



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BFY330-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BFY330 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	404
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7781
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	39
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Bacheloroppgåve

Vegen vidare – Fysioterapeutar sine erfaringar med overgangen frå behandling i institusjon til livet utanfor institusjon for ROP-pasientar

Moving on – Physiotherapists experience with the transition from institutional treatment to life outside institution for patients with substance abuse and psychological disorders

Kandidatnummer: 404

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitskap/institutt for helse og funksjon/fysioterapi

Innleveringsdato: 16.05.22

Antall ord: 7781

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Veldig mange kjem me ganske langt med, smerteproblematikkmessig, funksjonsmessig, og med tanke på livskvalitet, men det er veldig vanskeleg å få dei overført til eit tilbod som kan passe for dei der ute [...]

(Informant 1)

Forord

Proessen med å skrive bacheloroppgåva har vore lærerik, utfordrande og engasjerande. Eg er takknemleg for å få ha fått innblikk i eit tema eg synes er viktig, og for å få kunne vise fram denne sida av fysioterapifaget.

Eg vil takke mine tre engasjerte og kunnskapsrike informantar som har stilt opp og gjort prosjektet mogeleg å gjennomføre. Måten dei har vore positive og stilt opp for noko eg synes er meningsfullt å vise fram set eg veldig pris på. I tillegg vil eg takke min rettleiar for gode tilbakemeldingar og eit godt samarbeid. Eg vil takke familien min for støtte undervegs i tillegg til vennar og kjærast som har bidratt med mykje positivitet i denne perioden.

Eg set igjen med ny kunnskap og nye erfaringar som eg skal ta med meg vidare som fysioterapeut. Eg håpar at dette er ei oppgåve som kan engasjere, og som andre kan ha nytte av.

Bergen 15. mai 2022

Samandrag

Tittel: Veggen vidare – Fysioterapeutar sine erfaringar med overgangen frå behandling i institusjon til livet utanfor institusjon for ROP-pasientar

Problemstilling: «Kva for erfaringar har fysioterapeutar med overgangen for ROP-pasientar frå institusjon til kvardagen utanfor institusjon? Korleis kan fysioterapeutar hjelpe ROP-pasientar i overgangsfasen?»

Metode: For å svare på problemstillinga nytta eg kvalitativ forskingsmetode.

Datainnsamlinga er gjort gjennom semistrukturerte individuelle intervju, der eg intervjuar tre fysioterapeutar som møter ROP-pasientar i sin kvardag i institusjon. To av informantane er frå spesialisthelsetenesta og ein er frå kommunehelsetenesta. Eg analyserte materialet etter Malterud sine prinsipp for systematisk tekstkondensering (2018, s. 97).

Resultat: Informantane la vekt på at dei ønskjer å gjere pasientane sjølvstendige når dei har dei i behandling. Dette ønskjer dei å oppnå gjennom å få pasienten til å reflektere over sin eigen situasjon gjennom samtale. Som terapeut kan ein bidra med kunnskap for å hjelpe pasienten. Samtidig vektla dei at pasienten må få egne erfaringar gjennom bevegelse og rutinar i kvardagen. Informantane uttrykte at pasientane opplever positive effektar av fysisk trening. Dei la spesielt vekt på dei ikkje-fysiske faktorane som oppleving av rutine, døgnrytme og sosialt samvær, i tillegg til dei fysiologiske effektane av trening som gjer pasientane fysisk rusta for å møte kvardagen utanfor institusjon. Informantane utheva at det er ei utfordring for denne pasientgruppa å møte opp og halde avtaler. Derfor påpeikte dei at god samhandling med kommunen og frivillige organisasjonar vil vere avgjerande for å legge til rette for ein best mogeleg overgangsfase for ROP-pasientar.

Konklusjon: Fysioterapeutar kan hjelpe ROP-pasientar i overgangen frå behandling i institusjon ved å ha god samhandling med kommune og frivillige organisasjonar. På same tid kan fysioterapeutar bidra med å gje pasientane kunnskap og erfaringar som gjer dei meir sjølvstendige.

Abstract

Title: Moving on – Physiotherapists experience with the transition from institutional treatment to life outside institution for patients with substance abuse and psychological disorders

Research question: Which experiences do physiotherapists have with the transition from institution to life outside institution for patients with substance abuse- and psychological disorders. How can physiotherapists help patients with substance abuse and psychological disorders in this transition?

Method: To answer the research question I have used a qualitative method. I gathered data through semi-structured interviews with three physiotherapists who meet patients with substance abuse and psychological disorders daily in their institution. There were two informants from specialist healthcare and one from primary healthcare. I used Malterud's principles for systematic text condensation to analyze the material (Malterud, 2018, s. 97).

Results: The informants made it clear that they want to make the patients as independent as possible during the treatment in their institution. One way of doing so is through conversation with the patients. They expressed that a physiotherapist is able to provide their patients with valuable knowledge. They also mentioned that the patients must learn from their own experiences, through movement and daily routines. The informants highlighted that their patients experience great positive effects from physical training. In relation to this, they emphasized the non-physical factors that patients experience through physical training such as; routine, circadian rhythm and social connections. In addition, the physiological effects makes the patients physically prepared for their everyday life outside of institution. The informants expressed that keeping up with appointments is a challenge for this group. Therefore, they pointed out that good interaction with the primary healthcare and voluntary organizations is essential for helping patients with substance abuse and psychological disorders, during transition from institution to the life outside institution.

Conclusion: Physiotherapists are able help people with substance abuse and psychological disorders through good interaction with primary healthcare and voluntary organizations, as well as giving the patients knowledge and experience to become more independent.

Innhald

1. Innleiing.....	8
1.1 Bakgrunn og val av problemstilling	8
1.2 Forforståing	10
2. Teori.....	11
2.1 Rus- og psykiske lidingar.....	11
2.2 Overgangen frå institusjon	11
2.3 Fysisk trening	12
2.4 Sjølvbestemmingsteorien	13
3. Kvalitativ forskingsmetode	14
3.1. Semistrukturert intervju som metode.....	14
3.2. Val av informantar	14
3.3. Førebuing til intervju	14
3.4. Gjennomføring av intervju	15
3.5. Tilarbeiding av materialet.....	15
3.5.1. Transkripsjon	15
3.5.2. Analyse	16
3.6. Drøfting av metode.....	16
3.7. Etske betraktningar.....	17
4. Resultat	18
4.1 Introduksjon av informantar	18
4.2 Ettervern i organisasjonar og kommunen	19
4.3 Hjelp til sjølvhjelp	22
4.3.1 Tidleg tematisere overgangsfasen	22
4.3.2 Kunnskap til pasientane	23
4.4 Fysisk rusta for kvardagen	24
5. Drøfting	26
5.1 Kunnskap, tilhøyrse og autonomi.....	26
5.2 Samhandling med organisasjonar og kommunar.....	28
6. Konklusjon.....	31
7. Kjeldeliste.....	32

8. Vedlegg.....	34
Vedlegg 1 – Intervjuguide	34
Vedlegg 2 – Intervjuguide – revidert.....	36
Vedlegg 3 – Informasjonsskriv	38
Vedlegg 4 – Samtykkeerklæring	41
Vedlegg 5 – Transkribering intervju informant 1	42
Vedlegg 6 – Transkribering intervju informant 2	64
Vedlegg 7 – Transkribering intervju informant 3	77

1. Innleiing

I denne oppgåva vil eg belyse fysioterapeutar sine erfaringar med behandling av menneske med samtidig rus- og psykiske lidningar (ROP-liding). For ei marginalisert gruppe som ROP-pasientar er overgangsfasen i frå institusjon ein spesielt sårbar fase i behandlingsforløpet. Av den grunn legg eg hovudfokuset på å undersøkje informantane sine erfaringar med vegen vidare etter behandlinga i institusjon.

1.1 Bakgrunn og val av problemstilling

Rusmiddelsproblematikk og psykiske helseproblem oppstår i alle aldersgrupper og alle delar av befolkninga, og kan føre til redusert livskvalitet, sjukefråvær, uførepensjon og auka dødelegheit (Helsedirektoratet, 2014). Ein omtalar kombinasjonen av rus og psykisk liding som ei ROP-liding. Denne gruppa har vesentleg dårlegare helse en normalbefolkninga (Orø & Dahl, 2021, s. 427). Samtidig har helsevesenet utfordringar med å ta hand om denne gruppa, og ein ser at ein av dei største utfordringane i behandlinga er overgangsfasen i frå institusjon (Helsedirektoratet, 2018; Skudal et al., 2017). Behandling av ruslidningar og psykiske lidningar kostar samfunnet store summar, grunna eit stort behandlingsbehov i samanheng med lav deltaking i arbeidslivet (Folkehelseinstituttet, 2017; Skogen et al., 2019).

Slik eg ser det, er det viktig at fysioterapeutar visar fram det me har å bidra med for slike grupper i samfunnet. Fysioterapeutar kan jobbe helsefremmande, samt behandle og førebyggje ulike skader eller sjukdommar som gjer smerter eller nedsett funksjon i muskel- og skjelettsystemet (Norsk Fysioterapeutforbund, u.å.). Denne profesjonskunnskapen er nyttig for å hjelpe ROP-pasientar som ofte har komplekse problemstillingar.

