Høgskolen i Østfold

MASTEROPPGAVE

«Jeg syntes ikke det er noe hverdag å være så passiv». En kvalitativ studie om hva som skal til for å motivere ROP - pasienter til fysisk aktivitet.

Morten Alexander Tokerud Bakke

23.08.2022

HSPSA40616 Masterstudium i psykososialt arbeid- helse- og sosialfaglig yrkespraksis

Avdeling for helse og sosialfag

Høgskolen i Østfold avd. Fredrikstad

Sammendrag

I dette masterprosjektet ønsker jeg å finne ut hva som skal til for at pasienter med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) skal bli fysisk aktive, og hva som kan være barrierer for å ikke bli det. Det finnes god forskning på at ROP– pasienter bør være fysisk aktive, men det finnes lite forskning på hvordan de skal bli motivert til å starte opp med fysisk aktivitet. Denne studien springer ut fra en genuin undring for hva pasientene selv mener skal til for å bli fysisk aktive. Metoden som er brukt for å finne svaret på dette er kvalitativ, ved bruk semistrukturerte intervjuer, basert på en kroppsfenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Informantene er fire pasienter fra to forskjellige døgninstitusjoner på Østlandet.

Teorien som benyttes for å belyse Informantenes utsagn er de vanligste motivasjons teorier brukt innen livsstilsendring, motiverende intervju og stadiemodellen. For å forstå Informantenes posisjon i behandlingshverdagen, og bruk av fysisk aktivitet, benyttes Antonovskys salutogene helseperspektiv. Funnene viser at for å bli fysisk aktiv så kreves det blant annet engasjement fra miljøpersonalet, og at dette miljøpersonalet besitter kunnskap om hva fysisk aktivitet gjør for den mentale helsen. Bruk av konkrete oppnåelige mål kan være en hjelp til å opprettholde pasientens aktivitet. Trygghet i sosiale rammer, og aktivitet basert på tidligere erfaringer, skaper kreativitet som kan bidra til å opprettholde pasientens fysiske aktivitet. En tydelig barriere for å holde seg aktiv er innholdet i pasientens timeplan, og at fysisk aktivitet må vike for andre behandlingstilbud. Drøftingen ser etter hvordan pasienten plasserer seg i motivasjonsteoriene og hvilke styrker de har som gjør at de nå er aktive i en behandlingshverdag.

Søkeord: ROP, rus, psykisk lidelse, fysisk aktivitet, motivasjon, endring av livstil.

Abstract

While there is good evidence to indicate that patients with Co-occurring Substance Use (SUD) and Mental Health Disorders (MHD) should be physically active, little research has been done on how to motivate them to become physically active. This thesis looks at what it takes for patients with SUD and MHD to become physically active, as well as potential barriers to this. The study originates from a genuine interest for what the patients themselves think is needed to become physically active. The participants of the study were four patients from two different inpatient institutions for the treatment of SUD and MHD patients in Eastern Norway.

Research methods utilized in the study have been qualitative and have included semi-structured interviews, based on a body phenomenological and hermeneutic approach. Motivational interviewing and the stage model, the most common motivational theories used in lifestyle change, have been used to obtain statements from the participants. To understand the participants' position in everyday treatment and their use of physical activity, Antonovsky´s Salutogenic Health Perspective has been used.

The findings of the study show that becoming physically active requires, among other things, the involvement of an environmental therapist who possesses knowledge about the impact of physical activity on mental health. Security in social frameworks, use of activity based on previous experiences, and the use of specific, achievable goals also helped in generating creativity which could be used to help maintain the patient's physical activity. The content of the patient's schedule proved to be a clear barrier to staying active, with other treatment options often prioritized. It is discussed how the patient placed themselves in the motivational theories, and what strengths they had played a significant part in whether they became active in treatment in everyday life.

Keywords: Co-occurring substance use, mental health disorders, physical activity, lifestyle change.

Forord

Fire år med deltidsstudier og masteroppgave er nå ved veis ende. Det har vært krevende å skulle arbeide med studier ved siden av jobb i fulltid og det å skulle fungere som familiefar i tillegg. Samtidig har det gitt meg påfyll av kunnskap og jeg har lært meg nye og effektive måter å strukturere hverdagen på. Det har også gitt meg verdifulle møter og samtaler med pasienter og kollegaer. Det er et stort privilegium å få lov til å lage et masterprosjekt om et tema som er så viktig, men likevel så vanskelig. Det har vært en ære å få sitte ned å snakke med de fire informantene som så villig har delt av sine erfaringer.

Takk først og fremst til de fire informantene som satte av tiden sin til meg. De samtalene var både nyttig for prosjektet, men de har også lært meg mye som menneske og gitt meg nye tanker i mitt arbeide. Uten de hadde det ikke latt seg gjøre å gjennomføre dette prosjektet. Takk til min sjef som har latt meg disponere tiden min sånn jeg i det hele tatt har kunne studere ved siden av full jobb. Takk til mine medstudenter for gode samtaler i klasserommet. Takk til veileder Göran Jutengren som har besvart alle henvendelser omtrent umiddelbart gjennom hele prosjektet igjennom. Takk til min vakre forståelsesfulle kone som i alle de fire årene har fungert som min viktigste sparringspartner. Nå har jeg endelig tid til at vi kan være litt mer ektemann, og fungere litt mindre som et AS. Takk til barna mine som jeg nå har mye mer tid til å hoppe trampoline med.

Moss 23.08.2022

Morten A. Tokerud Bakke

Innholdsfortegnelse

Innledning **8**
Problemstilling 9
Avgrensinger 9
Psykososial relevans 10
Disposisjon av oppgaven 11
Bakgrunn **12**
Hvorfor fysisk aktivitet? 12
Motiver for fysisk aktivitet 13
Historisk bakgrunn for fysisk aktivitet i psykisk helse 13
Effekten av fysisk aktivitet 14
Hjerte - og karsykdommer 14
Diabetes 15
Hjertesvikt 15
Kognitive evner 15
Fysisk aktivitet med feil fokus 16
Effekt av fysisk aktivitet på psykiske lidelser 16
Depresjon 16
Angst 17
Schizofreni 17
Fysisk aktivitet som middel for å dempe russug. 18
Hva er rus 18
Hva er et rusmiddel 18
Hva er (rus)avhengighet 19
Rus og samtidig psykisk lidelse (ROP) som diagnose 20
Fysisk aktivitet hos ROP- pasienter 21
Motivasjonsteorier 22
Stadiemodellen 22
Motiverende intervju 23
Regresjon til middelverdien. 25
Vitenskapsteoretisk grunnlag **26**
Salutogenese 26
Fenomenologisk forståelse 26
Fenomenologi og kropp 27

Hermeneutisk tilnærming 27
Metode 29
Litteratursøk 29
Veien til informanter 30
De aktuelle kandidatene 30
Analysemetode 31
Interpretativ fenomenologisk analyse 31
Etikk 34
Mitt ståsted som fysioterapeut 34
Forskningsetikk i kvalitativ forskning 34
Offentlige godkjennelser 35
Lagring 35
Informasjon 35
Anonymisering 36
Funn fra intervjuene 37
Transkripsjonssymboler 37
Begrepsavklaring 37
Innledning til kapittelet 37
Verdien av fysisk aktivitet tidligere i livet 38
Fysisk aktivitet fra oppveksten 38
Tidligere positive opplevelser med fysisk aktivitet 39
Kunnskap om og fokus på fysisk aktivitet som noe positivt 40
Trygghet i kjent felleskap 41
Følelsen av å bli satt pris på 42
Felles prosjekt 43
Trygghet i personalet 44
Aktivitet med et mål 45
Et mål for turen 45
Sette seg mål for aktiviteten 46
Timeplanen til hinder, og til hjelp 46
Timeplan til hinder 46
Timeplan til hjelp 47
Oppsummering 48
Drøfting 49
Verdien av fysisk aktivitet tidligere i livet 49
Bruken av kunnskap i behandling 51

Fellesskapet 53
Fellesskapet som en øvingsarena for ettervern 53
Engasjert personale 55
Trygghet i personalet 56
Målsetninger og innholdsfylt aktivitet 57
Tur med innhold 57
Personlige målsetninger med aktiviteten 59
Timeplanen 60
Oppsummering 61
Oppsummering 61
Forslag til videre forskning 62
Avsluttende ord 62
Referanser 64
Vedlegg 80
Vedlegg 1: Vurdering NSD 80
Vedlegg 2: Vurdering fra REK 84
Vedlegg 3: Informasjon og samtykkeerklæring 86
Vedlegg 4: Intervjuguide 88
Vedlegg 5: Et eksempel på temaer fra trinn tre i analysen 90
Vedlegg 6: Bildeksempel fra steg 4 i analyseprosessen 91

«Jeg syntes ikke det er noe hverdag å være så passiv» En kvalitativ studie om hva som skal til for å motivere ROP - pasienter til fysisk aktivitet.

Innledning

Etter å ha hatt liten plass innen psykisk helsearbeid og vært et tilbud preget av tilfeldigheter og manglende kontinuitet, har det i de senere årene blitt mer fokus på viktigheten av fysisk aktivitet (FA) innen psykisk helsearbeid (Berntsen et al., 2011, s. 79). Nyere forskning viser også til reduksjon i russug og bedret livskvalitet hos ruspasienter som over tid har benyttet seg av fysisk aktivitet (Giménez-Meseguer et al., 2020). Det er altså godt dokumentert at fysisk aktivitet er viktig for pasienter med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP). Samtidig er det begrenset med forskning rundt *hvordan* ROP- pasientene skal motiveres til å bli fysisk aktiv (Ashdown-Franks et al., 2018; Bort-Roig et al., 2020). Det finnes forskning på helsegevinsten av fysisk aktivitet, men ikke hva som skal til for at pasienten skal bli aktiv (Ashdown-Franks et al., 2018).

Pasienter med psykiske lidelser har en forventet kortere levealder enn andre, hvor en av hovedårsakene til dette er hjerte og– karsykdommer (Ringen et al., 2018). En pasient med en schizofrenidiagnose vil ha en forventet avkortet levealder på 15-20 år (Ringen et al., 2018). Sett i et psykososialt perspektiv er integreringen av fysisk aktivitet hos ROP- pasienter viktig for å skape et rusfritt nettverk. Det å finne seg en aktivitet der pasienten kan møte andre til faste tider og fylle hverdagen med noe positivt utenfor sitt gamle miljø er viktig for å klare å holde seg rusfrie (Dahl, 2019, s. 299). Altså å bruke treningen som en aktiv del av sitt ettervern etter endt behandlingsopphold.

Som vi ser i ovenstående avsnitt så er fysisk aktivitet viktig for ROP- pasientene. I mitt arbeid som fysioterapeut ved en døgnsinstitusjon for ROP, står motivasjonsarbeidet med fysisk aktivitet høyt oppe på agendaen. Både miljøpersonalet og aktivitetsavdelingen arbeider daglig med å oppfordre og utfordre pasientene til fysisk aktivitet. Institusjon legger derfor godt til rette for at pasientene i størst mulig grad skal kunne være fysisk aktive. Av erfaring er det likevel slik at en del pasienter mangler motivasjon til å komme i gang med fysisk aktivitet og det til tross for at mange opplever at det gjør dem godt. Valg av tema for denne masteroppgaven kommer som bakgrunn av en genuin undring over hva som skal til for å motivere ROP- pasienter til å bli fysisk aktive. Oppgaven vil forhåpentligvis hjelpe både meg og andre innen behandlerapparatet til ROP med hvordan pasientene kan motiveres til fysisk aktivitet.

Min egen faglige interesse for pasientgruppen kommer på bakgrunn av et ønske om å snakke med pasienter som er midt i et behandlingsopplegg. Pasienter som er godt i gang med et behandlingsopplegg vil av erfaring ha fått et eierskap til sin fysiske aktivitet og de vil mest sannsynlig ha fått informasjon om viktigheten av fysisk aktivitet (Gråwe, 2016, s. 134). De har tatt et valg om å stå i behandling. Informantene har hatt tid til å følge behandlingsopplegget og å se etter strategier for veien videre i livet (Johansen, 2021). Jeg anser derfor inneliggende pasienter som best egnet til å kunne fortelle hva som skal til for at de selv skal bli fysisk aktive. Eventuelt hva de selv har opplevd som gjør at de nå er fysisk aktive. Pasientene er også definert av henviser som en ROP- pasient og de blir dekket av Helse-Sør Øst som nettopp det. Etter et behandlingsopplegg er det vanskeligere å få tak i pasienter som definerer seg selv som ROP- pasienter, i alle den tid det er behandlerapparatet som er nødt til å definere de som det.[1]

Problemstilling

Denne masteroppgaven handler om hvordan ROP- pasienter kan motiveres til å bli fysisk aktive. Oppgaven har som mål å utforske hva pasienten selv mener skal til for å motiveres til fysisk aktivitet. Med ønske om en nyansert beskrivelse av temaet aktivitetsmotivasjons hos ROP- pasienter vil undersøkelsesmetoden være kvalitativ i form av semistrukturerte intervjuer (Jacobsen, 2005, s. 131). Problemstillingen er følgende:

Hva skal til for å motivere ROP - pasienter på en døgninstitusjon til økt fysisk aktivitet?

For å belyse problemstillingen kommer forskningsspørsmålene til å fokusere på:

1) Hva motiverer pasientene til å delta i fysisk aktivitet?
2) Hva kan være til hinder for pasientenes deltagelse i fysisk aktivitet?

Avgrensinger

Det har vært utfordrende å avgrense prosjektet fordi det i utgangspunktet er koblet til flere typer forskningsfelt innen både rus og psykiatri. Derfor vil studien ikke gå i dybden på

[1] Når det er mistanke om at en person har en ROP- lidelse, må det foretas en diagnostisk utredning av både ruslidelse og psykisk lidelse og sammenhengen mellom dem. Å stille en psykiatrisk diagnose forutsetter utdanning som lege eller psykolog, samt tilstrekkelig klinisk kompetanse innenfor psykiatri (Andersen, 2012).

litteratur om de forskjellige former for rus og psykiske lidelser som sådan, den vil i stedet ta for seg fysisk aktivitet koblet opp mot pasientgruppen. Det finnes i tillegg et stort utvalg av teorier for motivasjon. Dette prosjektet benytter de motivasjonsteoriene de som er mest omtalt i den litteraturen som omhandler motivasjon hos ROP- pasienter, og hva som gjør at noen klarer å opprettholde sin aktivitet hvor noen ikke gjør det. Funnene blir i hovedsak drøftet opp imot disse motivasjonsteoriene.

Informantene er hentet fra institusjoner på Østlandet. Bakgrunnen for å foreta intervjuer på Østlandet er av praktiske årsaker. Da jeg selv er bosatt på Østlandet ville det være lettere å oppsøke Informantene på de intuisjonene de tilhører. Restriksjoner knyttet til koronapandemien gjorde at to av intervjuene ble nødt til å utføres som videointervju. Videointervjuene viste seg å fungere bedre en antatt og søk etter deltagere kunne vært utvidet til hele landet og blitt gjennomført som videointervju.

Psykososial relevans

Psykososiale komorbiditeter er identifisert som en av de viktigste årsakene til tidlig død hos pasienter med ROP- lidelse (Stenbacka et al., 2010). Psykososialt er satt sammen av to begreper: *psyko* og *sosialt*. Tanken er at psyken og det sosiale har en gjensidig påvirkning i en antagelse om at mennesket indre liv påvirker det sosiale liv (Skærbæk et al., 2014, s. 13; Svalastog et al., 2019, s. 18). Svalastog et al. (2019, s. 18) skriver at behovet for å lære om psykososialt arbeid henger sammen med utfordringer mellom individ og samfunnet dette individet befinner seg i. Dette er kjernen i det jeg ønsker å finne ut av med mitt prosjekt. Nettopp hva som skal til for at ROP- pasienter skal bli fysisk aktive og hva som skal til for at de skal klare å opprettholde sin aktivitet når de engang skal ut i samfunnet etter sitt behandlingsopphold.

På Modum Bad ble det i 1989 utført en studie på 92 pasienter. I løpet av 8 uker fikk de fem timer fysisk aktivitet pr uke. Studien viste at de pasientene som fra tidligere i livet hadde bedrevet fysisk aktivitet hadde nå mindre sjans for tilbakefall til rus. Det samme gjaldt for pasienter med en unipolar depresjon[2] (Martinsen et al., 1989). Igjennom fysisk aktivitet kan

[2] Unipolar depresjon er det samme som depresjon (i motsetning til bipolar lidelse som har innslag av både depresjon og maniske perioder).

det virke som om pasienten står sterkere rustet til å møte samfunnet og opprettholde seg selv som en del av det. Svalastog et al. (2019, s. 19) skriver at det biopsykososiale faget bygges blant annet på medisinske studier og samfunnsfaglige studier. Kombinasjonen av de to studieretningene er selve essensen i det å arbeide med ROP- pasienter. Av erfaring er det viktig å kunne omfavne det samfunnsfaglige, altså pasientene som mennesker i behandling, samt balansere dette med pasientens fysiske utfordringer i kropp og sinn. Med disse innfallsvinklene inn mot pasienter med ROP så har jeg i denne oppgaven vært nødt til å benytte litteratur om både helse/individ og individ/samfunn og det aktive samspillet disse imellom. Opphavsmannen til konseptet biopsykososial medisin, Georg Engel, utaler i et intervju med «Tidsskrift for Den norske legeforening» at det (bio)psykososiale «…dreier seg om å forstå pasientens perspektiv, men også å sette pasienten i stand til å løse sine problemer, om mulig.» (Meland, 1997, s. 569). Dette er en psykososial forståelse som også kommer til utrykk i forskningen til Morten Nissen hvor han beskriver sin praksisforskning som har utgangspunkt i å møte verden i praksis, i forbindelse og samspill med hverandre (Nissen, 2014, s. 82).

Disposisjon av oppgaven

Innledningsvis har jeg presentert mitt formål med oppgaven og bakgrunn for valg av tema. I kapittel *Bakgrunn* redegjøres det for gjeldende teori omkring fysisk aktivitet, rus, psykiatri, hvilken innvirkning fysisk aktivitet har på samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, samt de motivasjonsteorier som benyttes for å skape interesse for fysisk aktivitet. I kapittelet *Vitenskapsteoretisk grunnlag* presenteres helse – og rammeforståelsen for oppgaven. Kapittelet *Metode* presenterer fremgangsmåten for undersøkelsen, litteratursøk, hvordan jeg kom i kontakt med informantene, etiske overveielser samt offentlige godkjennelser for studien. I kapittelet *Funn fra intervjuene* presenteres Informantenes utsagn. Kapittelet *Drøfting* diskuterer funnene opp imot litteratur presentert i avsnittet om *Vitenskapsteoretisk grunnlag.* Avslutningsvis er det en oppsummering av de viktigste resultater og funn.

Bakgrunn

Hvorfor fysisk aktivitet?

Fysisk aktivitet defineres av Folkehelseinstituttet (2017) som «kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå». Mennesket er skapt for bevegelse og vi tilpasser oss raskt regelmessig fysisk aktivitet (Henrikson & Sundberg, 2009, s. 8). Hippokrates oppfordret til bevegelse allerede 400 år før Kristus. Til tross for den oppfordringen er det moderne samfunnet de siste årene blitt mer tilrettelagt for en passiv livstil, hvor fysisk aktivitet er blitt en mangelvare og et aktivt valg hvert individ må ta (Bahr & Norge, 2009, s. 5; Larsen, 2009, s. 3). Fysisk aktivitet har et stort forebyggingspotensial og er ifølge Larsen (2009, s. 3) et av tilbudene som vil gi størst effekt på folkehelsen. Helsetjenesten er ironisk nok den tjenesten som er i kontakt med de av befolkningen som er mest inaktive (Larsen, 2009, s. 3). Det betyr også at helsetjenesten i landet er de som har størst mulighet for innvirkning på folks helse. Fysisk aktivitet har vist seg å kunne være en innfallsport til å endre livstil i form av bedret kosthold og kutte røyk (Larsen, 2009).

En studie fra 2008 viser at en til tre prosent av industrilands totale helseutgifter kommer av inaktivitet (Oldridge, 2008). I Sverige har forskere regnet seg frem til at kostnadene ved at befolkingen er fysisk inaktiv beløper seg på om lag 6 milliarder svenske kroner per år (Bolin & Lindgren, 2006). Tilsvarende er det undersøkt kostnadene i Danmark tilknyttet behandling av følgeplager på grunn inaktivitet, hvor prislappen er rundt 3,1 milliarder danske kroner (Sørensen, 2006). Den summen er utelukkende til behandling av plager som oppstår i kjølvannet av befolkningens inaktivitet. Det totale samfunnsøkonomiske kostnadstapet i Danmark er på 7,5 milliarder (Sørensen, 2006). Lignende studier på fysisk inaktivitet som en entitet er ikke gjort i Norge. Det som er undersøkt er kostnadene som følge av muskel - og skjelettlidelser og kostnaden påløpende lidelser ved mental helse. I Norge i 2016 var samfunnskostnaden knyttet til muskel – og skjelettsykdom på om lag 255 milliarder norske kroner (Skogli et al., 2019). Samfunnskostnadene ved psykiske lidelser var i 2015 estimert til 280 milliarder kroner (Sælensminde & Line, 2019).

