



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 335

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9875

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 7

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven 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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Pasienters opplevelser av fysisk aktivitet i rusbehandling

Patients' experiences of physical activity in substance abuse treatment

Kandidatnummer: 335

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitskap

Fakultet for helse- og sosialvitskap

22.05.2020

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.

Abstract

Title: Patients' experiences of physical activity in substance abuse treatment

Aim: The main object of this thesis is to look into patients experiences with physical activity as a part of the substance abuse treatment. The focus will be on the patients' experiences and what health-promoting effects physical activity can have on the patients and the course of treatment.

Problem formulation: “How do patients in substance abuse treatment experience the use of physical activity as an intervention?”

Method: In view of the problem formulation literature study is the method. I want to go in depth on patients' own experiences of physical activity in substance abuse treatment. I will use qualitative studies that summarize the phenomena through interviews and/or observations.

Result: The studies show that the informants perceive physical activity in treatment as positive for physical and mental health. They are experiencing better mood, increased well-being and better sleep. Other topics are better social acceptance and social networking. Physical activity in treatment increases community feeling and belonging and contributes to relationship building and more faith in oneself. Patients experience physical activity to help them keep away from drugs. Both as a drug-free arena and as a coping strategy for the mindset of drugs. Physical activity can be meaningful for accomplishment and coping with everyday life and stimulating empowerment. It is presented as a positive measure that promotes self-development and security of the informants. Despite many positive experiences, some barriers and challenges are also presented with the results.

Conclusion: The patients find that physical activity has a positive impact on physical health, mental health and social factors. Physical activity is described with great importance for the treatment. Based on the problem formulation, the answer may be that physical activity can be an important part of the treatment where the nurse must consider each unique patient's situation, involve the patient himself, understand the overall problem and plan the treatment well.

Innholdsfortegnelse

1.0	<i>Innledning</i>	5
1.1	Formål med oppgaven	6
1.2	Problemstilling.....	6
1.3	Avgrensing av oppgaven	6
1.4	Begrepsavklaring.....	7
1.5	Disposisjon av oppgaven	7
2.0	<i>Teori</i>	8
2.1	Rusavhengighet.....	8
2.1.1	Rusbehandling.....	9
2.1.2	Sykepleiers rolle i rusbehandling	10
2.2	Fysisk aktivitet.....	10
2.2.1	Effekter av fysisk aktivitet.....	11
2.3	Mestring og empowerment	12
2.4	Helsefremmende arbeid	13
3.0	<i>Metode</i>	14
3.1	Litteraturstudie	14
3.1.1	Begrunnelse for valg av metode	14
3.2	Søkeprosess.....	15
3.3	Flytskjema	17
3.4	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	18
3.5	Analyse	18
3.6	Kilde- og metodekritikk.....	19
3.7	Etiske overveielser	20
4.0	<i>Resultat</i>	21
4.1	Fysiske og psykiske effekter ved deltakelse i fysisk aktivitet	21
4.2	Sosiale faktorer og relasjonsbygging.....	22
4.3	Avstand til rusen og meningsfulle aktiviteter	23
4.4	Mestring, motivasjon og barrierer	24
5.0	<i>Diskusjon</i>	26
5.1	Fysisk aktivitet som tiltak for fysisk og psykisk helse.....	26
5.2	Meningsfulle, sosiale aktiviteter som skaper avstand til rus.....	28
5.3	Mestring og barrierer med fysisk aktivitet i behandling	30
5.4	Helsefremmende sykepleie i rusbehandling.....	32
6.0	<i>Avslutning</i>	34
7.0	<i>Referanseliste</i>	35

<i>Vedlegg 1 Litteratormatrise</i>	38
<i>Vedlegg 2 Søkehistorikk</i>	39
<i>Vedlegg 3 Sjekkliste kvalitativ forskning</i>	40
<i>Tabeller</i>	
1. <i>PICo-skjema med søkeord</i>	<i>14</i>
2. <i>Flytskjema</i>	<i>16</i>

1.0 Innledning

«Det var lørdag formiddag på rusklinikken. En av pasientene med sterk ADHD fant ikke roen. Han var rastløs, motorisk svært urolig og sov dårlig. Pasienten var fortsatt abstinent etter et helt voksent liv med misbruk av rusmidler. Han snakket høyt og krevde mye oppmerksomhet. Medpasienter irriterte seg over han og personalet begynte å få nok. Han tok for stor plass. «Skal vi ta en tur i skogen?» spurte jeg. Han ble med. Han løp, hoppet, pustet og peste inne på skogstien i 45 min. Vi utvekslet nesten ikke et ord på turen. Kun løp sammen. Han sov hele den natten, også dagen etter.»

Denne hendelsen har gjort inntrykk på meg som sykepleierstudent i arbeid med rusavhengige og skapt nysgjerrighet for hva effekten av fysisk aktivitet kan bidra med i rusbehandling. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2019) står det at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.

Helsefremmende arbeid handler om hvordan man kan tilrettelegge for at pasienter skal oppleve større kontroll over eget liv og egen helse med deltakende metoder som gjør at pasientene kommer styrket ut av behandlingen. (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 24).

Avhengighet og skadelig bruk av rusmidler hører med til de store helseproblemene vi står overfor i dagens samfunn. 10 – 20% av oss vil i løpet av livet utvikle en eller annen avhengighet til et eller flere rusmidler (Lossius, 2011, s. 22). Omtrent hvert femte voksne menneske vil i løpet av livet møte på slike utfordringer. Illegale rusmidler er kanskje det som får mest oppmerksomhet, på tross av at alkoholavhengighet fortsatt er det som skaper størst helseproblemer for enkeltindivider og samfunnet (Martinsen, 2018, s. 98). Rusavhengige sin fysiske helse er ofte svært dårlig ved oppstart av behandling.

Undersøkelser viser at rusavhengige har en forventet levealder som er 15-20 år kortere enn den øvrige befolkningen. Mye av dette skyldes høy forekomst av overdosedødsfall, ulykker, og somatisk sykdom (Flemmen, 2016b). Pasientgruppen har redusert helse, arbeidskapasitet og muskulær styrke sammenlignet med den friske befolkningen. Denne reduksjonen kan sammenlignes med hele 20-30 års aldring (Flemmen & Wang, 2015).

Vi vet at fysisk aktivitet er en viktig forebyggende faktor når det gjelder helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Fysisk aktivitet bidrar til forebygging og behandling av psykiske lidelser og somatiske sykdommer. Stadig flere rapporter peker på betydning av fysisk aktivitet for å fremme folkehelsen, hvor det også har vist seg å være effektivt

innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Lossius, 2011, s. 296). Det er uten tvil behov for økt fokus på helsefremmende tiltak i rusbehandling.

Forskningen på feltet er preget av effektstudier, som kan være viktig informasjon opp mot behandlingen av pasientgruppen. Derimot er det mangel på kunnskap om hva pasienten mener selv og hvordan de opplever fysisk aktivitet som tiltak i behandlingen mot sin rusavhengighet?

1.1 Formål med oppgaven

Oppgavens formål vil være å belyse fysisk aktivitet som tiltak i rusbehandling. Fokus vil være på pasientenes opplevelser og hvilke helsefremmende innvirkning fysisk aktivitet kan ha på pasienten og behandlingsforløpet.

1.2 Problemstilling

«Hvordan opplever rusavhengige pasienter fysisk aktivitet som tiltak i rusbehandling?»

1.3 Avgrensning av oppgaven

Jeg vil ta for meg studier som omhandler fysisk aktivitet til rusavhengige pasienter i behandling eller i oppfølging etter endt behandling. Oppgaven tar ikke hensyn til type kjønn, type rusmiddel, behandlingens lengde eller bruk av tvang i behandling. I litteraturen og forskningen blir fysisk trening og fysisk aktivitet brukt om hverandre. Jeg vil derfor se på artikler som omhandler begge disse begrepene. I oppgaven vil jeg forholde meg til begrepet «fysisk aktivitet» som blir en paraplybetegnelse som rommer flere former for aktivitet.

1.4 Begrepsavklaring

Rusavhengighet

«Rusavhengighet er når en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har bruker et sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand, og stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser» (Helsedirektoratet, 2011).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet beskrives i følge Bahr (2015) som all kroppsbevegelse som følger av muskelarbeid, og som fører til økt energiforbruk.

1.5 Disposisjon av oppgaven

Videre i denne oppgaven vil den teoretiske rammen presenteres og deretter den metodiske tilnærmingen som har blitt benyttet for å svare på problemstillingen. Resultatene av funn i utvalgte studier vil bli presentert i resultatdelen, for så å trekke inn den teoretiske rammen sammen med resultatene i en diskusjonsdel. Tilslutt vil oppsummerende refleksjoner bli lagt frem i en avslutning.

2.0 Teori

2.1 Rusavhengighet

I Norge defineres rusavhengighet etter den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 (Lossius, 2011). Når en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt stoffbruk blir det kalt avhengighetssyndrom (Helsedirektoratet, 2011). Slike typiske fenomener er utvikling av toleranse og abstinenssymptomer. Toleranseutvikling innebærer at stadig større mengde rusmidler er nødvendig for å oppnå ønsket virkning. Abstinenssymptomer er når psykiske og fysiske symptomer oppstår ved stans eller reduksjon av rusmiddelinntaket (Martinsen, 2018, s. 101). Vanligvis har bruker et sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser. Stoffbruken får også en høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser. Det kan dreie seg om avhengighet til et spesifikt stoff som f.eks. alkohol eller diazepam, en gruppe stoffer som f.eks. opioider eller andre farmakologisk stoffer (Helsedirektoratet, 2011).

Bruk av rusmidler kan gi en subjektiv følelse av spenningsreduksjon, avslapping og det kan dempe plager og symptomer (Helsedirektoratet, 2011). Rusmidler påvirker de samme delene av hjernen som er aktive når vi opplever nærhet og glede i menneskelige relasjoner. Rusmidler påvirker også intensiteten i følelser som sinne, tristhet og glede. De demper ulike former for angst og uro og fungerer som et avbrekk fra hverdagens realiteter som behov for nærhet eller distanse, å fylle emosjonelle tomrom eller å dempe fysisk eller psykisk smerte (Lossius, 2011, s. 22). Bruk av rusmidler kan svekke viktige kognitive funksjoner som konsentrasjon, hukommelse, motorisk koordineringsevne, reaksjonshastighet og resoneringsevne (Helsedirektoratet, 2011). Ved rusavhengighet utvikles det en likegyldighet overfor aktiviteter som tidligere var interessante eller ga glede. Viktige sosiale fritidsaktiviteter eller arbeid gis opp eller reduseres (Martinsen, 2018, s. 101).

