



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

PHA508-MOPPG-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 PHA508 1 MOPPG 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	405
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	23885
----------------------	-------

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 *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/uirksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

Sammendrag

Ruslidelser fører til store lidelser både for enkeltindividet og for nettverket rundt, og påfører samfunnet betydelige kostnader hvert år. Å finne god og effektiv behandling for ruslidelser vurderes som både viktig og samfunnsnyttig. Under utredninger i forbindelse med ny retningslinje for utdanninger i helse- og sosialfag (RETHOS) har det kommet frem at fysioterapeutenes utdanning ikke kvalifiserer tilstrekkelig for arbeid med mennesker med ruslidelser. Kartlegging av fysioterapeuters erfaringer fra rusfeltet vurderes derfor å være svært nyttig.

Denne studien ser på Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) som en del av den tverrfaglige behandlingen for mennesker med ruslidelser. NPMF er en videreutdanning innen fysioterapi med en vitenskapelig forståelsesbakgrunn fra både medisin og psykologi. NPMF ser på psykisk og fysisk helse som to sider av samme sak.

Studien har brukt eksplorerende kvalitativ metode for å utforske problemstillingen: **Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med bruk av Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) for mennesker i behandling for ruslidelser?** Det er gjennomført semistrukturerte intervjuer med fire psykomotoriske fysioterapeuter med erfaring fra TSB, DPS og fra en rusavdeling i fengsel. Det er anvendt en fenomenologisk forskningsdesign for å utforske fysioterapeutenes erfaringer med å bruke metoden NPMF overfor mennesker med ruslidelser. Med tanke på at dette er en behandlingsmetode som ikke er funnet beskrevet innenfor behandling for ruslidelser, har det også vært sett på muligheter og utfordringer knyttet til en implementering av NPMF som en del av den tverrfaglige behandlingen for mennesker med ruslidelser.

Fysioterapeutene i studien erfarte at Norsk psykomotorisk fysioterapi var både en nyttig og ønsket behandlingstilnærming som en del av den tverrfaglige behandlingen for mennesker med ruslidelser. De erfarte at metoden kunne bidra til å gi pasienter bedret kontakt med kroppens signaler og at de kunne få bedret kroppsbevissthet. Dette kunne hjelpe pasienter både med å bli mer bevisste sine valg, hvorfor de får behov for å innta rusmidler og hva som kan trigge rusmiddelbruk. Metoden kunne også bistå pasienter med regulering av uro, følelser, aktivering med mer. Dette er anerkjente utfordringer for pasienter med ruslidelser,

og beskrives blant annet av Lossius (2010, s. 445) å være en nødvendig del av behandlingen. Informantene i studien erfarte at NPMF kunne gi pasienter nyttige verktøy for å takle ubehag uten bruk av rusmidler. Dette støttes av forskning på interosepsjon og eksterosepsjon, begreper som har delvis sammenfallende innhold som kroppsbevissthet, hos mennesker med rusmiddelavhengighet.

Fysioterapeutene sine erfaringer sett i lys av West og Brown sin motivasjonsteori, antyder at NPMF kan nå pasienter på de lavere nivåene i motivasjonshierarkiet sammenlignet med mer kognitivt krevende behandlingsmetoder. Metoden har også potensiale i seg til å evne å møte pasienter på et tidligere stadium i behandlingsprosessen. NPMF vil på denne måten og med sin regulerende effekt kunne legge grunnlag for at pasienter i større grad kan nyttiggjøre seg annen behandling.

Psykomotorisk fysioterapi (og fysioterapi generelt) ser ut til å ha liten plass i rusfeltet. Dette til tross for at mennesker med ruslidelser har hatt pasientrettigheter siden 2004 og har utfordringer som psykomotoriske fysioterapeuter tradisjonelt jobber med. Rusfeltets kroppssyn og begrepsbruk i tillegg til NPMF sin plassering mellom medisin og psykologi kan være årsaker til at NPMF har fått så liten plass. Denne studien tyder på at feltet kan ha nytte av å se nærmere på NPMF som mulig behandlingstilnærming i det tverrfaglige tilbudet som gis til mennesker med ruslidelser

Abstract

Substance use disorders (SUD) cause a great deal of suffering for individuals and their community. The cost for the society is substantial, thus providing efficient treatment for SUD is considered important and socially beneficial. Evaluations related to development of guidelines for education in health- and social sciences (RETHOS), revealed discrepancies in the training of physiotherapist and the needs of people with SUD. Therefore, investigations of any experiences of physiotherapist regarding treatment of SUD, are valuable.

The present research project investigates Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMP) as an integrated part of the interdisciplinary treatment for people with SUD. NPMP is a specialised education in physiotherapy. Psychomotor physiotherapy is based on both medical and psychological sciences, and regards physical and psychological health as an indivisible unity.

This exploratory qualitative research investigates the research question: **To what extent do physiotherapists have experiences with providing Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMP) for persons with substance use disorders (SUD)?** Semi-structured interviews with four NPMP physiotherapists were performed. Their experience varied among interdisciplinary SUD-treatment facilities (TSB), treatment centers for psychological health (DPS) and section for SUD in prison. The physiotherapists' experiences with providing NPMP for persons with SUD was explored through phenomenological research design. Since no previous research on this treatment approach were available, factors affecting implementing NPMP to interdisciplinary SUD treatment were also included in the study.

The physiotherapists experienced NPMP as both a useful and a sought-after treatment approach to the interdisciplinary treatment for people with SUD. Their experiences showed that patients achieved more nuanced contact with bodily signals and experienced improved body awareness by receiving NPMP. The improved bodily contact and awareness provided patients with more conscious actions and choices, and better understanding of their urges to use substances including various triggering of substance intake. The treatment method also helped patients to regulate distress and emotional arousal, which are well - known challenges for patients with SUD. Recognizing alternatives to substances, as described by

Lossius (2010, s. 445), is a necessity in SUD treatment programs. The informants experienced NPMP as a useful tool to deal with distress without using substances. This is supported by research of interoception and exteroception, terms partly overlapping with body awareness among people suffering from various form of addiction.

The physiotherapists' experiences suggest that NPMP has the possibility to reach patients on lower motivational levels, according to the motivational theory of addiction by West & Brown (2013, s. 192-205) compared to more cognitive demanding therapies. In addition, the treatment method has a potential to reach patients early in their treatment process. This indicates that patients can benefit from other treatment methods to a larger extent than they would without receiving NPMP.