Motiver for fysisk aktivitet

Gjestvang (2022) utførte nylig en Doctor of Philosophy (PhD) fra Norges Idrettshøyskole hvor det ble undersøkt hva som gjør at nye medlemmer ved treningssenter opprettholder trening og hvorfor noen slutter. Gjestvang (2022) undersøkte treningssvaner ved 25 forskjellige treningssentre i Oslo-området. Hensikten med studien var å finne hva som kjennetegner både de som klarer å opprettholde trening og de som slutter med treningen. I tillegg til hvilke faktorer som påvirker de til å trene. Totalt 250 mennesker deltok. Datainnsamling via spørreskjema ble gjort ved oppstart av trening og etter tre, seks og 12 måneders trening. Inklusjonskriterier var friske over 18 år, nye medlemmer med mindre en 60 minutters trening pr uke siste seks månedene. Ved oppstart og etter 12 måneder utførte halvparten av gruppen både fysiske tester og objektive målinger av fysisk aktivitet. Noe av det studien fant var motiver for oppstart av trening. De viktigste motivene for oppstart av trening var «positiv helse», «bedre fysisk form» og «bedre bevegelighet». Av de som falt fra i løpet av 12 måneder var mangel på tid en av årsakene til frafall. Blant de som fullførte stod mestringsfølelse og glede sterkt, samt sosial støtte fra familie og venner. Til videre forskning anbefaler Gjestvang (2022) blant annet at det undersøkes kvalitativt hva som ligger bak personers treningsatferd.

Historisk bakgrunn for fysisk aktivitet i psykisk helse

Generell fysisk aktivitet har i mange år vært et tegn på sunnhet i Norge. Allerede tidlig på 1920 tallet ble det utrykt bekymring for en tendens til stadig økende passivitet i befolkningen og hvordan dette «forkrøplet mangt et legeme» (*Idrætsboken*, 1922, s. 5). Videre ble idrett ansett som en måte å ikke bare bøte på passiviteten, men holde sinnet friskt.

> «Den virkelige idrætssaks bærende idé er at fostre mennesker med sunde nerver, rent blod og friske sanser; - mennesker som i idrættens verden kan være ærlige kamerater, greie konkurrenter og muntre venner, og som i livet utenfor kan være paalitelige og selvhjulpne personer med et friskt syn paa livet.» (Gulbranssen, 1923, s. 6)

Sitatet ovenfor er fra en serie bøker om idrett, utarbeidet av *Kristiania distriktslag for idræt* i 1922 og 1923. Sitat bærer i seg selve essensen av fysisk aktivitet slik de gamle grekerne forfektet det. Fokuset var idrett og forholdet mellom kropp og sjel (Borge, 2011, s. 20). Legekunstens far Hippokrates var opptatt av utøvelse av fysisk aktivitet for både fysisk og psykiske plager (Borge, 2011, s. 20). Fysisk aktivitet som behandling innen psykisk helse ble innført allerede på 1700 tallet i Paris (Borge, 2011, s. 25). Behandlingsopplegget bestod av at pasienten skulle ut i frisk luft, være underlagt militær disiplin og drive kroppslig anstrengelser (Borge, 2011, s. 25). I Norge ble fysisk aktivitet innen psykiatrien innført som behandling i form av gårdsarbeid på midten av 1800 tallet (Borge, 2011, s. 26). Den første fagboken for psykisk helse med fokus på fysisk aktivitet ble skrevet i 1960 (Borge, 2011, s. 27).

Effekten av fysisk aktivitet

I dette avsnittet presenteres helseeffekten av fysisk aktivitet på de vanligste hjerte – og karsykdommene, på kognitive evner og et avsnitt om hva som skjer når fysisk aktivitet skaper feil fokus og blir til noe negativt.

Hjerte - og karsykdommer

I en årrekke har hjerte - og karsykdommer vært den hyppigste dødsårsaken i Norge (Wisløff et al., 2008). Forebyggingen av hjerte- og karsykdommer er derfor mulig en av de viktigste effektene av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan bidra til å senke blodtrykket, potensielt hindre residiv av tidligere blodpropp og forebygge hjerteinfarkt (Pedersen & Saltin, 2015). Det har ingen betydning for hvordan type fysisk aktivitet som utføres for å senke blodtrykket, dog blir det koblet til en samtidig vektreduksjon hos den aktuelle personen (dersom personen det gjelder er å definere som overvektig[3]). Videre er opprettholdelse av jevnlig fysisk aktivitet viktig for å hindre at vekten øker igjen etter en vektreduksjon (Pedersen & Saltin, 2015). Viktig å nevne i denne sammenhengen er at en vektreduksjon skjer best ved en kombinasjon av fysisk aktivitet og kostholdsendring (Shaw et al., 2006).

[3] Overvektig: i denne studien benytter de BMI som utgangspunkt for overvekt. På norsk heter det kroppsmasseindeks (KMI). KMI er kroppsvekt i kg delt på høyde i meter ganget med seg selv. For eksempel 70 kg: (1,7meter x 1,7meter) = 70: 2,89 = 24,2. Som gir en KMI på 24,2. Normalvekt er KMI imellom 18,5 – 24,9. Overvekt er KMI fra 25,0 – 29,9. KMI fra 30 defineres som fedme.

Diabetes

For personer som er arvelig disponert til diabetes type 2 så er overvekt og inaktivitet utløsende faktorer for sykdommen (Diabetesforbundet, 2021). Diabetesforbundet (2021) setter fysisk aktivitet som en av de viktigste behandlingene for diabetes type 2 pasienter, ved siden av blant annet medisin og riktig kosthold. Mennesker med diabetes type 1 har ifølge Krolewski et al. (1987) en øket risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer. Det å være fysisk aktiv for pasienter med diabetes type 1 har vist seg kunne virke livsforlengende (Moy et al., 1993). I tillegg fører fysisk aktivitet til et redusert behov for insulin mens de er aktive på grunn av et økt glukoseopptak som øker virkningen av insulinet (Rabasa-Lhoret et al., 2001).

Hjertesvikt

Hjertesvikt er manglende evne for hjerte til å transportere nok blod rundt i kroppen. Det er enten manglende evne til å fylles, eller til å pumpe blodet ut (Istad et al., 2014). Fysisk aktivitet er en av de behandlingsformene for pasienter med kronisk hjertesvikt som koster minst med god dokumentert effekt og som bør tilbys til alle (Moholdt et al., 2009, s. 305, 307). For hjertesviktpasienten er det ifølge Moholdt et al. (2009, s. 308) utholdende trening den behandlingsformen som har best dokumentasjon og følgelig den mest anbefalte. Fysisk aktivitet hjelper til med å opprettholde hjertets pumpeevne (Istad et al., 2014). Moderat utholdenhetstrening hos hjertesvikt pasientene vil med stor sannsynlighet redusere antall reinnleggelser på sykehus (Belardinelli et al., 1999). Moderat trening forstås ifølge Istad et al. (2014) som «snakke tempo», altså at pasienten skal kunne snakke mens treningen pågår.

Kognitive evner

For barn er fysisk aktivitet viktig for utvikling av de kognitive evnene. En undersøkelse utført i Sverige fant en mulig kobling mellom økt fysisk aktivitet og forbedret læringsevne hos barn i 1. til 3. klasse (Bahr & Norge, 2009, s. 49). I en nylig studie fra Sverige, fant man at fysisk aktive barn opplevde mindre stress og hadde det generelt bedre (Folkhälsomyndigheten, 2021). Sammenheng mellom de kognitive evnene og fysisk aktivitet er også utforsket hos voksne (med et aldersspenn fra 60 til 90 år) i en studie som sammenlignet flere andre studier. Etnier J L et al. (1997) fant at hos voksne vil fysisk aktivitet til en viss grad forbedre de kognitive evnene.

Fysisk aktivitet med feil fokus

En studie av Bratland-Sanda et al. (2010) undersøkte inneliggende pasienter med spiseforstyrrelser på Modum Bad. Noe av det de undersøkte var hvilke motiver som lå til grunne for å trene. De undersøkte 59 pasienter som de sammenlignet med en kontrollgruppe på 53 pasienter. Snittalder for de 59 undersøkte var 30 år, mens kontrollgruppen var 31 år i snitt. Begge grupper var opptatt av å trene for å kontrollere vekten sin. Men for gruppen med spiseforstyrrelser så var følelsesregulering det viktigste. Altså at de trente for å dempe negative påvirkninger som angst, stress, ubehag og depressive tanker sier Bratland – Sanda i et intervju på nhi.no[4] (Lein, 2010). Videre fant studien at det å benytte trening som en følelsesregulator i utgangspunktet er positivt. Men dersom det er den eneste måten pasienten har å håndtere følelser på så er det viktig at de får hjelp til å kunne regulere det på andre måter. Slik at de kan få hjelp til å ta tak i problemer istedenfor å flykte fra de inn i treningen.

Effekt av fysisk aktivitet på psykiske lidelser

Under følger en beskrivelse av hvilken virking fysisk aktivitet har på de vanligste psykiske lidelsene som følger ved en ROP- lidelse.

Depresjon

Depresjon er en del av symptombilde i bipolar lidelse (se kapittelet «rus og samtidig psykisk lidelse (ROP) som diagnose»). Fysisk aktivitet har, sammen med redusert fattigdom, vist seg å mulig påvirke depresjon i positiv forstand. Det ble blant annet påvist igjennom levekårsundersøkelsene gjennomført av Nasjonalt Folkehelseinstitutt (Johansen et al., 2008). Levekårsundersøkelsen hadde som mål å undersøke hva som lå bak tallene som viste en reduksjon i psykiske plager blant nordmenn i tidsrommet 1998 til 2005. Undersøkelsen fant at befolkningen som helhet er blitt mer fysisk aktiv. Som igjen er en av to hovedfaktorer til redusert depresjon i befolkningen (hvor redusert fattigdom som nevnte er den andre). Funnene stemmer overens med internasjonale undersøkelser. I USA undersøkte Harris et al. (2006) en gruppe på 424 mennesker som alle hadde hatt depresjon. Informantene i studien ble fulgt opp etter 1år, 4 år og 10 år. De ønsket å se om fysisk aktivitet kunne bidra til å

[4] Nhi.no er Norsk Helseinformatikk sitt nettsted for opplysninger om sykdom og helse.

forebygge tilbakefall, noe det gjorde. Økt fysisk aktivitet førte til økt mestring i livshendelser som ellers ville ført til depressive tilbakefall. Studien konkluderer med at personer med depresjon bør oppfordres til økt fysisk aktivitet på grunn av den gode effekten uten bivirkninger.

En studie fra 2015 undersøkte hvordan metamfetamin- brukere responderte på fysisk aktivitet. Haglund et al. (2015) undersøkte 135 metamfetamin- brukere over åtte uker. Målet var å måle hvordan fysisk aktivitet påvirket Informantenes depresjonsnivå. Gruppen ble delt i to. Den ene fikk tilbud om 60 minutter med trening med instruktør tre ganger i uken. Treningen bestod av både aerobic og styrke trening. Den andre gruppen fikk tilbud om helse- undervisning i 60 minutter tre ganger i uken. Undervisningen inneholdt blant annet foredrag om søvn-hygiene, kosthold og strukturering av egen tid. En selvrapporteringstest ble brukt for å måle deltagernes depresjonsnivå før, under og etter de åtte ukene. Studien viste at de deltagerne som trente, viste størst reduksjon i depresjonssymptomer. I tillegg hadde de som deltok på flest treninger størst reduksjon i depresjonssymptomer.

Angst

Ströhle et al. (2010) sammenlignet personer med og uten panikkangst og fant at fysisk aktivitet hadde en forebyggende effekt på gruppen diagnostisert med panikkangst. Ströhle et al. (2005) fant at også personer som ikke har opplevd panikkangst tidligere kunne forebygge det ved hjelp fysisk aktivitet. Merom et al. (2008) fant at noe så enkelt som å gå en tur hjemme, i tillegg til kognitiv terapi, ble funnet å ha positiv effekt på angst symptomer.

Schizofreni

Det finnes få undersøkelser som viser at fysisk aktivitet kan forebygge utviklingen av schizofreni (Martinsen, 2011, s. 131). Likevel er det ifølge Acil et al. (2008) mulig å dempe symptomene når pasienten først har utviklet schizofreni. De undersøkte 30 pasienter, både døgnpasienter og polikliniske pasienter, som fikk et ti ukers treningsprogram. Gruppen ble delt i to, 15 trente og 15 var inaktive. De 15 som trente hadde mindre symptomtrykk en kontroll gruppen. Lignende ble funnet av Susan et al. (2009) som undersøkte en mindre gruppe (13 pasienter) over 12 uker med et treningsprogram. De fysisk aktive hadde jevnt over et mindre symptomtrykk enn kontrollgruppen.

Fysisk aktivitet som middel for å dempe russug.

En norsk studie fra 2021 undersøkte hvordan to forskjellige typer fysiske aktiviteter påvirket russug og humøret hos blandingsbrukere. Maren Mikkelsen et al. (2021) undersøkte 38 pasienter fra tre forskjellige behandlingsinstitusjoner for ruspasienter. De ble delt i tre grupper. En kontrollgruppe, og to grupper som utførte en 45 minutters økt bestående av enten fotball eller sirkeltrening. De gruppene som utførte trening, opplevde økten som «litt tøff» til «tøff». Graden av opplevet russug og humør ble målt for alle tre grupper rett før og rett etter. Samt en, to og fire timer etter økten. Studien viste at russuget kan dempes, og at humøret blir bedre, hos blandingsbrukere som enten utfører en sirkeltrening eller spiller fotball målt opp mot en kontrollgruppe. De konkluderer med at det å utføre en treningsøkt ved russug mulig kan bidra til å forhindre frafall fra rusbehandling på institusjon.

Hva er rus

Store norske leksikon beskriver rus som en tilstand av eufori og velvære (Bretteville-Jensen & Bachs, 2022). Eufori kan brukes for å beskrive en opprømt person med løftet sinnsstemning som virker lett og glad (Malt, 2019). Altså er ikke rus umiddelbart noe negativt. Derimot er et *rusmiddel* noe som kan gi negative konsekvenser. Kriteriet for at noe skal være et rusmiddel er at det gir en endring i brukerens sinnsstemning og atferd (Fekjær, 2016, s. 22).

Hva er et rusmiddel

Ofte tar det tid å lære seg til å like virkningene av et rusmiddel (Mørland & Waal, 2016, s. 17). For noen kan inntak av rusmiddel fullende livet og gi hverdagen det innholdet personen mener det skal ha (Mørland & Waal, 2016, s. 17). Ofte har det vært slik at når «stoffmisbrukere» tar i bruk et nytt stoff og blir ruset av det, da først blir det omtalt som et rusmiddel (Fekjær, 2016, s. 22). Med det mener psykiater og psykoterapiveileder Fekjær (2016, s. 105), at det er først når stoffer blir benyttet av rusbrukere eller av narkomane at stoffet blir ansett som et rusmiddel. For eksempel ble både opium og cannabis tidligere brukt som medisin (Fekjær, 2016, s. 105). Mens amfetamin ble brukt under andre verdenskrig av soldater og av «vanlige amerikanere» for å holde seg våken. Alle disse

preparatene er nå på § 4. narkotikalisten under forskrift om narkotika (narkotikaforskriften, 2013). For at noe skal betegnes som et rusmiddel så må det for brukeren gi et ønske om gjentatt bruk fordi bruken i seg selv er tiltrekkende (Mørland & Waal, 2016, s. 18). Dersom stoffet befinner seg på nevnte narkotikalisten så defineres det som narkotika. Bruk av stoffer nevnt på listen er illegalt. Noen av stoffene kan allikevel fås på resept, da er de til medisinsk bruk og følgelig lovlig i bruk for innehaver av resepten (Thommesen, 2012, s.106).

Hva er (rus)avhengighet

I Norge benyttes det internasjonale klassifiseringssystemet for diagnose, ICD 10 (International Statistical Classification of Disease and Health Related Problems). ICD 10 definerer avhengighet som:

> Spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi. Et typisk beskrivende kjennetegn ved avhengighetssyndromet er behovet (ofte sterkt eller uimotståelig) for psykoaktive stoffer som kan være medisinsk foreskrevet eller ikke. Det kan synes som om gjenopptak av substansbruken etter en avholdsperiode fører til raskere utvikling av andre symptomer ved syndromet enn tilfellet er for ikke-avhengige personer (Verdens helseorganisasjon 2021).

To norske sentrale skikkelser innen ruskompetanse, Jørg Mørland og Helge Waal, mente at denne definisjonen ga for liten forståelse for hva avhengighet betyr for hvert individ. De ønsket å fange dynamikken i avhengigheten og gi den en mer fenomenologisk beskrivelse:

> Rusmiddelavhengighet er handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer, sanksjoner og fordømmelse hvor aktøren etter nøye overveielser kan beslutte seg til å slutt, men så likevel ofte gjentar handlingen. Personen kan derfor fremtre ambivalent og upålitelig, men samtidig synes oppriktig fortvilet og maktesløs i sin situasjon. Kjernen er at et individ gjentatte ganger handler i strid med sitt eget beste, når alt tas i betraktning (Mørland & Waal, 2016, s. 20).

Det som går igjen i de begge beskrivelser av avhengighet er at det oppstår et kontrollproblem hos brukeren (Mørland & Waal, 2016, s. 20). I følge Bramness (2021, s. 5) har de fleste som prøver illegale rusmidler kontrollen og de gjør det kun noen få eller bare en gang. Allikevel så mister noen få kontroll og de får problemer med bruken (Bramness, 2021, s. 5). De som mister kontrollen gjør det, ifølge Bramness (2009, s. 22), fordi de får tilført hjernen noe naturen selv ikke kan tilby av stimuli og mening. Rusmiddelet tar over som det mest betydningsfulle i livet tross negative konsekvenser, og den får forrang foran alle basal behov (Bramness, 2009, s. 22).

Rus og samtidig psykisk lidelse (ROP) som diagnose

De psykiske lidelsene som oftest forekommer som samtidig rus- diagnose er bipolar lidelse og schizofreni (Andersen, 2012, s. 30; Kessler, 2004). De hyppigste brukte rusmidlene er cannabis, alkohol og beroligende og sentralstimulerende midler (Fløvig et al., 2009; Toftdahl et al., 2016). Den «typiske» ROP- pasienten er en ung, singel mann som røyker og har lavere utdannelse (Bonsack et al., 2006; Messer et al., 2017; Rush & Koegl, 2008). I de aller fleste tilfellene har pasienten opplevd symptomer på psykisk sykdom før han eksperimenterer med rusbruk (Kessler, 2004). Nordiske studier indikerer at den «typiske» ROP- pasienten har vært igjennom flere innleggelser for sin lidelse. Samt at pasienten potensielt kan være voldelig og ha både trekk av antisosiale - og adferdsproblemer som følge av sin dobbeltdiagnose (Andersen, 2012, s. 36; Rund, 2018).

Det er i Sverige funnet sammenheng mellom bruk av cannabis i ungdommen og senere utvikling av schizofreni (Andréasson et al., 1987). Det samme gjelder for psykosesymtomer. Bruk av cannabis hos unge voksne (18-21 år) gir større fare for psykoser senere i livet (Fergusson et al., 2003). Det er ikke påvist noen konkret sammenheng mellom hvilke stoffer som utløser hvilke symptomer hos pasientene. Likevel er det funnet at sentralstimulerende midler, som for eksempel kokain og amfetamin, kan hos schizofreni pasienter gi kortvarig økning i psykose symptomtrykket, så mange som 50-70 % vil oppleve dette dersom de allerede har aktive psykosesymptomer (Curran et al., 2004).

Når det gjelder behandling av ROP- pasienter er det i litteraturen sprik i hvor godt de lar seg rehabilitere. Det finnes studier som sier at de generelt er mer behandlingsresistente kontra

pasienter med kun en enkelt diagnose (Margolese et al., 2004). Den unge alderen gjør at det er anbefalt å starte intervensjonen tidlig for å forhindre at pasienten utvikler en samtidig rus - diagnose (Grant et al., 2009). En studie fra USA anbefaler at behandlingen gjøres som et forsøk i å hindre unge personer med psykiske sykdommer fra å bli rusbrukere, da det er mer effektivt kontra det å skulle rehabilitere en person som allerede er rusavhengig (Glantz et al., 2009).

En studie fra Trondheim i 2006 fant man at pasienter som ble innlagt ved en psykiatrisk akuttavdeling, hadde raskere tilfriskning og kortere opphold dersom de ble innlagt med en ruslidelse i tillegg til sin psykiske lidelse (Vaaler et al., 2006). En studie fra USA på pasienter innlagt på en akuttavdeling for schizofrenilidelse, fant at dersom pasienten hadde en samtidig ruslidelse så ble de raskere stabile (symptom lettelse) kontra pasientene uten en rus – komorbiditet (Ries et al., 2000).

Pasienter som er avhengige av flere enn en type rusmiddel (et blandingsbruk[5]) vil ofte ha høyere psykiske symptomtrykk en de som er avhengige av kun en type rusmiddel (Kandel et al., 2001). Symptomtrykket er aller størst hos de som benytter seg av illegale rusmidler (Kandel et al., 2001). Dersom pasienten i tillegg er avhengig av legale rusmidler (alkohol) vil det ifølge Kandel et al. (2001) kreve mer behandling med fokus på den psykiske lidelsen enn om pasienten kun hadde brukt legale midler.

Fysisk aktivitet hos ROP- pasienter

En norsk studie fra 2016 undersøkte den fysiske helsen til rusbrukere. Flemmen (2016) ønsket å undersøke styrke og utholdenhet til rusbrukere, i all den tid det finnes kunnskap om at gruppen har nedsatt fysisk helse, men ikke til hvilken grad. Studien fant at gruppen generelt har dårligere styrke og kondisjon enn den i normal populasjonen. Det positive er at studien fant at dette lot seg endre med målrettet trening i form av styrke og kondisjonstrening. Videre viser den at det ikke er rusbruken i seg selv som er opphav til redusert styrke og kondisjon, men den inaktive livstilen.

[5] Blandingsbruk: bruker flere typer rusmidler samtidig.

