltak for å gjenvinne den riktige balansen mellom spesialisthelsetjeneste med fokus på akutt behandling og kommunal helsetjeneste, hvor det å være en god medborger er prioritert. Recoveryprosesser foregår både på individ og samfunnsnivå, og uten å ha fokus på det psykososiale perspektivet på helse vil det være vanskeligere å fremme helse. Her spiller bivirkninger av antipsykotiske medisiner ofte en avgjørende rolle for hvordan de prosessene foregår. Alle fem informantene i denne studien innrømmer at det å ikke være psykotisk er viktig for deres opplevelse av helse, men samtidig, er de klare over at bivirkningene står ofte i veien for å kunne delta i aktiviteter og samfunnsliv. Psykisk helsearbeideres rolle som støttespillere i recoveryprosesser, bør i sterkere grad fokusere på at balansen mellom helsefremmende virkning av medisiner og helseskadende overbruk av antipsykotiske medikamentell opprettholdes. Dessverre, er det fortsatt heller et unntak at brukere opplever nedtrapping av medisiner og holdninger som underbygger denne situasjonen er ofte like aktuelle innenfor spesialisthelsetjeneste som i kommunalt psykisk helsearbeid.

## *Recovery og kroppsbevissthet*

Dette temaet har sitt utspring i kategorien som handler om hvordan informantene opplevde forskjellige former for fysisk aktivitet. Det var uventet for meg å finne ut at fysisk aktivitet ble omtalt på en så positiv måte av alle informantene. Mine profesjonelle erfaringer og forforståelse var hovedsakelig knyttet til vedvarende motivasjonsarbeid som ikke sjeldent ble besvart med kraftig motstand i form av avvisninger eller unnskyldninger fra personer jeg forsøkte å motivere til fysisk aktivitet. Sofie, Jakob, Lukas og Emil har enten allerede gjort seg positive erfaringer med fysisk aktivitet til tross for vektøkning, eller har lyst til å være mer aktiv og gleder seg og ser frem til dette med håp for bedring. Også Nora som først omtaler tilbud om trening som masete og noe som bidrar til hennes utenforskapsopplevelse, innrømmer til slutt at det er gøy og det gir henne mening. Betydning av fysisk aktivitet som en behandlingsmetode for personer med psykiske lidelser er godt dokumentert (Helsedirektoratet, 2010). I denne drøftingen vil jeg sette fokus på et mer kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og dets virkning på helsefremmende prosesser. Her er det mest aktuelt å bruke begreper som «body awareness» og «embodied identity» som gjennom fysisk aktivitet kan knyttes til recovery.

Ifølge Gyllensten (2010) beskrives «body awareness» som en relasjonell prosess i tilknytning til sin egen kropp for å kunne styrke sin identitet og opplevelsen av seg selv gjennom å være bevisst på kroppen sin innenfra. Evnen til å være i konstant relasjon med sine sanseopplevelser er en viktig faktor i prosesser som bidrar til dannelsen av en helhetlig «body awareness». Det å være fysisk aktiv er ikke en forutsetning for å kunne være bevisst på kroppen sin men kan være en effektiv tilrettelegger for at slike prosesser oppstår. Vektøkning, på en så uvanlig måte som ved medisinerings med antipsykotiske medisiner, er i denne prosessen en forstyrrende faktor. I tillegg er det ofte et tabubelagt emne både for samfunnet og for helsepersonell som gjennom sine utilpassede handlinger og manglende kunnskap neglisjerer kroppen og dens betydning i recoveryprosesser. Informantene forteller at vektøkning enten ikke har blitt et emne i møter med hjelpeapparatet eller har kommet på agendaen lenge etter de ble overvektige. Taushetsbelegging og avsporing fra de temaene bidrar til styrking av overvekt som et tabubelagt emne. Det er vanskelig å si om det skyldes et ønske om ikke å gjøre den andre forlegen eller behovet for å dekke for sin egen forlegenhet og usikkerhet. Eller om det handler om manglende bevissthet og kunnskap. Likevel, kan det antas at en anerkjennelse og åpenhet for erfaringene med bivirkningene vil kunne åpne for en konstruktiv dialog mellom hjelpere og brukere.