2.1.1 Rusbehandling

Rusbehandling innebærer å styrke og støtte evnen og ønske om å leve et liv uten avhengighet til rusmidler (Kunøe, 2018). Det kan være en langvarig prosess som krever utholdenhet fra både pasient, pårørende og behandlere (Lossius, 2011, s. 34). Målsettingen for rusbehandlingen kan være ulik fra pasient til pasient og må ofte endres underveis i forløpet. Noen pasienter kan ha et mål om skadereduksjon av rusmidlene og bedre livskvalitet, mens andre pasienter ønsker fokus på full symptomfrihet, rusfrihet, funksjonsevne og integrering i samfunnet. Det blir viktig å finne en balanse mellom å utfordre til endring, men heller ikke stille for store krav eller forventninger (Helsedirektoratet, 2011).

Rusbehandling er sammensatt og det må jobbes med utfordringer parallelt (Lossius, 2011, s. 34). Noen av utfordringene som fører med er kontroll over inntak av rusmidler, bearbeide temaer som skyld og skam, psykiske helseplager som angst, depresjon og traumelidelser og somatiske plager som hepatitt, feilernæring, lever og nyreskade og nerveskader. Sosiale utfordringer, bolig, personlig økonomi, arbeidsledighet og nettverk er også aktuelle temaer i behandlingen (Kunøe, 2018).

Pasienten er den reelle ekspert på eget liv og vet best hva som må til for å utløse en endring. Terapeutens rolle blir å stimulere pasientens bevisstgjøring av egne ressurser og samtidig være en støttespiller i endringsarbeid (Lossius, 2011, s. 33). En god relasjon mellom bruker og tjenesteyter har stor betydning for behandlingsresultatet, og kan ofte være viktigere enn behandlingsmetoden som blir brukt (Helsedirektoratet, 2011).

Behandling av rusmiddelavhengighet er givende arbeid, men også krevende. Det krever faglig innsikt og stor empatisk kapasitet. Noe av det aller viktigste er at behandlingen blir individuelt tilpasset. Det finnes ingen mal på optimal behandling og behandlingsmål må legges opp etter pasientens ressurser, behov og omgivelser (Lossius, 2011, s. 34). Vellykket rusbehandling forutsetter en tverrfaglig innsats som tar hensyn til rusmessige faktorer, psykiske utfordringer, somatisk helsestatus, sosiale problemer og familien og nettverket rundt (Lossius, 2011, s. 146). At hver enkelt blir møtt med forståelse, empati og respekt er en forutsetning for vellykket behandling (Kunøe, 2018).

2.1.2 Sykepleiers rolle i rusbehandling

I SINTEF sin rapport av Melby, Ådnes og Kasteng (2017) står det at sykepleiere i rusbehandling synes det er vanskelig å definere sin rolle. En av hovedoppgavene som kom frem var kartlegging og observasjon av pasientene. Å se «hele mennesket» ble nevnt som en viktig faktor. Andre oppgaver var administrering av medisiner, følge opp virkning og bivirkninger og dokumentasjon i pasientjournaler. Samtaler, samhandling med andre aktører, internt og eksternt, motivasjonsarbeid og å sørge for at pasienten er delaktig i beslutninger om egen behandling var også en del av sykepleiers hovedoppgaver.

Som sykepleier skal man ha en god relasjonskompetanse og informantene var enig om at relasjonsbygging var en viktig del av arbeidet sammen med fokus på å være tilstede, lytte og gi håp (Melby et al., 2017).

Fra rapporten kom det frem at sykepleierne som jobbet i rusbehandling ønsket mer fokus på fysisk helse hos pasientene. Som sykepleier har man et klinisk blikk på den somatiske helsen, og flere mente de ikke fikk ha nok fokus på det i behandlingen. Fysisk og psykisk helse henger sammen og påvirker hverandre, og flere ønsket mer fokus på denne problematikken (Melby et al., 2017).

2.2 Fysisk aktivitet

Med fysisk aktivitet menes det all kroppslig bevegelse som følger av muskelarbeid, og som fører til økt energiforbruk (Bahr, 2015). Fysisk trening anses derimot som tilrettelagt, strukturert og gjentatt aktivitet som har hovedmål å forbedre eller opprettholde fysisk form (Borge, Martinsen, Moe & Berntsen, 2011).

Spennet er stort når det kommer til måter å bruke kroppen på (Løvaas, 2013, s. 234). Ulike former for fysisk aktivitet kan være arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening og dans. Fysisk aktivitet kan utføres med ulik intensitet. Jo høyere intensiteten er, desto større blir den umiddelbare virkningen på forskjellige kroppsfunksjoner (Bahr, 2015, s. 8).

Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet sier at alle mennesker bør være aktiv tilsammen 30 minutter hver dag. Det bør være med middels intensitet som tilsvarer en rask

gåtur. Ved å øke daglig mengde eller intensitet kan man oppnå ytterligere helseeffekt (Bahr, 2015, s. 37). Det er kanskje et paradoks for mange å fokusere på fysisk aktivitet hos rusavhengig med dårlig helse. Likevel har det vist god effekt innenfor rusbehandling (Lossius, 2011, s. 296). Sett opp mot andre former for terapi kan fysisk aktivitet benyttes daglig, i behandling og hjemme, både med og uten helsepersonell tilstede (Lossius, 2011, s. 297). Fysisk aktivitet kan være et mestringsverktøy og en god ressurs som pasienten kan finne mening med (Martinsen, 2018, s. 31).

Spennet er stort når det kommer til holdninger og erfaringer pasienter har fra tidligere med fysisk aktivitet. For noen kan det vært forbundet med glede, sosial kontakt og helsegevinst. Andre har fordommer og negative erfaringer med fysisk aktivitet hvor lav mestringstro, dårlig selvtillit, slit og ubehag står sentralt (Martinsen, 2018, s. 155). Å tilrettelegg for fysisk aktivitet i behandling krever både teoretiske og praktiske kunnskaper fra helsepersonell. Ikke minst bør man ha kunnskap om motivasjonsstrategier. Motivert og energisk helsepersonell som selv deltar er med å skape trygghet. Personalets holdninger er med å stimulere pasienten. Å ta hensyn til pasientens funksjonsnivå og autonomi er viktig prinsipper for å oppnå motivasjon, sammen med god planlegging, gjennomføring og oppfølging (Martinsen, 2018, s. 156). Ved valg av aktiviteter i behandling er det viktig å bruke lystbetonte og morsomme aktiviteter, som gjerne kan gjøres med andre med god sjanse for mestring. Det er et pluss at aktiviteten ikke krever mye utstyr slik at den lett kan gjennomføres og videreføres etter behandling (Borge et al., 2011, s. 89).

2.2.1 Effekter av fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet setter i gang en rekke fysiologiske responser og påvirker ulike funksjoner i nervesystemet (Bahr, 2015, s. 27). Blant disse er bedret muskelstyrke, balanse, reaksjonsevne og motorikk (Lossius, 2011, s. 298). Økt ventilasjon, hjertefrekvens, energiomsetning, endret insulinutskillelse, blodfettprofil og endringer i utskillelse av hormoner og signalstoffer er andre fysiologiske responser (Bahr, 2015, s. 208).

Psykologiske effekter er også forbundet med regelmessig fysisk aktivitet (Lossius, 2011, s. 300). Martinsen (2018) nevner bedret selvfølelse, kroppsbevegelse, søvn, evne til å mestre stress og reduksjon av psykosomatiske symptomer. Reduksjon av muskulære spenninger og reduksjon av milde og moderate former av angst og depresjon er dokumenterte effekter

(Martinsen, 2018, s. 55). Flere signalstoffer i hjernen påvirkes positivt av fysisk aktivitet. Eksempler på slike stoffer er dopamin, noradrenalin, serotonin og endorfiner som virker positivt inn på kroppen vår i form av velvære, konsentrasjon, oppmerksomhet og humør (Lossius, 2011, s. 299). En rekke studier viser at fysisk aktivitet aktiverer samme områder i hjernen som rus og har styrket teorien om at fysisk aktivitet kan oppleves som en erstatning for rus etter endt behandling (Johansen & Redzovic, 2018). Det finnes flere hypoteser om mulige mekanismer om hvordan fysisk aktivitet påvirker sinnet vårt. Ved valg av aktiviteter med en viss intensitet og varighet kan nivået av endorfiner i hjernen påvirkes. For å oppnå en distraksjonseffekt er det relevant med aktiviteter som krever konsentrasjon og oppmerksomhet som f.eks. ballspill (Martinsen, 2018, s. 154).

2.3 Mestring og empowerment

Mestring kan forstås som å klare noe på egen hånd, for å komme seg videre på en god måte. Mestring omfatter å ha tilgang på ressurser, kunnskap, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere, utstyr og evne til å utnytte dette (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 174). Utsatte grupper mennesker har opplevd mange ydmykelses og skuffelser, som fører til dårlig selvtillit og liten grad av mestring i livet. De opplever seg selv som mindre verdt i egne og andres øyne (Askheim, Starrin & Heyerdahl, 2007, s. 77).

Empowermentbegrepet står sentralt i helsefremmende arbeid. Hovedbudskapet er at pasienter ikke kan oppnå optimal helse hvis de ikke selv har styring over de forhold som påvirker den. (Askheim et al., 2007, s. 29). Verdens helseorganisasjon definerer Empowerment som:” En prosess der mennesker oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse” (Tveiten, 2012, s. 24). Empowermentprosessen gjør den enkelte pasient i stand til å ta større kontroll over eget liv. Ved denne prosessen er sykepleier pasientens samarbeidspartner der tillit er et vesentlig aspekt ved relasjonen (Tveiten, 2012, s. 27). Sentrale holdninger i arbeidet er at alle mennesker sees på som kompetente under rette forutsetninger og at alle mennesker er like mye verdt og har like rettigheter (Askheim et al., 2007, s. 77). Tre sentrale begrep i empowermenttenkningen er pasienten som ekspert på seg selv, medvirkning og maktfordeling. Hensikten med disse begrepene er at pasientens egne ressurser, uavhengighet og tro på seg selv skal styrkes (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 175). Empowerment er både et begrep, en prosess og et resultat i det helsefremmende arbeidet.

Resultatet skal føre til at pasienten kan ta mer kontroll over det som påvirker egen helse og eget liv, noe som kan sees på mestring (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 176).