Bakgrunnen for utforminga av denne bacheloroppgåva kjem av at eg gjennom faget BFY225 Health Promotive and Preventive Work, fatta interesse for rusfeltet, og fysioterapeuten sin rolle innanfor dette fagfeltet. Prosjekt som «Idretten skaper sjanser» (*Idretten Skaper Sjanser*, u.å.) og «Gatefotball» (Langaas et al., 2016) har også vore ein medverkande faktor for at dette feltet har blitt interessant for meg. Eg har elles fått anna inspirasjon frå relevante fagartiklar i Fysioterapeuten (Finsen et al., 2021, Mårdalen, 2021, Sylliaas et al., 2020).

I løpet av prosjektet har problemstillinga mi utvikla seg. I starten av prosjektet var den spissa inn mot å undersøke spesifikt korleis fysioterapeutar jobbar på rusrehabiliteringsinstitusjonar. Eg utvida seinare problemstillinga for å kunne involvere fleire institusjonar der fysioterapeutar møter ROP-pasientar. Dette vil, etter mitt syn, belyse problemstillinga på ein betre og meir heilskapleg måte. På eit tidspunkt vurderte eg også å formulere problemstillinga meir spesifikt mot motivasjon og meistring. Her er eit utval av problemstillingar som eg har nytta undervegs:

Kva erfaringar har fysioterapeutar med behandling av ROP-pasientar i rusrehabilitering?

Kva erfaringar har fysioterapeutar med korleis ein kan skape motivasjon til trening og fysisk aktivitet hos pasientar med ROP-liding?

Korleis kan fysioterapeutiske intervensjonar styrke eigen meistringstru hos ROP-pasientar?

Kva erfaring har fysioterapeutar med overgangen for ROP-pasientar frå rusrehabilitering til kvardagen etter rehabilitering, og kva rolle har fysioterapeuten i denne fasen?

Kva for nokre erfaringar har fysioterapeutar med behandling av ROP-pasientar, og overgangen frå institusjon til kvardagen utanfor institusjon for denne gruppa? Kva rolle har fysioterapeuten i denne overgangsfasen?

Til slutt har eg arbeidd ut i frå den endelege problemstillinga:

«Kva for erfaringar har fysioterapeutar med overgangen for ROP-pasientar frå institusjon til kvardagen utanfor institusjon? Korleis kan fysioterapeutar hjelpe ROP-pasientar i overgangsfasen?»

Eg vil belyse problemstillinga gjennom eit hermeneutisk og fenomenologisk perspektiv. Gjennom dette perspektivet vil eg med eit helsefremmande fokus framstille intervjuobjekta sine subjektive erfaringar, og drøfte problemstillinga opp i mot aktuell teori og relevante faglege retningslinjer (Malterud, 2018, s. 28).

1.2 Forforståing

Mi forforståing er eit resultat av at eg gjennom mange år har sett menneske på gata som tilsynelatande har rusproblematikk. Eg har lite erfaring med denne gruppa, anna enn at eg har møtt nokre rusavhengige som helsepersonell. Menneske med rus- og psykiske lidingar er ei gruppe som ofte blir sett ned på i samfunnet. Mitt intrykk er at dei ikkje alltid blir sett på som sjuke, men menneske som sjølv har påført seg lidinga. Eg har blitt inspirert av måten Petter Nyquist i sine prosjekt har vist fram menneske med ruslidingar på ein folkeleg måte (*Idretten Skaper Sjanser*, u.å.; *Petter uteligger (1)—Episode 1 | TV 2 Play*, u.å.). Gjennom erfaring i kommune og spesialisthelsetenesta har eg opplevd at ein som helsepersonell kan ha fordommar ovanfor denne gruppa. Av den grunn har eg blitt motivert til å sjå nærmare på måten me som fysioterapeutar kan hjelpe denne gruppa.

2. Teori

2.1 Rus- og psykiske lidingar

I ein rapport frå Folkehelseinstituttet frå 2015 kjem det fram at førekomsten av ruslidingar er opptil 10 gongar høgare blant pasientar med psykiske lidingar, enn i den generelle befolkninga (Prop. 15 S, 2015). Det blir lagt fram i Nasjonal fagleg retningslinje for behandling av ROP-pasientar at jo meir alvorleg ruslidinga er, desto høgare er førekomsten av psykiske lidingar. Og jo meir alvorleg den psykiske lidinga er, desto høgare er førekomsten av ruslidingar (Helsedirektoratet, 2012, s 13) Dette viser at det er ein gjennomgåande samanheng mellom psykisk helse og rusmiddelbruk. Menneske med rusmiddelavhengigheit har dårlegare både fysisk og psykisk helse samanlikna med resten av befolkninga (Orø & Dahl, 2021, s. 427). Dette blir støtta av Flemmen (2016) som viste i si doktorgradsavhandling at rusmiddelavhengige har dårlegare beinhelse, dårlegare fysisk arbeidskapasitet og muskulær styrke enn normalbefolkninga. Av den grunn har denne gruppa auka risiko for å utvikle hjarte- og karsjukdommar og andre livsstilsjukdommar (2016), samt høg førekomst av angst og depresjon (Helsedirektoratet, 2014, s. 8).

Det har gjennom mange år vore gode tenestetilbod individuelt for menneske med psykiske lidingar og ruslidingar. Ein har derimot i seinare år sett eit behov for ei betre koordinering og samhandling mellom desse to tenestene for å følgje opp ROP-pasientar. Helsedirektoratet si løysing blei nedfelt i Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus, og har som mål å skape ei meir heilskapleg oppfølging for ROP-pasientar (Helsedirektoratet, 2018).

2.2 Overgangen frå institusjon

Overgangen frå kvardagen i institusjon til ein handterbar kvardag utanfor institusjon blir beskriven som ein av dei største utfordringane for ROP-pasientar som får behandling i institusjonar. I ei landsdekkande brukarundersøking av tverrfagleg spesialisert rusbehandling frå 2017, blir det trekt fram at førebuing på tida etter utskriving er ein av sidene med behandlinga pasientane har dårlegaste erfaringar med (Skudal et al., 2017). Ifølgje Skudal et al. (s.22) svarte heile 66% av pasientane at dei «i noen grad», «i liten grad» eller «ikkje i det

hele tatt» hadde blitt førebudd på tida etter utskriving. Dette er derfor eit område der helsepersonell som jobbar med ROP-pasientar må ta ansvar. Undersøkinga seier ikkje noko om korleis pasientane skulle ha ønskt dei vart førebudd på tida etter opphald på institusjon.

Kva pasientane tenkjer er viktig i overgangsfasen, kjem derimot fram i doktorgrada til Johannessen et al. (2020). Dei presenterer resultat frå fokusgruppeintervju med pasientar i institusjon som står ovanfor utskriving frå rusbehandling. Pasientane vektla spesielt tilhøyrse, indre prosessar, føreseielegheit og ein gradvis overgang som viktig i overgangsfasen. Pasientane opplevde dette gjennom trygge rammer i form av bustad, økonomi og aktivitetar. Motivasjon skapt av meistring var også noko pasientane såg på som viktig i overgangsfasen (Johannessen et al., 2020).

2.3 Fysisk trening

Fysisk trening blir definert som regelmessig gjentakning av fysisk aktivitet over tid som har som mål å forbetre form, prestasjon og helse (Shephard & Bouchard, 1994).

Fysisk aktivitet og trening gjev ei rekke positive effektar som å auke velvære, og meistring, samt å redusere stress og uro. I tillegg kan det førebygge og redusere lette psykiske plagar og lidingar som depresjon og angst (Major et al., 2011). Ser ein til dei nasjonale faglege retningslinjene kjem det fram at systematisk fysisk trening anbefalast som ein del av behandlinga for ROP-pasientar. Samtidig blir det presisert at det er eit avgrensa forskingsgrunnlag for å anbefale systematisk fysisk trening (Helsedirektoratet, 2017).

Flemmen konkluderer i si doktorgrad (2016) at strukturert fysisk trening bør vere ein del av standard rusbehandling. Gjennom fysisk trening kan pasientane lære seg å nytte trening til sjølvhjelp, og som ein meistringsstrategi når utfordrande situasjonar oppstår. Trening kan ifølge Orø og Dahl (2021, s. 431) vere eit alternativ til rus. Det kan dempe angst, redusere stress, gje ein rus utan rusmiddelet, betre kroppsbevisstheit, auke overskot, gje meir kontroll over eige liv og betre livskvalitet, for å nemne nokre sentrale effektar. Trening og fysisk aktivitet forebygger også hjarte- karsjukdommar, kreft, kols, diabetes type 2, overvekt og muskel- og skjelettlidingar (Helsedirektoratet, 2019).

I ei systematisk oversikt (Giménez-Meseguer et al., 2020) blir det konkludert med at fysisk trening kan vere effektivt for å betre psykiske plager, betre livskvalitet og minske suget etter rusmiddel hos rusmiddelavhengige. I oversikta er fysisk trening definert som enten kondisjonstrening, styrketrening, ein kombinasjon av desse, eller yoga, tai chi eller qigong. Det blir også presisert at ein treng ytterlegare forskning for å forstå kva spesifikk type trening i kva intensitet, mengde og frekvens som er viktigast for ROP-pasientar. Zschucke et al. (2012) har også tidlegare belyst at ein bør sjå på kva som motiverer denne pasientgruppa til å oppretthalde ein aktiv livsstil. Orø og Dahl underbygger at det finst mykje erfaringsbasert kunnskap, men få evidensbaserte studiar på området som måler den terapeutiske effekten av fysisk trening for rusmiddelavhengige (2021, s. 429).