Som nevnt tidligere er schizofreni en av diagnosene som opptrer hyppigst i ROP. En rekke studier anbefaler pasientgruppen å bli mer aktiv og at dette implementeres i behandling av diagnosen (Heggelund, Nilsberg, et al., 2011). Heggelund, Hoff, et al. (2011) fant at menn med schizofreni har et generelt lavere Vo2[6] opptak enn normal populasjonen. Med lavt Vo2 opptak følger høyere sannsynlighet for å utvikle hjerte-kar sykdommer (Shigdel et al., 2019).

En studie gjennomført av Weinstock et al. (2008) fant at deltagelse i fysisk aktivitet ga lengre rusfrie perioder. Disse var målt opp mot en kontrollgruppe som også var ruspasienter, men ikke fysisk aktive. Disse funnene ligner på de Ermalinski et al. (1997) fant i sin studie av alkoholikere som fikk mindre russug av å være fysisk aktive tre ganger i uken i tillegg til å følge sitt normale behandlingsopplegg. Pasientene rapporterte økt rusmestring i forhold til kontrollgruppen som kun fulgte sitt vanlige behandlingsopplegg.

Motivasjonsteorier

Under følger en presentasjon av to motivasjonsteorier som er hyppig brukt innen livsstilsendring, samt en teori om hvorfor noen faller tilbake til sitt vanlige mønster etter å ha påbegynt en livsstilsendring.

Stadiemodellen

En populær tilnærming til endring av vaner er stadiemodellen, ofte omtalt som den transteoretiske modellen (Westre et al., 2009, s. 87). Modellen ble utviklet av forskerne Prochaska og DiClemente (Westre et al., 2009, s. 87). Den tar utgangspunkt i seks «endrings stadier» som opprinnelig ble brukt til å forske på mennesker som ønsket å slutte med røyk (Glantz et al., 2009). Stadiemodellen er et verktøy som hjelper pasienten igjennom en prosess i stedet for å se på livsstilsendringen som en «hendelse» som skjer på et gitt tidspunkt. De seks stadiene med føroverveielsesfasen, overveielsesfasen, forberedelsesfasen, handlingsfasen, vedlikeholdsfasen, avslutningsfasen brukes til å finne ut hvor langt pasienten er kommet i å endre en vane (Prochaska & Velicer, 1997). Formålet med de seks fasene er å hjelpe pasienten med å plassere seg selv der den er i forhold til

[6] Vo2 maks = maksimalt oksygenopptak.

egen motivasjon til å utføre en endring. Prochaska og Velicer (1997) beskriver fasene kort oppsummert på denne måten: *Føroverveielsesfasen* innebærer at pasienten ikke ser på seg selv som i behov av en endring. Det er ingen planlagt endring innenfor de neste 6 månedene. Derimot i *overveielsesfasen* er pasienten selvbevisst et behov for endring. I denne fasen er en mulig endring forestående innenfor de neste 6 måneder. I *forberedelsesfasen* er pasienten ikke i gang med å endre en vane, men det er nært forestående. I *handlingsfasen* er pasienten godt i gang med endring av vanen. Når pasienten har vært i gang med å endre en vane i mer enn 6 måneder er den i v*edlikeholdsfasen*. Dersom pasienten ender opp med å aldri ville tilbake til sin uvane, og samtidig er helt sikker på at den nye gode vanen opprettholdes, da er den i *avslutningsfasen.*

Motiverende intervju

En motivasjonsteori som ble introdusert i starten av 1980-tallet er motiverende intervju (MI). Motiverende intervju er utviklet av psykologene Stephen Rollnick og William Miller (Helsedirektoratet, 2017). MI ble opprinnelig utviklet for behandling av pasienter med alkohol misbruk i 1983 (Helsedirektoratet, 2017). Motiverende intervju defineres som: «En klientsentrert rådgiving der en i samarbeid mellom klient og rådgiver stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon» (Ivarsson, 2014, s.9). Motiverende intervju benytter seg delvis av ovennevnte stadiemodellen i sin tilnærming (Hoy et al., 2016). Fasene i stadiemodellen er nært beslektet og kompatibelt med motiverende intervju (Helsedirektoratet, 2017). Å ha bakgrunnskunnskap om stadiemodellen er derfor fordelaktig ved bruk av MI (Helsedirektoratet, 2017).

Motiverende intervju er et godt verktøy for å endre uønsket skadelig helseadferd (blant annet rusbruk) og å motivere til fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2017; Ivarsson & Prescott, 2015). Målet med MI er å få pasienten til å motivere seg selv til en endring. Terapeuten utforsker pasientens indre motivasjon og speiler pasientens endringssnakk. Det vil si å gjenta det pasienten kan ha uttalt av positivitet om veien mot en endring (Nymoen, 2020). Innen MI er det fokus på at terapeuten ikke skal innta en ovenfra og ned rolle, men at pasient og terapeut sammen lar pasienten finne veien til endring. For å komme til denne

endringen benytter motiverende intervju åpne spørsmål, refleksjoner og sammenfatning for å aktivere en endring.

Åpne spørsmål er formulert sånn at de ikke kan besvares med «ja» eller «nei». Tanken er at pasienten selv skal snakke. Spørsmålene innledes for eksempel med «hva», «hvordan» eller «hvor» (Ivarsson & Prescott, 2015, s. 106). Videre er det viktig at pasienten ikke føler seg anklaget og med det lukke samtalen. Et spørsmål innledet med «hvorfor» kan fort oppleves som anklagende (Ivarsson & Prescott, 2015, s. 106). Åpne spørsmål har til hensikt å få pasienten til å åpne opp om sine tanker, perspektiver og følelser (Rosdahl, 2018). Eksempel på et åpent spørsmål kan være: Hvordan har du det? I motsetning til et lukket spørsmål: Har du det bra? (Ivarsson, 2014, s. 15).

En studie fra 2010 undersøkte MI opp mot mer tradisjonell rådgiving. Det ble gjort sammenfatning av forskning igjennom 25 år som viste at MI var mer effektivt når det kom til å endre livstilsvaner (Lundahl et al., 2010). Helsedirektoratet anbefaler motiverende samtale som tilnærming til endring av skadelige vaner og til økt fysisk aktivitet i sitt pakkeforløp for psykisk helse og rus - brukere (Helsedirektoratet, 2019). Til tross for anbefalinger om implementering av MI som metode i behandlingshverdag til ROP – pasienter, har det vist seg at integrering av blant annet MI er krevende (Nymoen, 2020). Dersom motiverende intervju skal bli en integrert del av behandlingshverdagen så bør personalet få faglig veiledning over tid, av personer med MI kompetanse (Nymoen, 2020).

En viktig bidragsyter innen motiverende intervju, psykolog Barbro Holm Ivarsson, oppsummere MI på denne måten:

> Når man arbeider i en hage, vet man at man ikke kan påskynde veksten til en plante før den er moden for det. Man kan ikke tvinge en knopp til å springe raskt. Dersom vi hadde forsøkt å gjøre noe slikt, ville vi forårsaket skade. Det vi kan gjøre, er å være til stede og tålmodig gjødsle og forsiktig løsne jorden rundet og sørge for at lyset kommer til (Ivarsson, 2014, s. 5).

Regresjon til middelverdien.

Regresjon til middelverdien er et statistisk fenomen om avvikende observasjoner som over tid vil falle tilbake til «normalen», eller gjennomsnittet, uten påvirkning av ytre faktorer (Malt & Grønmo, 2021). Kahneman et al. (2013, s. 200) skriver at regresjonseffekten er en kilde til problemer innen forskning. Han skriver videre at en «regresjon mot middelverdien har en forklaring, men ikke en årsak» (Kahneman et al., 2013, s. 200). Dette viser Kahneman et al. (2013, s. 200) med et fiktivt eksempel ved at deprimerte barn som får drikke energidrikk blir bedre over en tremånedersperiode. Med det mener han at deprimerte barn vil i perioder være mindre deprimerte. Deprimerte barn er en ekstrem ytterlighet og vil fra tid til annen regredere til middelverdien, som i dette tilfelle er mindre depresjon. For en utenforstående kan det da se ut som om det er energidrikken som er årsak til mindre depresjon. Mens årsaken i virkeligheten er den naturlige svingningen mot middelverdien, altså barn uten depresjon (Kahneman et al., 2013, s. 200).

Innen rusforskning viser de fleste studier en reduksjon i bruk av rusmidler på kort sikt (6 måneder) men at brukeren faller tilbake til utgangspunktet på lang sikt (10 år) (Mørland & Waal, 2016, s. 86). Dette forklares ifølge Mørland og Waal (2016, s. 86) med «regresjon til middelverdien». Hvor middelverdien i dette tilfellet er bruken av rus.

Vitenskapsteoretisk grunnlag

Salutogenese

En rusavhengig med samtidig psykisk lidelse er i en tilstand av kroppslig og mental sykelighet (Mørland & Waal, 2016, s. 24). Men sykdommen skal ikke brukes til å frata pasienten ansvar for egen behandling (Mørland & Waal, 2016, s. 24). Sykdom i dette tilfellet kan forstås ut ifra et patogent perspektiv. Patogenesen setter søkelys på det syke og diagnostiserbare ved pasienten (Dahl, 2014, s. 115). I motsatt ende står Aaron Antonovsky sitt salutogene perspektivet. Antonovsky var en israelsk amerikansk sosiolog som utfordret det etablerte medisinske «frisk/syk» begrepet (Lønne, 2022). Antonovsky så på helse som et kontinuum hvor mennesker beveger seg på en skal fra mer grad av helse til mindre grad av helse (Dahl, 2014, s. 115). Antonovsky var opptatt av å fjerne sykdomsperspektivet. At helsepersonell heller skal se personene og deres aktuelle livssituasjon i kontekst, ikke sykdommen som en sykdom (Antonovsky, 2005, s. 29).

Denne studien tar utgangspunkt i deltagerens subjektive oppfatning av helse og lener seg derfor på det begrepet Antonovsky kalte Sense of coherence (SOC). På norsk oversatt til «en følelse (eller opplevelse) av sammenheng». Fritt oversatt til norsk defineres «følelsen av sammenheng» som:

> En global holdning som utrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende og varig men dynamisk tillit til att ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det finnes en høy grad av sannsynlighet for at ting kommer til å gå så bra som man kan forvente innenfor rimelighetens grenser (Antonovsky, 2005, s. 17).

Det betyr at en sterk «følelse av sammenheng» vil ifølge teorien om salutogenese gjøre personen bedre rustet og mer motivert til å håndtere forskjellige typer stressorer. Som for eksempel det å være i rusbehandling. Personen har tro på egne tilgjengelige ressurser til å skape økt mestring og helse.

Fenomenologisk forståelse

Fenomenologi betyr vitenskap om fenomener (Zahavi, 2003, s. 13). Skjervheim (1996, s. 173) skriver at fenomenologi er perspektiver fra flere forskjellige standpunkt. Altså hvordan

hvert individ oppfatter sin virkelighet. Fenomenologien kan bidra med en ramme til å definere den menneskelige eksistens og individets «væren - i - verden» (Zahavi, 2003, s. 7). Den kan brukes til å undersøke ROP- pasientenes forståelse av seg selv i behandlingen de er midt inne i. Fenomenologien kan brukes som et verktøy til å undersøke den sosiale virkelighet ROP- pasienten opplever og videre formes av og som den oppleves av de sosiale aktører rundt seg, i dette tilfelle behandler apparatet på stedet de er innlagt (Zahavi, 2003, s. 83). Kvalitativ forskning bruker fenomenologien til å beskrive verden slik den oppleves av informantene, som i denne oppgavens sitt tilfelle er ROP- pasientene (Kvale et al., 2015, s. 45).

Fenomenologi og kropp

Egil Martinsen bruker (2011) fenomenologi som en hypotese om virkningsmekanismer for bruken av fysisk aktivitet innen rus og psykiatri. «Ut i fra et fenomenologisk perspektiv sier vi ikke at vi har kropp, men snarere at vi er kropp» (Martinsen, 2011, s. 185). Fenomenologi som teoriforståelse for kropp og bevegelse blir også anbefalt av fysioterapeut Siri Moe. I en artikkel i fagbladet *Fysioterapeuten* skriver Moe (2009) at fysioterapeuter har godt av å utvide sitt teorigrunnlag omkring bevegelse og kropp. Det gjør hun gjennom å beskrive kroppsfenomenologen Merleau-Ponty sine betraktninger om kropp. For Merleau-Ponty er kroppen samtidig biologi og sosial og den preges av sine opplevelser og erfaringer (Moe, 2009). Intervjuene i denne studien søker nettopp det å forstå deltagernes oppfatninger av fysisk aktivitet igjennom erfaringer med bruk av kropp, både som sosialt samspill og som aktiv utfoldelse.

Hermeneutisk tilnærming

Hermeneutikk er fortolkning av teksters mening (Fjelland, 1999, s. 43). En hermeneutisk tilnærming til teksten etter intervjuene vil bli benyttet for å forsøke å romme hele meningen med informantenes uttalelser. Kvale et al. (2015, s. 238) beskriver dette som et formål til å sikre gyldige fortolkninger av teksten. Fjelland (1999, s. 44) sin anbefaling er å lese teksten raskt før man tar fatt på detaljene i innholdet. Altså først se helheten for å belyse tekstens nyanser og detaljer (Fjelland, 1999, s. 44). En mulig fallgruve ved en hermeneutisk

tilnærming, er faren for å tillegge uttalelser en bestemt mening som ikke samsvarer med det intervjuobjektet opprinnelig mente (Kvale et al., 2015, s. 244).

Det viktigste begrepet innen hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel (Smith et al., 2009, s. 27). Den er dynamikken imellom helhet og delene i en tekst (Smith et al., 2009, s. 28). For å forstå tekstens helhet må man forstå delene av den. For å forstå delene av den må man forstå helheten. Ved å se disse to som en dynamisk spiral kan man finne tekstens mening. På samme måte som jeg som forsker må se ROP - pasienten sin helhet for å forstå delene, og se delene for å forstå helheten. Dette vil både endre og utvide min forståelse av «delhet» og helhet.

Metode

Denne studien benytter kvalitative forskningsintervju for å søke dybde, forståelse og innsikt i hvordan informantene oppfatter sin motivasjon til fysisk aktivitet i en behandlingshverdag (Kvale et al., 2015, s. 45). Ved bruk av fenomenologiske tilnærming har studien som mål å la deltagerne beskrive så presis som mulig denne motivasjonen (Kvale et al., 2015, s. 44, 65).

Det kvalitative forskningsintervjuet benyttes ifølge Kvale et al. (2015, s. 18) der målet er å la intervjupersonene med egne ord dele sine opplevelser og meninger. «Gjennom samtaler lærer vi folk å kjenne, får vite noe om deres opplevelser, følelser, holdninger og den verden de lever i» (Kvale et al., 2015, s. 18). Forskningsintervjuet er således en samtale mellom en eller flere personer om et tema begge er opptatt av (Kvale et al., 2015, s. 22). Det å benytte intervju i forsking er å produsere kunnskap om det tema intervjuer og respondenten samtaler om (Kvale et al., 2015, s. 69). Kvale et al. (2015, s. 77) sier videre at «den resulterende kunnskapen er ikke bare noe som blir funnet, gravd frem eller gitt, men noe som skapes aktiv gjennom spørsmål og svar, og produktet skapes av intervjuer og intervjuperson i felleskap».

Litteratursøk

Da jeg bestemte meg for hva denne oppgaven skulle handle om, begynte jeg søk etter relevant litteratur. Prosessen med å finne litteratur har vært krevende og utfordrende. Men ikke minst har det vært spennende å gjøre et dypdykk i eget fagfelt. Jeg tok kontakt med personer som har skrevet om enten rus og fysisk aktivitet, psykisk helse og fysisk aktivitet eller ROP og fysisk aktivitet. Forfatter av boken «Kropp og Sinn» Egil W. Martinsen ga meg tips til artikler som burde leses. Jeg undersøkte også med en forsker som har gjennomført et prosjekt knyttet til min arbeidsplass for en del år siden. En viktig ingrediens i det studiet var MI og motivering til fysisk aktivitet. Jeg spurte denne forskeren om han kjente til ytterligere forsking på temaet, men det gjorde han ikke. Ikke ut over det som allerede var referert til i studien. Altså ingen ny kjent forskning på feltet. Av hensyn til anonymiteten til de som deltok i studien vil jeg ikke nevne verken navnet på forskeren eller studien. Det nevnes ingen stedsnavn i studien.

Både artikkelen om MI og motivering til fysisk aktivitet samt de artikler jeg fikk av Martinsen viste seg å være gode inngangsporter til relevant forskning på feltet. Via de referansene dukket det opp gode steder å søke og søkeord. Primært søkt jeg i PubMed og Google Scholar. I tillegg søkte jeg på HIOF Brage, NIH Brage, NTNU Open. Jeg benyttet connectedpapers.com for å finne relaterte artikler til gode artikler jeg allerede hadde funnet. Aktuelle søkeord på norsk var: treningsmotivasjon, livsstilsendring, fysisk aktivitet, motiverende intervju, stadiemodellen, motivasjonsteorier, ROP, samtidig rusbruk og psykiske lidelser, psykose.

Det var likevel det å fylle inn artikler i connectedpapers.com som ga best utbytte på videre lesing. To av artiklene jeg startet med å fylle inn i connectedpapers.com var blant de jeg fikk av Martinsen: «Learning through cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: A Qualitative study of interdisciplinary collaboration» og «Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis».

Veien til informanter

Arbeidet med å rekruttere informanter startet høsten 2021 i det prosjektet fikk godkjennelse fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Den opprinnelige planen var seks informanter av ulikt kjønn fra tre forskjellige behandlingsinstitusjoner. Med informantens egne fortellinger om hva som motiverer de til aktivitet, så var det ingenting i problemformuleringen som skulle tilsi et behov for at informantene kom fra forskjellige institusjoner. Målet med seks informanter fra forskjellige behandlingsinstitusjoner, var en differensiert beskrivelse av hva som har motivert de til aktivitet. Forskjellige steder har forskjellig praksis. Noe som betyr at hva som har motivert informanten til aktivitet kan variere fra institusjon til institusjon.

De aktuelle kandidatene

E-post ble sendt til fire forskjellige institusjoner på Østlandet. All kontakt informasjon lå tilgjengelig på helsenorge.no. E-postene inneholdt en kort beskrivelse av prosjektet, prosjektplanen, intervjuguiden og samtykkeerklæringen. Jeg fikk innledningsvis positive svar

fra alle fire institusjonene, men det var for mye rus blant pasienten ved den ene institusjonen til at jeg kunne komme. En institusjon hadde aktuelle kandidater, men den hørte ikke fra seg da det skulle avtales tidspunkt for gjennomføring av intervjuene. På de to andre institusjonene var det til sammen 5 kandidater som var villige til å stille til intervju. To av kandidatene rakk jeg å intervjue fysisk på deres respektive institusjon, før det ble enda en nedstengning av samfunnet som følge av korona pandemien. En av kandidatene trakk seg samme dag som intervjuet skulle foregå. På grunn av ny nedstenging av samfunnet mot slutten av året 2021 kunne jeg ikke intervju de siste to kandidatene fysisk. De to siste kandidatene ble intervjuet via Microsoft Teams[7]. Til slutt hadde jeg intervjuet fire deltagere som alle var i behandling og hadde vært det i minst seks måneder. Alle Informantene var kvinner. Ingen ble bedt om å oppgi alder. Det eneste kravet var at de skulle være over 18 år og myndige.

Analysemetode

Dette kapittelet beskriver hvilken metode som ble brukt til å analysere intervjumaterialet, og hvordan jeg gikk frem for å benytte meg av den aktuelle analysemetoden.

Interpretativ fenomenologisk analyse

Jeg valgte å benytte Interpretativ fenomenologisk analyse (IPA) for å analysere datamaterialet i denne studien. Interpretativ fenomenologisk analyse er en direkte oversettelse av det engelske: interpretativ phenomenological anlaysis (IPA). Min forkortelse av analyse metoden vil derfor være IPA. Interpretativ fenomenologisk analyse er en metode å betrakte datamaterialet på. Ved å benytte denne analyseformen i undersøkelsen kunne jeg som forsker opprettholde hvert enkelt intervjus autonomi, samtidig som jeg lette etter sammenhenger intervjuene imellom.

Som en novise til analyse av datamateriale anbefaler Smith et al. (2009, s. 81) at jeg som forsker følger de seks trinnene innen interpretativ fenomenologisk analyse. For best mulig flyt i analyse prosessenes er det anbefalt å jobbe seg igjennom alle de seks trinnene. Det er

[7] Teams som plattform for intervju var godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata.

ingen krav om å følge de seks trinnene slavisk, men heller benytte de som en veileder i analyse prosessen (Smith et al., 2009, s. 80). Som en førstegangsforsker var jeg likevel nødt til å følge de seks trinnene ganske strengt. Noe Smith et al. (2009, s. 81) også anbefaler. Planen var at dette skulle være en oppskrift som jeg fulgte i starten, men etter hvert følges slik det passer seg best for å få frem den verdien intervjuene besitter.

Innledningsvis fulgte jeg trinnene slavisk. Etter hvert klarte jeg å bevege meg mellom intervjuene. Slik kunne jeg se helheten i materialet samtidig som jeg hadde oversikt over hvert enkelt intervju og de nyanser som dukket opp. De seks trinnene slik jeg benyttet de på hvert intervju var som følger:

1. Les og les igjen

Før førstegangslesing av transkripsjonen hørte jeg igjennom hvert intervju minst engang for «å ha deltagerens stemme i hodet» under lesing og analysering. Dette sikret at deltageren har fokuset i analysen. Gjennomhøringen var et godt verktøy under analyse prosessen. Det dukket opp tanker og ideer underveis som ble notert i en idebok slik Smith et al. (2009, s.82) anbefaler. Ideboken var en god hjelp til å holde kontroll på tanker som dukket opp samtidig som jeg klarte å opprettholde hovedfokus på det aktuelle intervjuet. Etter gjennomhøring ble intervjuene lest to ganger før jeg begynte selve prosessen og beveget meg videre til trinn to.