2.4 Helsefremmende arbeid

«Helsefremmende arbeid er den prosessen som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å bedre og bevare sin helse» (Verdens helseorganisasjon, referert i (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 26). Sykepleiere skal fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og gjenopprette helse (Sykepleierforbundet, 2019). Å fremme helse er en av sykepleiernes oppgaver (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 17). Pleie, støtte, undervise, behandle, lede, lytte og administrere er andre stikkord ved god sykepleie (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 80). All sykepleie tar utgangspunkt i pasientens sammensatte problemstilling og vurderer hvilke helseressurser eller mangel på slike det må tas hensyn til. For å utøve god sykepleie kreves det kunnskaper, ferdigheter, erfaring, klokskap og faglig skjønn. Pleie, forebygging og helsefremming skjer i relasjonen til pasienten, og kvaliteten på relasjonen vil bli avgjørende om pasienten føler seg ivaretatt (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 82). Helsefremmende sykepleie handler om alle de tiltakene som rettes mot at pasienter opplever mestring av egen helse slik at helseproblemer reduseres og sykdom unngås (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 174). Det handler om å fremme folks helse slik at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet (Mæland, 2010, s. 13).

3.0 Metode

” En metode er et middel, en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med til definisjonen av hva metode er” (Dalland, 2017, s. 111). Metode er en systematisk fremgangsmåte for å samle inn informasjon og kunnskap som kan belyse en problemstilling (Thidemann, 2017, s. 77).

3.1 Litteraturstudie

I oppgaven blir litteraturstudie benyttet som metode for å svare på problemstillingen. Et litteraturstudium har som hovedmål å innhente informasjon om emnet vedrørende valgt problemstilling, for så å analysere og sammenfatte resultatene (Thidemann, 2017, s. 79). Det er en objektiv beskrivelse hvor studiene gjennomgås ut fra kritisk vurdering og hvor det tas hensyn til eventuelle feilkilder (Cronin, Ryan & Coughlan, 2008). Etter en kritisk gjennomgang av litteraturen man har funnet skal det hele oppsummeres hvor hensikten er å gi leseren en god og oppdatert forståelse av området problemstillingen etterspør. Ikke minst redegjøre for hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2017, s. 80).

3.1.1 Begrunnelse for valg av metode

For å få frem et bredt spekter av erfaringer og opplevelser fra pasienter gjennom tidligere gjennomførte studier er litteraturstudie blitt valgt som metode (Dalland, 2017, s. 211). Forskning deles inn i kvantitative og kvalitative studier ut ifra studiens formål. En kvantitativ studie har en fordel ved at den gir målbare enheter, som er objektive data og eksakt faktakunnskap. Metoden samler inn breddekunnskap, ved få opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Dalland, 2017, s. 52). I denne oppgaven blir pasienters egne opplevelser av fysisk aktivitet i rusbehandling satt fokus på. Hvor pasienters erfaringer, meninger, opplevelser, motiver og holdninger blir kartlagt. Derfor vil kvalitative studier som oppsummerer fenomenene gjennom intervjuer og/eller observasjoner bli benyttet. Kjennetegnet ved metoden er at man skaffer seg dybdekunnskap og en helhetsforståelse ved få, men grundige opplysninger fra undersøkelsesenheter (Thidemann, 2017, s. 78).

3.2 Søkeprosess

Søkeprosessen ble startet med å dele problemstillingen opp i søkeord ved å bruke et PICO-skjema for å gjøre problemstillingen presis og søkbar (Thidemann, 2017, s. 86).

	P (population)	Fenomen av I (interesse)	Co (kontekst) Hvilken kontekst/setting dreier det seg om?
Norsk	Rusavhengige Rusmiddelbrukere	Fysisk aktivitet	-
Engelsk	(Substance use) Substance abuse (medline) Substance abusers (Substance Use Disorder) Drug user* (s) Drug abuse Substance-related disorder (medline) Drug addiction Substance use disorder (cinahl)	Exercise Physical Activity Exercise based treatment (medline)	Rusbehandling

Tabell 1. PICO-skjema med søkeord

En MESH-ordbok (Medical Subject Headings) ble brukt for å oversette søkeordene til engelsk, finne synonymer og sikre at ordene var korrekt i henhold til medisinsk fagterminologi (Thidemann, 2017, s. 87). Aktuelle søkeord er skrevet i PICO-skjemaet ovenfor. Søket ble gjennomført i databasene Medline, Cinahl og PsycINFO. Valget av databaser ble basert på relevansen for helsepersonell, sykepleiefaglige artikler og innhold av kvalitativ forskning (Thidemann, 2017, s. 85). Andre databaser har vært søkt i uten relevante treff. Å utvikle en god søkestrategi er vesentlig for et effektivt søkearbeid (Thidemann, 2017, s. 87). Det ble gjort et forarbeid for å få kjennskap til tematikken gjennom forskningen og aktuelle søkeord (Dalland, 2017, s. 157). Søk i Google Scholar og biblioteket sin søkemotor Oria, som søker i mange akademiske tidsskriftbaser samtidig ble benyttet. Søkehistorikken har blitt dokumentert underveis ved å lagre søkene i databasene og i skriftlige tabeller (vedlegg 2) for å ha en ryddig søkeprosess (Thidemann, 2017, s. 89).

Under søket ble alle synonymer på rusavhengighet søkt på ord for ord. Det ble benyttet trunkering for å få med både entalls- og flertallsformer av det aktuelle ordet (Nasjonalbiblioteket, 2019). Søkeordene ble søkt på som tekstord, emneord og tittelord der

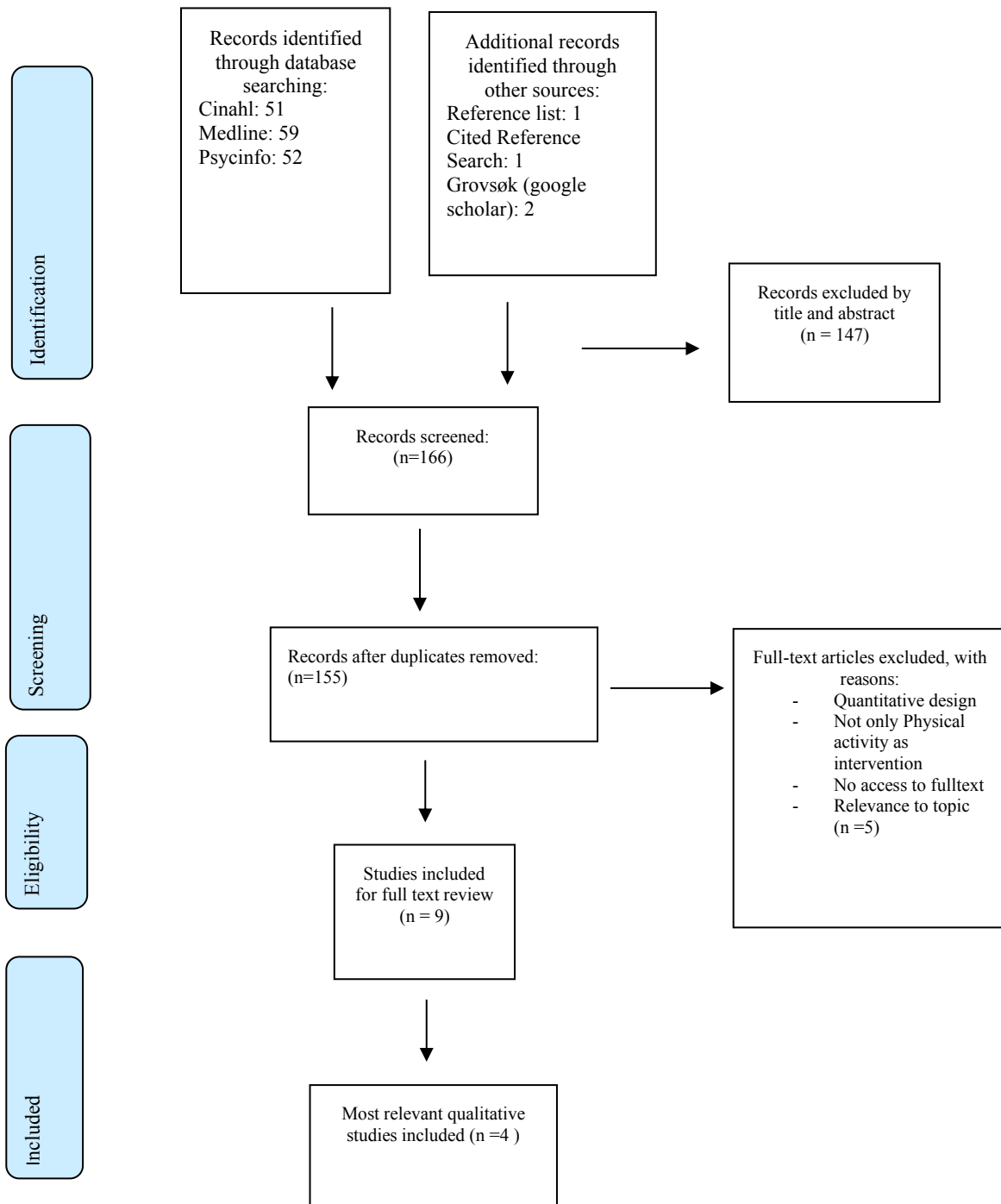
det var mulig. Alle synonymene på rusavhengige ble deretter kombinert med «OR» for å samle de i ett søk. Det samme ble gjort med synonymene for fysisk aktivitet.

Søkene for rusavhengighet og fysisk aktivitet ble så kombinert med «AND» for å samle all forskning som omhandlet begge temaene. For å avgrense søket ble filteret om kvalitativ forskning benyttet i alle databasene med høyeste grad av spesifisitet. I databasen Cinahl ble filteret for fagfelleverderte artikler benyttet for å kun få opp vitenskapelige forskningsartikler. Dette førte til et spisset og overkommelig søkeresultat. Det ble ikke benyttet filter som spesifiserte årstallavgrensning på studiene, for å ikke gå glipp av relevante studier. Antall og oversikt over treff i de ulike søkene er ført inn i et flytskjema (3.3) i neste delavsnitt.

Etter å ha benyttet søkestrategien i de tre valgte databasene, benyttet jeg Endnote online for å fjerne duplikater. Det ble gjort en grovsortering ved gjennomgang av tittel og abstract på søkeresultatet. Inklusjon- og eksklusjonskriteriene ble brukt for å fjerne de studiene som falt utenfor kriteriene. Etter grovsorteringen satt jeg igjen med fem relevante studier.