De psykologiske prosessene bak medisintøst vektøkning synes å være betydelig annerledes enn ved overvekt som skyldes et livstilsvalg. Informantene omtaler disse prosessene som noe som har oppstått uten deres vilje og deltagelse, og ofte uten at de var klar over omfanget av endringene. På en side kan det tolkes som en velbegrunnet unnskyldning for at man er overvektig fordi det var noe «utenfor min kontroll» eller «livsviktig medisin forordnet av lege». På den andre siden bidrar det til objektivisering av egen kropp, som fra et kroppsfenomenologisk perspektiv er svært uheldig og fører til fremmedgjøring av egen kropp. Informantenes begrepsbruk og formuleringer virker å samstemme med slike prosesser. Formuleringer som «det er magen som har blitt stor» eller «kroppen har blitt overvektig» erstattet i stor grad jeg-setninger. Ifølge Merleau-Ponty (1994) er kroppen samtidig objektiv og subjektiv. Forholdet til kroppene våre er subjektivt og eksistensielt. Vi mennesker oppfatter verden gjennom kroppene våre og vi eksisterer og opplever alt gjennom kroppen. Sanseopplevelser og kroppslig fokus er ofte en naturlig del av ulike fysiske aktiviteter og oppstår som regel automatisk uten at man må kunne eller mestre aktiviteten. Å skape arena for de prosessene vil kunne bidra til at en person vil kunne bygge sin egen «body awareness» og «embodied identity» på en naturlig og ofte underbevist måte. Funnene i denne studien bekrefter denne hypotesen. Jakob, Lukas og Nora har, etter noen år med neglisjering av kroppslige opplevelser, begynt å oppleve noe positivt under utførelse av fysiske aktiviteter. Slike opplevelser er av avgjørende betydning for å forstå sine følelser og behov (Gyllensten, 2010). Også Sofie og Emil har planer om å begynne på nytt å være mer aktive. Begge to har vært svært aktive før lidelsen oppstod og deres relasjon til kroppene sine har sannsynligvis blitt enda mer forstyrret av psykoselidelse og bivirkninger av medisiner enn hos de andre informantene. Bare det å ha en plan om å trene virker oppløftende for dem. Ifølge Merleau-Ponty er kroppen selv en kilde til kunnskap. Hukommelse og kunnskap innlemmes og sitter i kroppen, vår kropp vet og forstår (Thornquist, Bunkan, 1995). På den måten har de positive opplevelsene fra tiden før de psykiske helseproblemene ikke blitt glemt for Sofie og Emil, som selv vet best hva som kan være bra for dem igjen. Her er de selv spesialister på sin egen recoveryprosess. Ifølge Borg og Karlson (2017) kommer forandringene i recoveryprosessen innenfra og kjenner sine egne veier. «Å kunne leve i relasjon til andre og i samfunnet» er oppfattet som en viktig komponent for at embodied-selv skal kunne klare å ha relasjoner med andre mennesker og for samfunnsdeltakelse (Gyllensten, 2010). Det å leve i relasjonell tilknytning til andre mennesker er et behov som handler om å få sin embodied identity og ens behov for kroppslig kontakt anerkjent av andre. Den anerkjennelsen er viktig for å kunne oppleve at man lever. Ifølge Borg og Karlson (2017) forutsetter deltagelse ofte at man vil