2. Innledende notater

Målet var å skape et sett med detaljerte notater og kommentarer til sitater fra intervjuet. Smith et al. (2009, s. 83) råder her til å være var på hvordan teksten leses. Intervjuene ble lest nøye uten overfladisk tolkning. Overfladisk tolkning som leder til at jeg kun ser etter det jeg ønsker å få ut av teksten i motsetning til å høre på, og lese hva som faktisk blir fortalt. Jeg skrev ned hva Informantene sa, og hva jeg opplevde at de mente med det. I starten var det ganske konkrete tanker om hva de mente. Etter flere gjennomlesinger ble jeg bedre kjent med Informantene. Noe som førte til flere og bedre fortolkninger av hva de egentlig mente med det de sa. Sitater som skilte seg ut ble skrevet ned, og begrunnet med hvorfor de skilte seg ut.

3. Utvikling av temaer som skilte seg ut

I trinn tre var målet mitt å fange essenes i sitatene og kommentarene som ble utledet i trinn 2, for deretter å utlede temaer av disse. Smith et al. (2009, s. 92) er tydelig på at temaene vil ofte bli en blanding av hva informanten sa og det jeg som forsker opplever at de mener med utsagnet. Disse temaene ble notert i en kolonne ved siden av sitater og kommentarer fra trinn to.

4. Utforske koblinger mellom temaene

Her startet prosessen med å finne en sammenheng imellom de forskjellige temaene. Samtlige temaer ble skrevet ned på et ark og delt opp i lapper. Jeg arbeidet kun med et og et intervju av gangen. Det første intervjuet ble skrevet på hvite lapper. Deretter passet jeg på at hvert intervju hadde hver sin individuelle farge på arket som ble klippet opp i lapper. Da var det lettere å skille de fra hverandre i steg seks (se avsnittet om steg seks). Noen tema hadde en kobling i forhold til hva deltageren sa helt konkret. Andre tema hadde en kobling i hvordan jeg tolket innholdet i det som ble sagt. Det viktigste var å finne temaer med en relasjon til hverandre. Lappene ble stadig flyttet rundt for å oppnå nettopp dette. Noen fungerte som overordnede tema mens andre endte opp som undergrupper.

5. Gå videre til neste intervju

Da steg 1-4 var ferdig gikk jeg videre til neste intervju. De foregående trinnene ble repetert på hver av de resterende tre transkripsjonene, en og en for seg. I en interpretativt fenomenologisk analyse er det viktig å jobbe igjennom hvert enkelt intervju. Uten å se etter likheter og koblinger før de alle er ferdig analysert frem til og med trinn 4 (Smith et al., 2009, s. 100). Det viste seg å være nesten umulig. Derfor hadde jeg en notatbok liggende hvor jeg skrev opp det som dukket opp av tanker jeg hadde oppi mot de andre intervjuene.

6. Utforske mønstre på tvers av intervjuene

Dette trinnet handlet om å se etter sammenheng imellom tema fra de forskjellige intervjuene. Se etter hvordan tema fra et intervju kunne belyse et tema fra et annet intervju. I denne prosessen la jeg alle mine fargede lapper ut på gulvet for å se etter både sammenhenger, likheter og forskjeller imellom de fire intervjuene. Samtidig skrev jeg de temaene som passet sammen, og komplimenterte hverandre, inn i en oversiktstabell.

En vanlig fallgruve for en nybegynner innen IPA analyse er å være for deskriptiv i sin analyse (Smith et al., 2009, s. 103). Jeg opplevde likevel at jeg hadde god kontroll på hva Informantene sa, og hva de mente med det som ble sagt til tross for min IPA novise.

Etikk

I de følgende avsnittene vil jeg redegjøre for både mitt ståsted som fysioterapeut i studien og etiske overveielser i kvalitativ forskning. Det vil også bli redegjort for hvordan jeg kom i kontakt med informantene, hvordan deres intervjuer ble lagret og hvilke offentlige godkjennelser som ligger til grunn for oppgaven.

Mitt ståsted som fysioterapeut

Som fysioterapeut er jeg veldig pro fysisk aktivitet. Alle mine funn kommer ut av et ståsted om et ønske om økt fysisk aktivitet for alle. Disse funnene er å betegne som transdisiplinære i den grad jeg ikke kan beskrive mine informanter med meg selv som uavhengig observatør (Hertz, 2010, s. 76). Uavhengig i nøytral forstand, en som kun lytter til hva som blir sagt uten å være predisponert for en mening. Som en transdisiplinær fagperson vil resultatene mine være tett forbundet med min væren i verden ifølge psykolog Søren Hertz (2010, s. 78). Han skriver at et resultat vil være tett knyttet til den som foretar undersøkelsen (Hertz, 2010, s.78). I dette tilfellet meg som fysioterapeut. Når jeg tolker deltagerens utsag dithen jeg gjør, så er det fordi jeg ønsker å se en positivitet imot fysisk aktivitet. Jeg leter med lys og lupe etter noe jeg selv kan ta med meg inn i min egen arbeidshverdag. Da er det selvsagt at jeg har et ønske om at de pasientene jeg arbeider med og omgås også skal øke sin fysiske aktivitet, eller at jeg i det minste skal jeg så et frø om at de selv skal ønske seg å være fysisk aktive.

Forskningsetikk i kvalitativ forskning

I en kvalitativ studie med intervjuer er det behov for etiske overveielser rundt informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. Deltagerne skal informeres om formålet med studien, mulige risikoer ved deltagelse, samt eventuelle fordeler ved å delta i prosjektet (Kvale et al., 2015, s. 104). Deltagerne skal gis informasjon om hvem som har tilgang til

transkripsjonen. De skal også få vite hva som skjer med opptaket og transkripsjonen når prosjektet er ferdig (Kvale et al., 2015, s. 106). Deltagernes privatliv skal skjermes ved at ingen skal kunne kjenne igjen deltageren på deres utsagn med mindre de selv ønsker det (Kvale et al., 2015, s. 107). Et viktig etisk dilemma identifisert av Kvale et al. (2015, s. 106) er at konfidensialiteten som beskytter deltageren, ikke skal bli brukt av forskeren som et alibi for å «tolke deltakernes utsagn uten å bli motsagt». Forskeren må være nøye med å ikke lokke deltagerne til å gi ut mer informasjon enn de opprinnelig hadde tenkt før intervjuet startet (Kvale et al., 2015, s. 107).

Offentlige godkjennelser

Før intervjuprosessen startet, søkte jeg godkjennelse fra Norsk senter for forskingsdata (NSD) for gjennomføring av prosjektet. Både informasjonen og samtykkeerklæringen som ble sendt ut til Informantene ble forhåndsgodkjent av NSD. Intervjuguiden ble også forhåndsgodkjent av NSD. Godkjennelsen fra NSD fikk jeg først etter at prosjektet var vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK kom frem til at prosjektet ikke hadde behov for godkjennelse da det falt utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§ 2 og 4 bokstav a.

Lagring

Lydfiler og transkripsjoner ble lagret i Tjenester For Sensitive Data (TSD). TSD er et sikkert prosjektområde som tilfredsstiller lovens strenge krav til lagring av sensitive data (USIT, 2022). Intervjuene ble tatt opp på en båndopptager app («Diktafon») koblet rett til TSD. Lydfilene ble sendt til nettskjema på TSD, uten mulighet for avspilling via mobilen. Appen var kun en registrator for lyd, ikke en avspiller. Innlogging i TSD krevde identifisering med «Min-ID» (ID-porten).

Informasjon

Alle Informantene fikk informasjon om prosjektet både fra deres nærmeste leder på avdelingen og på et informasjonsskriv. Før intervjuet startet fikk deltageren på nytt muntlig

informasjon om prosjektet og kort hva spørsmålene kom til å handle om. Det ble sendt ut et skjema om samtykkeerklæring som Informantene fylte ut før intervjuene startet. Disse skjemaene ble oppbevart innlåst utilgjengelig for andre enn meg selv. Navnene ble kodet med en nøkkel og oppbevart separat fra samtykkeerklæringene. Det eneste som ble brukt av reel informasjon om deltageren i prosessen med å skrive oppgaven var kjønn, og at de er alle til behandling på en døgninstitusjon.

Anonymisering

Intervjuguiden inneholdt ingen spørsmål om alder, kjønn, hvor Informantene er fra eller hvor de bor. Den inneholdt heller ingen spørsmål om annen informasjon som skulle kunne gjøre deltageren identifiserbare for lesere av oppgaven. Det skal nevnes at Informantene selv kommer til å kjenne igjen egne uttalelser. I tillegg kan det være mulig for to av Informantene ved den ene institusjonen å kjenne igjen hverandre. Bakgrunnen til det er at de begge er pasienter ved samme avdeling. Hvilket gjør at enkelte begivenheter kan gjenkjennes av den ene eller en andre. I tillegg traff informantene hverandre i døra på vei inn og ut av rommet de satt ved gjennomføring av intervjuet. Det betyr at de begge vet at den andre ble intervjuet.

Under tre av intervjuene ble det nevnt stedsnavn som kan tilkjennegi hvor informantene enten er i behandling eller hvor de bor. Det ble ordrett skrevet ned under transkripsjonen. Stedsnavnene ble allikevel på ingen måte nevnt i oppgaven av hensyn til anonymiteten. Et av personalet som arbeider ved den ene institusjonen ble nevnt med navn. I likhet med stedsnavnene ble navnet på personalet skrevet ned under transkripsjonen, men ikke nevnt i oppgaven.

Lydfil og transkripsjonen blir beholdt lagret i TSD til prosjektet er ferdig. Området de er lagret i blir slettet av seg selv et år etter ferdigstilt oppgave. De kan manuelt slettes tidligere, hvilket de vil når prosjektet er ferdig og godkjent.

Funn fra intervjuene

I følgende kapitel vil jeg presentere funn fra analyseprosessen av datamaterialet.

Transkripsjonssymboler

… kort pause.

(…) utelatt tekst.

(personal) utfyllende tekst tilført av forfatter for lettere forståelse av kontekst.

Begrepsavklaring

En IPA benytter ordet «tema» om de forskjellige kategoriene forskeren kommer frem til. Det kan også oversettes til «kategori», et ord som nok er lettere å forstå på norsk. Men for å være tro mot metoden, og for enkelhetsskyld vil det gjennomgående bli brukt ordet: tema.

Innledning til kapittelet

Informantenes utsagn ble tolket etter hva de konkret sa, i tillegg til hvilken mening jeg oppfattet at de la i utsagnene. Avsnittene i dette kapitlet har navn etter de overordnede tema slik de ble identifisert under analyseprosessen på tvers av de fire intervjuene. Det er fwm hovedtemaer hvor de fleste har undergrupper. Undergruppene er hentet fra analyseprosessen til hvert intervju og satt inn i den overordnede helheten. Hvert avsnitt har en liten innledning hvor formålet er å beskrive min tolkning av det som ble sagt. Dette blir så styrket med Informantenes egne utsagn. Som nevnt tidligere er mitt ståsted som fysioterapeut meget pro- fysisk aktivitet. Min tolkning av Informantenes utsagn må lese derav. Ifølge Kvale et al. (2015, s. 244) trenger dette likevel ikke være en svakhet ved metoden. Samtidig som jeg er bevisst mine holdninger og verdier knyttet til fysisk aktivitet.

Verdien av fysisk aktivitet tidligere i livet

Fysisk aktivitet fra oppveksten

Informantene fikk spørsmål om de har vært fysisk aktive tidligere i livet. Både aktivitet som barn og ungdom eller som voksen, før innleggelse på institusjonen de er på nå. Alle deltageren hadde erfaring med en eller annen form for fysisk aktivitet tidligere i livet. De forteller alle om forskjellige aktiviteter de har holdt på med før de ble avhengig av rus. Enten på et aktivt nivå igjennom organisert idrett eller som en hobby uten ekstern organisator. Fysisk aktivitet igjennom oppveksten var et gjennomgående tema hos de alle. Det var den sammenhengen som dukket opp først, gitt min bakgrunn som fysioterapeut og forkjemper for fysisk aktivitet. En forsker med annen bakgrunn ville mulig identifisert andre sammenhenger først.

Denne relasjonen til tidligere livs fysiske aktivitet tolkes til å gi deltageren en base de kan forankre nåværende aktivitet i. De kan gjenoppta det de likte. Samtidig som det er mulig å unngå aktiviteter med visse type miljøer som en av de opplevde som uheldig. Fysisk aktivitet fra oppveksten ble derfor første undergruppe i hovedtemaet «Verdien av fysisk aktivitet tidligere i livet». Slik Gitte her forteller at hun er glad i å løpe. Løpingen er noe hun har med seg fra barndommen:

> (…) jeg har alltid tatt opp løpingen (…) det er fra min mamma jeg har det (…) helt fra jeg var liten så jeg at hun løp (…) det er ikke noe jeg har begynt med nå.

Gunn trener nå på treningssenter og liker godt styrketrening:

> (…) jeg syntes det er gøy å trene styrke.

Styrketrening er noe hun kjenner igjen fra håndball som hun spilte tidligere. På spørsmål om dette var noe hun hadde bedrevet før svarte Gunn dette:

> Ja! Da trente jeg, da trente vi på en måte styrke innad i håndballtreningen.

Mia var mer nøktern i sin beskrivelse av erfaring med fysisk aktivitet fra tidligere. Jeg spurte henne nøyere inn om dette. Det viste seg at hun til tross for sin unge alder hadde god

erfaring med flere typer organisert aktivitet. To av aktiviteten er noe hun har mulighet til å gjøre i behandlingen hun er i nå.

> Men jeg har aldri hatt veldig stor interesse for det. (…) Jeg har jo gått på ridning (…) jeg har også holdt på med styrketrening.

Mona på sin side har forsøkt å legge tidligere erfaringer bak seg da disse hadde et negativt fokus. På spørsmål om hvordan hennes fysisk aktivitet ser ut nå i dag kontra tidligere:

> Det er egentlig to veldig forskjellige verdener (…) Tidligere trente jeg veldig mye. Gikk på treningssenter.

Mona har mange års erfaring med å være aktiv, men er nå mest opptatt av fysisk aktivitet som rekreasjon i kontrast til hva hun var vant med fra tidligere.

> Nå trener jeg ikke. Nå er det bare turer. (…) Jeg prøver å ikke ha fokus på kropp da, for å si det sånn.

Tidligere positive opplevelser med fysisk aktivitet

Informantene ble spurt om å fortelle om en gang de tenkte fysisk aktivitet var virkelig bra. Som vi skal se i et annet avsnitt i kapitelet har alle deltageren god kunnskap om hva fysisk aktivitet gjør med kropp og psyken. Det tolkes som om dette kommer fra både egne erfaringer og tilegnet kunnskap igjennom behandlingen de er i. Noen av Informantene har med seg gode følelser og opplevelser med fysisk aktivitet fra tidligere i livet. De har opplevd hva det gjør med kroppen og den gode følelsen det gir.

Gitte har brukt sin løping for å dempe sin uro:

> Det er fordi jeg veit det har hjulpet meg før (…) og jeg veit jeg er blitt roligere av å trene.

Mona fikk oppfølgingsspørsmålet:

Du sier det at du vet det er bra å være fysisk aktiv. (…) Hvor har du det fra?

> Det har jeg mange plasser i fra på en måte. Men mest så altså så har jeg erfart det selv.

Kunnskap om og fokus på fysisk aktivitet som noe positivt

Dette temaet dukket opp etter at Informantene besvarte et spørsmål om hva som skal til for å delta i fysisk aktivitet. Kunnskap om og fokus på fysisk aktivitet som noe positivt står alene som et tema uten undergrupper. Kunnskap som et overordnet tema på tvers av alle fire deltagere skilte seg raskt ut i analyse prosessen. Informantene fortalte på hver sin måte hvordan kunnskap fra personalets side og for sin egen del påvirker deres deltagelse i fysisk aktivitet.

Ingen av Informantene hadde tid til å snakke med hverandre etter gjennomført intervju. To av deltageren ble intervjuet suksessivt og møtte hverandre i døren på vei inn/ut. De to andre Informantene var på forskjellige avdelinger (på samme behandlingsted) uten særlig kjennskap til hverandre. Det er likevel alle samstemte i at kunnskap om fysisk aktivitet er viktig. Noen av Informantene sier det rett ut mens andre har tydelig ønsker om kunnskap uten at det blir sagt eksplisitt. Som her hvor Gunn tydelig har lært at fysisk aktivitet er bra, men at det er vanskelig å omstille det i praksis.

> (…) på det verste, når jeg var deprimert så var det jo lett å tenke at kanskje hvis jeg går en tur kan det bli bedre. Det å komme seg ut og sånne ting. Men eh, jeg gjorde det ikke av den grunn.

Det oppleves som Informantene har et ønske om at personalet skal besitte kunnskap om fysisk aktivitet. Kunnskap som setter personalet i stand til å ta gode avgjørelser i forhold til hva pasienten trenger av oppbakking for å bli fysisk aktiv. Denne kunnskapen gjør at personalet prioriterer fysisk aktivitet fordi det er viktig i en tilfriskningsprosess. Gitte beskriver det godt hvordan det motsatte, altså passivitet, skaper passivitet:

> (…) jeg vet hvordan det er å ligge i senga også lissom. Eller å være veldig sliten (…) Jeg vet hvordan det er og. Men jeg orker ikke komme ditt. Å bli så passiv. (…) Jeg syntes

> det er vondt å være… Jeg syntes ikke det er noe hverdag å være så passiv … Jeg blir så tung, psykisk å alt. Jeg blir sááá ægh.

Mona kommer med nesten den samme uttalelsen om passivitet:

> Jeg veit jo. At det er bra å være i aktivitet. Sant. Og for alle ting. Det er jo, det er fort å sette seg ned. Da går det fort lissom at du ikke gidder noen ting.

For å kunne fortelle de gode effektene av fysisk aktivitet og å troverdig kunne motivere pasienter til å bli aktive så er det viktig med kunnskap. Kunnskapen må ligge i bunnen i personalets møte med pasienten. På lik linje med miljøterapi generelt. På spørsmål om et konkret tips til personalet for å motivere pasienter til deltagelse så sier Mia dette:

> Tror jeg hadde fortalt om det positive du kan få ut av treningen da. Både med kroppen din og med den psykiske helsa di. (…) For det var hvertfall det som fikk meg til å starte (med fysisk aktivitet).

Til meg som fysioterapeut kom Mia med dette tipset:

> Jeg tror at visst man fokuserer mer på hva det gjør med det psykiske … enn hva det kanskje gjør med det fysiske så tror jeg kanskje folk tar det lettere til seg, for de fleste vil ha en bra psykisk helse.

Med kunnskap om det positive med fysisk aktivitet kommer også evnene til å fremsnakke aktivitet. Gitte setter ord på det avslutningsvis i vår samtale hvor hun ble spurt om det var noe som var viktig for meg å vite:

> Det er jo det å fremme fysisk aktivitet eventuelt da, på en positiv måte.

Trygghet i kjent felleskap

Ved spørsmål om å gi et eksempel på en gang noen fikk Informantene med på fysisk aktivitet, i tillegg til hva som gjorde at de var fysisk aktiv sist så er alle fire er opptatt av

felleskapet. De bare forteller det på forskjellige måter. Det kommer godt frem at felleskapet gir en trygghet. Trygghet i kjent felleskap er derfor kodet som et hovedtema med tre undergrupper. De tre undergruppene har fått navnene «følelse av å bli satt pris på», «felles prosjekt» og «trygghet i personalet». Undergruppene beskriver Informantenes opplevelse av hva som skal til for å skape trygge rammer og økt deltagelse i fysisk aktivitet. Tryggheten kommer igjennom opplevelser med andre i samme situasjon. For noen fortrinnsvis på samme avdeling.

Her svarer Gunn på spørsmålet om hva som skal til for å få henne aktiv:

> Det er vel det å være positiv til det, og at de blir en felles morsom ting, eller en felles interesse da.

Gitte like best å trene sammen med andre:

> Nå er det mest meg som trener. Og da, det … er jo litt sånn, det er hyggelig når man er flere. Det å dra med hverandre. Det merker jeg med å løpe også. Jeg liker bedre å løpe sammen med noen. Før så likte jeg å løpe aleine, men man får mer motivasjon av å trene sammen da.

Mona vil helst unngå for mange ukjente. Hun finner trygghet i deltagelse med de på samme avdeling:

> For min del syntes jeg det er bedre om det ikke er så mange med. Nå har vi sånn her at av og til så er vi på tur med de andre avdelingene også. (…) Det er ikke antall folk i seg sjøl. Det er det at man ikke kjenner folka.

Følelsen av å bli satt pris på

Uten at det blir sagt eksplisitt av de fire deltageren så er fysisk aktivitet en arena for å bli del av et felleskap. De søker etter det å være en del av noe og noen. Pasienter finner sammen i de samme interesser og motiverer hverandre til deltagelse. På spørsmål om hvordan noen motiverte Mia til deltagelse en dag hun ikke hadde lyst svarer hun:

> Det er en jente har som maser litt. Eeh og da blir jeg jo med til slutt.

Mitt oppfølgingsspørsmål til Mia var: er det pasienter eller ansatte som maser? (…) er det reint mas som hjelper?

> Eh, ja. Visst du får høre litt sånn som ulempene visst du ikke gjør det. Som for eksempel du kommer til å angre etterpå visst du ikke har gjort det. Da er det jo veldig lett å slenge seg på.

Videre forteller Mia at det beste for å motivere de nye pasientene som kommer inn, er at de de følges opp av andre pasienter:

> (…)hvis det hadde kommet inn en ny (…) tror jeg at jeg hadde tilbudt meg å trene med hun, fordi det kan ofte være enklere i starten å trene med noen enn å trene alene.