Despite the fact that people with SUD have rights to treatment, according to "Patients' Rights Act", and exhibit a number of challenges well-known to NPMP physiotherapists, Norwegian psychomotor physiotherapy (and physiotherapy in general) seems to be absent in SUD treatment programs. The explanation might be that the field of substance abuse and addiction may have a different understanding of the body and the terms related to it than in NPMP, in addition to NPMPs scientific position in between medicine and psychology. The findings of this research indicates that the field of addiction can profit from a closer look on NPMP as a treatment method in the interdisciplinary treatment offered to persons with SUD.

Begrepsavklaring og definisjoner

Norsk psykomotorisk fysioterapi – videreutdanning og spesialitet innen fysioterapi. Beskrives mer detaljert i teorikapitlet. Forkortes som NPMF i teksten.

Psykomotorisk fysioterapeut – fysioterapeut med videreutdanning, master eller spesialitet i psykomotorisk fysioterapi

Mennesker med ruslidelser – i denne studien er dette begrenset til mennesker som har fått pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten eller som er innsatt i rusavdeling i fengsel. De kan ha diagnosen skadelig bruk av rusmidler eller avhengighetssyndrom.

Mentalisering - samlebegrep om implisitt og eksplisitt å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv (eks. behov, ønsker, følelser og fornuft). Evnen til å forstå sine egne og andres følelser, tanker og motiver viser seg gjennom solid vitenskapelig empiri å være grunnleggende for så vel hverdagslivets velfungering, samt hverdagens komplikasjoner som misforståelser og konflikter, men især for utvikling av psykopatologi. Mentalisering spiller en nøkkelrolle i organisering av selvet og i utvikling av affektregulering (mentalisering, 2021). Mentalisering er evnen til å gjøre seg rimelige antagelser om hvorfor andre og en selv gjør som en gjør, og om motivet bak handlinger (Karterud, 2021, s. 122-123).

Tilknytning - den emosjonelle bindingen mellom mennesker (Karterud, 2021, s. 122-123)

Kroppskontakt – å fange opp eller registrert signaler og følelser i kroppen. Dette innebærer både interosepsjon, persepsjon og eksterosepsjon

Interosepsjon - menneskets kroppslige opplevelse av indre fysiologisk tilstand, inkludert stemning/ humør og emosjonell tilstand (Craig, 2003, s. 500)

Eksterosepsjon – menneskets kroppslige opplevelse av ytre påvirkning slik som berøring, via sanser som hørsel og syn og fra omgivelser (DeWitt et al., 2015)

Persepsjon - hva personen sanser og hvordan sanseintrykkene oppfattes (Moe, S., 2009, s. 18).

Sansing - den fysiske kontakten mellom sanseorgan og omverden, samt de nevrofysiologiske prosesser som skjer på bakgrunn av sanseimpulser. Sansing foregår inni den som sanser, men skapes i personens/kroppens møte med omgivelsene (Moe, 2009, s. 18).

Kroppsbevissthet - det kroppslige aspektet av en persons totale bevissthet om seg selv. Det inneholder mentale i tillegg til følelsesmessige elementer, både ubevisste og bevisste. Dette innbefatter kjennskap til kroppen og dens deler, oppfattelse av stilling og bevegelse av kroppen, holdning til egen fysisk kapasitet, bevegelse og aktivitet, og følelsen av egen kropp som et hele. Det kan også innbefatte evnene til kontrollere kroppens stilling, bevegelser og muskelspenning både i forhold til hverdagens bevegelser og mer emosjonelle og nonverbale kroppslige uttrykk, i tillegg til dypere følelser i kroppen slik som for eksempel følelse av glede eller sorg Roxendal (1985, s. 16-17).

Emosjoner og følelser - Primære emosjoner er nedarvete grunnleggende psykologiske atferdssystemer som er ledsaget av bevisste opplevelser om organismens tilstand og finnes hos de fleste pattedyr. Den subjektive opplevelse av organismens tilstand som er forbundet med disse, kalles følelser (Karterud, 2021, s. 106)

Traumer – i denne studien i betydningen psykologisk traume. Dette defineres som en hendelse som fører til psykiske plager for den berørte i ettertid. En traumatisk hendelse kan være noe som enten kommer plutselig, er ukontrollert eller overveldende, som vanligvis vekker ekstrem følelse av hjelpeløshet og redsel, ofte er en trussel mot liv og helse, fører til alvorlig skade eller å være vitne til at andre blir utsatt for det ovennevnte (Holbæk, 2014, s. 28-29).

Innhold

Sammendrag	1
Abstract	3
Begrepsavklaring og definisjoner	5
1.0 Innledning.....	9
1.1 Introduksjon	9
1.2 Studiens problemstilling og avgrensning	11
1.3 Tidligere/aktuell forskning	11
1.4 Bakgrunn for valg av tema.....	13
1.5 Oppgavens oppbygning.....	14
2.0 Teori.....	15
2.1 Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF).....	15
2.1.1 Historie og utdanning	15
2.1.5 Kroppssyn i NPMF og NPMF sin forståelse av kroppslige symptomer	16
2.1.2 Behandlingsfilosofi	16
2.1.3 Hvem egner metoden NPMF seg for	19
2.1.4 Vurderinger og tilnærminger i NPMF	19
2.2 Ruslidelser	21
2.2.1 Rusmiddelavhengighet	21
2.2.2 West og Brown sin motivasjonsteori for avhengighet	22
2.2.3 Mennesker med ruslidelser	26
2.2.4 Behandling av mennesker med ruslidelser	27
2.2.5 Ruslidelser i kroppen	28
2.2.6 Ruslidelser og regulering	30
3.0 Metode	33
3.1 Forskerens forforståelse.....	33
3.2 Vitenskapsteoretisk forankring	34
3.3 Forskningsmetodologi	35
3.4 Forskningsdesign	36
3.5 Design for datainnsamling.....	37
3.6 Utvalg og rekruttering	38
3.7 Søknader og godkjenninger.....	39
3.8 Gjennomføring av intervjuer	40
3.9 Etske vurderinger i forbindelse med intervjuene	41
3.10 Analyse	42

3.11 Informasjonsstyrke	43
3.12 Forskningens troverdighet	44
3.12.1 Gyldighet/ validitet.....	44
3.12.2 Pålitelighet/ reliabilitet.....	47
3.12.3 Generaliserbarhet	49
4.0 Resultat.....	50
4.1 Nysgjerrighet på kropp fremfor noe avstøtende en vil vekk fra	50
4.2 Alternativ til regulering med rusmidler	53
4.3 NPMF - en integrert del av tverrfaglig behandling for mennesker med ruslidelser	56
4.4 utfordringer ved bruk av metoden overfor pasientgruppen	58
5.0 Drøfting.....	62
5.1 Kan bedret kroppsbevissthet gi bedre rusmestring?	62
5.2 NPMF som alternativ til regulering med rusmidler.....	67
5.3 Hva kan NPMF tilføre behandling av mennesker med ruslidelser, illustrert ved West og Browns motivasjonsteori.....	69
5.4 NPMF, en vei til mer helhetlig behandling for ruslidelser?	72
6.0 Oppsummering.....	76
6.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning	77
6.3 Begrensninger ved studien.....	77
Litteratur.....	79
Vedlegg 1 Informert samtykke	85
Vedlegg 2 Intervjuguide	89