2.4 Sjølvbestemmingsteorien

Som studien til Johannessen et al. (2020) tematiserte treng pasientar motivasjon for å skape varige endringar i overgangsfasen. Psykologane Ryan og Deci (Richard M. Ryan og Edward L. Deci) bygger sin psykologiske teori – Self-Determination Theory – om motivasjon, på ein tankegang om at det er eit grunnleggande skilje mellom indre og ytre motivasjon. Teorien ser på kva som motiverer menneske til handling. Psykologane meiner at teorien bør nyttast av helsepersonell, lærarar og andre som jobbar med menneske. Dei legg vekt på at menneske vil prestere betre når dei skal løyse meir komplekse oppgåver dersom dei opplever indre motivasjon. I indre motivasjon legg psykologane at individet har ei indre drivkraft, eller genuin interesse for å utføre ei handling. Ytre motivasjon derimot bygger på ytre påverking ved at ein får motivasjon til å gjere ei handling basert for å oppnå ei påskjøning, eller å unngå ein straff. For å oppnå indre motivasjon legg Ryan og Deci fram tre grunnleggande psykologiske behov; Kompetanse, tilhøyrslø og autonomi (2000, s. 68). Desse tre behova kan og bør helsepersonell legge til rette for at pasientane skal oppleve som tilfredsstilte. Slik Ryan og Deci brukar kompetanse-omgrepet er det bygd opp av fleire faktorar. Ein av desse er kunnskap. Eg kjem vidare i oppgåva til å bruke begge desse omgrepa. Der kunnskap er ein del av det som bygger opp kompetanse slik Ryan og Deci nyttar omgrepet (2000).

3. Kvalitativ forskingsmetode

3.1. Semistrukturert intervju som metode

For å belyse problemstillinga best mogeleg nytta eg ein kvalitativ metode for å innhente erfaringsbasert kunnskap blant fysioterapeutar innan fagfeltet rus og psykisk helse. Malterud beskriv kvalitativ metode som; «forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres.» (2018, s. 30). Slik sett blir målet med eit kvalitativt forskingsintervju å få fram informantane sitt syn på det aktuelle problemet for å kunne drøfte det opp mot aktuell teori, for å få fram ei ny side av fagkunnskapen. Dette skal gjerast gjennom eit semistrukturert intervju, som skapar fridom for tilpassing av spørsmåla undervegs i intervjuet (Malterud, 2018, s. 134).

3.2. Val av informantar

Mine krav til informantane var at dei som fysioterapeut over fleire år har jobba med ROP-pasientar, og at dei har erfaring med overgangsfasen frå institusjon til livet utanfor institusjon. Eg vektla at informantane hadde ulik bakgrunn og kom frå ulike institusjonar. Med dette som grunnlag tok eg kontakt med leiarane ved ulike institusjonar som behandlar ROP-pasientar, og fekk deira anbefaling om aktuelle kandidatar for intervju. Eg fekk også anbefalingar om personar med erfaring innan fagfeltet av min rettleiar. Vidare tok eg uformell kontakt med kandidatane, og drøfta med dei om deira fagkunnskap kunne passe til å belyse mitt prosjekt. Eg enda opp med tre informantar, med ulik bakgrunn innan fagfeltet rus og psykisk helse. Ein informant jobbar ved ein institusjon i primærhelsetenesta, medan dei to andre jobbar i spesialisthelsetenesta. Av dei jobbar ein poliklinisk medan den andre jobbar på ein rusrehabiliteringsinstitusjon.

3.3. Førebuing til intervju

I førebuinga til intervjuet leste eg meg opp på relevant faglitteratur, for å få eit inntrykk av praksis og rutinar i behandling av ROP-pasientar. Eg ønskte også å få eit inntrykk av kva tilbud utanfor helsevesenet som var for menneske med rus- og psykiske lidningar. I denne prosessen tok eg kontakt med den frivillige organisasjonen Psykiatraliansen og fekk

informasjon om korleis dei møter denne gruppa. Ut frå dette utarbeidde eg ein intervjuguide for gjennomføring av semistrukturert intervju. Intervjuguiden (Vedlegg 1) inneheld opne spørsmål innanfor nokre få tema. Intervjuguiden nytta eg for å sikre meg at dei viktigaste forskingsspørsmåla vart belyst.

3.4. Gjennomføring av intervju

Eg gjennomførte tre individuelle intervju. Eit intervju vart gjennomført fysisk, medan dei to andre vart gjennomført digitalt ved bruk av Zoom. Intervjua varte i rundt 60 minutt, og vart teke opp i lydopptakarfunksjon på pc og i opptaksfunksjonen i Zoom. Det fysiske intervjuet var gjennomført på arbeidsplassen til informanten, der eg fekk litt omvising og eit kort inntrykk av arbeidsdagen til informanten.

Før intervjua starta oppfordra eg informantane til å bruke så konkrete eksempel som mogeleg for å belyse problemstillinga. Eg opplevde at eg, gjennom få og opne spørsmål, fekk svar på mange av punkta som eg hadde i intervjuguiden min. Eg analyserte det første intervjuet og reviderte intervjuguiden (Vedlegg 2) før dei to siste intervjua. Dei to siste intervjua vart av praktiske årsaker gjennomført rett etter kvarandre. Derfor vart det ikkje tid til å revidere intervjuguiden mellom desse intervjua.

3.5. Tilarbeiding av materialet

I tilarbeidinga av materiale transkriberte eg intervjua og nytta systematisk tekstkondensering i analysen av data (Malterud, 2018, s. 97). Dette består av fire trinn; 1) Å identifisere tema, 2) Danne meiningsberande einingar sortert i kodar og sub-grupper, 3) Skrive kondensat av dei meiningsberande einingane som er koda saman og 4) Samanfatte funna i kategoriar.

3.5.1. Transkripsjon

Eg gjennomførte transkribering nøye etter Malterud sine prinsipp for transkribering (2018, s 77). I transkripsjonen har eg lagt inn kommentarar undervegs som kroppsspråk og stemning for å underbygge det som blei sagt, og gjere transkripsjonen meir levande. Intervjua er til

dels transkribert ord for ord med «ehh», «mhhmm» og andre lydar illustrert for å få fram den naturlege flyten i samtalen. Samtidig er noko av intervjuet redigert i transkripsjonen for å få fram meiningsinnhaldet til informantane skriftleg. (Malterud, 2018, s. 78). To av intervjuar er transkribert på nynorsk, medan det eine er transkribert på bokmål. Eg valte det skriftspråket som eg meinte best ville behalde meiningsinnhaldet i det som vart sagt.

3.5.2. Analyse

I analyseprosessen nytta eg systematisk tekstkondensering beskrive av Malterud (2018, s 97). I analysen av materialet byrja eg i første fase med å skaffe meg ein tematisk oversikt over innhaldet i intervjuar, gjennom å høyre intervjuar fleire gongar. Deretter gjekk eg i neste fase nærmare inn på tema og danna ut i frå dei aktuelle tema ulike meiningsberande einingar. Eg delte deretter dei meiningsberande einingane inn i ulike kodegrupper og subgrupper. Dette vart deretter skrive til kondensat, og ut frå dette danna eg i siste fase kategoriar som ligg til grunn for presentasjonen av materialet i resultatdelen. Lydopptaka vart sletta etter analysen av data var gjennomført.

3.6. Drøfting av metode

Semistrukturert intervju har, slik eg ser det, vore ein hensiktsmessig måte å belyse tema på. Intervjuforma får fram dei enkelte terapeutane sitt syn, og gjer god erfaringsbasert kunnskap til vidare drøfting i oppgåva. Samtidig kunne eit gruppeintervju gitt spennande diskusjonar og erfaringsutveksling mellom informantane, som igjen kunne gitt ein annan innsikt. På den andre sida er eit gruppeintervju avhengig av at informantane kjem tilstrekkeleg til orde. Ein svakheit ved gjennomføringa av intervjuar er at dei to siste intervjuar vart gjennomført med så kort mellomrom at det ikkje vart tid til å revidere intervjuguiden. Eg hadde derimot fått sett meg godt inn i det første intervjuet og gjort dei ønska endringane i intervjuguiden basert på det eg erfarte der (Vedlegg 2). Eg la blant anna inn spørsmålet «Visst eg seier ROP-pasient, kva tenkjer du då?». Eg opplevde at dette fekk informantane til å reflektere på ein hensiktsmessig måte.

Når det kjem til val av informantar, har alle informantane mange års erfaring med ein arbeidskvardag der dei møter ROP-pasientar. Ein styrke ved oppgåva er at informantane møter pasientane på ulike måter i sin kvardag, samtidig som dei har ein del fellestrekk. To av informantane jobbar i stor grad med rus og psykiatri, medan den siste har ei litt breiare pasientgruppe. I arbeidet med å finne informantar kunne eg med fordel ha hatt ein informant som var involvert i arbeidet med overgangen frå spesialisthelsetenesta som fysioterapeut i kommunen. Dette var dessverre ikkje mogeleg. Dette kunne ha belyst problemstillinga frå kommunen si side og gitt oppgåva ein ekstra dimensjon.