Gunn setter ord på det som tolkes til at aktiviteten i seg selv ikke er det viktigste, men felleskapet det gir. Hvor vi igjen ser viktigheten av kunnskap om fysisk aktivitet både for personal og pasient. Kunnskap gjøre at personalet ikke så lett avfeier ønsket om fysisk aktivitet. Det er lett for et personal å tenke at det å gjøre noe aktivt kun er et gode som skal fylles inn imellom all «behandlingen». Uten å tenke at den er behandling i seg selv. Spørsmålet Gunn fikk var hva som skal til for å få henne aktiv:

> Det er vel det å være positiv til det da. At det er flere som er positive til det, at det blir en felles morsom ting, eller en felles interesse da.

Felles prosjekt

Felles prosjekt er en undergruppe hvor det blir tolket ut ifra stemningen og innlevelsen i samtalen at dette er viktig for deltageren i sin pasienthverdag. Det blir ikke ytret konkret, men det er lett å tolke det ditt hen at det er viktig for især Gunn. Hun beskriver ivrig situasjoner hvor hun og flere pasienter har oppmuntret hverandre til forskjellige typer fysisk aktivitet. Hvor de samarbeider om både innhold og gjennomføring. Hun nevner blant andre disse to eksemplene:

> Nei altså, på stedet (behandlingstedet) så er det jo vi, pasienten sammen da, som kanskje finner på en type trening eller, ja, går turer i nærområdet her.

> Da var det jeg og ei til som hadde sånn matte (akematte) og så trakk vi hverandre eller, for å trene både styrke og kondisjon da på en måte. (…) først over et jorde. Rett utafor her (..) så bytta vi på annenhver og så gikk vi opp en sånn liten skråning som er her.

Trygghet i personalet

En viktig del av et behandlingsopplegg er å lære pasienten å kjenne. Det være seg igjennom ulike skjemautfylling, formelle og uformelle samtaler, gjennom aktivitet og i grupper. Uansett hvordan dette gjøres så er det viktig å oppnå en god relasjon imellom pasient og personal. Da er det lettere å lage et opplegg i hverdagen som passer for både stedets timeplan og pasienten. For Gitte har særlig et personale vært viktig i forhold til å opprettholde løpingen.

> Det er personalet … som har sett det at jeg har noen … at det har vært noe som jeg har likt da … som vi, har hatt det sammen (…) og det er jeg veldig takknemlig for. For det er ikke så ofte man kommer, også er noen av personalet som har lyst til å løpe med deg. Det er sjeldent egentlig.

Det å bli godt kjent med pasientens behov og flette det inn i timeplanen har hjulpet Gitte ytterligere i sin behandling. Spørsmålet hun fikk var om hva som kan være til hinder for fysisk aktivitet:

> Jeg liker best å løpe på dagtid, eller tidligere da. Og da er det liksom timeplanen (…) også får jeg kanskje ikke lov av personalet fordi det er i behandlingstiden. Det er … Men det har jeg fått igjennom at jeg kan løpe en og en halvtime … fordi om det ikke er i behandlingstiden altså ikke etter halv fire.

Mona ordlegger tryggheten i personalet på en litt annen måte. Her er det tydelig at personalet må kjenne pasientgruppen godt. Da er det lettere for de å fange opp uønskede tendenser. Feil inngangsport til visse typer trening kan fort oppleves som negativt for noen pasienter:

> (…) noen ganger er det en gruppe hvor mange er interessert i trening. Mens andre ganger er det noen få … for min del spiller det ingen rolle (…) Men det ser jeg jo at det er mange som sliter med. At når det er mye folk og det er sånn kanskje veldig mye fokus på spesiell type trening, og det blir veldig sånn eh ja, eh det kan nok bli litt ubehagelig for noen tenker jeg. (…) med kroppspress og alt sånn mulig. Fordi noen som trener kan bli litt ekstreme. (…) hvis man da ikke er sånn type så er det ikke lett å stå der nede i treningsrommet. Har jeg hørt andre si da. (…) det er veldig avhengig av hvem som er her og benytter seg av det. Men jeg vet det er flere som har latt vær å benytte seg av det på grunn av det da.

Aktivitet med et mål

«Aktivitet med et mål» er et hovedtema basert på det spørsmålet Informantene fikk om å gi konkrete tips i forhold til deltagelse i fysisk aktivitet. De ble bedt om å tenke på hva personalet bør gjøre, eller hva andre medpasienter bør tenke på. Det ble avledet de to undergruppene «et mål for turen» og «sette seg mål for aktiviteten».

Et mål for turen

Fysisk aktivitet kommer i forskjellige former. De fire deltageren nevner tur som en av aktiviteten de liker. Flere av Informantene kunne tenkt seg mer tid til å gå tur. Dersom noe i timeplanen krasjer med tur så blir det fort lenge til neste mulighet på dagtid. Ønsket er derfor flere valgmulighet på tur. Det være seg både en vanlig gåtur, men også turer ut med et mål som for eksempel tenne bål når de kommer frem. Mona ble spurt om å fortelle om en gang hun tekte at det å gå tur var bra:

> Det er bra, å, ja … Spesielt hvis man drar på tur en hel dag da. (…) om man kommer til et sted og tenner bål og spiser og slapper av. Det er veldig bra … Da er det liksom hyggeligere da. Det er ikke bare å gå, det skjer noe annet også liksom.

Gitte nevner også tur som en viktig del av det å være fysisk aktiv:

> (…) fysisk aktivitet kan jo være det å bare gå en tur (…) går mye i skogen. Går mange kilometer.

Hun forteller videre at hun setter pris på de organiserte turene, men at det kunne vært flere av dem og det kunne vært av lengre varighet i både tid og rom.

> Det er eneste, jeg syntes jo det er for lite … det skulle jo egentlig vært mer tur da. Det syntes jeg (…) jeg har vært på andre behandlingsteder før (…) som da har vært på fjellturer til Galdhøpiggen, til Snøhetta og sånne ganske store toppturer. Det savner jeg her.

Sette seg mål for aktiviteten

To av Informantene har lært at det å sette seg et mål er bra for økt fysisk aktivitet. Det å sette seg mål er noe de kan bruke aktivt for å klare å motivere seg selv til deltagelse. Her ved Gunn som ble spurt både om å beskrive faktorer som motivere henne til fysisk aktivitet:

> Nei, da må det være noe spennende og morsomt eventuelt. Gjøre det interessant. Gjøre det gøy eller sette seg mål da.
>
> (…)Sette seg et mål, ha en plan (…) ha en plan er det som motiverer mest tror jeg. Og det å gjøre det sammen med noen.

I forlengelse av hvilke tips Mia ville gitt nye pasienter til å bli fysisk aktive anbefalte hun:

> Sette kortsiktige og realistiske mål, og ikke starte for hardt.

Timeplanen til hinder, og til hjelp

Timeplan til hinder

Gitte skulle ønske timeplanen var litt mer fleksibel. At det innimellom var rom for å ikke delta på fastsatte ting i timeplanen for å heller, i hennes tilfelle å løpe. Hun ønsker at personalet skal se viktigheten av hennes behov for fysisk aktivitet. At personalet forholder seg mer til hennes ønsker enn rigiditeten i timeplanen. Hun nevnte timeplanen tidligere i intervjuet (se «trygghet i personalet») og hun nevner den igjen da hun forklarte hvordan hun føler seg de gangen hun gjerne vil løpe, men ikke får lov.

> (…) så er det lissom noen av personalet som: nei jeg kan ikke løpe nå, nå er det, nå er det gruppe, nå er det et eller annet som ikke jeg er interessert i ... som står på timeplanen. Også vil jeg trene. Også sier de: nei du skal være med (…) og lissom … ikke latt meg få lov til å løpe da, gå ut.

> (…) Jeg blir deprimert. Jeg forstår ikke hvordan man kan hindre mennesker i å være fysisk aktive. Noe som er så bra for en (…) at man tar fra folk gleden da, med noe som … er fint da.

Gunn ønsker seg mer plass i timeplanen til fysisk aktivitet. Fordi selve innholdet i timeplanen kan være en faktor til mindre fysisk aktivitet fordi man som pasient blir sliten dersom det er for mye som skjer på en dag.

> Hvis man har veldig tett timeplan så blir man veldig sliten av den, og vil da kanskje miste motivasjonen til å trene. Hvis det er for mye opplegg og for mye planer og sånne ting … så vil det jo bli vanskelig og … ja.

Gunn har i likhet med Gitte opplevet at andre ting på timeplanen har satt en stopper for sin fysiske aktivitet. Det være seg en samtale som har trukket ut, eller andre ting på timeplanen som har tatt lengre tid. Følelsene hun sitter igjen med er negative:

> Man sitter jo igjen med en type litt skuffelse. Eller dårlig samvittighet da, for at man ikke rakk å trene når det var noe man hadde lyst til. Da er det litt sånn, ja. Det er jo kjedelig å bli satt stopper for, og så mister man litt motivasjon da.

Timeplan til hjelp

Timeplanen kan være et verktøy for å skape gode rutiner som hjelper pasientene til økt fysisk aktivitet. I timeplanen til Mia er det satt av to faste dager til fysisk aktivitet. Som vi så innledningsvis (i «fysisk aktivitet fra oppveksten») hevdet Mia at hun ikke hadde stor interesse for fysisk aktivitet før hun kom til behandlingstedet hun er på. Mia har igjennom timeplanen innarbeidet seg rutiner som gjør at hun nå har fått interesse for fysisk aktivitet. Hun ble spurt hva som gjorde at hun var fysisk aktiv sist:

> Eeh. Nei, det er jo en del av rutina mi da.

Mona er ærlig på det kun er henne selv som kan hindre deltagelse i aktivitet. Da hun ble spurt om nettopp hva som kan være til hinder for aktivitet, pekte hun på hodet sitt og sa:

> Jo, men da er det bare noe som skjer her inne. Det er ingenting som hindrer meg i det.

Allikevel vil Mona gjerne ha hjelp til å være mer i bevegelse. Forslaget hennes er å sette opp flere turer i timeplanen slik at det er nok å velge i om man som pasient enten blir hindret fra deltagelse, eller ikke orker å delta.

> Altså syntes jeg det er for lite turer (…) Jeg syntes man kunne ha sånne fellesturer hver dag, sånn at man hadde et tilbud hver dag om å gå en tur.

Oppsummering

Fire forskjellige deltagere med fire forskjellige bakgrunner, hvor alle har den tingen til felles at de er i behandling for rus. Dette gjør at de har vidt forskjellige innganger til både hva de har gjort og gjør av fysisk aktivitet, hva de vil med fysisk aktivitet og hva de tenker om fysisk aktivitet. Til tross for forskjellige alder, så er det likheter hos alle fire. De viktigste er et ønske om gjensidig respekt med personalet og hjelp til struktur for å holde seg fysisk aktiv. Respekt i form av å bli møtt på ønske om å kunne få tid til fysisk aktivitet dersom timeplanen setter en stopper for det. Men også at pasienten selv forstår at personalet er opptatt til tider, og det vil komme ganger da andre oppgaver og deler av behandlingen vil trumfe tiden til fysisk aktivitet. De har alle et ønske om å være aktive, men forskjellige måter å delta på. Inngangen til deltagelse er dog lik hos de fire. Personalet bør kjenne pasienten og vite hva de er opptatt av. Ha kunnskap om hvilke ønsker og mål for fysisk aktivitet pasienten har nå, men like viktig vite hva pasienten var opptatt av tidligere for å kunne bruke dette videre i behandling. Ikke nødvendigvis spille på det som et kort for deltagelse, men for å vite hva pasienten trenger og ikke trenger av oppmuntring. Noen har erfaring fra tidligere som de ikke ønsker å benytte seg av nå. Den informasjonen er viktig for personalet å vite når de skal hjelpe med å motivere pasienten til deltagelse.

Drøfting

Målet med denne undersøkelsen er å finne ut hva som skal til for å motivere ROP- pasienter til økt fysisk aktivitet. I dette kapitelet vil jeg drøfte resultatene opp mot teori presentert innledningsvis og hvordan dette best kan belyse de to forskningsspørsmålene:

1) Hva motiverer pasientene til å delta i fysisk aktivitet?
2) Hva kan være til hinder for pasientenes deltagelse i fysisk aktivitet?

Verdien av fysisk aktivitet tidligere i livet

Alle de fire informantene hadde hatt en eller annen befatning med fysisk aktivitet i barndommen. Sett opp imot motiverende intervju så er de alle klare for at det skal skje en endring. De både er innlagt på en ROP- avdeling av egen fri vilje og de er aktive i hverdagen. Informantene har altså en grunnforståelse av fysisk aktivitet og en opplevelse om trivsel knyttet til fysisk aktivitet. De har alle også et ønske om økt aktivitet i hverdagen. Den viljen til endring er selve «motoren» i motiverende intervju (Ivarsson, 2014, s. 29). De har et ønske om økt fysisk aktivitet til tross for at de befinner seg midt i et behandlingsforløp som ofte er ganske tøft å stå i[8]. De fire informantene har tatt et aktivt valg om å holde seg aktive mens de er i behandling. De er sin egen ekspert i hva de ønsker av fysisk aktivitet og tar ansvar for hvordan de lever i behandlinger. Helt i tråd med grunnprinsippene innen motiverende intervju. I motiverende intervju ønsker en fasilitator til å skape nettopp det ansvaret for eget problem (I dette tilfellet rusproblemet) (Ivarsson, 2014, s. 12). Med det har informantene funnet noe meningsfylt innen behandlingshverdagen. Dette kan kobles opp imot Antonovsky sin følelse av sammenheng, som av Dahl (2014, s. 119) identifiseres som en faktor koblet til meningsfullhet. Informantene har noe de kan engasjere seg som de kjenner igjen fra tidligere i livet. Det går nå inn og blir av betydning for veien videre (Dahl, 2014, s.119). Likevel skal vi i behandlerapparatet være noe varsom med å legge hele ansvaret for behandlingen over på pasienten selv. Ikke i den forstand at de bestemmer alt som skjer. Men det er ifølge Fugelli (1982, s. 79) viktig å unngå at de ender opp som sin egen

[8] I følge hovedorganisasjonen for rusfeltet avsluttet en av ti pasienter rusbehandling før tiden i 2018, såkalt drop-out. Fagrådet, R. h. (2019).

helsesmed. Med dette mener Fugelli at man ved å legge en for stor byrde på pasienten, så kan dette lede til en feilslutning om at sykdommen de befinner seg i er 100% selvforskyldt (Fugelli, 1982, s. 79). Måten Fugelli beskriver pasienten på bringer oss tilbake igjen til Antonovsky sitt tidligere omtalte helse kontinuum. Fugelli (1982, s.79) skriver om pasienter som er «fattige på helse». Med det mener han at pasientene beveger seg på en skala fra rik til fattig på helse, ikke enten frisk eller syk. En omtalelse av sykdom som passer godt med Antonovsky sin helseoppfattelse versus frisk/syk perspektivet. Fugelli (1982, s. 126) skriver videre om at voksenopplæring kan være en bedre forebygging av tidlig død, sykdom og uførhet en det tabletter og dietter er mot hjerteinfarkt. Uttalelsen kom etter en gjennomgang som på tidlig 80 tallet viser at lav utdanning og lav inntekt gir dårligere helse i Norge generelt, og i Finnmark spesielt (Fugelli, 1982, s. 124-125). De fire informantene i min studie, har alle bestemt seg for å videreføre sin interesse for fysisk aktivitet ved å lære seg nye former å være aktive på. Uten at de nødvendigvis tenker over selv at de har tatt et aktivt grep om sin egen voksenopplæring.

I Antonovsky sine undersøkelser fant han at de menneskene som hadde sterk følelse av sammenheng, hadde ting i livet de var spesielt opptatt av (Antonovsky, 2005, s. 45). Ting som hadde skjedd og som var av betydning for personen. Ikke konkrete hendelser i seg selv, men mer hva hendelsene inneholdt av betydning for dem (Antonovsky, 2005, s. 45,59). Det kan være med å forklare viktigheten av aktivitet tidligere i livet. At det er noe mine informanter identifiserer seg med og tar med videre i livet. En periode i livet som representerer gode minner som er med på å forsterke ønsket om være aktiv på det nåværende stadiet i livet.

I forhold til motiverende intervju, så kan de gode minnene være det som gjør at informantene opplever at fysiske aktivitet er et mer attraktiv alternativ enn inaktivitet (Holm Ivarsson et al., 2017, s. 34). De vet fra tidligere at gevinsten ved fysisk aktivitet potensielt kan være større enn det som eventuelt måtte oppleves som negativt (Holm Ivarsson et al., 2017, s. 34). De som har spilt lagspill husker samholdet. De som har drevet individuell aktivitet, har erfaring de drar nytte av om hvordan det er å stå i noe alene. De har gjort det før og vet at de kan klare det igjen (Holm Ivarsson et al., 2017, s. 34).

Bruken av kunnskap i behandling

Jeg opplevde at kunnskap var noe som Informantene ønsket at både de ansatte og dem selv var i besittelse av. I behandling av ROP- pasienter er det anbefalt, som ellers innen medisin, å benytte evidensbaserte behandlingsvalg (Mørland & Waal, 2016, s. 85). Målet er å sikre pasienten den behandlingen som har best effekt. Mørland og Waal (2016, s. 86) beskriver regresjon til middelverdien som en viktig faktor innen forsking på ruspasienter. Flere studier med forskning på ruspasienter, kan ha vist seg å ha godt utfall. Dette fordi pasienten er lagt inn til behandling etter en dårlig periode og derfor er klar for en endring. En positiv endring ville muligens ha kommet uansett om pasienten var til behandling eller ikke, altså «regresjon til middelverdien» som betyr tilbake til det vanlige. Likefullt er det anbefalt med evidensbasert kunnskap. Dette gjelder også evidensbasert kunnskap om fysisk aktivitet.

Den positive endringen som beskrevet med regresjon til middelverdien kan brukes i en motiverende samtalesetting med pasienten. Det er viktig å ikke bombardere pasienten med velvitende meninger om livsstilsendring. Altså unngå en ovenfra og ned holdning om informasjon om hvorfor pasientene bør bli fysisk aktive midt i en rusbehandling (Holm Ivarsson et al., 2017, s. 24). Likevel er det nå pasienten er klar for å endre noe i livet sitt. Fordi at pasienten som nevnt ofte er klar for endring ved inngang til behandling, så kan det være lurt å bruke den positive innstillingen ved å be pasienten beskrive sin egen situasjon slik den er nå. Målet med det er at pasienten selv skal kunne reflektere over egne vurderinger, og over hva som skal til for å skape en eventuell endring (Holm Ivarsson et al., 2017, s. 39). I en motiverende samtale er jobben til fasilitatoren, altså miljøpersonalet, å hente frem endringssnakk (Holm Ivarsson et al., 2017, s. 38). I dette tilfelle om økt fysisk aktivitet.

Thommesen (2012) har skrevet en bok om hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer. Der kommer hun med noen konkrete råd til hvordan behandlerappratet bør snakke med barn som er i kontakt med barnevernet. Disse rådene er utviklet etter at hun har intervjuet 17 personer som alle har hatt ROP- sykelighet. Hennes råd nummer to er som følger: «Snakk med barnet på et språk det kan forstå, og gi ham eller henne en begrunnelse for hvorfor hjelpetiltaket(ene) er viktige for dem.» Det rådet kan overføres til mine fire deltageres ønske om kunnskap. Dersom de ansatte besitter kunnskap om viktigheten av fysisk aktivitet, så er det lettere for de å implementere det i en hverdag på institusjon. Like

viktig er det at pasienten har god nok kunnskap om fysisk aktivitet. Da kan de lettere argumentere for hvorfor det er viktig i sin behandling. Å ta pasienter på alvor er ifølge Skjervheim (1996, s. 75) det samme som å ta dennes meninger til ettertanke.

Ved å besitte kunnskap om det positive med fysisk aktivitet vil det være lettere for miljøpersonalet å motivere til en endring, uten at det nødvendigvis må foregå som en motiverende samtalesesjon hver gang. Men det krever en positiv innstilling til nettopp økt fysisk aktivitet slik at dette kan smitte over på pasientene og det øvrige personale (Martinsen, 2011, s. 199). Uten en positiv innstilling vil det være vanskelig å kunne jobbe frem en endring hos pasientene. Det er ikke nødvendig med inngående kunnskap på linje med en hovedoppgave, men i det minste nok til å vite hva som ligger i selve begrepet fysisk aktivitet. Uten denne kunnskapen kan det være vanskelig å vise pasienten den respekten som er nødvendig for å gjennomføre et motiverende intervju (Ivarsson, 2014, s. 5).

I Antonovsky sin beskrivelse av mennesker med en sterk «sense of coherence» så skriver han at de har en tro på at et problem kan løses (Antonovsky, 2005, s. 188). Med det mener han utfordringer som kommer i livet. Alle fire Informantene i studien har tatt et aktivt valg ved å legge seg inn til behandling. Som Antonovsky skriver så har de «definert problemet og gjort noe med det» (Antonovsky, 2005, s. 188). Begge de institusjonene hvor Informantene er til behandling på, tilbyr fysisk aktivitet som en del av opplegget. Som en del av det å «definere problemet» og gjøre noe med det, så har de alle fire på en eller annen måte deltatt i opplegget som tilbys av institusjonene. De har, som Antonovsky (2005, s. 188). skriver, evnen til å forvandle kaos til et system og bringe klarhet i forvirring. Når man som pasient på en institusjon jobber med å bringe klarhet og system i eget liv, så er det ikke alltid det frister å skulle gjøre noe fysisk aktivt samtidig. Miljøpersonalet sin oppgave blir da å klare å lokke frem det positive ved fysisk aktivitet, ved at pasienten selv beskriver de positive tingene ved fysisk aktivitet (Ivarsson, 2014, s. 94). Det er dette som i motiverende samtale kalles for ambivalensutforskning (Ivarsson, 2014, s. 94).