Figurer

Figur 1 Illustrasjon av West & Browns motivasjonshierarki for avhengighet	23
---	----

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Denne studien utforsker behandlingsmetoden Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) som en integrert del av behandlingstilbudet for mennesker med ruslidelser. Norsk Psykomotorisk fysioterapi er en videreutdanning og spesialitet innen fysioterapi. Temaet er belyst gjennom intervju av fire psykomotoriske fysioterapeuter og deres erfaringer med bruk av behandlingsmetoden for mennesker med ruslidelser.

Lidelser knyttet til rusmiddelbruk har store konsekvenser for samfunnet. Kostnader til somatisk behandling, psykisk helsevern og spesialisert behandling for ruslidelser er betydelige. I tillegg er personer som trenger behandling for rusmiddelbruk i mindre grad i arbeid slik at utgiftene til ulike trygdeordninger og sosialhjelpsstønad er omfattende (Skogen, 2019). Undersøkelser viser også at rusmiddelbruk fører til økt fare for voldshendelser, økt fare for tidlig død og stor belastning for nære personer (Sandøy, 2019). Kostnader knyttet til alkoholbruk alene kan stå for så mye som 1,4–2,7 prosent av bruttonasjonalproduktet i høyinntektsland som Norge, hvis en ser på utgifter til helse- og sosialtjenester, politi og rettsvesen og produksjonstap i arbeidslivet (Rehm et al., 2009, s. 2230).

Mennesker med ruslidelser fikk pasientrettigheter i 2004 i forbindelse med at de regionale helseforetakene overtok ansvaret for rusbehandlingen, og at lovreguleringen av aktuelle behandlingseenheter ble overført fra sosialtjenesteloven og sykehusloven til spesialisthelsetjenesteloven (Mørland & Waal, 2016, s. 325). I 2020 mottok nesten 33 000 personer behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser i Norge (Bremnes & Indergård, 2020, s. 16). Det er lang tradisjon for psykologfaglig tilnærming til behandling av mennesker med ruslidelser, og psykologer har i mange år kunne valgt rusbehandling som sin spesialitet (Psykologforeningen, 2019). Den medisinske behandlingen er blitt løftet frem og med det har også legene fått en spesialitet innenfor rusbehandling (Helsedirektoratet, 2020). Om kort tid starter en egen masterutdanning i sykepleie med fordypning i rus og avhengighet med mål om styrke oppfølgingen av den somatiske helsen til mennesker med ruslidelser (Kunnskapsdepartementet, 2020). Det er med andre ord stadig flere fagfelt som ser viktigheten av å spesialisere sin kompetanse inn mot denne

pasientgruppen. Fysioterapi for mennesker med ruslidelser er ikke funnet beskrevet hverken i publikasjoner vedrørende rusbehandling eller i informasjon på Norsk fysioterapiforbund sine sider (Helsedirektoratet, 2017, 2019; NFF, 2020). Utredninger knyttet til den nye veilederen for utdanning i helse – og sosialfag har avdekket at fysioterapiutdanningen ikke gir fremtidige fysioterapeuter de verktøyene de trenger for å behandle pasienter med rusmiddelproblematikk (Sylliaas et al., 2020, s. 20). Norsk psykomotorisk fysioterapi har som metode en del av disse verktøyene, blant annet fokus på relasjonsbygging og handlingsmåter for å tilpasse behandlingen til sårbare grupper (Bunkan, 2008, s. 204; Øvreberg et al., 2016, s. 29-30). Sviland et al. (2007, s. 23) påpeker at NPMF har kunnskapsgrunnlaget sitt både fra psykologi og medisin og befinner seg på mange måter midt mellom. Det skaper en del utfordringer både i forhold til fagutøvelse, fagutvikling og språkbruk. Denne studien forsøker å se på om det å stå imellom også kan være en mulighet. Kan metoden NPMF fungere som et bindeledd mellom andre behandlingstilnæringer, og på den måten være med på å gjøre det tverrfaglige behandlingstilbudet for mennesker med ruslidelser helhetlig enn det er i dag?

Masteroppgaven tilfører kunnskap om psykomotorisk fysioterapibehandling for mennesker med ruslidelser, og den ser på muligheter og utfordringer med å integrere NPMF som en del av den tverrfaglige behandlingen for ruslidelser. Det kan medføre at mennesker som oppsøker psykomotorisk behandling og som samtidig har ruslidelser kan få bedre tilrettelagt og tilpasset behandling. Det kan samtidig gjøre psykomotoriske fysioterapeuter tryggere på å behandle denne pasientgruppen. Studien tenkes nyttig for instanser som vurderer å opprette eller å argumentere for stillinger for psykomotoriske fysioterapeuter innenfor rusfeltet. Den kan også være nyttig i arbeidet med ny retningslinje for utdanning i psykomotorisk fysioterapi, med tanke på å møte den nye retningslinjen for utdanninger i helse- og sosialfagene (Kunnskapsdepartementet, 2019).

1.2 Studiens problemstilling og avgrensning

Studiens problemstilling er **Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med bruk av Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) for mennesker i behandling for ruslidelser?**

Studiens hovedfokus har vært på hva fysioterapeuter finner nyttig ved bruk av metoden NPMF. I tillegg har det vært sett på om det er spesielle utfordringer ved bruk av NPMF for pasientgruppen. Med tanke på at dette er en metode som ikke tidligere er beskrevet innenfor behandling for ruslidelser, har det også vært sett på muligheter og utfordringer knyttet til en implementering av NPMF som en del av den tverrfaglige behandlingen for mennesker med ruslidelser. I studien er det er erfaringen til fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi som er undersøkt. Alle fysioterapeutene som ble intervjuet arbeider som en del av et tverrfaglig team som tilbyr behandling for mennesker med ruslidelser. Det er dermed i denne konteksten NPMF for mennesker med ruslidelser undersøkes. Mennesker i behandling for ruslidelser begrenses i denne studien til mennesker som har fått pasientrettigheter innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB) eller som har fått plass på en rusavdeling i fengsel.