gjøre noe sammen, og har en aktiv og handlende holdning. Det å være en del av en gruppe gir større kraft og flere muligheter enn å arbeide med noe alene. Sofies lengsel etter lagspill er et godt eksempel på dette. For henne var det lagspillet bare en tilrettelegger for å kunne leve i relasjon med andre og i det lille idrettslagsamfunnet. Det handlet kanskje både om selve spillet men like mye om å reise på turneringer, ha felles emner å prate om, oppleve verden sammen etc. Gjennom idrettsarenaer med lagspill blir man kjent med andre mennesker, som videre kan føre til at man får en følelse av et lokalt felleskap (Walseth, 2008). Det samme gjelder Emil som på grunn av flytting til en annen kommune har mistet mye mer enn bare mulighet for å spille fotball og ishockey. Emil har mistet viktige arenaer for å kunne bygge sin «embodied identity». Det relasjonelle er også avhengig av å være bevisst på kroppen sin. Det er gjennom kroppen vi har tilgang til verden og vår kropp er samtidig en del av denne verden. Kroppen er en fungerende enhet og ikke bare en sammensetting av tilfeldige deler. Ifølge Merleau-Ponty er kroppen meningsfull, uttrykksfull og i konstant kommunikasjon med sine omgivelser. Kroppen er, på samme måte som vårt språk, intensjonal og rettet mot noe, begge oppfattes som et uttrykksforhold og et kommunikasjonsforhold til omgivelsene (Østerberg, 2012).

Å anerkjenne og handle for å oppfylle sine kroppslige behov er ansett som et middel for å bli mer tydelig, synlig og meningsfull som en person (Gyllensten, 2010). Manglende evne til å forstå kroppens signaler kan føre til problemer med å forstå og knytte seg til andre.

## Oppsummering

Formålet med studien har vært å utforske og beskrive erfaringer av vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner fra et brukerperspektiv. To forskningsspørsmål knyttet til hverdagslivet og hjelp og støtte ble utforsket. Metode for innsamling av data var semistrukturert forskningsintervju med fem deltakere. En intervjuguide ble brukt som veiledende rød tråd. Jeg har forsøkt å forholde meg åpen og latt informantene styre hvordan de ønsket å formidle sin historie. Analyseprosessen resulterte i formulering av åtte subkategorier som ble abstrahert inn til tre kategorier. De tre kategoriene er som følger: opplevelse av utenforskap, ikke tilpasset tilbud fra hjelpeapparatet, fysisk aktivitet som meningsfull aktivitet. Drøftingen av resultatene ble derimot gjort delvis uavhengig av resultatkategori og som en helhet sett opp mot problemstillingen og i lys av eksisterende forskningsresultater og teori.

Resultatene viser at informantene er opptatte av vekstsituasjonen sin og misfornøye med kroppen sin. Informantene uttrykker at vekstsituasjon er et emne de er opptatte av og at de ikke er tilfreds med kroppen sin på grunn av vektøkning. Informantene uttrykker at det er vanskelig å gjennomføre hverdagslige aktiviteter på grunn av at de har dårligere fysisk form enn før oppstarten av medikamentell behandling. Det har blitt vanskeligere å foreta seg aktiviteter som krever ekstra fysisk innsats av deltakerne. Informantene bekymrer seg for konsekvenser av økt appetitt knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner. Deltakere erfarer frafall av aktivitet på grunn av vektøkning. Informantene opplever også å være stigmatisert på grunn av vekstsituasjonen sin.

Videre beskriver informantene sine erfaringer med hjelpeapparatet rundt seg, i periodene da informantene var overvektige. De beskriver at de ikke har blitt informert om at vektøkning kan være en konsekvens av bruk av antipsykotiske medisiner. Deltakerne beskriver også sine erfaringer med hvor vanskelig det er å skaffe seg opplysninger om antipsykotiske medisiner. Resultatene viser også at informantenes erfaringer med trening er at fysisk aktivitet oppleves meningsfullt. Alle fem informantene forteller at det å være fysisk aktiv eller bare tenke på det oppleves meningsfullt.

Studien ble drøftet i sammenheng med eksisterende litteratur som recovery, kroppsfenomenologi, psykomotorisk fysioterapi, nevrovitenskap.