I etterkant av søk i databasene ble det gjennomført et siteringssøk i Google Scholar for mulig å finne annen relevant nyere forskning som hadde sitert utvalgte studier. Jeg gjennomgikk også litteraturlistene til de fem studiene for å se etter eldre aktuelle studier. Etter et grundig arbeid med databaser, sortering, sjekklister og gjennomgang endte jeg opp med fem studier generert fra databasene, samt fire relevante studier gjennom siteringssøk og litteraturlistegjennomgang. Ni studier ble i sin helhet og ut ifra gitte kriterier nøye gjennomgått med mål om av å svare best mulig på problemstillingen. Jeg endte til slutt opp med fire studier som er sammenfattet og presentert nærmere i en litteraturmatrise (vedlegg 1) (Thidemann, 2017, s. 89). Etter gjennomført søkeprosess og utvalg har kvaliteten på studiene blitt vurdert. Dette beskrives nærmere i kapittel om kildekritikk. For videre kvalitetsvurdering av de fire inkluderte studier ble det benyttet sjekklister for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016). Denne ble brukt for å sikre kvalitet og evidens og baserer seg på CASP-verktøyene (Critical Appraisal Skills Programme) som er publisert ved Universitetet i Oxford (Thidemann, 2017, s. 91).

3.3 Flytskjema



Tabell 2. Flytskjema

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur har jeg satt noen eksklusjons- og inklusjonskriterier. Det gjør søket mer hensiktsmessig ut i fra kunnskapen jeg ønsker å komme frem til (Thidemann, 2017, s. 84).

Aktuelle inklusjonskriterier ved mitt søk har vært fagfellevurderte studier, kvalitative studier og studier skrevet på nordisk språk og engelsk. Det har blitt inkludert studier som både omhandler pasienter innlagt i behandling og pasienter som følger opp poliklinisk og etterverns tilbud i etterkant av behandling. To klare inklusjonskriterier er at det foreligger en rusdiagnose hos populasjonen som utforskes i studiene og at pasientenes alder er fra 15 år og oppover. Eksklusjonskriteriene som er satt for min oppgave er studier som omhandler røyking og anabole steroider. Studier som tydelig omhandler psykiatriske diagnoser kombinert med rusavhengighet har også blitt ekskludert. Studier som omhandler yoga som intervensjon har vært ekskludert i søket på bakgrunn av at det krever spesialisert kompetanse for å gjennomføre tiltaket. Jeg vil ikke ta hensyn til hvilket rusmiddel pasient er avhengig av og lengde på behandlingen. Heller ikke om behandlingen er frivillig eller på tvang eller om pasientene er menn eller kvinner. På bakgrunn av relativt få spesifikke kvalitative studier rundt tema har det ikke blitt satt begrensning på årstall.

3.5 Analyse

Dalland (2017) skriver at analyse er et granskningsarbeid for å finne ut hva det innsamlede materialet ønsker å fortelle oss. For å skaffe seg et helhetsinntrykk av materialet er det viktig lese gjennom tekstene flere ganger og veksle på å se på helheten og delene av materialet. Dette gjøres for å få en god forståelse av innholdet, for å få tak i detaljene og merke seg hovedtemaene i teksten (Thidemann, 2017, s. 91). Under analysen av de utvalgte studiene var det viktig å alltid holde problemstillingen høyt og jevnlig kaste ett blikk på den for minne meg selv på hva jeg var ute etter å svare på (Thidemann, 2017, s. 92).

De fire trinnene i analysemetoden som jeg benytter er (1) å få et helhetsinntrykk, (2) å identifisere og kondensere meningsdannende enheter, (3) å abstrahere innholdet i de enkelte

meningsdannende enhetene og (4) å sammenfatte betydningen av dette (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 230). Målet var å redusere informasjonsmengden og få frem det mest interessante opp mot problemstillingen. Dette gjorde jeg ved å finne hovedtemaer som gikk igjen i de ulike resultatene (Dalland, 2017, s. 92). Det var flere temaer som tydelig skilte seg ut. Fysisk helse, psykisk helse, mestring, meningsfulle aktiviteter og avstand til rusen var noen av dem. Resultatene til studiene ble så delt opp i hovedgrupper og videre sammenfattet i resultatdelen i oppgaven.

3.6 Kilde- og metodekritikk

Hensikten med kildekritikk er å foreta kritiske vurderinger av litteraturen en har samlet inn for å bestemme relevans, styrke og begrensninger (Thidemann, 2017, s. 27). Å fastslå om opplysningene er sanne, sjekke om opphavet til kilden er troverdig og vurderer relevans er det første man bør gjøre ved kildekritikk (Dalland, 2017, s. 152). Jeg har benyttet en sjekklister (vedlegg 3) hentet fra Helsebiblioteket for kvalitativ forskning for å vurdere studiene. To av studiene er skrevet på engelsk, og det kan ha oppstått feiltolkninger og misforståelser som medfører en svakhet i tolkningsarbeidet.

Metodekritikk innebærer selvkritikk. Etter å ha tatt metodespørsmålet mitt opp til ny vurdering kan jeg si noe om den var et godt redskap for å besvare problemstillingen (Dalland, 2017, s. 55). Ifølge Dalland (2017) er en av de sterkeste sidene ved litteraturstudium at den gir en oversikt over aktuell forskning på et område, og dermed fremstiller en helhet. Olsson (2003) nevner at en svakhet ved litteraturstudium er at ikke blir gjort direkte ny forskning og dermed innehar resultatet mulighet for fortolkninger. Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av kvalitative studier for å besvare problemstillingen. Ved kvalitativ forskning får en frem nyanser og kunnskap om menneskers holdninger, opplevelser, erfaringer (Thidemann, 2017, s. 78). Dette har vært relevant opp mot problemstilling, og ha gitt noen gode svar. Likevel er det vanskelig å generalisere disse dataene, ettersom det er såpass få pasienter som er inkluderte i studiene. En kan få ut en del nyttig informasjon, men det kan bli vanskelig å direkte overføre resultatene til praksis da det er subjektive opplevelser som er vektlagt.

Vi har alltid våre fordommer og førforståelse med oss inn i en undersøkelse (Olsson, 2003, s. 101). Jeg har forsøkt å møte temaet og oppgaven min så nøytralt så mulig, men har ikke kunnet unngå å ha tanker om temaet på forhånd og med meg under skriveprosessen, analysen

og tolkningen. Jeg har forsøkt å være min førforståelse bevisst under hele denne prosessen, men kan ikke helt utelukke at det kan ha en påvirkning på oppgaven (Dalland, 2017, s. 58).

3.7 Etske overveielser

Etske overveielser betyr å tenke gjennom etske utfordringer arbeidet mitt medfører.

Forskningsetikk er et område av etikken som har med vurderinger av forskning i forhold til samfunnets normer og verdier. Ikke minst om å ivareta personvern og sikre at deltakere i forskning ikke blir påført skade eller unødige belastninger (Dalland, 2017, s. 235).

Til tross for at man ikke har direkte kontakt med pasienter under et litteraturstudium vil det være viktig for meg som forsker å være kritisk og observant i forhold til de etske overveielserne som er gjort i de inkluderte studiene (Dalland, 2017, s. 240). Jeg har derfor sett på at utvalgte artikler har blitt etsk godkjent, og at gjeldene prinsipper for frivillighet, anonymitet og informert samtykke er blitt ivaretatt under gjennomføringen av studiene (Thidemann, 2017, s. 12).

Etske overveielser ved et litteraturstudie er også at man overholder akademiske normer for kildehenvisning ved at man benytter seg av referanser på en korrekt måte (Thidemann, 2017, s. 12). I min oppgave hvor jeg bruker andre sitt material for å besvare problemstillingen blir dette viktig. Det bør komme tydelig frem at det ikke er mine egne meninger og standpunkter som skrives om, men teori og materialet som er hentet fra lærebøker og forskning av høy kvalitet og troverdighet.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil relevante funn fra de fire studiene bli presentert under forskjellige deloverskrifter. Etter et grundig analysearbeid av resultatene i studiene som omhandler pasienter i rusbehandling vil det bli presentere sentrale temaer som har kommet frem under arbeidet. Studiene og resultatene er nærmere presentert i en litteraturmatrikse (vedlegg 1).

4.1 Fysiske og psykiske effekter ved deltakelse i fysisk aktivitet

I studien til Gimenez-Meseguer mfl. (2015) kom det frem at pasientene kjente på økt utholdenhet, styrke, koordinasjon og fleksibilitet. En av informantene sier: «Før klarte jeg bare å løpe tre løp under fotballspillingen før jeg ble sliten, men nå som jeg har trent har jeg økt utholdenheten betraktelig». Informanter i studien til More et al (2018) formidlet at de følte seg sterkere, sprekere og at de fikk puste lettere etter gjennomføring av fysisk aktivitet. Johansen & Redzovic (2018) fant i sin studie at flere av informantene føler seg bedre etter bruk av sykling, ski, klatring og jogging. Hovedfunn her er at den fysiske aktiviteten fører til bedre søvnkvalitet, økt energi i hverdagen og opplevelse av glede. «Jeg opplevde på en måte å få kontroll over humøret mitt med trening, var jeg i dårlig humør så jogget jeg meg en tur. Det gjorde at jeg klarte å bidra til min egen lykke på en måte». Dette viser at fysisk aktivitet ble en arena der informantene kunne kjenne på det å ha kontroll over seg selv og fikk til å endre humør og velvære uten hjelp av andre (Johansen & Redzovic, 2018).

Flere av studiene bygger opp under temaet «å føle seg bedre». I studien til More m.fl (2018) kom det frem at pasientene følte seg mer glad og fikk økt energi etter fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet ble en plattform der pasienten kunne få utløp for følelser som stress, angst og frustrasjon, samt det å kjenne på lettelse i etterkant. En av pasientene i studien sier:

Å bli stresset, kjenne på sinne og frustrasjon og alt det der, du bare tar alt ut, og tenker for deg selv, nå skal du trene og være i fysisk aktivitet, så nå er det bare å bygge opp all energi og bruke det på treningen. Så når du er ferdig, er alt borte. Det blir nesten som en psykologtime, bare at du slipper å bruke ord. (More et al., 2018)

Andre rapporterte fysisk effekter var vekttap for noen og vektøkning for andre. Etter å ha levd tøffe liv i rusavhengighet som tærer på kroppen og ødelegger helsen, kjente flere informanter

på at fysisk aktivitet hjalp de å bygge opp et positivt kroppsbilde igjen og være fornøyd med seg selv og sitt utseende (More et al., 2018). «Fysisk aktivitet bedret selvbildet mitt. Det er godt å kjenne seg sliten, og kjenne på velvære etter trening. Med hard fysisk aktivitet opplever jeg fremgang på form og helse» (Johansen & Redzovic, 2018).