Som ein konsekvens av at eg har gjennomført prosjektet sjølvstendig har eg ikkje hatt anledning til å drøfte funn og val undervegs. Malterud trekk fram at det er ein stor fordel å gjennomføre analysen i samarbeid med ein anna forskar (2018, s. 100). På den andre sida er det ein styrke at eg har gjennomført heile prosessen sjølvstendig, då eg har fått eit godt og heilskapleg innblikk i datamaterialet.

3.7. Ethiske betraktningar

I forkant av intervjuet sende eg ut eit informasjonsark (Vedlegg 3) med informasjon om prosjektet til aktuelle informantar. Ved dette var det eit samtykkeskjema (Vedlegg 4) som vart signert av informantane før me gjennomførte intervjuet. Ei utfordring i arbeidet har vore anonymisering av informantane. Det er ikkje mange fysioterapeutar som jobbar med ROP-pasientar i institusjon til dagleg, så av den grunn har eg vore ekstra nøye med anonymiseringa. Eg har difor valt å omtale dei som «hen» i staden for å bruke kjønn i oppgåva. I tillegg ønskte ein av informantane at kva type institusjon hen jobba ved, ikkje skulle kome fram i oppgåva. Derfor har eg skrive om nokre av opplysningane i transkripsjonen slik at dette ikkje kjem fram. Eg har også valt å skrive om detaljar i intervjuet for å styrke anonymiseringa av dei to andre informantane. Det har vore viktig for meg at meiningsinnhaldet har blitt bevart i omskrivinga.

4. Resultat

I dette kapitlet vil eg sjå nærmare på funna eg har gjort gjennom datainnsamlinga som er relevante for å belyse problemstillinga mi: «Kva for erfaringar har fysioterapeutar med overgangen for ROP-pasientar frå institusjon til kvardagen utanfor institusjon? Korleis kan fysioterapeutar hjelpe ROP-pasientar i overgangsfasen?».

Etter analysen har eg valt å dele resultatata inn i ulike tema «Ettervern i organisasjonar og kommune», «Hjelp til sjølvhjelp» og «Fysisk rusta for kvardagen» og derunder relevante underoverskrifter.

4.1 Introduksjon av informantar

Informant 1

Informanten er utdanna fysioterapeut med ein allsidig bakgrunn. Hen har jobba ved ein rusrehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetenesta i 10 år. Hen har frå tidlegare erfaring frå både kreft, lungerehabilitering, nevrologi og medisinsk avdeling ved sjukehus. Informanten har også tidlegare erfaring frå både gruppe og individuell oppfølging av eit breitt spekter av pasientar frå jobb på treningssenter. Informanten har også jobba med barn på lærings- og meistringssenter.

Informant 2

Informanten er fysioterapeut og har mastergrad i helsevitenskap. Hen jobbar til dagleg poliklinisk i ein institusjon i spesialisthelsetenesta. Informanten har noko erfaring frå kommunehelsetenesta, men har primært jobba med fysisk aktivitet innan psykisk helse i spesialisthelsetenesta. I seinare tid er behandlinga spissa meir inn mot strukturert fysisk trening både i grupper og i individuell behandling.

Informant 3

Informanten har grunnutdanning i fysioterapi. I tillegg har hen kurs i blant anna motiverande intervju, og 17 års erfaring som fysioterapeut. Informanten har tidlegare jobba med barn og samtidig hatt ei stilling i kommunehelsetenesta. I 14 år har informanten jobba ved ein institusjon i kommunehelsetenesta der hen møter ein del ROP-pasientar og andre pasientar.

4.2 Ettervern i organisasjonar og kommunen

Gode tilbod utanfor institusjon kan vere nøkkelen til ein vellykka overgang frå institusjon til livet utanfor institusjon. Av den grunn vart samhandling med kommunen og organisasjonar tematisert av alle informantane. Dei var derimot ikkje einige om kor godt dei synes tilboda fungerer.

Veldig mange kjem me ganske langt med, smerteproblematikkemessig, funksjonsmessig, og med tanke på livskvalitet, men det er veldig vanskeleg å få dei overført til eit tilbod som kan passe for dei der ute [...] det går an å få støttekontaktar eller treningskontaktar i enkelte kommunar. Eg har enda ikkje vore borti at det har fungert spesielt bra, for å være heilt ærleg [...] (Informant 1)

[...] et tilbud som vi forsøker å benytte oss veldig mye av er en frivillig organisasjon i nærområdet. Der alle er velkomne, uavhengige av rus og psykiatridiagnose eller om man har en tidligere lidelse. Dette er et idrettslag som i stor grad er drevet av tidligere pasienter, som tilbyr et bredt spekter av idretter eller ulike former for gruppetrening. De har styrketrening, yoga, fotball og joggegrupper. De har veldig mye forskjellig i området, som vi oppfordrer pasienter hos oss om å oppsøke hvis de strever med å føle en slags form for tilhørighet til noe utenfor vår institusjon. (Informant 2)

Dei opplever at det er ei utfordring på finne noko som passar for den enkelte pasient. Samtidig uttrykte dei at frivillige organisasjonar har gode tilbod, som spesielt kan bygge opp om tilhøyrsløse for pasientane. Informantane trakk fram at samhandling med kommunen og frivillige organisasjonar er der ein har mest å gå på i behandlingsforløpet til pasientane. Informantane utheva at tilhøyrsløse og dei sosiale gevinstane av å delta på aktivitetstilbod i regi av slike organisasjonar er positivt for pasientane. På institusjon er pasientane godt integrert i miljøet, og derfor treng dei nye arenaer der dei får oppleve tilhøyrsløse. For å kunne nytte seg av tilboda må ein ha oversikt over kva tilbod som finst i nærområdet til pasientane.

Eg har ikke kapasitet til å aktivt følge pasienter ut i verden, men eg kan formidle det eg vet om hvilke tilbod som fins, og benytter meg av det nettverket som eg har. Altså kontaktpersoner innenfor organisasjoner eller kommunehelsetjeneste. For å kunne gi pasienter råd om hvilke arenaer det kan være godt å oppsøke for deg i etterkant av behandling på sykehus. (Informant 2)

Informantane uttrykte at ein kan nytte samarbeidspartnarar både i kommune og i organisasjonar, for å legge til rette for at pasientane skal møte opp på tilboda. Informantane peikte i denne samanhengen på at å holde avtaler og møte til tilboda er noko ROP-pasientar har utfordringar med. Informantane såg dette i samanheng med at ROP-pasientar ofte er prega av traume og har angst.

[...] våre pasientar generelt har vanskeleg med å holde avtaler og dei har mykje angst [...] det at dei har angst og traumer som gjer at dei synes det er vanskeleg å kommunisere med deg. (Informant 1)

Eg spurte informantane om korleis dei tenkjer at ein kan løyse overgangsfasen på ein betre måte for ROP-pasientar. Dei svarte at kommunikasjonen med kommune og organisasjonar kan bli betre.

Vi skal invitere kommunene og organisasjonene, altså de som skal overta jobben for oss. Vi har lyst til å invitere de hit for å bli bedre kjent. Ikke bare danne et nettverk på papiret, der man har en oversikt over hvem som styrer hvor. Men vi ønsker å møtes og knytte ansikter til namn. Men også kanskje åpne opp for at førstelinjetjenesten eller kommunen kan komme hit å få kursing og opplæring, og at de også skal kunne få bruke våre lokaler. (Informant 2)

Informanten vektla at relasjonar byggast best når ein møtes, og dette kan danne grunnlaget for vidare samhandling om kursing og opplæring. Det vart også skissert eit tilbod som enten er driven av frisklivssentralar i kommunen eller poliklinisk i spesialisthelsetenesta. Essensen i det som vart formidla var at tilbodet burde vere oppsøkjande og at personale bør ha tid til pasientane.

Me skulle ønske at dei hadde noko anna, altså ein annan type plass der dei møtte noe av det same me tilbyr. Ein plass der det går an å trene, og du kan få møte ein fysioterapeut [...] Noe som er knytta til poliklinikk i spesialisthelsetenesta, der dei har litt betre tid, og som eventuelt kan være litt oppsøkande. Det kan vere eit tilbod der dei ringer til deg visst du ikkje kjem [...] Eit tilbod der det er litt meir opne armar og betre tid, enten om det er i kommunen i ein frisklivssentral, eller om det er i spesialisthelsetenesta i noe poliklinisk. (Informant 1)

Informanten la fram at tilbudet med fordel kunne vere oppsøkjande, og at det må vere ein plass der informantane kan kjenne på trygghet, og at nokon ventar på dei. Ein kan lære mykje av slik frivillige organisasjonar blir driven i dag, og eit slikt tilbod kan med fordel ha mange likskapar.

Eg trur på slik som frivillige organisasjonar fungerer, ved at ein gjer ting saman. Det med å få til ei grei døgnrytme, og når ein slit seg ut er det lettare å halde på døgnrytmen. Det å komme ilag med andre som også ønskjer noko anna enn rus, tenkjer eg at er ting som kan dra i riktig retning. (Informant 3)

Det kan vere veldig enkelt. Ein kunne for eksempel hatt yoga på sånne tilbod. Det kan berre ha som mål at pasientane skal få kjenne litt på balanse, litt på bevegelsesutslag og på avspenning. Dette er veldig enkelt og noe som dei set veldig stor pris på. (Informant 1)

Informantane la vekt på at pasientane treng ein rusfri arena der dei kan får erfare bevegelse. Aktivitetstilbod kan vere med på å skape rutine i kvardagen. Samanhengen mellom at det er noko som skaper rutine i kvardagen og eit sosialt og rusfritt fellesskap er noko informantane er samstemte om at vil hjelpe pasientane. Slik informant 2 også trakk fram då hen omtalte effektane av trening:

Effektene av det å stå opp til faste tider, og møte til faste tidspunkter, de har du i tillegg til de faktiske treningseffektene. Det er en av de tingene som eg prøver å få formidlet, og så har du det sosiale og dette med effekten av sosiale relasjoner og det å møte andre mennesker. Og så er det effektene som handler om dette med struktur og innhold i hverdagen.