1.3 Tidligere/aktuell forskning

Det er ikke funnet noe forskning hverken fra Norge eller internasjonalt vedrørende Norsk psykomotorisk behandling (NPMF) for mennesker med ruslidelser. I 2016 utarbeidet Helsedirektoratet nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB) (Helsedirektoratet, 2017). Den inneholder blant annet anbefalinger for hvilke terapiformer som kan være hensiktsmessige. Fysioterapi er ikke nevnt i denne retningslinjen. I pakkeforløp for TSB (Helsedirektoratet, 2019) presiseres det at all behandling skal være tverrfaglig og skal i tillegg til sosialfaglig og psykologfaglig behandling, inneholde medisinsk/helsefaglig behandling. Behandlingstilnæringer skal tilpasses den enkelte pasients problematikk. Dette tilsier at NPMF kan defineres som en del av den tverrfaglige behandlingen av mennesker med ruslidelser.

Det er funnet studier som beskriver NPMF for lidelser som mennesker med ruslidelser har, eller som kan gi sårbarhet for utvikling av ruslidelser (Kirkengen & Næss, 2015, s. 48; Mørland & Waal, 2016, s. 40). Det er beskrevet NPMF for mennesker med traumeerfaringer (Löken & Rise, 2019), kroniske smerter (Dragesund & Råheim, 2008), depresjon (Höglind, 2016) og spiseforstyrrelser (Næss, 2020). Flere av disse er masteroppgaver.

En RCT-studie har sett på effekten av psykomotorisk behandling for pasienter med langvarige plager i muskel-skjelettsystemet eller med smerter i nakke og skuldre. Intervensjonsgruppen fikk etter 6 måneder signifikant større bedring enn kontrollgruppen på fysisk funksjon, smerter i kroppen, mental helse, sosial fungering og vitalitet. Intervensjonsgruppen rapporterte også mindre smerte generelt og bedre selvtillit enn kontrollgruppen (Bergland et al., 2018).

I de nye retningslinjene for helse- og sosialutdanningene (RETHOS) presiseres det at utdanningene skal gi kandidatene kunnskap om sosiale og helsemessige utfordringer som omsorgssvikt, vold, overgrep, samt rus- og sosioøkonomiske problemer (Kunnskapsdepartementet, 2019). Sylliaas et al (2020, s. 21) har sett på hvordan fysioterapiutdanningen møter disse kravene, illustrert ved fysioterapitilbud til rusmiddelavhengige. De peker på at nåværende utdanning ikke er tilpasset dette kravet, og at det er «*en mismatch mellom verktøykassen fysioterapeuter benytter eller disponerer og den virkelighet man står overfor når det gjelder tilpasning til mennesker med rusavhengighet*». I tredje fase av RETHOS skal de se på blant annet på utvikling av retningslinjer for utdanning i psykomotorisk fysioterapi, men dette arbeidet er ikke fullført når denne oppgaven skrives (Kunnskapsdepartementet, 2021).

Fysioterapeuter har kroppen som innfallspport til behandling, og i psykomotorisk fysioterapi sitt teorigrunnlag dominerer et helhetlig kroppssyn (Gretland, 2007, s. 90-91; Thornquist & Bunkan, 1986, s. 19, 22-23). Vi både har og er en kropp, og kropp og sjel er gjensidig påvirket av hverandre (Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2010, s. 204). Ved gjennomgang av fire sentrale bøker om rus og avhengighet og rusbehandling er det ikke funnet kroppslige uttrykk for lidelse, selv om dette er beskrevet for en rekke lidelser mange mennesker med rusmiddelavhengighet har (Skårderud et al., 2010; Tveitstul et al., 2020). Det er funnet fylldige beskrivelser av rusmidlers påvirkning på hjerne og atferd i tillegg til somatiske skadevirkninger av rusmidler (Mørland & Waal, 2016). Ottesen and Thornquist (2015, s. 129)

har gjennomført diskursanalyse av begrepet kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. De finner at kroppen hovedsakelig knyttes til fysisk/ somatisk helse og fysisk aktivitet, og bare unntaksvis er forstått som «meningsbærende og uttrykksfull og som kilde til mestring, innsikt og endring». En undersøkelse SINTEF gjorde på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund i 2017 antyder på at kroppen har liten plass i psykisk helsevern og rusomsorg (Melby et al., 2017; Tønseth, 2017). Gretland et al. (1999, s. 1) beskriver i sin undersøkelse av fysioterapi i psykisk helsevern at kroppen er fraværende i psykiatrisk litteratur selv om den er sterkt til stede i dagliglivet for pasienter og behandlere.

1.4 Bakgrunn for valg av tema

Som fysioterapeut og tidligere treningsterapeut i Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB) opplevde jeg at det var stor avstand mellom det medisinske og det psykologfaglige tilbudet til pasientene, og at min utdanning på mange måter stod i midten, med kunnskap om begge sider. Som eneste fysioterapeut ved klinikken i flere år, ble det dette området jeg valgte å fokusere på. Jeg erfarte at de symptomer pasientene hadde ofte ikke kunne undersøkes på den måten jeg var opplært til som fysioterapeut. Mange hadde store vansker med berøring og avkledning, og jeg måtte tilpasse undersøkelsen min etter dette. Jeg erfarte at mange hadde plager og skader i muskel-/ skjelettsystemet, i tillegg til mange andre symptomer fra kroppen. Flere hadde lite eller ingen kontakt med deler eller hele kroppen og smerter som kunne flytte på seg eller som var utfordrende å finne årsak til. Pasienter jeg har møtt har erfart mange ulike symptomer fra kroppen, men med begrenset forståelse for hva disse signalene betyr. Mange hadde lite differensiert forståelse av kroppens signaler, og tolket ofte kroppslige erfaringer som «russug». Mange av pasientene hadde også store vansker med å regulere følelser, atferd og angst eller traumereaksjoner.

Jeg erfarte at kroppene til pasientene var nærværende i behandlingen, i seg selv og gjennom symptomer. Kroppslige uttrykk ble også hyppig anvendt av de fleste faggrupper for å tilbakemelde hvordan vi oppfattet pasientene. Dette kunne gjelde stemningsleie, pasientens symptomtrykk og gjerne uttrykt gjennom observasjoner der man var bekymret for nye

rusmiddelinntak. Erfaringene viste at pasientene ofte ikke var bevisst det vi tilbakemeldte, men at de hadde stor nytte av slike tilbakemeldinger.