## *Konklusjon*

Det å bli medisinerert med medikamenter med alvorlige bivirkninger er utfordrende for den det gjelder. Informantene savnet informasjon om bivirkninger og støtte og oppfølging av psykiske helsearbeidere. Satsning på recoveryorienterte praksiser som fremmer en opplevelse av tilhørighet og underbygger ens positiv identitet virker å være riktig vei å gå for å fremme helse. En gjenvinning av balanse i eieforhold til lidelsen mellom en bruker og et hjelpeapparat anses som en viktig faktor for helsefremmende prosesser. For å oppnå dette, etterlyses en mer helhetlig tilnærming med fokus på hele mennesket blant helsepersonell, både i spesialisthelsetjeneste og kommunalt psykisk helsearbeid. Riktig bruk av medisiner anses også som en avgjørende faktor for helsefremming. Mer ansvarsfull holdning hos psykiske helsearbeidere og annet helsepersonell, som følger tett opp og åpner for seponering, nedtrapping av medisiner og alternative medikamentfrie behandlingstilbud etterlyses.

## Litteraturliste

- Baumeister, R. og M.R. Leary (1995) *The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*, Psychological Bulletin, 17:497–52. DOI:10.1037/0033-2909.117.3.497
- Borg, M., Karlsen, B. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Carpenter, J. (2002). *Mental health recovery paradigm*. Health & Social Work, 27, p. 86-94.
- Craig, A. D. (2009). *How do you feel--now? The anterior insula and human awareness*. Nat Rev Neurosci, 10(1), 59-70. doi:10.1038/nrn2555
- Cullberg, J. (2005). *Psykosser. Et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalsbø TK, Dahm KT, Reinart LM. Hva er effekten av vedlikeholdsbehandling med antipsykotika for personer med schizofreni? Notat fra Kunnskapssenteret mai–2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.
- Damasio, A. (2003). *Mental self: The person within*. Nature, 423(6937), 227. doi:10.1038/423227a
- Fadnes, B., et al. (2013). *Læringsorientert fysioterapi: teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Folkehelseinstituttet (2015), Sosial støtte og ensomhet – faktaark. Lokalisert på <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/sosial-stotte-og-ensomhet>
- Folkehelseinstituttet (2018), *Rapport- psykisk helse i Norge*, elektronisk utgave. Lastet ned fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no) den 21.04.2018.
- Gebhardt, S., Grant, P., von Georgi, R., & Huber, M. T. (2008). *Aspects of Piaget's cognitive developmental psychology and neurobiology of psychotic disorders - an integrative model*. Med Hypotheses, 71(3), 426-433. doi:10.1016/j.mehy.2008.03.042
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gyllenstein, A. L., Skar, L., Miller, M., & Gard, G. (2010). *Embodied identity--a deeper understanding of body awareness*. Physiother Theory Pract, 26(7), 439-446. doi:10.3109/09593980903422956
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen — Riktig bruk – bedre helse

Helsedirektoratet (2010), *Fysisk aktivitet og psykisk helse - et tipshefte for helsepersonell*, Oslo: 2010

Helsedirektoratet (2016). "Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren 2016", IS-2613  
Lastet ned: 31.3.2018.

Helsedirektoratet. (2013). Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Hentet 09.02.2018 fra:  
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/forord;jsessionid=13C9D20493DD4F0230CE03A4C90B5457>

Helseforskningsloven, (2008).

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jakobsen AS, Speyer H, Nørgaard HCB, Karlsen M, Birk M, Hjorthøj C, et al. (2017) *Effect of lifestyle coaching versus care coordination versus treatment as usual in people with severe mental illness and overweight: Two-years follow-up of the randomized CHANGE trial*. PLoS ONE 12(10): e0185881. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185881>

Jensen, P., Borg, M., & Topor, A. (2011). *Återhåmtning, bedring, at komme sig: Recovery revisited – ti år efter*. *Socialpsykiatri*(3), 20-23.

Jones M, O'Beney C.(2004). *Promoting mental health through physical activity*. *Journal of Mental Health Promotion* 3, 39-47.