Som ein konsekvens av dette var informanten opptatt av korleis hen kan bidra til at pasientane fortset med fysisk trening etter behandling i institusjon. Ei løysing på dette som vart trekt fram var digital kommunikasjon med pasientane. Gjennom videosamtalar ser informanten for seg å følgje opp pasientane også i ei tid etter at dei er utskrivne frå spesialisthelsetenesta.

Eg har en tanke om å kunne følge pasienter digitalt, spesielt de som bor ute i distriktene. Ha jevnlig oppfølgingssamtaler på video istedenfor å møte de fysisk her på kontoret [...] det å bare høre hvordan det går, og om pasienten trenger hjelp til å friske opp noe kunnskap. Det å ha en avtale med et menneske og bare det å se ansiktet til det mennesket er mye mer verdifullt enn å sende en melding. (Informant 2)

4.3 Hjelp til sjølvhjelp

Informantane fortalte at dei må bruke tida så godt som mogeleg når dei har pasientane hos seg. Dei uttrykte at å førebu pasientane godt på livet utanfor institusjon kan utgjere ein stor forskjell for den enkelte pasient. Slik kan ein bidra med å legge grunnlaget for at dei kan nytte seg av tilbud frå kommunen eller organisasjonar.

4.3.1 Tidleg tematisere overgangsfasen

Alle informantane la vekt på at dei som fysioterapeutar må gje pasientane reiskapar til å ta sjølvstendig ansvar når dei kjem ut frå institusjon. Dei forklarte at når alt kjem til alt er det pasienten sitt sjølvstendige ansvar at overgangsfasen til livet utanfor institusjon går så bra som mogeleg. For å klare dette uttrykte informantane at det er lurt å tidleg tematisere korleis pasienten sjølv skal følgje opp trening etter at dei er ferdig i behandling.

Men hvis det er snakk om bare noen måneder eller uker igjen av behandlingen her hos oss så gjelder det å få koblet på, altså å få tematisert dette ganske tidlig. Ved å ta opp med pasienten og spørre direkte; «når du er ferdig i behandling her hos oss, hvordan kommer du da til å trene videre selv?». (Informant 2)

Informantane meinte at det å spørje pasienten direkte, vil hjelpe dei til å reflektere over sin eigen situasjon. Ein av informantane utheva at hen nytta mykje motiverande intervju i møte med pasientgruppa. Samtidig presiserte informantane at det er store individuelle forskjellar i kor stort ansvar den enkelte pasient klarar å ta for sin eigen situasjon. Slik informant 2 forklarte:

De pasientene som er selvstendige, og tar ansvar selv, de trenger vi ikke å følge like tett opp. Mens de pasientene som strever mer med aktivisering og eget initiativ, da bør det kanskje tematiseres oftere. Vi bør gjerne bruke mer tid på å drøfte litt hvordan de kan komme i gang med trening, uten at det trenger å være så veldig mye, bare det å komme i gang med noe.

Dette er eit syn som vart støtta av informant 3, som understrekte at ein må møte alle der dei er.

Eg tenkjer at me må å prøve å møte alle der dei er, og vise forståing for at nokon har det vanskeleg. I tillegg til å ha forståing for at nokon vel å leve eit anna liv en det eg vil leve.

Å møte pasientane med respekt, og unngå å sjå ned på dei er noko dei såg på som viktig. Informant 1 brukte orda «med trygghet, ro og respekt» om korleis hen ønskjer å møte pasientane. Denne måten å møte pasientane på legg grunnlaget for å danne ein god relasjon som vert vektlagt gjennomgåande av informantane. Ein god relasjon legg grunnlaget for at ein kan drøfte overgangsfasen saman. Dei utdjupa også at jo meir kontroll pasientane kjenner på sjølv, jo meir handterbart vil det vere for pasienten å hamne inn i ein dårleg periode.

[...] uansett kva slags utfordring dei har, om det er smerte eller funksjon, vil det gå i bølger. Så da må ein vite kva ein skal gjere. Eg vil at pasientane skal tenkje – «no bikker det litt nedover, kva var det fysioterapeuten sa at eg kunne gjere då?». Så har dei då et repertoar, som eg vil at dei skal ha med seg. Dei får med seg øvelsar, dei får med seg råd og veiledning, noe nedskrive og noe prøver eg å gjere slik at det blir automatisert [...] (Informant 1)

Informanten legg ein «kriseplan» i lag med pasientane sine som dei kan ha i bakhand, og nytte sjølvstendig. Informantane ønska å reflektere saman med pasientane slik at dei skulle vere så godt førebudd som mogeleg når det buttar litt imot. Å tematisere overgangsfasen, og mogeleg utfordringar tidleg, kan bidra til å bygge trygghet hos pasientane på eiga evne til å handtere motgang.

4.3.2 Kunnskap til pasientane

Å gje pasientane kunnskap, og erfaring vart tydeleg trekt fram av informantane.

[...] det er mykje edukasjon i det eg held på med, rundt deira problematikkk spesifikt. (Informant 1)

Informantane hadde fokus på at dersom pasienten får kunnskap vil dei kunne ta meir sjølvstendig ansvar. Kunnskap kan vere alt i frå kunnskap om trening, anatomi, somatikk eller meistring og motivasjon. Slik kan ein bygge forståing hos pasientane, som vidare kan bygge

oppunder deira evne til å sjølvstendig ta gode val. Noko informant 2 belyste når hen snakka om fysisk trening:

[...] eg er opptatt av å gjøre pasienter trygg på hva trening er for noe, og det å gi de nok kunnskap om hva de kan gjøre når de skal trene uten en veileder som er tett på. Det å gi pasientene nok treningserfaring til at de har kjent på kroppen hva trening kan være. Hvor mye trening er nok til å ha effekt, og hvor mye trening er for mye. Så det å gjøre pasientene trygge på hva som er tilstrekkelig mengde og intensitet til å oppnå de helsegevinstene som de trenger.

Informanten utheva trygghet som noko hen ønska at pasientane skulle kjenne på når dei skal trene sjølvstendig. Hen legg fram at pasientane vil oppleve trygghet dersom dei har nok kunnskap og erfaring med trening. Det blir på same tid presisert av ein informant som set på spissen at ein ikkje må ha ei belærande tilnærming ovanfor pasientane.

[...] eg tenkjer det er ei farleg greie dersom ein som terapeut tenkjer; «no kjem du til meg og eg skal fortelje deg alt som er riktig.» (Informant 3)

4.4 Fysisk rusta for kvardagen

[...] visst du har dårleg funksjon så du føler at du ikkje kan være med på noe. Ikkje kan du vere sosial, ikkje kan du jobbe, du kan eigentleg ikkje gjere noe av det du er glad i. Korleis kan du då ha god rusmestring? (Informant 1)

Informantane la vekt på samanhengen mellom fysisk funksjon i kvardagen og livskvalitet, og såg dette i samanheng med rusmestring. Dersom den enkelte ikkje meistrar enkle ting i kvardagen og kan kjenne på deltaking, korleis kan pasienten då meistre ei rusliding?

Informanten presiserte dette med å seie:

Mitt mål at dei skal klare å stå i behandlinga, og meistre behandlinga. Mitt mål deretter er at dei skal fysisk og delvis psykisk klare å meistre ein kvardag ute. Det er mine to hovudmål med alle pasientar som eg har. (Informant 1)

For at pasientane skal meistre kvardagen utanfor institusjon må dei vere fysisk rusta for det dei møter. I det å vere fysisk rusta ligg det mykje autonomi for pasientane. Dersom ein til dømes ikkje kan gå på butikken sjølv, vil dette i stor grad avgrense handlingsrommet til den enkelte. På den andre sida vil det å vere fysisk rusta gje mange moglegheiter til mobilitet,

fridom og eigarskap til eigen kvardag og dermed autonomi. Ein av verkemidla informantane bruker for å gjere pasientane fysisk rusta for kvardagen er fysisk trening.

[...] det å ha enkle treningsfilosofier – det å gjøre det veldig enkelt, gjøre det overkommelig og gjøre det gjennomførbart. Det å vise pasienter at trening trenger ikke å være mye, det trenger ikke å være tungt, det trenger ikke å være avansert, start rolig og start trygt. Når det er etablert, så kan man heller gjøre det tyngre og heftigere og mer intensivt og mer avansert om et halvt år eller om ti år [...] (Informant 2)

Informanten peikte på korleis hen prøver å ufarleggjere det å trene for pasientane sine, gjennom enkle treningsfilosofiar. Trening må gjerast konkret, handfast og lågterskel. Ei utfordring i denne samanhengen er å få pasientane til å følgje opp behandlinga på eigenhand. Ein må difor byrje heilt enkelt.