Distraksjonseffekten blir fremstilt som en svært verdifull fordel med fysisk aktivitet. Det gjør at pasientene glemmer litt hverdagsproblemer både på hjemmebane og i behandling (Gimenez-Meseguer et al., 2015). Noen informanter beskriver at når de har en dårlig og overveldende dag, så hjelper fysisk aktivitet med å klarne hodet og glemme problemer og utfordringer som de står i. Fysisk aktivitet hjelper også pasientene til å takle daglig stress, det reduserer totalbelastningen og gir de et pusterom i hverdagen (Gimenez-Meseguer et al., 2015). I studien til Johansen & Redzovic (2018) kommer det frem at informantene kjenner på en lykkfølelse etter gjennomføring av hard fysisk aktivitet. Glede, bedre humør og redusert stress og angstfølelse i hverdagen er også effekter som tydelig går igjen hos informantene. Mange av informantene trekker frem at de tidligere har hatt utfordringer med døgnrytme og dårlig søvnkvalitet (Johansen & Redzovic, 2018). I flere av studiene uttrykker informanter at fysisk aktivitet har gitt de økt søvnkvalitet og søvnlengde. En av informantene uttrykker: «Jeg sovner bedre hvis jeg trener og sliter meg litt ut», en annen sier: «Jeg får bedre søvn, sovner gjennom natten og våkner opp mindre» (More et al., 2018).

Gjennom studiene kommer det tydelig frem fra informantene at fysisk aktivitet i behandling fremmer både fysisk og psykisk helse. Dette formidles gjennom bedre humør hos informantene, opplevelse av mer glede, økt velvære, tilfredshet og bedret søvn.

4.2 Sosiale faktorer og relasjonsbygging

Flere av informantene forteller om opplevelser med brutte relasjoner, manglende sosialt nettverk og ingen rusfrie venner etter endt behandling (Johansen & Redzovic, 2018). Som rusfrie har flere kjent på at de må jobbe seg tilbake til samfunnet og gjenreise tillit. En av informantene sier: «Jeg har jo tilhørt et miljø i mange år, men er ikke en del av lengre. Det å komme sammen med mennesker som liker det samme som meg, gjør at jeg føler å være en del av noe» (Johansen & Redzovic, 2018). Informanten i studiene til More mfl. (2018) beskriver at deltagelse i fysisk aktivitet sammen med andre bedret det sosiale forholdet både med jevnaldrende, personalet, familie og venner. Informanter rapporterte om bedret tillit til

andre mennesker og at den fysiske aktiviteten var en samlende arena for sosialt felleskap (Gimenez-Meseguer et al., 2015). Fellesskapsfølelsen er en faktor som blir påpekt. Det å gjennomføre fysisk aktivitet sammen med andre bidrar til at informantene opplever å jobbe sammen mot et mål, stifte nye bekjenskaper, få sosialt påfyll, støtte hverandre og ikke minst blir sett (Johansen & Redzovic, 2018). Å gjøre meningsfulle aktiviteter sammen med andre er en annen viktig faktor under et behandlingsforløp (Ness et al., 2013). Noen av informantene forteller om vanskelige relasjoner og et turbulent forhold til familien. Tilværelse i aktiv rus førte til mye kjefting og lite kontakt. En av informantene forteller at hun fant tilbake til seg selv igjen etter å ha benyttet fysisk aktivitet i hverdagen. Dette påvirket hennes dag på en positiv måte og det påvirket også forholdet hennes til familien sin (Johansen & Redzovic, 2018). Å kunne være seg selv og bli akseptert som «bra nok» var et resultat som kom frem. Gjennom fysisk aktivitet opplevde informantene å bli behandlet med verdighet og respekt (Ness et al., 2013). Informantene uttrykte også viktigheten av det motiverende miljøet som deltagelse i fysisk aktivitet skapte, der de lærte å støtte opp under hverandre og heie på hverandre, som førte til økt fellesskapsfølelse og relasjonsbygging (More et al., 2018).

Sosial aksept og sosialt nettverk er faktorer som går igjen i studiene. Det er tydelig at fysisk aktivitet i behandling gir økt fellesskapsfølelse og tilhørighet. Som igjen bidrar til relasjonsbygging og mer tro på seg selv.

4.3 Avstand til rusen og meningsfulle aktiviteter

Fysisk aktivitet har for noen informanter vært den beste strategien for å erstatte romrommet etter rusen (Johansen & Redzovic, 2018). I studien til More mfl. (2018) sier en av informantene: «Fysisk aktivitet har holdt meg opptatt, så når jeg trener, bekymrer jeg meg ikke for rus og andre ting, jeg tenker ikke på det i det hele tatt». Andre formidlet at fysisk aktivitet var blitt en viktig rusfri arena. Det å gjennomføre fysisk aktivitet i et rusfritt miljø var styrkende og gjorde at rusen ikke havnet i fokus (Ness et al., 2013).

Andre informanter opplevde fysisk aktivitet som en tydelig erstatning for rusmidlene (More et al., 2018). I studien til Gimenez-Meseguer mfl. (2015) opplevde informantene at lysten til å innta rusmidler ble redusert når de var fysisk aktive. Å være i fysisk aktivitet og ruse seg samtidig ble formidlet som uforenelige faktorer. En av informantene formidlet at fysisk aktivitet gjorde at hjernen hans ble «opptatt» og lysten til å innta rusmidler avtok.

I studien til Johansen & Rezovic (2018) har det vært en gjennomgående rød tråd for alle informantene at den gamle identiteten som rusavhengig ikke er en del av de lengre. De trekker frem viktigheten av å oppleve gode dager og normalisere livet igjen. En av informantene sier: «Fysisk aktivitet hjalp mot rusuget og det normaliserer livet, når jeg har fått trent så har jeg oppnådd noe, jeg får en bedre hverdag. Det å ha en god hverdag er veldig bra mot avstanden til rusmidler». Informantene ser på fysisk aktivitet som en aktivitet de kan fortsette med etter behandling for å komme bort fra rusmidlene. Å drive med fysisk aktivitet er meningsfullt, forutsigbart og trygt og kan bidra til kontinuitet og stabilitet i hverdagen (Ness et al., 2013).

Det er tydelig at informantene opplever fysisk aktivitet til hjelp for å holde avstand til rusen. Både som en rusfri arena og som en mestringsstrategi for tankene på rusmidler. Studiene formidler at fysisk aktivitet kan bidra med noe meningsfullt for både gjennomføring og mestring av hverdagen.

4.4 Mestring, motivasjon og barrierer

Flere informanter formidlet at mestring er noe de ikke har kjent mye på tidligere i livet. Livet med rusavhengighet har medført mange nederlag, skuffelser og en følelse av å være på bunn i samfunnet. Informantene formidlet ulike måter fysisk aktivitet bidro til mestring på. En av informantene sier: «Det er godt å kjenne at man får til noe med trening når man er i behandling», en annen uttrykker det så sterkt ved: «Fysisk aktivitet betyr alt for meg» (Johansen & Redzovic, 2018).

Noen opplevde bedret selvfølelse, mens andre uttrykte at de fikk til noe her og nå gjennom fysisk aktivitet. En av informantene sier: «Med fysisk aktivitet opplevde jeg en øyeblikkelig kvikk fiks i behandling. Jeg kunne ha min egen måloppnåelse og oppleve mestring. Det kunne snu dagen helt, ved hjelp av egen innsats hadde jeg gjort en aktiv forandring på dagen» (Johansen & Redzovic, 2018). Informanter formidlet også at de kjente på følelsen av å være i stand til å mestre noe ved å legge ned innsats på rett måte i den fysiske aktiviteten og kjenne på utvikling ved å skyve grenser (Gimenez-Meseguer et al., 2015). Mestringsopplevelsen påvirket deres tro på seg selv og at det er mulig å få det til. I studien til Ness et al (2013) kom det fram at selvutvikling var en viktig faktor ved deltagelse i fysisk aktivitet. En av informantene formidlet: «Jeg utvikler meg selv gjennom aktiviteten- det forandrer seg med at

tryggheten øker». Andre informanter opplevde en god følelse av å oppnå noe, gjennomføre aktiviteten og nå mål de hadde satt seg. Det gjorde at informantene kjente på en tilfredshet og stolthet gjennom å gjøre positive og meningsfulle aktiviteter (More et al., 2018).

En annen faktor som kom frem i en av studiene var barrierer ved fysisk aktivitet. Både fysiske, psykiske og miljømessige barrierer kunne være en utfordring (More et al., 2018). Fysiske barrierer var abstinenser, fysiske skader og nedsatt fysisk helse. Informantene kjente også tid tider på sterk apati. «Det å gjennomgå «cravings» (sterk lyst på rusmidler), gjør at man ofte har en dårlig dag og det sliter deg ut, derfor er det dager jeg bare vil være i fred og ikke gjøre noe» (More et al., 2018). Psykiske utfordringer som ble pekt på var angst, mangel på selvtillit og depresjon. En annen informant formidlet: «Jeg vil ikke gjennomføre fysisk aktivitet med andre mennesker, folk dømmer, så jeg liker ikke at folk ser på meg når jeg gjør det, og når de er sprekere enn meg» (More et al., 2018).

Fysisk aktivitet har gjennom studiene vist å stimulere til mestring, opplevelse av å få noe til og få tro på egne krefter. Det fremstilles som et positivt tiltak som fremmer tilfredshet, selvutvikling og trygghet hos informantene. Likevel er det ikke helt fritt for utfordringer og barrierer.

5.0 Diskusjon

Tilfanget av studier som sier noe om pasienters egen opplevelser er få, likevel er tendensen resultatene i oppgaven viser til svært interessante. Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke opplevelser pasienter i rusbehandling har med fysisk aktivitet som tiltak på veien mot å bli rusfri. I diskusjonsdelen vil resultatene bli sett nærmere på i lys av teori og sykepleiefaglig drøfting opp mot problemstillingen.

«Hvordan opplever rusavhengige pasienter fysisk aktivitet som tiltak i rusbehandling?»