Jeg hadde nytte av å bli kjent med fagfeltet og dets behandlingstilnæringer, for å få større forståelse i møte både med pasienter og kollegaer. Jeg prøvde å være nysgjerrig og spurte både pasienter og andre faggrupper om hva de opplevde, hvordan de forstod opplevelsene og hva de hadde behov for. Jeg erfarte lenge at jeg kom langt med en kombinasjon av egen fagkunnskap, kunnskap fra fagfeltet og med tilbakemeldinger fra pasienter og kollegaer. Da jeg fikk behov for mer kunnskap, ble det naturlig å ta videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Denne utdanningen ga meg kunnskap og teori som kunne forklare mye av det jeg hadde erfart. I tillegg til at det ga meg nye verktøy jeg kunne benytte i møtet med pasienter under rusbehandling.

Min erfaring er at mennesker med ruslidelser er mottagelige for NPMF, men at mange samtidig er svært sårbare for å bli overveldet. Små grep for å få kontakt med egen kropp har i noen tilfeller ført til økt angst, dissosiasjon og flashbacks.

1.5 Oppgavens oppbygning

Begreper som er brukt i oppgaven, er definert i starten av oppgaven, direkte etter sammendrag og før innholdsfortegnelsen.

Etter oppgavens innledning følger teorigrunnet for oppgaven, metode, resultater, drøfting og konklusjon. Det er et eget punkt med drøfting av metodologiske valg som er plassert som siste punkt i metodekapitlet.

2.0 Teori

I dette kapitlet beskrives metoden Norsk psykomotorisk fysioterapi med historie og utdanning, kroppssyn, behandlingsfilosofi, hvem metoden egner seg for og vurderinger og tilnærminger innenfor metoden. Innenfor ruslidelser beskrives rusmiddelavhengighet, West og Browns motivasjonsteori for avhengighet, mennesker med ruslidelser, behandling av mennesker med ruslidelser, ruslidelser i kroppen og til slutt regulering og rusmiddelbruk.

2.1 Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF)

2.1.1 Historie og utdanning

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), en spesialitet innen fysioterapi, ble utviklet fra slutten av 1940-årene i et samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (Bunkan, 2001, s. 2845). Begge var opptatt av kroppens betydning for å få frem endring hos pasienter, enten om det dreide seg om smerter, psykisk ubehag eller motstand mot psykoanalyse» (Bunkan, 2014, s. 55). Braatøy regnes som den av datidens leger som forstod mest av kroppens betydning for emosjonell/psykologisk endring eller omstilling. Sammen med Bülow-Hansen bidro han til en dypere forståelse av sammenhengen mellom psyke og kropp og ikke minst doseringsproblematikk innenfor behandling. Dette la grunnlaget for NPMF som en avansert og inngripende form for fysioterapi (Bunkan, 1982, s. 22-24).

For å bli spesialist i psykomotorisk fysioterapi kreves det videreutdanning i NPMF i tillegg til mastergrad. Krav om mastergrad for å bli spesialist var en endring som trådte i kraft i 2016, og flere spesialister i psykomotorisk fysioterapi har dermed fått sin godkjenning før denne tid. Både spesialister i psykomotorisk fysioterapi og fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi praktiserer begge NPMF og kalles ofte psykomotoriske fysioterapeuter.

2.1.5 Kroppssyn i NPMF og NPMF sin forståelse av kroppslige symptomer

Psykomotorisk fysioterapi er basert på erkjennelsen av at kropp og psyke er uatskillelige enheter. Alt vi utsettes for som mennesker og sosiale vesener nedfeller seg i kroppen og kommer fysisk til uttrykk (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 19). Kroppen står i fokus, men kroppen er jo også personen og dermed er det hele personen som behandles. Alle kroppens funksjoner påvirker hverandre og står i et gjensidig forhold til hverandre. Dermed er det ikke snakk om tilstander, men om bevegelse og prosess (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 22-23). I NPMF sees kroppen på som en helhet der forstyrrelser i en del vil påvirke andre deler. Symptomer eller smerter et sted i kroppen sees i sammenheng med balansen i hele kroppen, og med hvilket stress og påkjenninger den er utsatt for. For å gjenopprette balansen i kroppen må hele kroppen undersøkes og behandles for at de ulike delene skal kunne sees i forhold til hverandre (Thornquist, 2010, s. 204). NPMF er sterkt påvirket av Merleau-Pontys kroppsfilosofi som han drøfter i hele sitt verk «Kroppens fenomenologi» (Merleau-Ponty, 1994). Han er tydelig på at vi er til stede i verden som kropper, vi er kroppen vår, kroppen er ikke noe vi har. Vi kan ikke vite, føle, sanse, lære eller erfare noe som helst uten at kroppen er en del av det. Det medfører at det ikke er mulig å ha en kroppsløs tanke, en ikke-kroppslig emosjon eller en ren psykisk følelse (Kirkengen & Næss, 2015, s. 30).

2.1.2 Behandlingsfilosofi

Psykomotorisk behandling kjennetegnes ved synet på at menneskers psykiske og fysiske helse utgjør en helhet og kan ikke holdes atskilt fra hverandre. Kroppen preges av livsopplevelser og følelsesmessige erfaringer, og funn og symptomer tolkes i konteksten at kroppen uttrykker og regulerer personens emosjonelle liv (Thornquist, 2010, s. 204). Kroppen kan også inngå i ubevisste personlige prosjekter i forhold til identitet og selvfølelse, selvkontroll og regulering av vanskelige følelser og angst (Gretland, 2007, s. 22). Metoden ser på muskelspenninger, tilbakeholdt respirasjon og bremsing av kroppslige uttrykk som en del av vårt emosjonelle og sosiale forsvar for å tilpasse oss egne og omgivelsenes forventninger og krav. Dette er tilpasninger som skjer ubevisst og utenfor vår kontroll

(Thornquist, 2005, s. 40). Braatøy (1979a, s. 20-21) forklarer kroppslig ubehag og angstreaksjoner som en tilpasning til tidligere betydningsfulle hendelser. Han presiserer betydningen av sykehistorien for å forstå det han kaller nevrosesymptomer, symptomer uten tydelig biologisk eller medisinsk årsak. Dette for å unngå å behandle symptomer slik de fremtrer i nåtid uten å forsikre seg at de ikke er utløst av affekter knyttet til en tidligere hendelse.

Psykomotorisk fysioterapi har fokus på pasientens ressurser og mulighet for endring, og gir innsikt i forholdet mellom tanker, følelser og kroppslige manifestasjoner. Psykomotorisk fysioterapi kan bidra til at både fysiske og psykiske belastninger gjennomleveres uten å sette varige spor. Det kan også bidra til å redusere bruk av sovemedisin, smertestillende medikamenter, alkohol mm (Helsedirektoratet, 2014). En omstilling av kropp samtidig med følelser tenkes å gi en mer skånsom bedring enn det som skjer ved korreksjon av deler av kroppen uten hensyn til sammenhengen mellom muskelspenninger, følelser og livssituasjon (Bunkan, 2001, s. 2847).