Det er enkle ting som pasientane kan gjere i forhold til avspenning og slikt på eigenhand. For mange er det vanskeleg å skulle gjere ting på eigenhand, så da er det berre å begynne heilt enkelt. (Informant 3)

5. Drøfting

I denne delen av oppgåva vil eg drøfte tankane og erfaringane som fysioterapeutane har om overgangsfasen frå institusjon for ROP-pasientar, opp i mot relevant teori, forskning og aktuelle retningslinjer. Informantane peikte på nokre hovudpunkt som eg skal diskutere under overskriftene; «Kunnskap, tilhøyrse og autonomi» og «Samhandling med organisasjonar og kommunar».

5.1 Kunnskap, tilhøyrse og autonomi

Informantane ser på det som ein av sine oppgåver å gjere pasientane klare til å handtere kvardagen utanfor institusjon sjølvstendig. For det er nettopp sjølvstendigheit som er ein av dei største forskjellane frå institusjon til kvardagen utanfor. Utanfor institusjon er pasienten i mykje større grad avhengig av å ta dei rette vala sjølv utan rettleiing. Dei trygge rammene i institusjonen er ikkje der lengre og pasientane må sjølv ta ansvar for sin eigen kvardag.

Informantane i min studie utheva at dei ønskjer å gje pasientane kunnskap til å handtere sin eigen situasjon. Ser ein dette i samheng med Ryan og Deci sin bruk av omgrepet kompetanse, kan kunnskap bidra til å skape indre motivasjon (2000, s. 68). Kompetansen pasientane tileignar seg kan bygge opp evna deira til å handle sjølvstendig basert på ein indre motivasjon.

Så korleis kan fysioterapeutar gje ROP-pasientar kunnskap, eller kompetanse? Informantane belyste at dei nettopp gjennom samtale med pasientane kan formidle kunnskap.

Motiverande intervju er ein samtaleteknikk som ein informant nemnde kan nyttast for å hjelpe pasienten i retning av ei livsstilsending (Ivarsson, 2017, s. 13). På den andre sida legg informantane i min studie vekt på at pasientane sjølv må få erfaring. Ein av informantane trekk fram at ein må unngå å ha ein for belærande tilnærming ovanfor pasientane.

Sjølvstendige erfaringar kan derimot gje ei kjensle av autonomi og sjølvstendig kontroll. Slik informantane la det fram er dette noko fysioterapeutar kan legge til rette for, gjennom bevegelse og trening.

Informantane la vekt på dei positive effektane av fysisk trening som behandling. Gjennom fysisk trening kan ein underbygge fleire faktorar som legg grunnlaget for opplevinga av

autonomi. Effektar av fysisk trening som døgnrytme, rutinar og sosialt samvær er noko informantane understrekar at kan bidra til meir innhald i kvardagen. Behovet for rutinar blir også tydeleg trekt fram som noko pasientane treng i overgangsperioden i Johannessen et al. (2020). Informantane i min studie peikte vidare på at fysisk trening vil gjere pasientane betre fysisk rusta for å meistre kvardagen utanfor institusjon. Informantane trakk fram positive erfaringar med fysisk trening for denne gruppa. Trass i dette blir det lagt fram av Helsedirektoratet at det er eit avgrensa forskingsgrunnlag for å anbefale systematisk fysisk trening (Helsedirektoratet, 2017). Likevel støttar fleire forskingsprosjekt og faglitteratur oppom informantane sine erfaringar (Flemmen, 2016; Giménez-Meseguer et al., 2020; Orø & Dahl, 2021). Informantane synleggjorde at for ROP-pasientar kan alle dei ikkje-fysisk effektane av fysisk trening vere vel så viktige. Effekten med at pasientane opplever sosialt samvær, og moglegheita til å ta kontroll i eigen kvardag gjennom fysisk trening, kan ein også sjå i samanheng med behova for tilhøyrse og autonomi for å skape indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000).

På den andre sida la informantane vekt på at pasientane har vanskeleg for å følgje opp tilbod. Dette er ei stor utfordring, og slik eg ser det der ein har mest å gå på. Informantane forklarte at angst og traume kan vere ein av hovudgrunnane til dette. Som Major et al. (2011) uthever kan fysisk aktivitet og trening som kan ha ein førebyggjande effekt og redusere angst. Dette stemmer godt med dei positive erfaringane mine informantar har med fysisk trening, og støtter at det kan bidra til større deltaking.

Som nemnt blir kompetanse trekt fram som ein av dei tre grunnleggande behova for å skape indre motivasjon av Ryan og Deci (2000). Ein annan måte ein som fysioterapeut kan hjelpe ROP-pasientar er ved å gje dei kunnskap, eller kompetanse, om kva tilbod som finst utanfor institusjon. I lag med korleis dei best mogleg kan nytte seg av tilboda. Desse tilboda kan vere organisert av kommunen eller av frivillige organisasjonar.

5.2 Samhandling med organisasjonar og kommunar

Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. (Meld. St. 47, 2009, s. 13)

Samhandlingsreforma (Meld. St. 47, 2009) belyser at ei fungerande samhandling mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsestenesta, retta mot eit felles mål, gjer gode pasientforløp. Kommunen og spesialisthelsetenesta er pliktige å drive med systematisk arbeid for kvalitetsforbetring og pasient og brukarsikkerheit (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-2; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-4a). Viktigheita av ei fungerande samhandling på tvers av tenestenivå blir understreka i Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus (Helsedirektoratet, 2018). Slik som informantane i min studie vektla bør fysioterapeutar som jobbar ved institusjonar i spesialisthelsetenesta ta ein del av ansvaret, ved å ha jamleg og god kommunikasjon med kommunen. På den andre sida bør kommunen også følgje opp denne kontakten, og nytte seg av Veiledningsplikta spesialisthelsetenesta har ovanfor primærhelsetenesta (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 6-3). Som nemnt av informantane i min studie, kan fysioterapeutar i spesialisthelsetenesta bidra med kursing og opplæring av personell i kommunen og frivillige. Slik kan ein heve kompetansen og gjere både helsepersonell og frivillige betre budd i møte med ROP-pasientar. Nettopp dette kan vere eit bidrag for å gjere overgangen frå institusjon enklare for pasientane. Gjennom å gjere personale ROP-pasientar møter utanfor institusjon betre rusta til å hjelpe dei.

Frivillige organisasjonar blir sett på som viktige samarbeidspartnarar av informantane. Organisasjonar med ulike aktivitetstilbod kan fungere som ei vidareføring av tilbodet som pasienten har i spesialisthelsetenesta. Samtidig er dette stort sett ein arena der pasientane møter frivillige, og ikkje utdanna helsepersonell. Informantane erfarer derfor at overgangen frå institusjon bli brå for pasientane, og dei får kanskje ikkje det tilbodet dei har behov for. På den andre sida kan dei frivillige som driv tilboda ha mykje erfaring og kunnskap som pasientane kan nytte på tross av at dei ikkje er fagleg utdanna. Dei kan ha kunnskap som helsepersonell derimot ikkje kan bidra med.

Brucarundersøkingar visar at aktivitetstilbod gjennom organisasjonar kan bidra til å skape meistring, tilhøyrslø og deltaking hos ROP-pasientar (Sellereite et al., 2019). Slike meistringsopplevingar som ROP-pasientar kan få gjennom fysisk aktivitet og trening kan danne grunnlag for auka tru på meistring på andre arenaer (Bandura, 1977). Dette kan, slik eg ser det utifrå Banduras sine prinsipp om meistringstru, også danne grunnlag for betre meistring av deira rusliding.

Oppleving av tilhøyrslø blir trekt fram av pasientar i institusjon som ein viktig faktor for når dei skal vidare frå institusjonen (Johannessen et al., 2020). Det blir trekt fram av Johannessen et al. (2020) at det å ha nokon som venter at du skal møte opp styrkar sannsynet for at deltakrane møter opp. Informantane i min studie opplev at pasientane har fått sterk tilhøyrslø til institusjonen, og har danna gode relasjonar til personellet der. Ein bør derfor som fysioterapeut legge til rette for at pasienten kjem inn i eit nytt tilbod der dei kan bygge ei ny tilhøyrslø. Informantane la fram at aktivitetstilbod kan vere ein slik arena, enten gjennom ein frivillig organisasjon eller gjennom kommunale tilbod. Denne tilhøyrsla til ein rusfri arena kan bidra til å vidareføre dei framstega ein allereie har begynt på i rusrehabiliteringa. Ei utfordring med slike tilbod som informantane belyste er å få pasientane til å følgje opp tilboda.

Dersom ein pasient ikkje klarar å nytte seg av frivillige organisasjonar etter utskriving, kva då? Ei løysing kan vere at kommunen tar ein større del av ansvaret, der ein gjennom til dømes frisklivssentral, dagsenter eller andre tilbod kan ha eit meningsfullt aktivitetstilbod. For at dette skal fungere legg informantane vekt på at kommunikasjonen mellom spesialist- og primærhelsetenesta må vere god. I Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse blir det beskrive at kommunane bør ha eit meningsfullt aktivitetstilbod i samsvar med den enkelte sine behov for denne pasientgruppa (Helsedirektoratet, 2012, s. 61). Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for vaksne peikar vidare på at frisklivssentralar og dagsenter kan vere eigna arenaer for slike tilbod (Helsedirektoratet, 2014, s. 84). Finsen et al. (2021) trekk fram at gjennom eit kommunalt aktivitetstilbod opplever ROP-pasientar meir indre ro, meir kjensle av tilhøyrslø, føreseielegheit og rutinar som skapar meistringsopplevingar. Dette stemmer godt med det informantane i min studie ønskjer at pasientane skal møte etter utskriving frå institusjon.