5.1 Fysisk aktivitet som tiltak for fysisk og psykisk helse

Det kommer frem av resultatene at informantene opplever fysisk aktivitet som et positivt tiltak. De føler seg sterkere, puster lettere, får økt energi, kjenner på følelse av glede, bedre humør og økt koordinasjon og fleksibilitet. Noen drar det så langt som å si at fysisk aktivitet betyr alt i behandlingen (Johansen & Redzovic, 2018). Fysisk aktivitet fremstilles uten tvil som et viktig tiltak for informantene. For å sette det i lys av teori så anbefaler Helsedirektoratet at alle mennesker er fysisk aktiv tilsammen 30 minutter hver dag med middels intensitet (Bahr, 2015, s. 37). Vi skal være aktive for å bedre helsen, få overskudd og forebygge for ulike diagnoser og tilstander (Bahr, 2015, s. 208). Man vet at rusavhengige sin helse er svært dårlig ved oppstart av behandling (Flemmen, 2016a). Stoffbruken har hatt høyeste prioritet i hverdagen, og fokus på helse og andre aktiviteter og forpliktelser har blitt forsømt (Helsedirektoratet, 2011). Vi vet også at rusavhengige har en kortere forventet levealder enn øvrige befolkning, som skyldes overdosedødsfall, ulykker og somatisk sykdom (Flemmen, 2016a). Å ha fokus på helsen til denne pasientgruppen i rusbehandling, på samme måte som man forebygger og behandler fysisk helse i somatikken er absolutt nødvendig. Under rusbehandling er det et hovedmål at pasienten skal jobbe med sin rusproblematikk. Det kan være et kronglete mål i seg selv. Er det da urealistiske å sette mål om å jobbe med helsen til pasienten parallelt? Kan det bli for mye eller kan det være to mål som vil utfylle hverandre positivt?

Resultatene fra utvalgte studier er nesten entydige ut ifra informantenes opplevelser med fysisk aktivitet. Informantene opplever å «føle seg bedre» ved å være fysisk aktiv og kjenner

på økt fysisk form, bedret kroppsbilde, mer selvtillit og velvære (Johansen & Redzovic, 2018). Med slike opplevelser kan det høres fint og enkelt ut, samtidig krever det en del av både pasient og sykepleier. Spennet er stor når det kommer til holdninger og erfaringer rundt fysisk aktivitet hos rusavhengige. Noen pasienter har gjerne erfaringer med tiltaket fra før og forbinder det med glede og helsegevinst, mens andre har fordommer, negative erfaringer og lav mestringstro (Martinsen, 2018, s. 155).

Som sykepleier har vi plikt til å jobbe helsefremmende og forebyggende (Sykepleierforbundet, 2019). Det blir derfor viktig å ha tilgang på enkle helsefremmende tiltak. På den ene siden kan man si at fysisk aktivitet er et tilgjengelig hjelpemiddel som lett kan iverksettes og brukes i behandling. Spennet er stort når det kommer til måter å bruke kroppen vår på, der kun kreativiteten kan stoppe en. På den andre siden kan det være utfordringer og hindringer i veien for å iverksette tiltaket. For det første krever rusbehandling mye av pasienten selv og apparatet rundt. Rusbehandling er sammensatt og det krever stor tverrfaglighet (Lossius, 2011, s. 34). For det andre er det ofte flere utfordringer som må jobbes med parallelt der kontroll over inntak av rusmidler og selve avhengigheten er den største. Andre utfordringer kan være psykiske helseplager som angst og depresjon, somatiske plager og sosiale problemer som økonomi og bolig (Kunøe, 2018). Med andre ord er rusbehandling en krevende og langvarig prosess som krever individuell tilpasning og målsetning ettersom behovet er ulikt hos hver enkelt pasient (Lossius, 2011, s. 34). Kort oppsummert blir det viktig som sykepleiere å ta individuelle hensyn, kartlegge godt og ha god kunnskap om feltet når fysisk aktivitet presenteres som et tiltak. Samtidig blir det viktig at pasienten er den reelle eksperten på eget liv og vet som oftest best hva som skal til for å utløse en endring (Lossius, 2011, s. 33). Sykepleiers rolle blir å støtte pasienten til å bli trygg på egne ressurser og opparbeide en terapeutisk allianse slik at man sammen kan komme frem til den behandlingen som vil gi pasienten best mulig utbytte. Det er ulikt hva pasienter profiterer på, men oftest er en kombinasjon av flere behandlingsformer mest optimalt, og her kan sykepleier gjøre en jobb for å fremme fysisk aktivitet som ett av tiltakene.

En av informantene sammenlikner fysisk aktivitet med en time hos psykologen. Det blir fortalt at stress, frustrasjon og sinne som har bygget seg opp over tid forsvinner helt etter en god treningsøkt (More et al., 2018). Fysisk og psykisk helse henger uten tvil sammen. Det er en krevende og sammensatt prosess å stå i rusbehandling og derfor kan fysisk aktivitet være et viktig supplement. På den ene siden kan fysisk aktivitet være med å øke energien i hverdagen

og bedre humøret. Dette er positive effekter som er gode å ha tilgjengelig når man står i tøffe situasjoner. Pasienter kan velge å ta i bruk fysisk aktivitet før eller etter en utfordrende time med psykolog, og da forhåpentligvis kjenne seg bedre (Johansen & Redzovic, 2018). På den andre siden kan fysisk aktivitet også fungere som en pause for pasientene fra behandlingen og utfordringer de står i. Informanter beskriver å bruke fysisk aktivitet som en bevisst strategi når de trenger å klare hodet og tankene. Det hjalp de med å takle stressende situasjoner og ga de et pusterom i hverdagen (Gimenez-Meseguer et al., 2015). Med bakgrunn i dette ser man at distraksjonseffekten ved fysisk aktivitet kan ha en funksjon og viktig rolle i pasienters behandling. Det kan hevdes at fysisk aktivitet kan være med å gi et «fristed» til pasienter i rusbehandling og være et verktøy for å bedre psykisk helse.

5.2 Meningsfulle, sosiale aktiviteter som skaper avstand til rus

Flere av informantene forteller at livet som rusavhengig fører med seg brutte relasjoner og manglende sosialt nettverk (Johansen & Redzovic, 2018). Lite kontakt med familie, få rusfrie venner og ingen steder å gå til i hverdagen utenom rusen. Ved rusavhengighet utvikles en likegyldighet overfor aktiviteter som tidligere ga glede og viktige sosiale faktorer gis ofte opp (Martinsen, 2018, s. 101). Rusmidler kan også virke som en erstatning for tap av relasjoner og fylle emosjonelle tomrom, ettersom de påvirker de samme delene av hjerne som er aktive når vi opplever nærhet og glede (Lossius, 2011, s. 22). Med bakgrunn i dette sees det et stort behov for å jobbe med denne problematikken under rusbehandling. I rusbehandling er pasienten underlagt trygge rammer med folk rundt seg til enhver tid. Det er derimot ved utskrivelse og når hverdagen igjen kommer at utfordringen her vil melde seg. Derfor blir det så viktig å gi pasienten opplevelse av betydningsfulle aktiviteter og sosial trening under rusbehandling. Gjennom studiene forteller flere informanter om denne opplevelsen gjennom fysisk aktivitet. De beskriver et bedre sosialt forhold med både jevnaldrende, personal, familie og venner etter de satt i gang med fysisk aktivitet (More et al., 2018).

Det viser seg også at fysisk aktivitet stimulerer pasienters evne til å jobbe sammen mot et mål, støtte hverandre og stifte nye bekjenskaper (Johansen & Redzovic, 2018).

Fellesskapsfølelsen er en viktig faktor som informantene påpeker med den fysiske aktiviteten sammen med andre. Å kunne være seg selv, bli akseptert som bra nok, bli sett og bli behandlet med verdighet og respekt blir også trukket frem som gode opplevelser ved fysisk

aktivitet i behandling (Ness et al., 2013). Ut ifra dette kan man se hvilken viktig rolle fysisk aktivitet kan spille i et behandlingsforløp for å fremme de sosiale aspektene og gi pasientene meningsfulle aktiviteter som kan brukes i hverdagen etter behandling. Det fremstår av resultatene også som en unik arena for å bygge en god relasjon både pasientene seg imellom og mellom ansatt og pasient. En god relasjon kan ha stor betydning for behandlingsresultatet, og i enkelte tilfeller kan det være viktigere enn hvilken behandlingsmetode som blir brukt (Helsedirektoratet, 2011). I resultatene trekker informantene frem relasjonsbyggingen som skjer gjennom fysisk aktivitet som en svært positiv del og det gir de sosial trening og øvelse på å omgås andre mennesker på en «normal» måte (More et al., 2018). Dette blir svært nyttig for å styrke opp evnen og ønske om å leve et liv uten kontakt med rusmiljøet og for å bygge seg opp en relasjonskompetanse og et sosialt nettverk.

Informantene opplevde fysisk aktivitet som noe trygt, forutsigbart og meningsfullt å fylle dagene med i behandling (Ness et al., 2013). I studien til Gimenez-Meseguer et al (2015) uttrykte informantene at lysten til å innta rusmidler ble redusert når de var fysisk aktive. En av årsakene til dette var at de ikke følte det å ruse seg var forenelig med å være i fysisk aktivitet. I tillegg følte de at hjernen ble opptatt, noe som førte til at tankene og lysten til å innta rusmidler forsvant. Med bakgrunn i disse opplevelsene ser man at informantene tydelig opplevde en klar distraksjon fra rusmidler når de var i fysisk aktivitet. Distraksjonseffekten er enda bare en hypotese, men likevel ser man gjennom studiene at den rapporteres om og oppleves gjennom utøvelse av fysisk aktivitet i behandling. Martinsen (2018) skriver at for å oppnå denne effekten blir det relevant med aktiviteter som krever oppmerksomhet og konsentrasjon. Ballspill er en slik aktivitet som og kan by på sosialt felleskap, mestring og glede.

Noen av informantene opplevde at fysisk aktivitet kunne være en god erstatning for rusmidlene i livene sine (More et al., 2018). Det blir trukket frem at fysisk aktivitet gir de opplevelsen av å normalisere livet og en generelt bedre hverdag med avstand til rusmidler (Johansen & Redzovic, 2018). En mulig forklaring på dette kan være at flere signalstoffer i hjernen påvirkes og skilles ut ved fysisk aktivitet. Dette er stoffer som virker positivt inn på kroppen vår i form av velvære, konsentrasjon, oppmerksomhet og humør (Lossius, 2011, s. 299). Eksempler på slike stoffer er dopamin, noradrenalin, serotonin og endorfiner. Rusmidler påvirker de samme reseptorene i hjernen som disse stoffene. På bakgrunn av dette har flere studier vist at fysisk aktivitet kan aktivere de samme områdene i hjerne som rus og derfor

styrket teorien om at det kan være en god erstatning etter endt behandling (Johansen & Redzovic, 2018).