Det primære mål for behandlingsmetoden er å oppnå fleksibilitet og allsidighet. Pasienten oppfordres til spontanitet og til å la reaksjoner komme, heller enn å gjøre «det rette». NPMF oppfordrer eksempelvis til å slippe pusten til og frem heller enn å instruere i øvelser for rett pust. Andre mål for behandlingen kan være å bedre balanse og stabilitet, oppnå fri strekk eller bedre kontakten og bevisstheten med kroppen (Thornquist, 2010, s. 206). Bedret kroppsbevissthet er i NPMF sett på som essensielt med tanke på å bedre funksjon, redusere smerter og anspenthet og bedre respirasjon (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 91-92; Mølsted et al, 1989, sitert i Dragesund & Råheim, 2008, s. 244; Øien et al, 2007, s. 31-32). Bevissthet i forhold til egen kropp er vurdert som fundamentalt for å oppleve, akseptere og være trygg på egen kropps reaksjoner (Øien et al., 2009, s. 126-127). Ekerholt et al. (2014) intervjuet en psykomotorisk fysioterapeut og en psykoterapeut som hadde samarbeidet i mange år. De var tydelige på at de erfarte at kroppsbevissthet og evne til mentalisering hadde tydelig sammenheng. Mentalisering er evnen til å gjøre seg rimelige antagelser om hvorfor andre og en selv gjør som en gjør, og om motivet bak handlinger (Karterud, 2021, s. 122-123). Kroppsbevissthet var essensielt både ved vurdering og behandling av felles pasienter. Det så ut til at fokus på sammenhengen mellom kroppsbevissthet og mentalisering hjalp pasienter å holde ut og å se mening i deres kroppslige reaksjoner.

I NPMF sees respirasjonen på som det beste diagnostiske hjelpemiddelet og den ultimate behandlingsveileder. Det er en gjensidig sammenheng mellom emosjoner og pusten, og følelser uttrykkes og kan bli kontrollert med pusten (Thornquist, 2010, s. 204). Endringer i respirasjonen og i respirasjonen i forhold til bevegelsene tillegges stor vekt i NPMF og er sensitivt i forhold til behandlinggjensvar hos pasienten (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 25-26).

Behandlingen av kroppen i NPMF foregår «nedenfra og opp». Hver behandling starter med føttene fordi dette sees på som fundamentet. Det legges til grunn at et kroppen må ha en solid base for å kunne oppnå fri respirasjon og funksjon (Thornquist, 2010, s. 206). Det er nødvendig med en viss balanse og forankring i bena for å kunne slippe opp kroppslige bremses og holdt muskulatur (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 96-97) og er en forutsetning for en god omstillingsprosess. Dermed er spenningsforholdene i føttene sentral i NPMF behandling (Nilsen-Nygaard & Thornquist, 1982, s. 88).

Det presiseres at NPMF er en samhandling mellom terapeut og pasient, og at terapeutens fremtreden er essensiell i behandlingen. Terapeuten skal hele tiden være oppmerksom på pasienten, men også avventende slik at pasientens egne ord og uttrykk kan komme frem. Terapeuten skal ha et bevisst forhold til avstanden til pasienten og til språket som blir brukt. Hendene både «snakker» og «lytter» underveis i behandling og en bevisst bruk og kraft i hendene vurderes som viktig (Øvreberg et al., 2016, 29-30).

NPMF har sitt kunnskapsgrunnlag både fra både medisin og psykologi. I en kultur med lang tradisjon for å skille mellom fysisk og psykisk helse, opplever mange psykomotoriske fysioterapeuter utfordringer knyttet til både faglig tilhørighet og fagspråk (Sviland et al., 2007, s. 23).

2.1.3 Hvem egner metoden NPMF seg for

En psykomotorisk fysioterapeut er kvalifisert til å arbeide med mennesker som har ulike former for kroppslige og psykiske lidelser. Psykomotoriske fysioterapeuter med et bredt spekter av funksjonsproblemer, som anspenhet, muskel- og skjelettlidelser, astma og andre former for pustebesvær, kroniske smertetilstander og lidelser som leddgikt og hoftelddslitasje, følgetilstander etter skader, samt psykiske lidelser med ulik alvorlighetsgrad, som spiseforstyrrelser, angst, depresjon og schizofreni (NFF, 2020).

2.1.4 Vurderinger og tilnærminger i NPMF

Behandlingen starter med en kroppsundersøkelse som innbefatter funksjon, avspenningsevne, muskulatur og respirasjon. Funnene gir grunnlag for behandlingen i tillegg til vurdering av kroppens totale belastning (Bunkan, 2014, s. 143-147). Metodens kroppsundersøkelse legger grunnlag for valg av tilnæringsmetode, men den evalueres også kontinuerlig i løpet av behandlingen (Bunkan, 2008, s. 204).

Behandlingen består av en kombinasjon av bevegelser, massasje og samtale. Det legges vekt på spontan endring av bevegelsesmønstre via reseptorer i muskulatur, sener og ledd (proprioseptorer) heller enn korreksjon. Bevegelsene gjentas ofte etter massasje for å stabilisere og kunne se på og/eller erfare endringer (Bunkan, 2014, s. 91-93). Full avspenning vurderes ikke som hensiktsmessig siden kroppslig spenning kan ha en funksjon både i psykologisk og sosial forstand. Det er variasjon og tilpasning til situasjoner og krav som er målet, eller fleksibilitet og omstillingsevne som er de begrepene som brukes innenfor den psykomotoriske tradisjonen (Thornquist, 2005, s. 40).

Tradisjonelt har NPMF vært delt etter om målsetning og tiltak er støttende (jeg-styrkende) eller inngripende (omstillende). Begrepene støttende og inngripende refererer til hvordan pasientenes kroppslige forsvar påvirkes av behandlingen. Omstillende behandling kjennetegnes av at pasientenes selvregulering utfordres ved at selvbeskyttende, vanemessige bevegelser og væremåter utfordres gjennom endringer i muskulære spenninger og pustemønstre. Den støttende behandlingen forsøker å hjelpe pasienten til å oppnå økt selvavgrensning, tryggere identitetsopplevelse og økt autonomi og

samhandlingsevne. Målet er at pasienten skal kunne ta bedre hånd om eget liv og få bedret fotfeste i tilværelsen. Uansett hva som er målet med behandlingen, vil fysioterapeutens innfallspunkt være kroppen. Kroppslig samhandling kan gi annen informasjon enn ved for eksempel samtaleterapi. Det kan føre til at fysioterapibehandling kan utfylle andre faggruppers behandling innenfor for eksempel psykisk helsearbeid (Gretland, 2007, s. 90-91).