Karlsson, B. (red.), (2016) *Det går for sakte i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kluge, M., Schuld, A., Himmerich, H., Dalal, M., Schacht, A., Wehmeier, P. M., Pollmacher, T. (2007). Clozapine and olanzapine are associated with food craving and binge eating: results from a randomized double-blind study. *J Clin Psychopharmacol*, 27(6), 662-666. doi:10.1097/jcp.0b013e31815a8872

Kvale og Brinkmann. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). *Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis*. *The British Journal of Psychiatry*, 199, p. 445-452.

Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis John M. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.

Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F., . . . Davis, J. M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 382(9896), 951-962. doi:10.1016/s0140-6736(13)60733-3



- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*. doi:10.1177/1049732315617444
- Martinsen E.W. (2011). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet-psykisk helse- kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- McCloughen, A., & Foster, K. (2011). *Weight gain associated with taking psychotropic medication: An integrative review.(Report)*. International Journal of Mental Health Nursing, 20(3), 202. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00721.x
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A., & Wilbur, J. (2006). Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation. *J Nurs Scholarsh*, 38(1), 50-55.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag A/S
- NESH 2016, Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi; hentet 18.01.2018 fra:  
<https://www.etikkom.no/forskningsetiskeretningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- NHI, Norsk Helseinformatikk, hentet den 31.03.2018 fra:  
<https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/overvekt-hva-er-det/>
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., . . . Laursen, T. M. (2013). Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLOS ONE*, 8(1), e55176. doi:10.1371/journal.pone.0055176
- Pasientsikkerhetsprogrammet – «I trygge hender 24/7» Pilotprosjekt - Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten, sluttrapport (2017).
- Roth, W.-M., & Lawless, D. V. (2002). *How Does the Body Get Into the Mind? Human Studies*, 25(3), 333-358. doi:10.1023/a:1020127419047
- Scheyett, A., DeLuca, J., & Morgan, C. (2013). *Recovery in severe mental illnesses: A literature review of recovery measures*. Social Work Research, 37(3), p. 286-303.
- Semb, R., Borg, M., og Ness O. (2016). *Tilpasning eller tilbaketrekning? - Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus- og psykiske helseproblemer*. Tidsskrift for velferdsforskning 19(3), 206- 222.
- Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2013). *Measures of personal recovery: A systematic review*. Psychiatric Services, 64(10), p. 974-980.

Statens helsetilsyn (2017). Årsrapport 2016, Lastet ned: 31.3.2018.

Thagaard, T. (2009). Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

Thornquist, E. and B. H. Bunkan (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo, Pensumtjenesten.

Tjora, A. H. (2012) Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tweedell D.E., S., R.N. & Doran, K.(2004). . (2004). Managing Neuroleptic Weight Gain: Consumers' Perspectives. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 9, 37-40.

Usher, K., Park, T., & Foster, K. (2013). The experience of weight gain as a result of taking second-generation antipsychotic medications: the mental health consumer perspective. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(9), 801-806. doi:10.1111/jpm.12019

Vandyk, A. D., & Baker, C. (2012). Qualitative descriptive study exploring schizophrenia and the everyday effect of medication-induced weight gain. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 349-357. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00790.x

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*, 199(6), 453-458. doi:10.1192/bjp.bp.110.085100

Walseth, K. (2008). *Bridging and bonding social capital in sport experiences of young women with an immigrant background*. Sport, education and society, 13 (1), 1-17.  
<http://dx.doi.org/10.1080/13573320701780498>

Weissman, E. M., Moot, D. M., & Essock, S. M. (2006). What do people with schizophrenia think about weight management? *Psychiatr Serv*, 57(5), 724-725.  
doi:10.1176/ps.2006.57.5.724

Whitaker, R (2014) *Anatomy of an Epidemic. Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Boston: 2014

World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*.

Xiao, S., & Baker, C. (2010). PSYCHOSOCIAL PROCESSES INFLUENCING WEIGHT MANAGEMENT AMONG PERSONS NEWLY PRESCRIBED ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC MEDICATIONS (Vol. 117, pp. 519-519).

Østerberg, D. (2012). *Innledning i Kroppens fenomenologi av Maurice Merleau-Ponty*, De norske bokklubbene, Pax forlag as.