Fellesskapet

Fellesskapet som en øvingsarena for ettervern

Til tross for at Informantene har ulike måter å fortelle det på, er de alle opptatt av viktigheten av et fellesskap i sin fysiske aktivitet. Skjervheim (1996, s. 139) skriver at «menneskelivet lever ikke seg selv, det må føres». Mine fire informanter ytret et ønske om fellesskap for å aktivt ta grep om behandlingshverdagen. I tråd med Skjervheim sin ytring om at livet må føres, så har de en plan for hvordan de kan føre seg selv videre med fysisk aktivitet. Jeg tolker det slik at pasientfelleskapet er en del av denne planen om hvordan de kan føre seg selv videre ved hjelp av fysisk aktivitet. Dersom denne planleggingen vært noe som hadde skjedd i forkant av deltagelse i fysisk aktivitet, så hadde det plassert alle Informantene i det som stadiemodellen kaller for forberedelsesfasen. Men alle Informantene er godt i gang med deltagelse i fysisk aktivitet, noe som plasserer de i handlingsfasen. Dette ønske om et fellesskap som bidrag til bibeholdelse av fysisk aktivitet kan Informantene ta med seg videre inn i vedlikeholdsfasen. De bruker sin felles interesse til å bygge et nettverk av andre med samme interesse.

Dahl (2019, s. 303) skriver om nettverksbygging som en del av reintegrering i samfunnet etter endt rusbehandling. Ved å dele en felles interesse så kan pasienter hjelpe hverandre etter endt behandling (Dahl, 2019, s. 303). De tar med seg felleskapet ut «i den virkelige verden» hvor de kan støtte hverandre dersom rusfriheten skulle utvikle seg til noe uhåndterlig igjen. Dahl (2019, s. 303) skriver videre om utfordringene med å skaffe seg et nytt og rusfritt nettverk. Det kan være vanskelig å lære seg nye ferdigheter som kan benyttes i møte med verden som rusfri. Et felles mål om fysisk aktivitet på institusjonen kan bidra til en håndfast kunnskap om hvordan møte mennesker i en aktiv setting. Pasienten kan benytte dette felleskapet som en øvingsarena, fordi en viktig del av ettervernet er å oppnå kontakt med nye mennesker og miljøer (Dahl, 2019, s. 302). Dersom man gjør dårlige valg av sosiale miljøer, vil man dette kunne bidra til gjentagelse av rusbruken (Mørland & Waal, 2016, s. 59). Antonovsky (2005, s. 187). skriver at mennesker med en sterk følelse av sammenheng velger en mestringsstrategi som best passer den situasjonen de er i. Felleskapet som oppstår ved samlet deltagelse i fysisk aktivitet, kan mulig være Informantenes ubeviste mestringsstrategi. En mestringsstrategi som driver de videre både i

behandlingen, deltagelse i fysisk aktivitet og som forberedelse til et liv på utsiden av institusjonen. Den blir både et verktøy i bruk på institusjonen samt en del av stadiemodellens forberedelsesfase til livet hjemme.

Fellesskapet kan bli et tveegget sverd tilbake i samfunnet etter hverdagen på institusjon. Album (1996, s. 14) skriver at «… en av sosilogiens viktigste sannheter» er at mennesker tilpasser seg hvem de er sammen med. Samt at deres syn på virkeligheten tilpasser seg alt etter hvem de er med. Album (1996, s.14) gjorde undersøkelser på samspillet mellom pasienter på et sykehus og deres væremåte overfor hverandre og de ansatte, hvor han observerte at stemmingen i rommet endret seg så snart en ansatt kom inn. Denne endringen kan mulig gjøre det vanskeligere for mine pasienter så snart de kommer ut i samfunnet. Dersom de benytter seg av felleskapet de formet seg på institusjonen kan det være vanskelig å tilpasse seg resten av samfunnet. Fordi at mennesker nettopp tilpasser seg hvem de er med og virkelighetsbildet tilpasser seg likedan (Album, 1996, s. 14). Sett fra et Antonovsky synspunkt så kan det likevel være akkurat det virkelighetsbilde som gir pasienten et verktøy for å unngå tap av helse (Kristoffersen, 2019, s. 142). Fordi det er en vei i livet de former selv. Mennesker som opplever at de er med å forme utgangspunktet for livet sitt vil oftere ha en sterk følelse av sammenheng (Antonovsky, 2005, s. 47).

Det nevnte samspillet mellom pasienter og miljøpersonale kan til tider kan være krevende og er en mulig fallgruve i et motiverende intervju. I samtalen er det viktig at fasilitator ikke kommer med råd eller forsøker å overtale pasienten (Holm Ivarsson et al., 2017, s. 17), men heller tilby pasienten hjelp til å finne den beste løsningen for seg selv (Holm Ivarsson et al., 2017, s. 16). Slik som når Gunn forteller at hun og en annen pasient dro hverandre på en akematte over et jorde. Ingen hadde fortalt de at de skulle gjøre akkurat det. Innholdet i aktiviteten var noe de hadde funnet på selv. Når det innen MI snakkes om å finne beste løsning for seg selv så er det ikke så konkret som dette eksempelet. Det er selvfølgelig beste løsning overordnet. Men dette konkrete eksempelet viser hvordan pasienten selv finner en løsning og får utfoldet sin kreativitet. Denne muligheten til å få lov til å utfolde seg kreativt er som tidligere beskrevet en viktig faktor for å unngå «underbelastning» ifølge Antonovsky. Muligheten til å selv bestemme innholdet i hverdagen er ivaretatt. Til tross for at Gunn og medpasienten befinner seg midt i det som i utgangspunktet er en stressende situasjon i livet (døgnbehandling på en ROP institusjon), så er det likevel deler av livet som kan bidra til

opprettholdelse av en sterk følelse av sammenheng ved at de er med på å bestemme innholdet i egen hverdag (Antonovsky, 2005, s. 58).

Engasjert personale

To av informantene ga utrykk for hvor viktig det er at personalet kjenner sine pasienter. Både pasientenes interesser individuelt, men også samspillet mellom pasientene. For Gitte var det spesielt en person av personalet som var viktig. Denne personen engasjerte seg i noe Gitte hadde en interesse for var på denne måten en støtte i behandlingshverdagen. Slik støtte i en tøff behandlingshverdag er nettopp det psykologen Llewelyn (1988) fant at pasienter ønsket. Hun ga behandlere som drev samtaleterapi og deres pasienter samme spørsmålskjema. Spørsmålene handlet om hva de trodde virket best i terapien. Totalt 399 konsultasjoner ble analysert. Terapeutene trodde det var viktig å gi pasienten innsikt og finne årsaken til sine problemer. Men for pasientene så var støtte i en tøff tid en av tingene de rapporterte som viktigst for dem. Støtte er en av nøkkelelementene innen motiverende samtale. Støtte i form av blant annet aksept, medfølelse og samarbeid. Gitte fikk sin støtte gjennom aksept og samarbeid med denne ene ansatte som så verdien i at hun trengte en støttespiller i form av en løpepartner. Antonovsky (2005, s. 167) skriver at et tilfeldig møte med et individ kan føre en person opp eller ned langs helse- kontinuumet. Den ansatte med samme interessen som Gitte blir i så måte et tilfeldig møte, i den grad det kan kalles tilfeldig da det er en ansatt på en institusjon Gitte selv har aktivt oppsøkt for å motta behandling. Men at Gitte og dette personalet skulle ha sammenfallene interesser er i og for seg tilfeldig. Antonovsky (2005, s. 167) sier videre at slike tilfeldige møter sjeldent er tilfeldige, de oppstår fordi det er blitt tatt et aktivt valg om å endre innhold i livet, slik Gitte har gjort ved å legge seg inn til døgnbehandling.

I en oppgave om fysisk aktivitet er det fristende å sitere en av vår tids største mestere innen det å støtte mennesker og gjør de gode: fotball legenden Nils Arne Eggen. Nils Arne er medforfatter av selvbiografien «Godfot-arven» om hans sønn Knut Thorbjørn Eggen, ført i pennen av Jens O. Simensen. I boken kommenterer Nils Arne hva som skal til for å skape trygghet hos barn: «Muligheter til å samtale med en eller flere voksenpersoner som barnet stoler på og kan stille alle typer spørsmål til» (Simensen et al., 2005, s. 39-40). Videre skriver Nils Arne om mestring innen barne- og ungdomspsykiatri sammen med Hilchen

Sommerschild som var spesialist innen nevnte fagretning. De kom frem til noen punkter hvorav det ene punktet treffer godt på deltager Gitte sin opplevelse av viktigheten av et engasjert personale. Eggen og Sommerschild skriver om dette ene punktet: «Vi leiter etter gode og helst sjølstimulerende utfordringsarenaer.» (Simensen et al., 2005, s. 53). Det ligger en Antonovsky ånd over Eggen og Sommerschild sitt punkt om selvstimulerende utfordringsarenaer. Punktene de formulerte er tiltenkt barn, men lar seg lett overføre til voksne i døgnbehandling, nemlig trygghet i et personal som ser viktigheten av utfordringer som stimulerer til fysisk aktivitet. Fra Antonovsky sitt ståsted så vil en slik stimulering være en form for salutogentisk måte å se de fire deltageren på i, form av at fysisk aktivitet er noe som mulig vil drive pasienten til en friskere del av helsekontinuumet (Antonovsky, 2005, s. 31).

Trygghet i personalet

Mona snakket om at det ikke alltid var positive opplevelser å hente i treningsrommet der hun var til behandling. Noen ganger kunne det bli for stort fokus på kropp i treningen. Man kan anta at hennes bekymring kan bunne i to ting. Enten bekymring for hva kroppspress kan føre til av sykdommer som for eksempel spisevegringer, eller at hun er bekymret for at de som føler kroppspresset benytter anabole steroider. For å starte med det siste først så er det rapportert at brukere av anabole steroider har et høyere forbruk av andre illegale stoffer enn gjennomsnittet i Norge (Sandøy, 2013, s. 5). Hvilket også betyr at det er en mulighet for at de pasienter som er til ROP- behandling også har benyttet seg av anabole steroider tidligere. Hos noen blir steroider brukt som et middel for å kvitte seg med en kropp preget av mange år med rusbruk (Bilgrei, 2013). Hvor de har et ønske om ikke nødvendigvis å bli en steroide bruker, men å benytte det som et ledd i veien tilbake til et «normalt» liv og utseende (Bilgrei, 2013). Det er forståelig at Mona kan frykte at noen av pasientene ikke har lagt sin rusbruk helt vekk. Særlig med tanke på at bruken av anabole steroider kan hos noen føre til økt aggressivitet og voldsbruk (Bilgrei, 2013).

Det Mona snakket om kroppspress som kan tolkes til å oppleve som ugreit er forandring av kropp også uten bruk av anabole steroider. Kvinner i Norge er i mindre grad tilbøyelig til å innta ulovlige stoffer for å endre utsende (Sandøy, 2013, s. 19). Men det er blant kvinner større andel med spiseforstyrrelser en menn (VillaSult, 2022a). Samtidig som rusbrukere har

større sjanse for å utvikle spiseforstyrrelser, så har personer med spiseforstyrrelser økt risiko for å utvikle et rusbruk (VillaSult, 2022b). Det er derfor viktig at miljøpersonalet kjenner pasient gruppen godt før de får lov til å holde på i et treningsrom sammen med andre pasienter. Veien til negativt kroppsfokus kan potensielt være meget kort. Og med det de farer som kan følge i kjølvannet av det som egentlig er noe positivt. Miljøpersonalet må derfor være oppmerksomme på miljøet i treningssalen. De må også tørre å snakke med pasientene om de opplever en bekymring mot noe lignende, for å unngå at noe kan trigge rusbruk på institusjonen. Men også for å unngå at noen ekskluderer seg selv på grunn av frykt for de to ovennevnte faktorer identifisert ut fra mine tolkninger av Mona sine uttalelser.

Å monitorer et miljø i en treningssal kan være vanskelig med tanke på å skulle skjerme for utvikling av spiseforstyrrelser. I 2002 fant en norsk studie at det å være fysisk aktiv ikke var en utløsende faktor for å utvikle spiseforstyrrelser (Augestad & Flanders). Altså kan ikke miljøpersonalet bruke økt treningsmengde som monitor i dette tilfellet. Personalet må kjenne sine pasienter for å se eventuelle faresignaler. Heldal (2021, s. 338) skriver at «terapeuten må … bygge tillit og allianse over tid» i sitt møte med pasienter på en institusjon med ruspasienter. Tillit og allianse over tid er en god måte for å drive frem endringssnakk hos mennesker ved bruk av motiverende samtale (Holm Ivarsson et al., 2017, s. 12). Som vi ser i Mona sitt tilfelle så er det vanskelig når hun ikke liker miljøet i treningssalen. Det Mona likevel har klart er å ha andre arenaer der hun bedriver fysisk aktivitet. Det kan bety at hun har en høy grad av følelse av sammenheng som følge av at hun får medbestemme eget innhold i behandlingen (Antonovsky, 2005, s. 45).

Målsetninger og innholdsfylt aktivitet

Tur med innhold

For både Gitte og Mona var turer med et bestemt mål noe de begge satte stor pris på. Enten slik Gitte kunne tenkt seg, med enda lengre turer enn det som var tilbudet der hun var til behandling. Eller slik Mona forklarte med et ønske om at det skulle skje noe i enden av turen, for eksempel å tenne bål. At ikke det kun var en gåtur for utelukkende å gå. At det å

gå tur for å tenne et bål kan være en god måte å introdusere friluftslivet på, både at det er sosialt og det kan kombineres med mat (Martinsen, 2011, s. 208).

I et tidsbegrenset behandlingsopplegg for ROP - pasienter, som døgninstitusjon ofte er, så er det viktig at pasienten får hjelp til å sette seg realistiske målsettinger (Norcross et al., 2011), noe både Gitte og Mona har ved at de ønsker seg mer ut av turen. Men i forhold til stadiemodellen så skal ikke pasienten skal skyndes igjennom de forskjellige fasene. Miljøpersonalet må kunne klare å veie for og imot om pasienten er klar for å utføre de ønskede endringene, eller om pasientens egne målsettinger blir for uoverkommelige. Eller behandlingsinstitusjonens målsettinger for pasienter blir for vanskelige, for den saks skyld.

Pasienten bør i stedet få klare, realistiske mål som kan oppnås. Liikevel er det viktig at de ansatte ikke forsøker å «tvinge» igjennom en endring, da det kan føre til at pasienten trekker seg unna (Norcross et al., 2011). Noe som gjør det vanskeligere å fremkalle en endring (Norcross et al., 2011). Det kan bety at der hvor både Mona og Gitte ønsker seg mere ut av turen, så ligger det en mulig fallgruve i andre enden. Ved å etterkomme ønske om for eksempel et bål som mål på tur, uten at pasienten egentlig er klar for at det skal skje noe mer en tur, kan føre til at de i dette tilfelle blir mindre aktive enn de allerede var. Grunnlaget for dette var noe Norcross fant i samarbeid med Procshaska og DiClemente i 2011. De gjorde en gjennomgang av en rekke studier som benyttet seg av stadiemodellen ved adferdsendring. Noe av det de fant, var nettopp at pasientene ikke alltid er klare for å bevege seg videre, selv om pasientene selv umiddelbart gir utrykk for det. Da er det viktig at de som skal hjelpe pasientene videre med sin endring kjenner vedkommende godt. Blant annet slike den ansatte som løper med Gitte. Noen som kanskje kjenner tegnene på hva som er nok, passe og hva som er for mye. I Gitte sitt tilfelle var hun klar på at hun ønsket større utfordringer fordi hun har prøvd det tidligere.

Gitte hadde vært til behandling et annet sted hvor de gikk lengre og mer fysisk krevende toppturer på fjellet. Hun beskriver at dette er noe hun savner. Hun liker godt de organiserte turene, men skulle ønske de var av lengre varighet. Likevel er turer slik hennes institusjon tilbyr noe av det som anbefales for å få pasientgruppen i aktivitet. Moe (2011, s.208) skriver at det er anbefalt med lystbetont aktivitet som koster lite og som foregår i nærmiljøet, for eksempel det å gå en tur. Et lavterskeltilbud som gir alle en mulighet til å delta uavhengig av fysisk form (Moe, 2011, s. 208). Det gir også en økt sjanse for mestring (Moe, 2011, s. 208).

Mestring er ofte en god inngangsport til motivasjon. Det å ikke mestre noe er i det minste en spire til dårlig motivasjon (Holm Ivarsson et al., 2017, s. 13). Innen motiverende intervju er det viktig å unngå å gi pasienten råd om endring eller å prøve å overtale. Men det at pasienten i stedet opplever mestring kan være noe som påskynder prosessen. Nettopp fordi det er det positive ved endringen som pasienten skal komme frem til selv (Holm Ivarsson et al., 2017, s. 34). I så måte har de organiserte turene virket godt for alle deltageren som nå ønsker at det skal skje noe mer på tur. Mona ønsket at det skulle tennes et bål i enden av turen og Gitte som ville gå lengre og mer krevende turer, med Mia og Gunn som fant på noe helt på egenhånd ved å dra hverandre på akematte. De har opplevd at de mestrer noe og vil utfordre seg ytterligere. Ytterligere utfordringer som kan gi de det som Antonovsky omtaler som erfaringer som øker følelsen av sammenheng (Antonovsky, 2005, s. 171).

Det skal nevnes at Antonovsky i forkant av sin omtale av erfaringer som øker følelsen av sammenheng, beskriver at det skal godt gjøres for en behandler å endre på en pasients sin følelse av sammenheng. Det være seg både negativt og positivt, men at det lar seg gjøre (Antonovsky, 2005, s. 168). At det lar seg gjøre ved for eksempel i situasjoner der behandler har en betydelig kontroll over pasientens liv, over lengre tid (Antonovsky, 2005, s. 171). Akkurat slik alle fire Informantene har det på institusjon. De legger sin tillitt til andre (miljøpersonalet og det øvrige apparatet på deres aktuelle steder) over betraktelig mange måneder.

Personlige målsetninger med aktiviteten

Både Mia og Gunn virket som om de hadde lært at det å sette seg et mål for aktiviteten var viktig for gjennomføringsevnen. Begge to nevner at det å ha en konkret plan og et en målsetning for sin aktivitet er viktig. Både kortsiktige og langsiktige planer. Gunn trenger en plan for å motivere seg selv. Mia ville tipset nye pasienter om å sette seg korte og langsiktige mål. Konkrete mål er helt i tråd med motiverende intervju. I den fasen hvor pasienten er klar for endring så må pasienten sammen med rådgiver konkretisere en plan for videre arbeid. Rådgiver og pasient skal sammen legge en plan for hvordan det langsiktige målet skal oppnås samt konkrete steg på veien for å nå målet (Ivarsson, 2014, s. 44). Alle delmål skal være realistiske og konkrete mål som bør kunne gjennomføres. Det er anbefalt med kun et og et delmål av gangen (Ivarsson, 2014, s. 44). Dersom pasienten klarer å

gjennomføre en endring, så er det viktig at miljøpersonalet støtter opp om den fysiske aktiviteten ved å være positiv innstilt til den (Ivarsson, 2014, s. 49).

Antonovsky (2005, s. 188) skriver at mennesker med en sterk følelse av sammenheng vil «fokusere på problemets instrumentelle parameterer og oppfatte det som en utfordring å finne de ressurser som kan mobiliseres for å møte problemet». Ved å lage seg korte og langsiktige planer holder Mia og Gunn fokus på oppgaven og finner de ressurser som skal til for å holde seg aktiv. De oppfatter det til og med så viktig at de vil anbefale andre å gjøre det samme for å bli fysisk aktive.

Timeplanen

Institusjonens overordnede timeplan og pasientenes individuelle timeplan har vi sett kan være både til hinder og til hjelp (se side 43). Gitte ønsket seg mer fleksibilitet i forhold til hva som stod på planen. Noen dager kunne hun tenkt seg å heller løpe en tur istedenfor å gå i gruppe. Det lot seg sjelden gjøre da det var personalet som sa at andre ting på timeplanen hadde forrang. Gunn på sin side ønsket seg generelt mer plass i timeplanen til aktivitet. For Mia var det de faste rammene i timeplanen som hjalp henne til å bli mer fysisk aktiv og få en rutine på aktivitet. Mona ønsket seg, i likhet med Gunn, mer plass i timeplanen til organisert fysisk aktivitet. Ved å se den organiserte timeplanen opp mot Antonovsky så kan det være Informantenes grad av følelse av sammenheng som kommer til utrykk. Antonovsky skriver at personer med en sterk følelse av sammenheng har tro på at et problem kan løses og vil søke å skape orden i et kaos (Antonovsky, 2005, s. 188). Det er kanskje nettopp derfor bruken av timeplanen er så viktig for Informantene. At de både bevisst og ubevisst benytter den for å skape orden i eget liv. Hvor derimot personer med en svak følelse av sammenheng vil gi opp uten å forsøke å gjøre noe med problemet som har oppstått (Antonovsky, 2005, s. 188). Timeplanen blir et verktøy for å skape orden, ikke kun rent tidsmessig, men også for å skape balanse i sinnet.

Oppsummering

Oppsummering

Hva skal til for at disse fire menneskene skal bli fysisk aktive og hva kan være til hinder?

Det kan se ut til at erfaringen med fysisk aktivitet fra barndommen skaper en base for videre deltagelse og hvilke ønsker de har for hvordan innholdet i aktiviteten skal se ut. Det gjelder både positive og negative. Negative erfaringer fra tidligere i livet gjør at de velger andre innfallsvinkler til det å være aktiv. På samme måte som gode erfaringer gir grobunn for hvordan de nå prioriterer innholdet og deltagelse. Enten at de gjenopptar tidligere aktiviteter, eller deler av innhold i tidligere aktiviteter og omformere det til sitt eget. De er klare for en endring i livet, noe de viser utelukkende ved å være frivillig i behandling og i tillegg delta i fysisk aktivitet.