NPMF er ikke en standardisert behandling, men en kontinuerlig tilpasning av behandlingen opp mot pasientens reaksjoner. Pasienten responderer under hele behandlingssekvensen på det fysioterapeuten gjør både med muntlige svar og utbrudd, og reaksjoner fra kroppen. Noen demper og undertrykker disse, og fysioterapeuten må kunne oppfatte og gjøre seg en mening både om de uttalte og de dempete responsene. Responsene eller svarene gir grunnlag for den videre utvikling i behandlingen. Noen svar tilsier at behandlingen kan fortsette, andre tilsier at fremgangsmåten må endres. Gjensvarene observeres i pusten inkludert stemmen, endringer i kroppens stillinger, ansiktets mimikk og i spenningsendringer i muskulatur eller i bevegelighet. Det kan også sees endringer i huden eller i indre fysiologiske prosesser. Endringene bør observeres, men kan også spørres etter (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 25).

På samme måte som NPMF kan benyttes til å få frem følelser, kan metoden også benyttes til å øke kontrollen med følelser (Bunkan, 2001, s. 2847). Stillingsendringer, bevegelse og motorisk aktivitet kan gi bedre kontroll på følelsene. Øvelser som indirekte fremmer omstilling av pusten, kan dempe og roe ned, og er lite provoserende for pasienter som viser liten omstillingsevne. I en trygg terapirelasjon kan pasienter ha nytte av å betro seg og eller å slippe sine følelser frem (Bunkan, 2008, s. 212). Gjennom sitt arbeid på Dikemark erfarte Engh og Radøy at metoden og prinsippene også var godt egnet for å undersøke og behandle mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser. Det å påvirke respirasjonen gjennom intervensjoner, kunne like gjerne brukes for å bremse respirasjonen. Dette for å begrense emosjonelle utbrudd og fortrent konfliktmateriale når evnen til å integrere dette er begrenset. De beskriver også at ved å jobbe med kroppskontakt og kroppsopplevelse kan gi mennesker et godt forankringspunkt i perioder der andre faktorer i livet oppleves uoversiktlige. (Engh & Radøy, 1982, s. 184-185).

2.2 Ruslidelser

2.2.1 Rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengighet defineres som handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer, sanksjoner og fordømmelse. Den det gjelder kan ønske å slutte, men gjentar likevel handlingen. Personen kan dermed fremstå ambivalent (ha motstridende meninger og oppfatninger og vansker med å ta stilling/ valg) og upålitelig, men samtidig oppriktig fortvilet og maktesløs (Mørland & Waal, 2016, s. 20). Lossius (2010, s. 436) definerer rusmiddelavhengighet som en tvangspreget aktivitet som enten produserer behagelige tilstander, dekker sterke behov eller gjør begge deler. West & Brown (2013, s. 229) ser det som nyttig å se på avhengighet som en kronisk tilstand som involverer gjentatt sterk motivasjon for å delta i belønnende atferd, oppnådd som et resultat at gitte atferd, og som har potensiale for å medføre utilsiktet skade.

Den internasjonale diagnosemanualen ICD-10 skiller mellom skadelig bruk og avhengighetssyndrom. Skadelig bruk defineres som når psykoaktive substanser brukes slik at det gir helseskade, enten somatisk eller psykisk. For å få diagnosen avhengighetssyndrom må tre av de følgende kriteriene være gjeldende samtidig det siste året; 1. Sterk lyst eller opplevelse av tvang til å innta substansen. 2. Problemer med å kontrollere substansinntaket med hensyn til innledning, avslutning eller mengde. 3. Fysiologisk abstinensstilstand når inntaket opphører. 4. Toleranseutvikling/ behov for større dose substans for å oppnå samme virkning. 5. Økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser og/eller bruker mer og mer tid for å skaffe, bruke eller komme seg etter bruken. 6. Opprettholder substansbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser der man kan fastslå at brukeren var, eller forventes å være klar over skadens natur og omfang. (World Health Organization, 1999).

Bramnes skriver i «Håndbok for rusbehandling» (Lossius, 2021, s. 6) at mange faggrupper har gitt bidrag til forståelse av hva avhengighet er, men at ingen kan vise til å ha den endelige sannheten. Det er utfordrende å forstå avhengighet og det vil være hensiktsmessig å lytte til

andre fagtradisjoner enn vår egen når vi forsøker å forstå og forklare avhengighet. Denne studien vil støtte seg til West og Browns motivasjonsteori og dens forståelse av avhengighet.

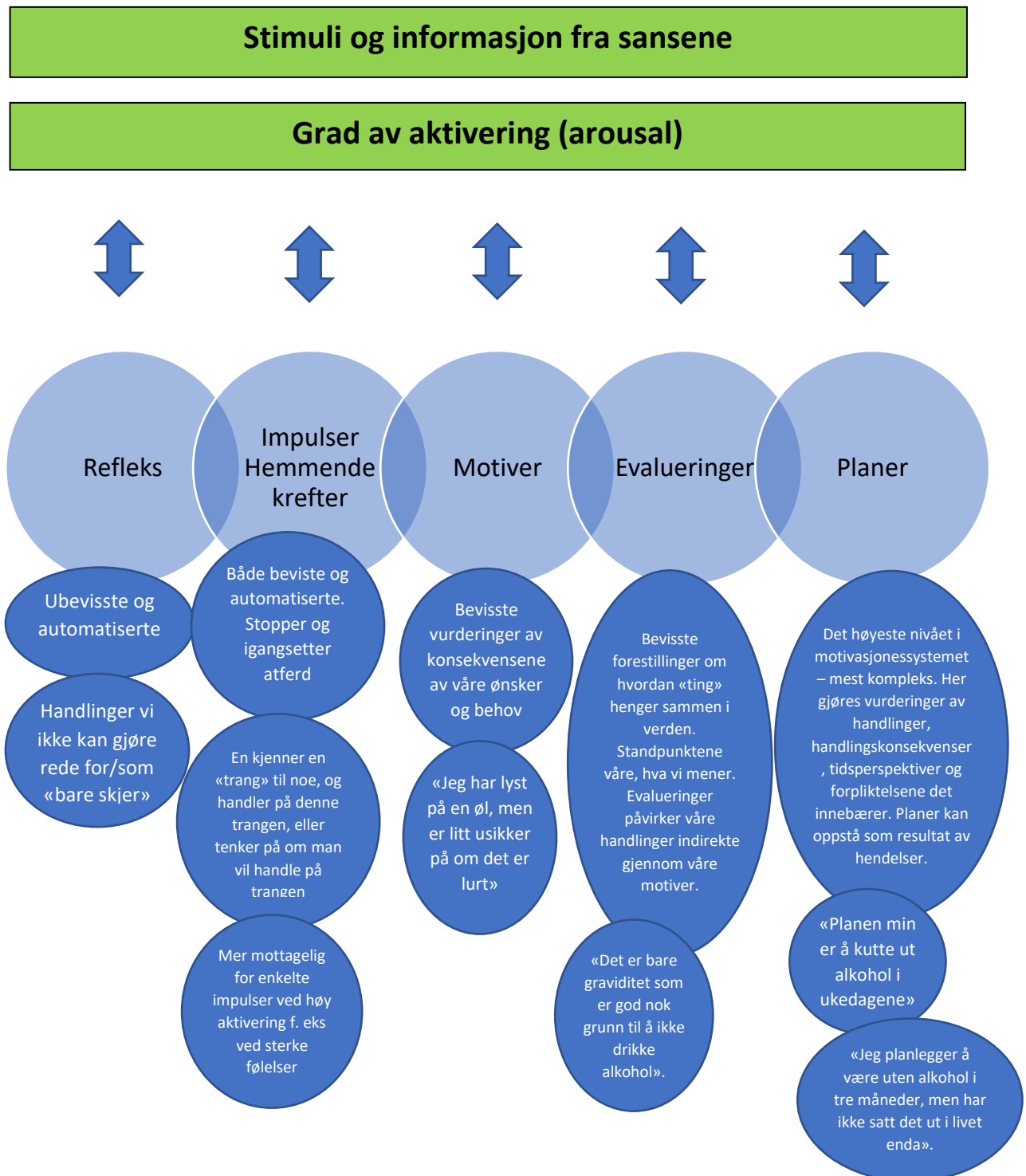
2.2.2 West og Brown sin motivasjonsteori for avhengighet