Som eit støttande tiltak trakk ein informant fram mogelegheita for å ha digital kommunikasjon, sjølv om pasienten er utskriven frå institusjon. Dette kan gjerast gjennom videosamtalar med ein fysioterapeut. Informanten såg for seg at digital oppfølging av pasientane kan gjere at pasientane får ein mjukare overgang til livet utanfor institusjon. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personar med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse klargjer at spesialisthelsetenesta bør nytte nyare informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å oppretthalde behandlingskontakt med ROP-pasientar (Helsedirektoratet, 2012, s. 88). Samtidig vil ikkje dette vere ein erstatning for eit fullverdig fysisk tilbod, og det er viktig at dette ikkje blir ei kvilepute. Det må vere eit supplerande tilbod, som kan bidra som ein ekstra hjelp på vegen når pasienten skal skrivast ut frå institusjon.

Det vart også vektlagt av informantane at eit oppsøkjande tilbod er noko som kan vere gunstig for ROP-pasientar. Dette grunna at pasientane ofte har utfordringar med å møte til avtalar (Helsedirektoratet, 2014, s. 69). I dei nasjonale faglege retningslinjene og veilederen for ROP-pasientar (Helsedirektoratet, 2012, s. 58, Helsedirektoratet, 2014, s. 70, Helsedirektoratet, 2017) blir Assertive Community Treatment (ACT-team) trekt fram som ei god løysing i oppfølginga av denne pasientgruppa utanfor institusjon. ACT-team er eit tverrfagleg oppsøkjande team som er drifta gjennom eit samarbeid mellom distriktpspsykiatriske senter og kommunen. ACT-team modellen, og den vidareutvikla modellen Flexible Assertive Community Treatment (FACT-team), har gitt gode resultat både i Norge og internasjonalt i møte med personar med langvarige og samansette behov (Helsedirektoratet, 2014, s. 70, Helsedirektoratet, 2022).

6. Konklusjon

Denne studien har vist korleis fysioterapeutar kan hjelpe ROP-pasientar med vegen vidare etter å ha vore i behandling i institusjon. Det er ingen tvil om at overgangsfasen frå institusjon er ein krevjande del av behandlingsforløpet til pasientane. Samtidig har denne studien vist at fysioterapeutar kan bidra i denne fasen. Informantane la stor vekt på at dei kan og bør hjelpe pasientane til å bli meir sjølvstendige medan dei er i behandling på institusjon. Dette kan fysioterapeutar gjere gjennom å gje pasientane kompetanse til å takle sin eigen situasjon. Informantane erfarte at gjennom samtale med pasientane om overgangen, sjølvstendige erfaringar og ved å vere fysisk førebudd kan dei i større grad vere rusta for overgangen i frå institusjon. Min studie har vist at informantane la stor vekt på dei ikkje-fysiske faktorane rundt trening for ROP-pasientar, som rutinar, struktur, sosialt samvær og innhald i kvardagen. Sett i eit samfunnsøkonomisk perspektiv vil ein vellykka overgangsfase legge grunnlaget for at ROP-pasientar over tid kan bli ein bidragsytar i samfunnet.

Tilbod utanfor institusjon kan vere ein arena for sosialt samvær som over tid kan danne ei tilhøyrsløse til eit rusfritt miljø. I denne samanhengen kan fysioterapeutar bidra med å ha ein god dialog med kommunen og frivillige organisasjonar. Eg tenkjer at fysioterapeutar kan fungere som ein rettleiar for dei frivillige organisasjonane. Aktivitetstilbod i kommunen gjennom frisklivssentralar, dagsenter eller poliklinisk tilbod i spesialisthelsetenesta kan også vere nyttig for ROP-pasientar. Eit forslag til eit anna tilbod som har vist god effekt i oppfølginga av menneske med langvarige og samansette behov er ACT-team.

Gjennom prosjektet har eg oppdaga at det er behov for meir forskning på fysisk trening for ROP-pasientar, og at ein bør sjå på kva som motiverer denne pasientgruppa til å oppretthalde ein aktiv livsstil. I tillegg er det, slik eg ser det, ikkje beskriven tydeleg kva rolle fysioterapeuten har i overgangsfasen frå institusjon for ROP-pasientar, verken i veiledarar eller i nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012, 2014, 2017, 2018). Eg ser for meg at det kunne vore enklare å følgje opp ROP-pasientar i overgangsfasen for fysioterapeutar i institusjon dersom det var klarare føringar på dette. Samtidig visar informantane at dersom ein har gode rutinar på institusjonen er dette eit område der det er eit stort potensiale for å kunne hjelpe pasientane.

7. Kjeldeliste

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Finsen, M., Haugstad, G. K. & Eik, H. (2021, 19. mai). «Fra sirkus til seier»: Erfaringer med fysisk aktivitet for brukere innen rus og psykiatri. En intervjustudie. *Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/a/133294>
- Flemmen, G. (2016). Clinical treatment of patients with substance use disorder: The role of physical health. *Norwegian University of Science and Technology*. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2404186/Grete%20Flemmen.pdf?sequence=3>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Ikke-dødelige sykdommer koster samfunnet mest*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2017/ikke-dodelige-sykdommer-koster-samfunnet-mest/>
- 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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph17103680>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30)*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4
- Helsedirektoratet. (2012). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser—Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring—Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne—Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/terapeutiske-tilnaerminger-i-rusbehandling>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019). *Hva fysisk aktivitet gjør med kroppen*. HelseNorge. <https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/hva-fysisk-aktivitet-gjor-med-kroppen/>
- Helsedirektoratet. (2022). *ACT-, FACT- og FACT ung-team*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>
- Idretten Skaper Sjanser*. (u.å.). Henta 29. september 2021 frå <https://www.idrettensjanser.no/>
- Ivarsson, B. H. (2017). *Motiverende samtaler—En praktisk håndbok for helse og omsorgssektoren* (2. utg). Gyldendal.
- Johannessen, D. A., Nordfjærn, T. & Geirdal, A. Ø. (2020). Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(3). <https://doi.org/10.1177/1455072520910551>
- Langaas, A. G., Grape, H., Sylliaas, H., Hokstad, J. M. & Hethey, T.-M. (2016). Om å bli venn med hverdagen – erfaringer fra å delta i gatefotball. *Fysioterapeuten*.

- <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-gatefotball/om-a-bli-venn-med-hverdagen--erfaringer-fra-a-delta-i-gatefotball/124114>
- Major, E. F., Dalsgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Mårdalen, I. (2021). De jobber med voldelige, domfelte og psykotiske pasienter. *Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/a/135500>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (u.å.). *Hva er fysioterapi?* Norsk Fysioterapeutforbund. <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi>
- Orø, T. D. & Dahl, T. (2021). Treningsterapi. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i Rusrehabilitering* (3. utg, s. 427 til 449). Gyldendal akademisk.
- Petter uteligger (1)—Episode 1 | TV 2 Play*. (u.å.). Henta 25. mars 2022 frå <https://play.tv2.no/programmer/fakta/petter-uteligger>
- Prop. 15 S. (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2015-2020* [Proposisjon]. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 68–78.
- Sellereite, I., Haga, M. & Lorås, H. (2019). Fysisk aktivitet som verktøy i det helsefremmende arbeidet opp mot rus og psykisk helse: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(1), 39–51. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-01-05>
- Shephard, R. J. & Bouchard, C. (1994). Principal Components of Fitness: Relationship to Physical Activity and Lifestyle. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 19(2), 200–214. <https://doi.org/10.1139/h94-015>
- Skogen, J. C., Torvik, F. A., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2019, 6. desember). *Rusbrukslidelser*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Skudal, K. E., Holmboe, O., Haugum, M. & Iversen, H. H. (2017). *PasOpp-rapport nr.2017: 453 Pasienters erfaring med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017*. Folkehelseinstituttet.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Sylliaas, H., Thomas, S. S., Anne Gudrun, L. & Hedda, E. (2020). Hvordan tilpasse fysioterapi praksis til sårbare brukergrupper? Fysioterapitilnærminger belyst gjennom teorier om tilfriskning og sosial bevisstgjøring. *Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/a/128051>
- Zschucke, E., Heinz, A. & Ströhle, A. (2012). Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. *The Scientific World Journal*, 2012. <https://doi.org/10.1100/2012/901741>

8. Vedlegg

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Intervjuguide

Tema:

- **Bakgrunn**
- **Fysioterapeutisk tilnærming i behandling**
- **Pasientane sitt perspektiv**
- **Overgangen frå institusjon til anna oppfølging**
- **Motivasjon og meistring**