## Vedlegg

### Vedlegg 1:

# Mastergradsprosjekt

## Forespørsel om deltakelse i intervju



## DEL A

### Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder deltagelse i et intervju der hensikten er å undersøke erfaringer med vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner. Målet er å utvikle kunnskap om dette fra et brukerperspektiv. Du som beboer forespørres om du vil delta i et intervju og dele dine tanker og erfaringer om temaet. Vedkommende som skal utføre intervjuet er mastergradsstudent i klinisk helsearbeid, studieretning psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN). Studenten er også ansatt ved tjenestested- psykisk helse og rus, boliger med bemanning.

#### Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene dine ønsker vi å gjennomføre et intervju i tidsrommet mellom 15. september og 30. oktober 2017. Dersom du godkjenner det vil intervjuet bli tatt opp på lydbånd og deretter transkribert og analysert slik at de funnene kan presenteres i en masteroppgave og eventuell vitenskapelig artikkel. Intervjuet vil anslagsvis vare omtrent i én time. Deltakelse krever ingen spesielle forberedelser. Det vil ikke innhentes noen opplysninger om deg fra journal, eller andre steder hvor det er lagret opplysninger om deg.

#### Hva skjer med informasjonen om deg

Alla data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at mastergradsstudenten og vedkommendes veileder vil ha taushetsplikt for alle personopplysninger som samles inn, og der er kun disse som har tilgang til informasjonen fra deg. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når mastergradsprosjektet er avsluttet, senest 30.06.2019.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta uten at dette får konsekvenser for behandlingen din. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Du gjøres oppmerksom på at deltakelse eller ikke-deltakelse i prosjektet ikke vil ha innvirkning på ditt forhold til tjenestestedet.

Dersom du skulle ønske å trekke deg fra studien på et senere tidspunkt, eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Marit Borg, Høgskolen i Sørøst-Norge, tlf. 31 00 87 51 eller epost: [Marit.Borg@usn.no](mailto:Marit.Borg@usn.no)

Du kan også kontakte mastergradsstudent Alan Bydlinski på telefon 96846850 eller på epost: [alanbydlinski@gmail.com](mailto:alanbydlinski@gmail.com)

## **DEL B**

### **Personvern**

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene presenteres.

Dekan ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap er databehandlingsansvarlig.

Studien er meldt til NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Prosjektleder (studentens veileder) har ansvar for den daglige driften av prosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

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

Hvis du sier ja til å delta, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert.

Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som deltaker rett til å ta tilgang til utfallet av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og postlegge svarkonvolutt. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av prosjektlederne.

Drammen, 24.08.2017

Vennlig hilsen

Mastergradsstudent

Veileder

Om du kan tenke deg å delta i denne studien og bidra med dine erfaringer knyttet til vektøkning ved bruk av antipsykotiske medisiner, ta gjerne kontakt med:

**Mastergradsstudent Alan Bydlinski**  
**Tlf. 96846850**  
**alanbydlinski@gmail.com**

## **Intervjuguide**

Introduksjon: Introdusere meg selv og studien.

Informere om gjennomføring av intervjuet.

Kort gjennomgang av formålet med undersøkelsen, knyttet opp til informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Intervjuguide:

Kan du fortelle litt om hverdagen din?

Hvilke erfaringer har du med bivirkninger knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner?

Hvilke erfaringer har du med vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner?

Hvordan opplever du livet ditt er blitt påvirket av vektøkningen?

Hvilke erfaringer har du med å forsøke å gå ned i vekt?

Hvilke erfaringer har du med å få hjelp til vektreduksjon?

Hvilke erfaringer har du med kroppsopplevelser i perioder med vektendringer?

Er det noe mer du vil fortelle som du synes kan være relevant for denne studien?

**Samtykke til deltakelse i en kvalitativ studie av hvilke erfaringer personer med psykoselidelser har med vektøkning knyttet til bruk av antipsykotiske medisiner.**

Jeg er villig til å delta i studien: ..... ..

(Signert av deltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert av mastergradsstudent, dato)