Kunnskap og engasjement hos personalet og pasientene går igjen som en faktor for det å skulle delta i fysisk aktivitet. At personalet besitter kunnskap om hva som er positivt med fysisk aktivitet både for fysisk og mental helse, og at de klarer å formidle det til nye pasienter. Personalet må fremsnakke det å være fysisk aktiv. De må klare å formidle hvilke positive virkninger fysisk aktivitet har på den mentale helsen. Samtidig som personalet også må tørre å vise engasjement ved å delta sammen med pasientene. På den måten kan de sammen skape realistiske målsettinger og en tro på at de kan oppnås.

Aktiv bruk av målsettinger på både kort sikt og lang sikt kom frem som en viktig komponent i å skulle klare å opprettholde deltagelse i fysisk aktivitet. Det å ha konkrete og realistiske mål, kan virke motiverende for å videreføre en aktivitet og en aktiv livsstil. En annen bruk av «mål» kommer også frem som viktig. Nemlig det at en gåtur har et konkret mål, at det ikke skal være tur bare for turen sin skyld, men at turen ender et sted der det for eksempel tennes et bål.

Trygghet er en viktig komponent i det å skulle tørre å delta på en aktivitet eller det å drive det alene. Pasientene må være trygge på personalet. På samme måte som personalet må være trygge på pasientene og kjenne pasientenes ønsker, men også utfordringer knyttet til deltagelse. Det må også være en trygghet i felleskapet. At et felleskap gir mot til deltagelse og fungerer som en spire til innhold i aktiviteten.

En annen form for trygghet er et ønske om rom i behandlingen til å spontant være fysisk aktiv, uten at personalet skal sette hindring for det selv om timeplanene sier at akkurat nå skal det foregå noe helt annet. Det å oppleve at timeplanen setter hinder for å kunne være aktiv, sees på et som negativt. Videre er planlagte aktiviteter som utgår en negativ komponent. Dette kan skyldes mangel på personale til å gjennomføre en aktivitet eller at en samtale eller gruppe varer for lenge, som igjen gjør at den fysiske aktiviteten blir nedprioritert.

Forslag til videre forskning

Mine informanter var alle kvinner. Som vi kan se av side 14 så er den typisk ROP- pasienten en ung mann. Det kunne vært interessant og intervjuet fire menn og holdt deres uttalelser opp imot kvinnene sine. Kan det være andre ingredienser i en behandlingshverdag som skaper et ønske om fysisk aktivitet hos menn kontra kvinner. Kan det kanskje være noe av det samme som kvinnene, men med andre innfallsvinkler?

Videre ville det vært interessant å la andre med andre profesjoner enn fysioterapeuter høre og lese intervjuene, for å se hva de hadde fått ut av materiellet. Innen behandling av ROP - pasienter er det ofte både sykepleiere, sosionomer og vernepleiere som jobber i miljøet. Det kunne vært interessant å se om man med en annen fagbakgrunn hadde blitt opptatt av andre faktorer innenfor motivasjonsarbeidet enn hva jeg har gjort med min bakgrunn som fysioterapeut.

Et annet interessant aspekt å forske på ville være hva som motiverer pasienter i forskjellig alderssegment. Vil dette endre seg jo eldre pasienten blir? Det finnes institusjoner som kun behandler unge brukere. For de vil det kanskje være interessant å vite hva nettopp deres alderssegment anser som viktig.

Avsluttende ord

Ved å benytte ulike teorier og kunnskap jeg har tilegnet meg i løpet av arbeidet med både oppgaven og masterstudiet, så vil jeg ifølge Kahneman et al. (2013, s. 200) automatisk se etter årsakssammenhenger til Informantenes aktivitet. Årsaker basert på det som allerede

ligger lagret i min egen hukommelse. Dette til tross for at deltageren fult mulig er aktive på grunn av helt andre forklaringer. Til tross for dette gjenkjenner jeg innholdet i oppgaven i min egen arbeidshverdag.

I mitt arbeide som fysioterapeut ved en ROP- institusjon så har jeg daglige samtaler med pasienter. Dette er veldig ofte spontane samtaler som oppstår når alle andre pasienter har forlatt treningssalen, eller har gått av gårde fra aktiviteten som akkurat har pågått. I disse settingene starter pasientene samtaler på eget initiativ. Det er i disse samtalene jeg får snakket om hva de opplever som bra når det gjelder det å komme i gang med fysisk aktivitet. Og ikke minst hva de ser på som hinder for deltagelse. Det kan så klart ikke benyttes i en oppgave da det deles i all fortrolighet. Informasjonen de kommer med er likevel noe jeg tar med meg i møte med andre pasienter. Ulempen er at det ikke er kunnskapsbasert motivering i all den tid det er erfaringsbasert empiri tilegnet utenfor akademia. Uten at det er dokumentert noe sted er det i realiteten kun en form for autodidaksjon satt ut i praksis. Det kan ikke forsvares godt overfor en eventuell kontrollkommisjon[9] om det skulle komme klager på hvordan de ble motivert til fysisk aktivitet dersom det ikke er kunnskapsbasert. Allikevel er det en trygghet i at mye av det pasientene forteller stemmer overens med de fire Informantene har fortalt meg. Enda viktigere at det stemmer overens med det de fire deltagere fortalte meg holdt opp mot motiveringsstrategiene nevnt i teoriavsnittet.

[9] Kontrollkommisjonen: «skal sikre den enkeltes rettssikkerhet i møtet med det psykiske helsevernet. Kommisjonen kontrollerer tvangsvedtak, behandler klager og fører velferdskontroll.» Helsedirektoratet. (2022). *Kontrollkommisjonen i psykisk helsevern*. Helsedirektoratet. Hentet 22.06.2022 fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/kontrollkommisjonen-i-psykisk-helsevern

Referanser

Acil, A. A., Dogan, S. & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, *15*(10), 808-815. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01317.x

Album, D. (1996). *Nære fremmede : pasientkulturen i sykehus*. TANO.

Andersen, S. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Helsedirektoratet.

Andréasson, S., Allebeck, P., Engström, A. & Rydberg, U. (1987). Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, *2*(8574), 1483-1486. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(87)92620-1

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2. utg. utg.). Natur och Kultur.

Ashdown-Franks, G., Williams, J., Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F., Hubbard, K., Craig, T., Gaughran, F. & Stubbs, B. (2018). Is it possible for people with severe mental illness to sit less and move more? A systematic review of interventions to increase physical activity or reduce sedentary behaviour. *Schizophr Res*, *202*, 3-16. https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.058

Augestad, L. B. & Flanders, W. D. (2002). Eating disorder behavior in physically active Norwegian women. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *12*(4), 248-255. https://doi.org/https://doi.org/10.1034/j.1600-0838.2002.00390.x

Bahr, R. & Norge, H. (2009). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.

Belardinelli, R., Georgiou, D., Cianci, G. & Purcaro, A. (1999). Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. *Circulation*, *99*(9), 1173-1182. https://doi.org/10.1161/01.cir.99.9.1173

Berntsen, R. A., Moe, T., Martinsen, E. W. & Borge, L. (2011). *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi*. Fagbokforl.

Bilgrei, O. R. (2013). *Symbolske kropper - en kvalitativ studie av menn som bruker anabole steroider*.

Bolin, K. & Lindgren, B. (2006). FYSISK INAKTIVITET: produktionsbortfall och sjukvårdskostnader *(Friluftsorganisationer i samverkan (FRISAM)*. https://svensktfriluftsliv.se/wp-content/uploads/2012/12/Fysisk-inaktivitet.pdf

Bonsack, C., Camus, D., Kaufmann, N., Aubert, A. C., Besson, J., Baumann, P., Borgeat, F., Gillet, M. & Eap, C. B. (2006). Prevalence of substance use in a Swiss psychiatric hospital: interview reports and urine screening. *Addict Behav*, *31*(7), 1252-1258. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.08.008

Borge, L. (2011). Kropp og sjel i et filosofisk og kulturelt perspektiv. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (2.utg. utg.). Fagbokforlaget.

Bort-Roig, J., Briones-Buixassa, L., Felez-Nobrega, M., Guàrdia-Sancho, A., Sitjà-Rabert, M. & Puig-Ribera, A. (2020). Sedentary behaviour associations with health outcomes in people with severe mental illness: a systematic review. *Eur J Public Health*, *30*(1), 150-157. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz016

Bramness, J. G. (2009). Nevrobiologisk forståelse av rusmiddelproblemer. *Utposten nr.4*, 22-26. https://www.utposten.no/asset/2009/2009-04-22-26.pdf

Bramness, J. G. (2021). Innledende ord. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utgave. utg., s. 5-7). Gyldendal.

Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Rø, Ø., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A. & Martinsen, E. W. (2010). “I'm not physically active - I only go for walks”: Physical activity in patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(1), 88-92. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.20753

Bretteville-Jensen, A. L. & Bachs, L. (2022). rusmidler. I *Store medisinske leksikon*. Store norske leksikon. Hentet 24. april 2022 fra https://sml.snl.no/rusmidler

Curran, C., Byrappa, N. & McBride, A. (2004). Stimulant psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*, *185*, 196-204. https://doi.org/10.1192/bjp.185.3.196

Dahl, U. (2014). Et salutogent perspektiv. I E. Skærbæk, M. Nissen & A. Sjödahl (Red.), *Psykososialt arbeid : fortellinger, medvirkning og fellesskap* (s. 115-133). Gyldendal akademisk.

Dahl, U. P. (2019). Ettervern og reintegrering av rusavhengige. I A. L. Svalastog, N. J. Kristoffersen & H. S. Lile (Red.), *Psykososialt arbeid : kunnskap, verdier og samfunn* (s. 293-311). Gyldendal.

Diabetesforbundet. (2021). *Diabetes type 2, behandling.* . Diabetesforbundet. https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/

Ermalinski, R., Hanson, P. G., Lubin, B., Thornby, J. I. & Nahormek, P. A. (1997). Impact of a body-mind treatment component on alcoholic inpatients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, *35*(7), 39-45. https://doi.org/10.3928/0279-3695-19970701-23

Etnier J L, Salazar W, Landers D M, Petruzzello S J & Han M, N. P. (1997). The influence of physical fitness and exercise upon cognitive functioning: a meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19,249-277. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67031/

Fagrådet, R. h. (2019, 23.04.2019). *Hvorfor er drop-out så vanskelig?* Fagrådet - rusfeltets hovedorganisasjon. https://www.rusfeltet.no/nyhetsarkiv/hvorfor-er-drop-out-sa-vanskelig-article524-28.html

Fekjær, H. O. (2016). *Rus : bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (4. utg. utg.). Gyldendal akademisk.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Swain-Campbell, N. R. (2003). Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med*, *33*(1), 15-21. https://doi.org/10.1017/s0033291702006402

Fjelland, R. (1999). *Innføring i vitenskapsteori*. Universitetsforl.

Flemmen, G. (2016). *Clinical treatment of patients with substance use disorder: The role of physical health* [Doktorgradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU Open. Trondheim. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2404186

Fløvig, J. C., Vaaler, A. E. & Morken, G. (2009). Substance use at admission to an acute psychiatric department. *Nordic Journal of Psychiatry*, *63*(2), 113-119. https://doi.org/10.1080/08039480802294787

Folkehelseinstituttet. (2017). *Folkehelserapporten - Helsetilstanden i Norge*. https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/

Folkhälsomyndigheten. (2021). *Skolbarn som är fysiskt aktiva rapporterar bättre psykisk hälsa*. Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolbarn-som-ar-fysiskt-aktiva-rapporterar-battre-psykisk-halsa-/?

Fugelli, P. (1982). *Det medisinske klassesamfunn*. Universitetsforlaget.

Giménez-Meseguer, J., Tortosa-Martínez, J. & Cortell-Tormo, J. M. (2020). The Benefits of Physical Exercise on Mental Disorders and Quality of Life in Substance Use Disorders Patients. Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, *17*(10). https://doi.org/10.3390/ijerph17103680

Gjestvang, C. (2022). *Fitness clubs: A venue for public health?* [Doktorgrad, Norges idrettshøgskole]. Brage. https://nih.brage.unit.no/nih-xmlui/bitstream/handle/11250/2979992/Gjestvang%20C%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Glantz, M. D., Anthony, J. C., Berglund, P. A., Degenhardt, L., Dierker, L., Kalaydjian, A., Merikangas, K. R., Ruscio, A. M., Swendsen, J. & Kessler, R. C. (2009). Mental disorders as risk factors for later substance dependence: estimates of optimal prevention and treatment benefits. *Psychol Med*, *39*(8), 1365-1377. https://doi.org/10.1017/s0033291708004510

Grant, B. F., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Saha, T. D., Smith, S. M., Pulay, A. J., Pickering, R. P., Ruan, W. J. & Compton, W. M. (2009). Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood and anxiety disorders: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Mol Psychiatry*, *14*(11), 1051-1066. https://doi.org/10.1038/mp.2008.41

Gråwe, R. W. (2016). *Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse : kunnskapsbaserte behandlingstiltak innen rus- og avhengighetsmedisin*. Fagbokforl.

Gulbranssen, T. (1923). Idrættens ansvar. I K. V. Amundsen (Red.), *Idrætsboken* H. Aschehoug & co. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2012101507113

Haglund, M., Ang, A., Mooney, L., Gonzales, R., Chudzynski, J., Cooper, C. B., Dolezal, B. A., Gitlin, M. & Rawson, R. A. (2015). Predictors of depression outcomes among abstinent methamphetamine-dependent individuals exposed to an exercise intervention. *The American Journal on Addictions*, *24*(3), 246-251. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ajad.12175

Harris, A. H., Cronkite, R. & Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *J Affect Disord*, *93*(1-3), 79-85. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.013

Heggelund, J., Hoff, J., Helgerud, J., Nilsberg, G. E. & Morken, G. (2011). Reduced peak oxygen uptake and implications for cardiovascular health and quality of life in patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, *11*, 188. https://doi.org/10.1186/1471-244x-11-188

Heggelund, J., Nilsberg, G. E., Hoff, J., Morken, G. & Helgerud, J. (2011). Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia: a controlled trial. *Nord J Psychiatry*, *65*(4), 269-275. https://doi.org/10.3109/08039488.2011.560278

Heldal, A. (2021). Miljøterapi i rusbehandling IK. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utgave. utg., s. 336-350). Gyldendal.

Helsedirektoratet. (2017, 07.03.2017). *Motiverende intervju som metode*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode

Helsedirektoratet. (2019). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne#apiUrl

Helsedirektoratet. (2022). *Kontrollkommisjonen i psykisk helsevern*. Helsedirektoratet. Hentet 22.06.2022 fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/kontrollkommisjonen-i-psykisk-helsevern

Helseorganisasjon, Verdens. F1x.2 Avhengighetssyndrom. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseprobemer (10. utg.).* Direktoratet for e-helse. Hentet 27.04.2022 fra https://finnkode.ehelse.no/#icd10/1/0/0/2

Henrikson, J. & Sundberg, C. J. (2009). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.

Hertz, S. (2010). "There is a crack in everything, that's how the light gets in". I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnosticerede liv : sygdom uden grænser* (s. 75-94). Klim.

Holm Ivarsson, B., Hultqvist, H. L. & Gjestrud, G. (2017). *MI : motiverende samtaler : en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.

Hoy, J., Natarajan, A. & Petra, M. M. (2016). Motivational Interviewing and the Transtheoretical Model of Change: Under-Explored Resources for Suicide Intervention. *Community Mental Health Journal*, *52*(5), 559-567. https://doi.org/10.1007/s10597-016-9997-2

Idrætsboken. (1922). Aschehoug. https://doi.org/oai:nb.bibsys.no:999328211384702202

URN:NBN:no-nb_digibok_2006120601055

Istad, H., Elling, I. & Midthun, N. (2014, 13.03.2019). *Hjertesvikt*. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/hjertesvikt/

Ivarsson, B. H. (2014). *Motiverende Intervju: Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Gothia Fortbildning.

Ivarsson, B. H. & Prescott, P. (2015). Motiverende samtaler om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (3. utg., s. 103-116). Helsedirektoratet.

Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. utg.). Høyskoleforl.

Johansen, K. A. (2021). Et personlig essay om brukermedvirkning i rusbehandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utgave. utg., s. 50-62). Gyldendal.

Johansen, R., Sundet, J. M. & Rognerud, M. (2008). *Utvikling i psykisk helse : levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005* (Bd. 2008:4). Folkehelseinstituttet.

Kahneman, D., Lilleskjæret, E. & Nyquist, G. (2013). *Tenke, fort og langsomt*. Pax.

Kandel, D. B., Huang, F. Y. & Davies, M. (2001). Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug Alcohol Depend*, *64*(2), 233-241. https://doi.org/10.1016/s0376-8716(01)00126-0

Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*, *56*(10), 730-737. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.034

Kristoffersen, N. J. (2019). Livsstilsutfordringer og pedagogisk endringsarbeid. I A. L. Svalastog, N. J. Kristoffersen & H. S. Lile (Red.), *Psykososialt arbeid : kunnskap, verdier og samfunn*. Gyldendal.

Krolewski, A. S., Kosinski, E. J., Warram, J. H., Leland, O. S., Busick, E. J., Asmal, A. C., Rand, L. I., Christlieb, A. R., Bradley, R. F. & Kahn, C. R. (1987). Magnitude and determinants of coronary artery disease in juvenile-onset, insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Cardiol*, *59*(8), 750-755. https://doi.org/10.1016/0002-9149(87)91086-1

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Gyldendal akademisk.

Larsen, B.-I. (2009). Bakgrunn. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 3-4). Helsedirektoratet.

Lein, M. (2010). *Spiseforstyrrelser og trening*. Norsk Helseinformatikk. Hentet 28.04 fra https://nhi.no/psykisk-helse/psykisk-egenpleie/spiseforstyrrelser-og-trening/

Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, *27*(3), 223-237. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1988.tb00779.x

Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. R. & Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, *20*, 137 - 160.

Lønne, A. (2022). Aaron Antonovsky. I *Store norske leksikon*. Store norske leksikon. Hentet 26.06.2022 fra https://snl.no/Aaron_Antonovsky

Malt, U. (2019, 16.desember). eufori. I *Store norske leksikon*. Store norske leksikon. https://snl.no/eufori

Malt, U. & Grønmo, S. (2021). Regresjon - forskning. I *Store norske leksikon*. Hentet 20.07.2022 fra https://snl.no/regresjon_-_forskning

Maren Mikkelsen, E., Thomas, C., Sunniva Launes, J., Egil, W. M. & Mats, H. (2021). Effects of acute exercise on drug craving in adults with poly-substance use disorder. A randomized controlled trial. *Mental Health and Physical Activity*, *21*, 100423. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2021.100423

Margolese, H. C., Malchy, L., Negrete, J. C., Tempier, R. & Gill, K. (2004). Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res*, *67*(2-3), 157-166. https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00523-6

Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (2. utg. utg.). Fagbokforl.

Martinsen, E. W., Sandvik, L. & Kolbjørnsrud, O.-B. (1989). Aerobic exercise in the treatment of nonpsychotic mental disorders: An exploratory study. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, *43*(6), 521-529. https://doi.org/10.3109/08039488909103250

Meland, E. (1997, 09.02.1997). En inspirasjonskilde til humanisme i medisin *Tidskriftet den norske legeforening*, s. 569.

Merom, D., Phongsavan, P., Wagner, R., Chey, T., Marnane, C., Steel, Z., Silove, D. & Bauman, A. (2008). Promoting walking as an adjunct intervention to group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders--a pilot group randomized trial. *J Anxiety Disord*, *22*(6), 959-968. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.09.010

Messer, T., Lammers, G., Müller-Siecheneder, F., Schmidt, R. F. & Latifi, S. (2017). Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*, *253*, 338-350. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.067

Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fysioterapeuten*, (nr.4), 17-21. https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/544/5332/version/3/file/0409_Fagartikkel_420816.pdf

Moe, T. (2011). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E.W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (2. utg. utg. s. 197-215). Fagbokforl.

Moholdt, T., Støylen, A., Tyni-Lenné, Cider, Å., Schaufelberger, M. & Wisløff, U. (2009). Hjertesvikt. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.

Moy, C. S., Songer, T. J., LaPorte, R. E., Dorman, J. S., Kriska, A. M., Orchard, T. J., Becker, D. J. & Drash, A. L. (1993). Insulin-dependent diabetes mellitus, physical activity, and death. *Am J Epidemiol*, *137*(1), 74-81. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a116604

Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforl.

Narkotikaforskriften. (2013). *Forskrift om narkotika* (FOR-2013-02-14-199). Lovdata. https://lovdata.no/forskrift/2013-02-14-199

Nissen, M. (2014). Standarder og standpunkter i psykososialt arbeid. I E. Skærbæk, M. Nissen & A. Sjödahl (Red.), *Psykososialt arbeid : fortellinger, medvirkning og fellesskap* (s. 81-114). Gyldendal akademisk.