5.3 Mestring og barrierer med fysisk aktivitet i behandling

Empowerment og mestring er to begrep som hånd i hanske. Ved mestring har man tilgang på ressurser, kunnskap og ferdigheter og får til noe på egenhånd (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 174). I empowermentprosessen oppnår pasienter større kontroll over faktorer som påvirker eget liv (Tveiten, 2012, s. 27). En hverdag med rusavhengighet har ført til mange nederlag og skuffelser og lite følelse av mestring. Gjennom fysisk aktivitet fikk pasientene kjenne på mestring gjennom å oppnå egne mål. De opplevde å snu dagen helt ved hjelp av egen innsats (Johansen & Redzovic, 2018). Det å gjøre en aktiv forandring på egen hverdag, legge ned innsats på rett måte og kjenne på utvikling fremmet mestringsfølelse (Gimenez-Meseguer et al., 2015). Mestringsopplevelsene informantene opplevde gjennom fysisk aktivitet påvirket deres tro på seg selv og at det var mulig å få ting til. Fysisk aktivitet førte til at pasienter opplevde å ta styring over forhold som påvirket egen helse og det å ta kontroll over beslutninger og handlinger som berørte eget liv (Tveiten, 2012, s. 27). Hensikten er at pasientens egne ressurser, uavhengighet og tro på seg selv styrkes. Totalt sett kan resultatet av disse opplevelsene sees på som å oppnå mestring. (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 175). Oppsummert mener jeg fysisk aktivitet bringer med seg noen effekter som er helt essensiell å benytte seg aktivt av i rusbehandling. Det kan brukes for å stimulere pasientene til å bli bevisst sine ressurser og samtidig gjøre en forskjell i endringsarbeidet som kreves under rusbehandling (Lossius, 2011, s. 33). Under denne prosessen blir sykepleier pasientens samarbeidspartner og tillit blir viktig ved relasjonen (Tveiten, 2012, s. 27). Her blir det nødvendig at de rette forutsetningene gis og at pasienten får medvirke i egen behandling (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 175). Gjennom eget arbeid med rusavhengige pasienter og fysisk aktivitet har jeg selv opplevd hvordan fysisk aktivitet kan distansere sykdomsfølelse og avhengighet og fremme motivasjon, glede, tro på egne krefter og livskvalitet. Dette arbeidet er svært givende, men krever også faglig innsikt, tålmodighet og en god porsjon med motivasjonsarbeid.

Å inkludere fysisk aktivitet i rusbehandling er ikke helt fritt for utfordringer. Pasienter som kommer til rusbehandling kan ha ulike målsetninger, der noen ønsker et mål om skadereduksjon og en pause fra hverdagslivet med rusmidler. Andre vil ha fullt fokus på symptomfrihet, rusfrihet, funksjonsevne og integrering i samfunnet igjen (Helsedirektoratet, 2011). Det finnes ikke en fasit på hvilken behandlingsform pasientene profiterer best på. Noen foretrekker samtaler og individualterapi, mens andre ønsker gruppebehandling og fokus på fysisk aktivitet (Lossius, 2011, s. 33). Dette bygger opp under viktigheten av å tilpasse behandling individuelt til hver pasient, for motivasjonen fra pasient til pasient vil alltid være ulik og det samme gjelder forventningene. Det ikke nødvendigvis at fysisk aktivitet som tiltak i rusbehandling passer for alle.

Noen av informantene setter ord på barrierer og utfordringer. Sosial angst, depresjon, fysiske skader og lav selvtillit er faktorer som blir nevnt (More et al., 2018). Andre snakker om utfordringer med å gjennomføre fysisk aktivitet sammen med andre ettersom det bringer frem usikkerhet og ubehag. Å føle seg sliten og ha en dårlig dag blir også trukket frem (More et al., 2018). Ut ifra egne erfaringer kan det være lett å mene noe om hva som er best på pasientens vegne. Det er oftest ment i beste hensikt. Fysisk aktivitet er ikke alltid det rette alternativet. Iblant trenger pasientene tid og ro. Å kjenne på apati, angst og ambivalens er en del av det å være i rusbehandling, og det oppstår utfordringer med motivasjon og tro på seg selv. Det er krevende og det skal det også være. På bakgrunn av dette er det viktig å ha god relasjonskompetansen og kunnskap om motivasjonsstrategier. Uten en god relasjon til pasienten kommer en som oftest ingen vei (Helsedirektoratet, 2011). Samtidig blir det viktig å ta hensyn til pasientens funksjonsnivå og autonomi for å oppnå motivasjon. Sammen med god planlegging, gjennomføring og oppfølging av den fysiske aktiviteten kan man nå ut til flere (Martinsen, 2018, s. 156).

Avslutningsvis, tross utfordringer og barrierer, har jeg stor tro på fysisk aktivitet som tiltak. Det krever tålmodighet samt prøving og feiling. Samtidig kan det gi sykepleier et verktøy hvor mestring, helsefremming og relasjonsbygging blir satt fokus på, så lenge det blir presentert og benyttet på rett måte. Fysisk aktivitet kan være en viktig del av rusbehandling for mange pasienter, men at hver enkelt pasient blir møtt med empati, forståelse og respekt er det aller viktigste delen i en forutsetning for vellykket behandling (Kunøe, 2018).

5.4 Helsefremmende sykepleie i rusbehandling

Som sykepleier skal vi jobbe helsefremmende ved å fremme og gjenopprette helse og forebygge sykdom (Sykepleierforbundet, 2019). I tillegg handler det om å bidra til at helsen til pasienter blir en positiv ressurs i hverdagslivet (Mæland, 2010, s. 13).

Et relevant begrep i dette arbeidet er empowerment. Det defineres som en prosess der mennesker oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører egen helse (Tveiten, 2012, s. 24). I denne prosessen er sykepleierrollen svært viktig. På den ene siden som en samarbeidspartner og motivator i arbeidet med å oppnå større kontroll over eget liv. På den andre er vi med å tilrettelegge for at pasienten opplever mestring under denne prosessen ved at de rette forutsetningene gis. Her mener jeg fysisk aktivitet kan være et ypperlig verktøy. Sett opp mot egne erfaringer treffer vi ofte pasienter som ikke vet hvordan de skal ivareta egen kropp og helse. Rusavhengigheten har tatt over all prioritet i livet og tross skadelig konsekvenser blir det opprettholdt. Dette går igjen utover all annen form for aktivitet og forpliktelser (Helsedirektoratet, 2011). Ofte ved innleggelse viser det seg ved økende trykk av psykiske helseplager som angst, depresjon og traumelidelser, somatiske plager og kroniske underliggende sykdommer (Kunøe, 2018). Her mener jeg vår viktigste jobb som sykepleier ligger. Helsefremmende sykepleie handler ikke bare om å forebygge og fremme helse, men også om å lindre lidelse og gjenopprette helse (Sykepleierforbundet, 2019). Det må tas utgangspunkt i pasientens sammensatte problemstilling og gjøres vurderinger om hvilke mangler på helseressurser det må jobbes med under behandling (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 82). Her vil det være individuelt hva hver enkelt pasient ønsker og trenger å ha fokus på. Vi må bruke oss selv som sykepleiere og vår kunnskap om pleie, støtte, undervise, behandle og lede for å utøve god sykepleie (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 80). Fysisk aktivitet er her et av tiltakene som bør inkluderes som en deltakende metode som gjør at pasientene kommer styrket ut av behandlingen (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 24).

I studien til More et al (2018) bekrefter informantene at fysisk aktivitet kan være et verktøy som hjelper med å bygge opp et positivt kroppsbilde igjen og øker velvære. Ved å være dette bevisst, gjennomføre god kartlegging og lage mål sammen med pasienten underveis i prosessen vil resultatet forhåpentligvis være at pasienten oppnår større mestring og kontroll over handlinger og beslutninger som berører egen helse (Tveiten, 2012, s. 24).

Når det gjelder sykepleiers arbeidsoppgaver i rusbehandling skriver Melby, Ådnanes og Kasteng (2017) i sin rapport at sykepleiere synes det er vanskelig å beskrive sin rolle. Hovedoppgaver som kommer frem var kartlegging og observasjon av pasienters funksjon. Administrering av medisiner, dokumentasjon i journaler, koordinering av behandling og det å se hele mennesket ble også nevnt. Derimot fokus på fysisk aktivitet og somatisk helse var det flere som mente de ikke fikk prioritert. På den ene siden kan en forstå dette grunnet mange arbeidsoppgaver som skal gjennomføres. Tidspress og underbemanning kan her være en årsak. På den andre siden er det ikke like forståelig og jeg tror sykepleiere som jobber med rusavhengige pasienter har mer å hente her ved økt fokus på tiltaket og tverrfaglig arbeid. Når vi hører hva pasienter opplever og erfarer med tiltaket bør fysisk aktivitet prioriteres for å styrke pasienter og lette arbeidet til sykepleiere i lengden.

Et annet relevant punkt blir om sykepleiere besitter kompetansen til å benytte seg av fysisk aktivitet som tiltak. Å tilrettelegge for fysisk aktivitet krever både teoretisk og praktiske kunnskaper (Martinsen, 2018, s. 156). Fysisk aktivitet som behandlingstiltak er ikke direkte en del av sykepleierutdanningen, derimot tror jeg at personalets innstilling har vel så mye å si. God rusbehandling krever tverrfaglig innsats. Det vil si at annet kvalifisert personell som fysioterapeuter og aktivitører bør involveres. Likevel kreves det at sykepleier tenker i disse baner og er pågangsdriver. Motivert og energisk helsepersonell som selv deltar er med å skape trygghet. Sykepleiers holdninger kan bidra med å stimulere pasienten til deltagelse (Martinsen, 2018, s. 156).