Bakgrunn	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelje litt om din erfaring og bakgrunn som fysioterapeut? <ul style="list-style-type: none"> o Utdanning, jobbar, erfaring frå eige liv, erfaring med ROP-pasientar - Korleis trur du erfaringa di pregar deg som terapeut? - Kva jobbar du med i dag? <ul style="list-style-type: none"> o Pasientgruppe, type institusjon o Kor stor del av dei inneliggande pasientane får fysio
Fysioterapeutisk tilnærming i behandling	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelje litt om kva kvardagen din består av med desse pasientane? <ul style="list-style-type: none"> o Type behandling, varigheit, kor lang oppfølging, kor møter du pasientane - Kva behandlingstilnærmingar nyttar du? <ul style="list-style-type: none"> o Gruppe vs. Individuelt, hands on vs. Hands off, samtale, styrke, kondisjon, bevegelighet, kroppsbevissthet o Motiverande intervju? o Psykomotorisk o Spesifikt eller generelt fokus? o Kvifor? - Kva utfordringar møter du i behandling av denne gruppa?
Pasientane sitt perspektiv	<ul style="list-style-type: none"> - Kva respons opplever du frå pasientane på oppfølginga/behandlinga du gjer dei? <ul style="list-style-type: none"> o Reaksjon? Før og etter? Endring over tid? - Korleis beskriv pasientane kvardagen på institusjon? - Korleis beskriv pasientane livet utanfor institusjon? <ul style="list-style-type: none"> o Er det noko som går igjen?
	<ul style="list-style-type: none"> - Kva tenker du er det viktigaste for å danne ein terapeutisk relasjon til ROP-pasientar? - Holde avtaler, følgje opp trening, ta ansvar for egen helse - Korleis kan dette bidra til å komme i ein god behandlingssitusjon?
Overgangen frå	<ul style="list-style-type: none"> - Kva gjer du for at pasientane skal få ein best mogeleg overgang

institusjon til anna oppfølging	<p>når dei reiser frå institusjonen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ System? ○ Rutinar? ○ Treningskontakt? ○ Brukarerfaring? Frivillige? ○ Fellesskap? <ul style="list-style-type: none"> - Korleis jobbar du med pasientar i forhold til overgangen til ein annan oppfølging/behandling? <ul style="list-style-type: none"> ○ Samarbeid med andre organisasjonar eller institusjonar ○ Har du tankar om korleis ein kan løyse dette på ein annan eller betre måte? ○ Kva tenkjer du er vår rolle i dette? ○ Ønskjer pasientane/brukarane vidare oppfølging/behandling? ○ Klarer dei å følgje opp behandling/oppfølging? - Kva erfaringar har du med å jobbe tverrfagleg rundt denne pasientgruppa? - Kva ser du på som avgjerande faktorar i overgangen frå institusjon til ein anna behandling? <ul style="list-style-type: none"> ○ Samhandling? Tilbod som tar imot pasientane? Egen motivasjon hos pasientane? - Korleis tenkjer du at ein kan løyse denne overgangsfasen på ein annan og betre måte? - Kva gjer du for at pasientane skal kunne nytte seg av tiltaka du gjer også etter dei er ferdig med oppfølging hos deg? - Kva tenkjer du at pasientane kunne hatt nytte av utanfor institusjon?
Motivasjon og meistring	<ul style="list-style-type: none"> - Viss eg seier ordet meistring i denne samanhengen kva tenkjer du då? - Kva betydning trur du at oppleving av meistring har for desse pasientane? - Korleis tenkjer du at me som fysioterapeutar kan skape meistring for ROP-pasientar? - Korleis kan me som fysioterapeutar bidra til å skape motivasjon hos ROP-pasientar?

Oppfølgingsspørsmål

- Kan du gje meg eit eksempel på det du snakkar om no?
- Kan du utdype...
- Kan du fortelje om sist...
- Kva legger du i ordet...
- Kva meiner du når du seier...

Vedlegg 2 – Intervjuguide – revidert

Intervjuguide – revidert

Tema:

- **Bakgrunn**
- **Fysioterapeutisk tilnærming i behandling**
- **Pasientane sitt perspektiv**
- **Overgangen frå institusjon til anna oppfølging**
- **Motivasjon og meistring**

Bakgrunn	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelje litt om din erfaring og bakgrunn som fysioterapeut? <ul style="list-style-type: none"> o Utdanning, jobbar, erfaring frå eige liv, erfaring med ROP-pasientar - Korleis trur du erfaringa di pregar deg som terapeut? - Kva jobbar du med i dag? <ul style="list-style-type: none"> o Pasientgruppe, type institusjon o Kor stor del av dei inneliggande pasientane får fysio
Fysioterapeutisk tilnærming i behandling	<ul style="list-style-type: none"> - Når eg seier ROP-pasient, kva tenkjer du då? - Kan du fortelje litt om kva kvardagen din består av med desse pasientane? <ul style="list-style-type: none"> o Type behandling, varigheit, kor lang oppfølging, kor møter du pasientane - Kva behandlingstilnærmingar nyttar du? <ul style="list-style-type: none"> o Gruppe vs. Individuelt, hands on vs. Hands off, samtale, styrke, kondisjon, bevegelse, kroppsbevissthet o Motiverande intervju? o Psykomotorisk o Spesifikt eller generelt fokus? o Kvifor?
Pasientane sitt perspektiv	<ul style="list-style-type: none"> - Kva respons opplever du frå pasientane på oppfølginga/behandlinga du gjer dei? <ul style="list-style-type: none"> o Reaksjon? Før og etter? Endring over tid? - Korleis beskriv pasientane kvardagen på institusjon? - Korleis beskriv pasientane livet utanfor institusjon? <ul style="list-style-type: none"> o Er det noko som går igjen?
	<ul style="list-style-type: none"> - Kva tenker du er det viktigaste for å danne ein terapeutisk relasjon til ROP-pasientar? - Holde avtaler, følgje opp trening, ta ansvar for egen helse - Korleis kan dette bidra til å komme i ein god behandlingssituasjon?
Overgangen frå institusjon til anna oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> - Kva gjer du for at pasientane skal få ein best mogeleg overgang når dei reiser frå institusjonen? <ul style="list-style-type: none"> o System?

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rutinar? ○ Treningskontakt? ○ Brukarerfaring? Frivillige? ○ Fellesskap? - Korleis jobbar du med pasientar i forhold til overgangen til ein annan oppfølging/behandling? <ul style="list-style-type: none"> ○ Samarbeid med andre organisasjonar eller institusjonar ○ Har du tankar om korleis ein kan løyse dette på ein annan eller betre måte? ○ Kva tenkjer du er vår rolle i dette? ○ Ønskjer pasientane/brukarane vidare oppfølging/behandling? ○ Klarer dei å følgje opp behandling/oppfølging? - Kva erfaringar har du med å jobbe tverrfagleg rundt denne pasientgruppa? - Kva ser du på som avgjerande faktorar i overgangen frå institusjon til ein anna behandling? <ul style="list-style-type: none"> ○ Samhandling? Tilbod som tar imot pasientane? Egen motivasjon hos pasientane? - Korleis tenkjer du at ein kan løyse denne overgangsfasen på ein annan og betre måte? - Kva gjer du for at pasientane skal kunne nytte seg av tiltaka du gjer også etter dei er ferdig med oppfølging hos deg? - Kva tenkjer du at pasientane kunne hatt nytte av utanfor institusjon?
Meistring	<ul style="list-style-type: none"> - Viss eg seier ordet meistring i denne samanhengen kva tenkjer du då?

Oppfølgingsspørsmål

- Kan du gje meg eit eksempel på det du snakkar om no?
- Kan du utdype...
- Kan du fortelje om sist...
- Kva legger du i ordet...
- Kva meiner du når du seier...
-

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv

Vil du delta i bachelorprosjektet **«Veien videre – fysioterapeuters perspektiv på veien videre etter** **behandling i institusjon for ROP-pasienter»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse. I prosjektet ønsker jeg å innhente erfaringsbasert kunnskap om behandling av denne pasientgruppen, og overgangen fra institusjon til videre oppfølging utenfor institusjon. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi. I oppgaven vil jeg intervju 3-4 fysioterapeuter som på ulike måter møter mennesker med rus og psykiske lidelser i sin arbeidshverdag. Jeg er interessert i å undersøke de ulike terapeutene sitt perspektiv og tilnærming i behandling av denne pasientgruppen. I tillegg vil jeg se spesielt på hvilke tanker og erfaringer de ulike terapeutene har om veien videre for pasientene etter de har vært fulgt opp på institusjon.

Problemstilling

- *Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av ROP-pasienter, og overgangen fra institusjon til hverdagen utenfor institusjon for denne gruppen? Hvilken rolle har fysioterapeuten i denne overgangsfasen?*

Hovedtema for intervjuet:

- Fysioterapeutisk tilnærming i behandling av ROP-pasienter
- Hvordan erfarer terapeutene at pasientene responderer på behandlingen?
- Hva tenker terapeutene er det viktigste for at et menneske skal bli rusfritt?
- Hvordan jobber terapeutene med pasientene i forhold til overgangen til livet utenfor institusjon?
- Motivasjon og mestring

Opplysningene som samles inn, skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har erfaring med pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at jeg/vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema. Hovedtema for intervjuet er listet opp over. Det vil ta deg ca. 30-60 min. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun jeg som student vil ha tilgang til dataene.

Lydopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (senest ved utgangen av august 2022).

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Bachelorstudent:
- Veileder:
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig førsteamanuensis Mona K. Aaslund, mokra@hvl.no
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, personvernombudet@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

(Student)

Vedlegg 4 – Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Veien videre – fysioterapeuters perspektiv på veien videre etter behandling i institusjon for ROP-pasienter», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)