Norcross, J. C., Krebs, P. M. & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *J Clin Psychol*, *67*(2), 143-154. https://doi.org/10.1002/jclp.20758

Nymoen, H. N. (2020). Jakten på endringssnakket – hvordan integrere Motiverende intervju i klinisk praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, *17*(1), 37-46. https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-01-04 ER

Oldridge, N. B. (2008). Economic burden of physical inactivity: healthcare costs associated with cardiovascular disease. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, *15*(2), 130-139. https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3282f19d42

Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*, *25 Suppl 3*, 1-72. https://doi.org/10.1111/sms.12581

Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*, *12*(1), 38-48. https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38

Rabasa-Lhoret, R., Bourque, J., Ducros, F. & Chiasson, J. L. (2001). Guidelines for premeal insulin dose reduction for postprandial exercise of different intensities and durations in type 1 diabetic subjects treated intensively with a basal-bolus insulin regimen (ultralente-lispro). *Diabetes Care*, *24*(4), 625-630. https://doi.org/10.2337/diacare.24.4.625

Ries, R. K., Russo, J., Wingerson, D., Snowden, M., Comtois, K. A., Srebnik, D. & Roy-Byrne, P. (2000). Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders. *Psychiatr Serv*, *51*(2), 210-215. https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.2.210

Ringen, P. A., Falk, R. S., Antonsen, B., Faerden, A., Mamen, A., Rognli, E. B., Solberg, D. K., Martinsen, E. W. & Andreassen, O. A. (2018). Using motivational techniques to reduce cardiometabolic risk factors in long term psychiatric inpatients: a naturalistic interventional study. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 255. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1832-6

Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and cognitive Psychotherapy*, *23*(4), 325-334.

Rosdahl, G. (2018). Introduktion til Den Motiverende Samtale. *Den Motiverende Samtale*. http://www.denmotiverendesamtale.dk/wp-content/uploads/2018/09/Introduktion_til_Den_Motiverende_Samtale.pdf

Rund, B. R. (2018). A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, *72*(8), 561-571. https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1497199

Rush, B. & Koegl, C. J. (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *Can J Psychiatry*, *53*(12), 810-821. https://doi.org/10.1177/070674370805301207

Sandøy, T. A. (2013). Anabole steroider i Norge. En oversikt fra befolkningsundersøkelser.

Shaw, K., Gennat, H., O'Rourke, P. & Del Mar, C. (2006). Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*, (4), Cd003817. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003817.pub3

Shigdel, R., Dalen, H., Sui, X., Lavie, C. J., Wisløff, U. & Ernstsen, L. (2019). Cardiorespiratory Fitness and the Risk of First Acute Myocardial Infarction: The HUNT Study. *J Am Heart Assoc*, *8*(9), e010293. https://doi.org/10.1161/jaha.118.010293

Simensen, J. O., Eggen, K. T. & Eggen, N. A. (2005). *Godfot-arven*. Aschehoug.

Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays* ([Ny utg.]. utg.). Aschehoug.

Skogli, E., Theie, M. G., Stokke, O. M. & Lind, L. H. (2019). *Muskelskjelettsykdom i Norge: Rammer flest og Koster mest* (31/2019). MENON-PUBLIKASJON. https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-31-Rammer-flest-koster-mest.pdf

Skærbæk, E., Nissen, M. & Sjödahl, A. (2014). *Psykososialt arbeid : fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Gyldendal akademisk.

Smith, J. A., Larkin, M. & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research*. SAGE.

Stenbacka, M., Leifman, A. & Romelsjö, A. (2010). Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up. *Drug Alcohol Rev*, *29*(1), 21-27. https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00075.x

Ströhle, A., Feller, C., Onken, M., Godemann, F., Heinz, A. & Dimeo, F. (2005). The acute antipanic activity of aerobic exercise. *Am J Psychiatry*, *162*(12), 2376-2378. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2376

Ströhle, A., Stoy, M., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Gallinat, J., Lang, U. E., Dimeo, F. & Hellweg, R. (2010). Acute exercise ameliorates reduced brain-derived neurotrophic factor in patients with panic disorder. *Psychoneuroendocrinology*, *35*(3), 364-368. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.07.013

Susan, M., Beth, J. & Patricia, M. (2009). Feasibility and effects of a group-based resistance and aerobic exercise program for individuals with severe schizophrenia: A multidisciplinary approach. *Mental Health and Physical Activity*, *2*(1), 29-36. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2008.11.001

Svalastog, A. L., Kristoffersen, N. J. & Lile, H. S. (2019). *Psykososialt arbeid : kunnskap, verdier og samfunn*. Gyldendal.

Sælensminde, K. & Line, T. M. (2019). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/_/attachment/inline/761dd2be-6458-4baf-99c9-34d58a621aad:e3291994cf460a6d1c5174eab5f27b4165208afe/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf

Sørensen, J. J. K. B.-H. H. D. S. D. S. I. f. F. (2006). *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed. https://www.sst.dk/~/media/762BA0CB12714748810B93946E95730F.ashx

Thommesen, H. (2012). *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer*. Gyldendal akademisk.

Toftdahl, N. G., Nordentoft, M. & Hjorthøj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *51*(1), 129-140. https://doi.org/10.1007/s00127-015-1104-4

USIT, N. (2022). *Hva er TSD?* Universitetet i Oslo. Hentet 26.06.22 fra https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/

VillaSult. (2022a). *Forekomster (Spiseforstyrrelser)*. Villa Sult - Institutt for spiseforstyrrelser. https://spiseforstyrrelser.no/disorders/forekomster-2/

VillaSult. (2022b). *Spiseforstyrrelser og rus*. Villa Sult - Institutt for spiseforstyrrelser. https://spiseforstyrrelser.no/disorders/spiseforstyrrelser-rus/

Vaaler, A. E., Morken, G., Fløvig, J. C., Iversen, V. C. & Linaker, O. M. (2006). Substance abuse and recovery in a Psychiatric Intensive Care Unit. *Gen Hosp Psychiatry*, *28*(1), 65-70. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.08.009

Weinstock, J., Barry, D. & Petry, N. M. (2008). Exercise-related activities are associated with positive outcome in contingency management treatment for substance use disorders. *Addict Behav*, *33*(8), 1072-1075. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.03.011

Westre, A., Wahlgren, L., Wedman, I. & Ommundsen, Y. (2009). Å bli fysisk aktiv. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 84-102). Helsedirektoratet.

Wisløff, T., Kristiansen, I. S., Selmer, R. M., Halvorsen, S., Norheim, O. F., Nasjonalt kunnskapssenter for, h. & Sosial- og, h. (2008). *Kostnader og leveårsgevinster ved medikamentell primærforebygging av hjertekarsykdom* (Bd. 34-2008).

Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Roskilde Universitetsforlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: Vurdering NSD

Vurdering

Dato
04.11.2021

Type
Standard

Referansenummer
494711

Prosjekttittel
Hva motiverer til fysisk aktivitet hos pasienter med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse?

Behandlingsansvarlig institusjon
Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

Prosjektansvarlig
Göran Jutengren

Student
Morten Alexander Tokerud Bakke

Prosjektperiode
19.09.2021 - 01.05.2023

Kommentar
BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 17.09.2021, deres referanse 276712 (se under Tillatelser).

REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK.

VURDERING

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den xx.11.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

VURDERING AV BEHOV FOR DPIA

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger (helseopplysninger) om en sårbar gruppe (ROP pasienter), noe som kan utløse en plikt til å foreta personvernkonsenkvensvurdering (DPIA).

NSD har vurdert at det ikke var behov for å gjøre en DPIA jf. personvernforordningen art. 35 nr. 1 for dette prosjektet. Dette var basert på en helhetsvurdering der følgende momenter ble vektlagt:

- Rekruttering gjøres i samarbeid med døgninstitusjonene som sikrer samtykkekompetanse og frivillighet
- Eksklusjonskriterier er samtykkekompetanse og rusfri under intervjuet
- De registrerte samtykker til bruk av sine personopplysninger
- De registrerte får god informasjon om behandlingen av personopplysningene og sine rettigheter
- Opplysningene lagres trygt på Tjeneste for Sikker Datahåndtering (TSD)
- Få personer har tilgang til personopplysningene
- Behandlingen har kort varighet
- Det behandles få personopplysninger

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 01.05.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

1/2

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art.

6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf.

personvernforordningen art. 6 nr. 1 a, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker tilbehandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikkeviderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet medprosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

USIT ved bruk av Nettskjema og TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare

om behandlingen av personopplysningene er

avsluttet. Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Vurdering fra REK

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst B	Hanne Johansen Pekovic	22845501	17.09.2021	276712

Göran Jutengren

Prosjektsøknad: Hva motiverer til fysisk aktivitet hos pasienter med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse?
Søknadsnummer: 276712 Forskningsansvarlig institusjon: Høgskolen i Østfold

Prosjektsøknad vurderes som utenfor helseforskningslovens virkeområde

Søkers beskrivelse

Formålet med prosjektet er komme i kontakt med pasienter med samtidig rus og psykiske lidelser (ROP) for å undersøke hva de opplever som viktig for bli fysisk aktiv. Disse skal rekrutteres fra to forskjellige døgninstitusjoner for behandling av ROP i østlandsområdet. Utvalget vil bli selektert med gitte kriterier. Studien er kvalitativ og det vil bli gjort separate intervjuer av hver enkelt med en varighet på 45 - 60 minutter. Kvalitativ metode benyttes for å få pasientenes perspektiv på hva som skal til for at de skal bli fysisk aktive. Nytteverdien i prosjektet er å få et innblikk i hvordan ROP pasienter kan motiveres til å bli fysisk aktive, da det per dags dato finnes lite forskning på dette. Pasienter med psykiske lidelser har en forventet kortere levealder enn andre, opptil 15-20 år kortere. En av hovedårsakene til den avkortede levealderen er hjerte og - karsykdommer. Denne studien vil forhåpentligvis gi kunnskap om hvordan behandlerapparatet kan få ROP pasienten aktive slik at hjerte og -karsykdommer kan forebygges.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst B) i møtet 18.08.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningslovens § 10.

REKs vurdering
Formålet med prosjektet, slik komiteen forstår søknad og protokoll, er å undersøke hva pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse (ROP) opplever som viktig for å bli fysisk aktiv.

Det skal inkluderes 6 inneliggende pasienter på en døgninstitusjon for ROP. Disse skal være henvist til institusjonen for et konkret behandlingsopplegg for dobbel diagnose, og ha vært innlagt i 6 måneder eller mer. Deltakerne skal rekrutteres fra tre forskjellige døgninstitusjoner på Østlandet, og teamledere ved aktuelle avdelinger vil vurdere egnede kandidater.

Datamaterialet i prosjektet skal samles inn ved semi-strukturerte intervjuer, og intervjuguiden inneholder spørsmål som omhandler tanker rundt fysisk aktivitet, og hva deltaker opplever at kan fremme og/eller hindre lyst og evne til å være fysisk aktiv.

Etter komiteens vurdering faller prosjektet utenfor helseforskningslovens virkeområdet, da formålet er å skaffe kunnskap om pasienters motivasjon for fysisk aktivitet og behandling, og ikke fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom som sådan, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4 bokstav a.

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Komiteen gjør oppmerksom på at det faktum at et prosjekt blir vurdert av REK til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde ikke er til hinder for at resultater fra prosjektet kan publiseres.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§ 2 og 4 bokstav a. Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Vi gjør oppmerksom på at det må foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem Professor,
dr. med. leder REK sør-øst B

Hanne Johansen Pekovic
Rådgiver, REK sør-øst B

Kopi til:

Høgskolen i Østfold

Vedlegg 3: Informasjon og samtykkeerklæring

Informasjon og forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

«Hva motiverer til fysisk aktivitet hos pasienter med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse?»

Bakgrunn og formål med studien.

Forskningsprosjektet er en intervjustudie som handler om hva som skal til for å motivere pasienter som har samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) til å drive fysisk aktivitet. I forbindelse med min master oppgave ved høyskolen i Østfold, avd Fredrikstad ønsker jeg informanter til et intervju.

Formålet med intervjuet er å undersøke hva som har motivert ROP pasienter til å drive fysisk aktivitet. Du blir spurt om å delta som informant fordi du er pasient på en døgn-institusjon for ROP pasienter og dermed besitter nøyaktig den informasjonen jeg ønsker. Kort oppsummert vil du bli spurt om hva som skal til for at du vil delta på eller drive med fysisk aktivitet her på institusjonen. Du vil også bli spurt om hva som eventuelt gjør at du ikke deltar på fysisk aktivitet.

Hva innebærer deltagelsen for deg?

All informasjon om deg selv og hvilken institusjon du er på vil være konfidensielt, og det er kun jeg som vet at det er du som har svart. Alder vil være omtrentlig. Kjønn er det eneste som vil være oppgitt. Det vil ikke være mulig for andre å gjenkjenne deg. Du vil bli intervjuet og det blir tatt lydopptak av samtalen, og jeg vil ta notater underveis. Lydopptaket vil bli transkribert (skrevet ned) og du vil få mulighet til å lese igjennom og komme med tilbakemelding på teksten.

Korona situasjonen må ses an og du vil bli enten intervjuet på zoom eller «ansikt til ansikt» på institusjonen. Dersom det blir zoom så er det også mulig ta det på telefon dersom video intervju oppleves som ubehagelig. Selve intervjuet vil ta ca en time, mulig noe kortere. En klokke vil bli satt på for å forsikre at det ikke blir lengre en enn time. Du kan når som helst avbryte intervjuet om du skulle ha behov for det.

Frivillig deltagelse.

Deltagelse i prosjektet er 100% frivillig. Du kan når som helst trekke ditt samtykke til deltagelse uten videre grunn. All informasjon om deg og innholdet i intervjuet vil da bli slettet. Det medfører ingen negative konsekvenser for deg om du trekker deg.

Hva skjer med informasjon om deg?

Masteroppgaven skal etter planen være ferdig i løpet av mai 2022. Lydopptaket, transkribering og notater gjort underveis i intervjuet vil bli slettet etter at oppgaven er godkjent og sensuren er falt.

Samtykke til deltagelse i forskningsprosjektet

«Hva motiverer til fysisk aktivitet hos pasienter med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse?»

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke til deltagelse uten videre grunn.

…… ……..
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuguide.

Takk for at du deltar.

Gi informasjon om formål med intervjuet.

Gi informasjon om at besvarelse er konfidensielt, og at det kun er jeg som vet hvem de er, ingen andre.

Kort si noe om innholdet i intervjuet

Fortelle om estimert tidsbruk.

3) Hva motiverer pasientene til å delta i fysisk aktivitet (FA)?

- Hva tenker du på når du hører fysisk aktivitet (kort)?
- Kan du fortelle litt om din fysisk aktivitet, både hva du gjør nå og hva du har gjort tidligere? Har du vært FA før du kom inn hitt? Er du FA nå mens du er her inne? I så fall hva gjør at du er FA og hva slags type FA bedriver du?
- Kan du si litt om en gang du tenkte at FA var virkelig bra? Hva tenkte du da? Var det noen du snakket med? Var det en hendelse eller følelse som oppstod?
- Hva skal til for at du skal ha lyst til å delta på fysisk aktivitet?
- Er det noen faktorer som motiverer deg til å være mer fysisk aktiv? (mål ift utseende, andre, å være sterk, blir trøtt/søvn el).
- Kan du gi noen eksempel på hvordan noen rundt deg fikk deg med på en fysisk aktivitet en dag du manglet motivasjon. På hvilken måte kan personalet virke positivt inn på din fysiske aktivitet- hva konkret gjør de?
- Hva var det som gjorde at du var fysisk aktiv forrige gang? Trengte du motivasjon fra andre for å komme i gang eller kom du i gang selv? Kan du si noe om det?
- Har du noen konkrete tips i forhold til å delta på fysiske aktiviteter? Til personalet, til pasienter, ift tid på døgnet? Andre ting?

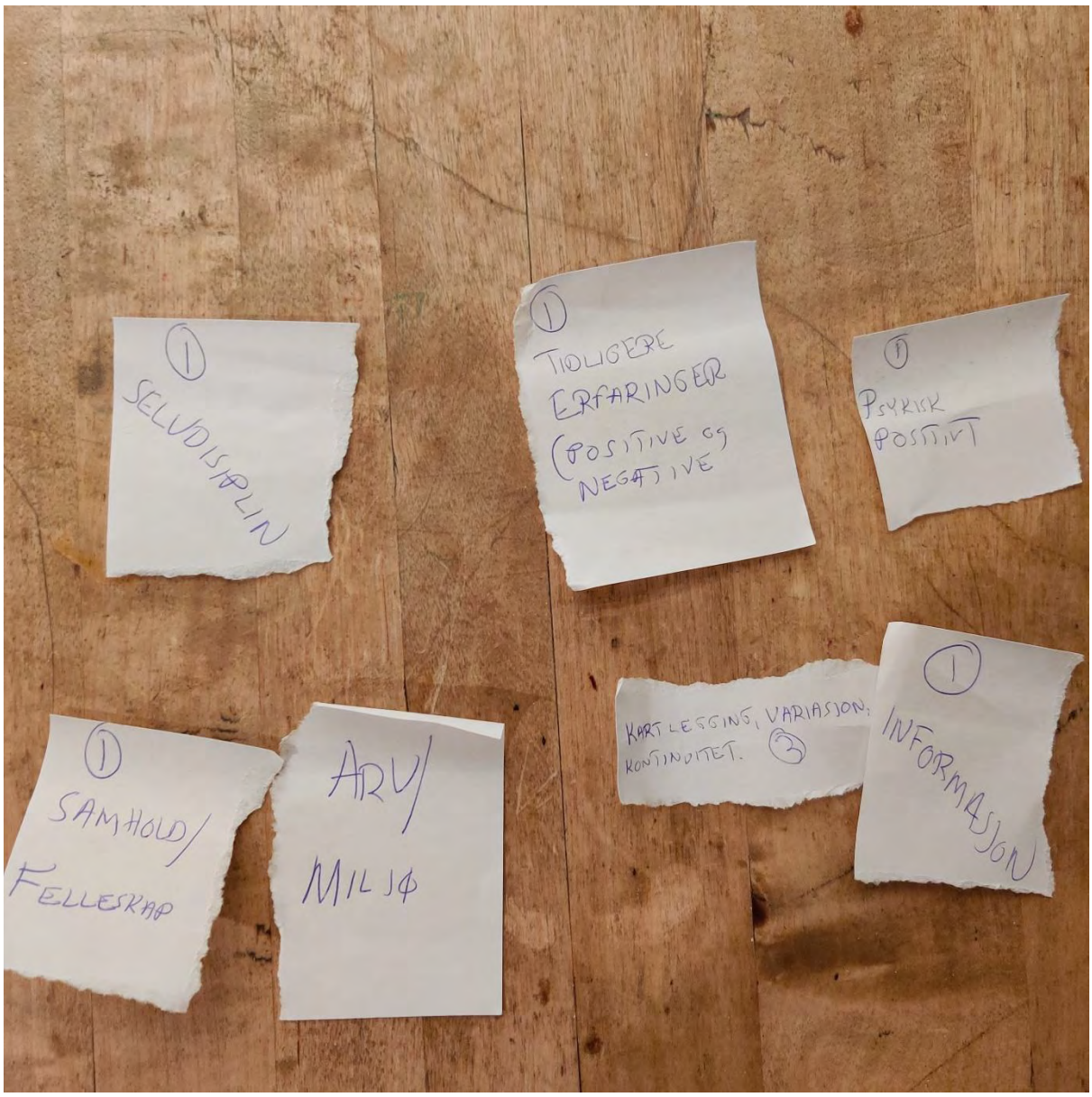
4) Hva kan være til hinder for pasientenes deltagelse i fysisk aktivitet?

- Hva kan være til hinder i forhold til å være fysisk aktiv? (eks. mulighet til å trene alene, sammen, fysiske materialer/treningsutstyr, timeplanen, begrensninger i andre ting?)

- Har du noen gang tenkt at du skal til å være FA men så ble du hindret på noen måte? Hva skjedde da: hva hindret deg? Hvilken følelse satt du igjen med?
- Har du eksempel på en gang du skulle være fysisk aktiv og noen påvirket deg negativt? Hva tenkte du da? Hvilken følelse satt du igjen med?
- Kan du fortelle om hvordan du ikke vil bli møtt når det gjelder å komme i gang med FA (fx «pushing» av personalet»)?
- Har du noe forslag til hvordan du kan bli mer fysisk aktiv?

3) Er det noen spørsmål jeg ikke har stilt som du syntes er viktig for meg å vite?

Vedlegg 5: Et eksempel på temaer fra trinn tre i analysen

Kartlegging, variasjon, kontinuitet.	Jeg: er det noe du kunne tenkt at eeh personalet burde ha med seg for å få de andre aktive? Assa de nye som kommer inn? Hun: det er vel det også, jeg veit ikke jeg være positiv til det, prate om hvor bra det er. Prøve å motivere innenfor dems interesser da. Man må jo vite hva slags interesser de som kommer inn har, prøve å motivere til noe som er interessant eller gøy for vedkommende da.	Hun har selv erfart at kartlegging har hjulpet henne med å bli mer fysisk aktiv. Hun bedriver ikke aktivitetene hun gjorde som liten, alikevell har hun interesse for det som er på agendaen der hun er til behandling. Av det kan det leses at variasjon innenfor kontinuitet er viktig.
Kunnskap	Jeg: Kan du si litt om en gang du tenkte at fysisk aktivitet var bra? Hun: ehh, var vel eh ja. Tenkt.., eh JA. Deeh er vel da kanskje var på det verste når jeg var deprimert så var det jo lett å tenke at kanskje visst går en tur kan det bli bedre. Det å komme seg ut og sånne ting. Men eh gjorde det ikke av den grunn, når jeg tenker meg om nå.	Her oppleves det mer som om hun sier noe hun har lært en at hun faktisk har erfart det selv. Dette er den eneste gangen hun nevner ordet deprimert under intervjuet.
Felles prosjekt.	Jeg: ja...Hva er det dere gjør for noe på stedet da? Hun: nei, altså på stedet så er det jo vi, pasienten sammen da, som kanskje finner på en type trening eller, ja, går turer i	Hun tenker umidelbart på flertallet, som et felleskap. Hun sier: «vi» og «sammen». Aktiviteten er et felles prosjekt.

Vedlegg 6: Bildeksempel fra steg 4 i analyseprosessen