Oppsummert burde det ikke vært tvil om å benytte seg av fysisk aktivitet i behandling ut fra informantenes opplevelser med tiltaket. Målet er ikke å skape idrettsutøvere, men å hjelpe pasienten til å glede seg over sin egen kropp, ta vare på den, og oppdage at deres psykiske helsetilstand er påvirkelig av deres fysiske aktivitetsnivå. Gjennom enkel fysisk aktivitet vil de aller fleste oppleve at det gjør godt å bevege seg, og at aktivitet kan gjøre hverdagen både i og etter behandling lettere å takle (Martinsen, 2018, s. 174)

6.0 Avslutning

Informantene opplever at fysisk aktivitet har en positiv innvirkning på fysisk helse, psykisk helse og sosiale faktorer. Informantene tillegger fysisk aktivitet en stor betydning for egen rusbehandling. Ut ifra oppgavens problemstilling kan svaret være at fysisk aktivitet er et godt tiltak hvor sykepleier alltid må ta hver unike pasient sin situasjon i betraktning, involvere pasienten selv, forstå pasientens helhetlige problemstilling og tilrettelegge behandlingen deretter. Fysisk aktivitet kan være et helsefremmende verktøy for å fremme mestring og livskvalitet. Sykepleier har med sin kunnskap og rolle en unik posisjon til å utgjøre en forskjell for å styrke pasientens fysiske og psykiske helse og hjelpe på veien mot et rusfritt liv. Funnene i oppgaven kan ikke generaliseres og implementeres så lett, men gi grunnlag for bedre forståelse av pasienters erfaringer og opplevelser av rusbehandling. Oppgaven gir innsikt i subjektive opplevelser rusavhengige pasienter har av fysisk aktivitet i behandling. Det kan være med å gi en viktig påminnelse til sykepleiere som jobber i rusbehandling om å ha fokus på helsefremming og pasientens helhetlige problemstilling. Fysisk aktivitet er svært viktig for helsen vår og dette gjelder også for pasienter i rusbehandling. Her må sykepleiere ta ansvar, motivere og følge opp den helsefremmende sykepleierfunksjonen ved å ta i bruk fysisk aktivitet som en deltakende metode i behandlingen.

7.0 Referanseliste

- Askheim, O. P., Starrin, B. & Heyerdahl, C. H. (2007). *Empowerment: I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bahr, R. (2015). *Aktivitetshåndboken : Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Borge, L., Martinsen, E. W., Moe, T. & Berntsen, R. A. (2011). *Psykisk helsearbeid: mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Cronin, P., Ryan, F. & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British journal of nursing*, 17(1), s. 38-43.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Flemmen, G. (2016a). Clinical treatment of patients with substance use disorder: The role of physical health. I E. Wang & M. P. Mosti (Red.): NTNU.
- Flemmen, G. (2016b). Fysisk helse er for lite vektlagt i rusbehandling. Hentet fra <http://kompetansesenterrus.no/file/artikkel2.pdf>
- Flemmen, G. & Wang, E. (2015). Impaired Aerobic Endurance and Muscular Strength in Substance Use Disorder Patients: Implications for Health and Premature Death. *Medicine*, 94(44), s. e1914-e1914. doi:10.1097/MD.0000000000001914
- Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gimenez-Meseguer, J., Tortosa-Martinez, J. & de los Remedios Fernandez-Valenciano, M. (2015). Benefits of Exercise for the Quality of Life of Drug-Dependent Patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(5), s. 409-416. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med12&AN=26595433>Hentet fra <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:26595433&id=doi:10.1080%2F02791072.2015.1102991&issn=0279-1072&isbn=&volume=47&issue=5&spage=409&pages=409-16&date=2015&title=Journal+of+Psychoactive+Drugs&atitle=Benefits+of+Exercise+for+the+Quality+of+Life+of+Drug-Dependent+Patients.&aulast=Gimenez-Meseguer&pid=%3Cauthor%3EGimenez-Meseguer+J%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E26595433%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Helsebiblioteket. (2016, 3.juni) *Sjekklistet*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Oslo: Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp2_01520160015000dddpdfs.pdf
- Helsedirektoratet. (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse–ROP-lidelser: Helsedirektoratet Oslo.

- Johansen, K. & Redzovic, S. E. (2018). Fysisk aktivitet for rusavhengige - en kvalitativ studie. *Fontene forskning*. 2018, 11 (2), 18-30. Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2595697>
- Kunøe, N. (2018). Hva er rusbehandling? Hentet 9.januar 2020 fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-rusbehandling>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lossius, K. (2011). *Håndbok i rusbehandling : til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Løvaas, E. K. (2013). *Rusmiddelbruk og ADHD : hvordan forstå og hjelpe?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn : fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Melby, L., Ådnes, M. & Kasteng, F. (2017). Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- More, A., Jackson, B., Dimmock, J. A., Thornton, A. L., Colthart, A. & Furzer, B. J. (2018). "It's like a counselling session ... but you don't need to say anything:" Exercise program outcomes for youth within a drug and alcohol treatment service. *Psychology of Sport and Exercise*. Vol., 39, s. 1-9.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.07.002> Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc15&AN=2018-49704-002>Hentet fra <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:psycdb&id=pmid:&id=doi:10.1016%2Fj.psychsport.2018.07.002&issn=1469-0292&isbn=&volume=39&issue=&spage=1&pages=1-9&date=2018&title=Psychology+of+Sport+and+Exercise&atitle=%22It%27s+like+a+counselling+session+...+but+you+don%27t+need+to+say+anything%3A%22+Exercise+program+outcomes+for+youth+within+a+drug+and+alcohol+treatment+service.&aulast=More&pid=%3Cauthor%3EMore%2C+Alissa%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E2018-49704-002%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalbiblioteket. (2019). Søketechnikker. Hentet fra <https://sokogskriv.no/soking/soketechnikker/>
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbaek, L., Solberg, P. & Torkelsen, I. H. (2013). «Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (03), s. 219-228.
- Olsson, H. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sykepleierforbundet. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning : sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I (s. 173-193). Bergen: Fagbokforl., cop. 2012.

Vedlegg 1 Litteratormatrise

Tittel	Forfatter/Årstell	Hensikt	Populasjon Kontekst	Metode	Resultat	Kvalitet svurdering
Benefits of Exercise for the Quality of Life of Drug- Dependent Patients.	Jorge Giménez-Meseguer, Juan Tortosa-Martínez & María de los Remedios Fernández-Valenciano	Å evaluere livskvaliteten hos rusavhengige pasienter etter deltagelse i et gruppebasert treningsprogram.	Rusavhengige pasienter innlagt på behandlingssinstitusjon. Totalt 37 pasienter ble inkludert.	Kvantitative data ble samlet inn etterfulgt av kvalitativ dybdeintervjuer av pasientene som deltok. Jeg har kun forholdt meg til den kvalitative delen av studien.	Resultatene av intervjuene viste at fysisk aktivitet hadde både fysiske, psykiske og sosiale fordeler. Mindre skader, smerter, økt ADL, bedre humør, redusert stress og angst, mindre russug og ikke minst økt livskvalitet ble rapportert.	God.
Fysisk aktivitet for rusavhengige – en kvalitativ studie.	Kristoffer Johansen & Skender Redzovic, 2018	Finne ut hvordan brukere opplever fysisk aktivitet som et tiltak mot rusavhengighet.	Rusavhengige brukere, fire menn og en kvinne, deltagere i ettervernstilbud hvor de bruker organisert fysisk aktivitet.	Kvalitativ metode, semistrukturerte intervjuer	Informantene opplevde fysisk aktivitet som et godt tiltak. De uttrykte at deltagelse i fysisk aktivitet førte til opplevelse av: at de «får det til, her og nå», at de er en del av et fellesskap, å «være normal», og økt velvære og kontroll over rususet. Opplevelse av mestring var gjennomgående i alle funnene.	God.
“It’s like a counselling session ... but you don’t need to say anything:” Exercise program outcomes for youth within a drug and alcohol treatment service.	Alissa More ^a , Ben Jackson ^a , James A. Dimmock ^a , Ashleigh L. Thornton ^a , Allan Colthart ^b , Bonnie J. Furzer ^a 2018	Undersøke pasienters opplevelse ved resultatene av deltagelse i regelmessig fysisk aktivitet i bedringsprosessen når de er innlagt i behandling.	27 innlagte rusavhengige ungdommer og 10 ansatte ved et behandlingssenter.	Kvalitativ metode, fokusgruppeintervjuer	Regelmessig trening bidro til etablering av sunne rutiner, mer positive oppfatninger om eget utseende, forbedret søvn og mellommenneskelige forhold, og en følelse av mestring.	God.
«Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser.	Ottar Ness, Marit Borg, Bengt Karlsson, Lars Almåsbygg, Petter Solberg og Ingvild Hestad Torkelsen	Beskrive hvordan et aktivitetstilbud for personer med rusproblemer, bidrar til å skape nettverk, engasjement, livskvalitet og mestring i et rusfritt miljø.	Totalt 15 aktivitetsledere deltok. 12 personer deltok i hvert av de tre fokusgruppeintervjuene. Ti personer deltok i det første, åtte deltok i det andre, og åtte deltok i det siste fokusgruppeintervjuet. Fem deltakere deltok alle tre ganger, to deltok to ganger, og tre deltok én gang.	Kvalitativ metode, flersteps fokusgruppeintervjuer	Fire hovedfunn ble identifisert: (a) personlig og sosialt utviklende aktiviteter, (b) kontinuitet og stabilitet i livet, (c) meningsfull rusfri arena, og (d) å bli møtt med respekt og verdighet.	God.

Vedlegg 2 Søkehistorikk

Database:	Cinahl
Dato for søk:	19.02.2020
Søkehistorie/fremgangsmåte/treff:	
1. Substance use	62962
2. Substance abuse	91617
3. Substance use disorder	148753
4. Drug user	6690
5. Drug abuse	29396
6. Substance related disorder	25593
7. Substance use disorder	148753
8. Drug addict	1600
9. S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	166774
10. Physical activity	86479
11. Exercise	181346
12. S10 OR S11	224528
13. S9 AND S12	
Limiters: Peer reviewed, qualitative high specificity	51

Database:	Medline
Dato for søk:	19.02.2020
Søkehistorie/fremgangsmåte/treff:	
1. Drug abuser	3665
2. Substance related disorder	273542
3. Drug addict	11800
4. Substance abuse	51577
5. Drug user	18065
6. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5	299999
7. Physical activity	106167
8. Exercise	395418
9. Exercise based treatment	36
10. 7 OR 8 OR 9	448415
11. 6 AND 10	2279
12. Limit: Qualitative maximizes specificity	59

Database:	PsycINFO
Dato for søk:	19.02.2020
Søkehistorie/fremgangsmåte/treff:	
1. Substance abuse	34424
2. Substance abusers	2712
3. Drug user*	9242
4. Drug abuse	54555
5. Substance related disorder	133
6. Drug addiction	18270
7. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	90880
8. Physical activity	52243
9. Exercise	56492
10. Exercise based treatment	24
11. 8 or 9 or 10	77430
12. 7 and 11	838
13. Limit: qualitative (maximizes specificity)	52

Vedlegg 3 Sjekkliste kvalitativ forskning

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?