West og Browns motivasjonsteori baserer seg på en historisk gjennomgang av forskning på feltet, i tillegg til forfatterens egen forståelse av avhengighet (West & Brown, 2013, s. 192-227). Denne teorien vil beskrives nærmere og vil være referanseramme for den videre drøftingen av NPMF for mennesker med rusmiddelproblematikk. Bakgrunnen for dette er at den gir god oversikt over de ulike nivåene av motivasjon og mulighet for endring, og at modellen er godt egnet til å plassere NPMF sine nyttige faglige bidrag i tverrfaglig behandling av mennesker med rusmiddelproblematikk.

De krefter som driver og styrer våre handlinger er sentralt når avhengighet skal forklares med utgangspunkt i motivasjon. West og Brown beskriver fem sentrale nivåer i motivasjonssystemet; planer, responser, impulser, motiver og evalueringer. Disse ulike nivåene påvirker hverandre både indirekte og direkte og kan være bevisste eller ubevisste, fellesnevneren er at de påvirker vår atferd (West & Brown, 2013, s 194-195).

Figur 1 Illustrasjon av West & Browns motivasjonshierarki for avhengighet

Mellingen (2012, s. 30) har i «A woman left lonely» laget denne skjematiske oppstillingen av sammenhengen mellom de ulike nivåene i motivasjon knyttet opp til avhengighet. Det er lagt til to bokser over modellen som illustrerer hvordan stimuli og informasjon fra sansene og grad av aktivering påvirker alle nivåene (West & Brown, 2016, s. 195).



Nivåene reflekser, impulser/ hemmende krefter og motiver vil beskrives mest utdypende da disse nivåene vurderes som mest relevante i forhold til behandlingstilnærmingen NPMF.

Reflekser

Reflekser innebærer at atferd igangsettes direkte etter stimuli. Disse stimuliene kan komme enten internt fra kroppen eller utenfra. Disse refleksene stammer fra medfødte eller lærte assosiasjoner mellom stimuli og responser. Reflekser kan i liten grad påvirkes (West & Brown, 2013, s. 196). West og Brown tillegger dette nivået lite vekt i behandlingen av avhengighet selv om mange pasienter beskriver sin atferd knyttet til rusmiddelinntak på den måten (Mellingen, 2012, s. 25). Ulike gjøremål/ atferdshendelser som gjentas i dager, måneder og/ eller år, det kan gjelde alle typer hendelser inkludert rusmiddelinntak, kan kalles atferdsmønstre. Det viser seg at selv om man bestemmer seg for ikke å gjenta et eller flere atferdsmønstre, så kan det likevel skje «automatisk» i sammenhenger der det tidligere var vanlig (West & Brown, 2013, s. 196). Verdejo-García and Bechara (2009, s. 58) antyder at endringer i emosjonelt/ homeostatisk styrte avgjørelser hos rusmiddelavhengige i lys av «somatisk markør-hypotesen» kan forklare rusmiddelinntak på dette nivået. Dette nivået er også forsøkt forklart i lys av betinget respons som først ble beskrevet av Pavlov. Denne tilsier at hendelser som skjer samtidig med stimuli som fremmer automatiske responser, i ettertid kan fremkalles av disse parallelle hendelsene. Dette kan forklare rusmiddelavhengiges opplevelse av automatisk sterk trang ved steder og hendelser de tidligere har inntatt rusmidler i. Betinget respons kan også forklare atferd som ble fremprovosert av mangelen på det opprinnelige stimuli, dersom man med denne atferden lykkes med å oppnå ønsket hendelse. Dette kalles forsterkning. Sistnevnte forklaringsmodell antyder at behandling kan rettes mot å øke personens oppmerksomhet på denne formen for automatisk atferd, i tillegg til nærbevisste tanker og reaksjoner (Mørland & Waal, 2016, s. 50).

Impulser og hemmende krefter

Dette er krefter som setter i gang, justerer og stopper aktivitet. Disse impulsene kan styres av både indre og ytre påvirkning, men kan også være styrt av faktorer høyere oppe i motivasjonshierarkiet og som kan overstyre disse. Dersom impulsene ikke direkte omsettes til handling, at man først tenker på om det skal gjøres, er de bevisste. Dette kan kalles trang til å gjøre noe. På samme måte kan hemmende krefter oppstå i kontakt med stimuli, det vil si tanker som hindrer oss i å handle. Eksempelvis kan det være utfordrende å unngå inntak av rusmidler når muligheten er der eller det ikke finnes gode grunner til å la være. Det kan også være utfordrende å stoppe inntakene når en først er i gang. Faktorer som påvirker denne trangene kalles «drifter» og kan oppstå fra to kilder. De kan enten være et resultat av signaler fra indre fysiologiske behov eller som ytre stimuli. Disse stimuliene kan både forsterke, gjøre oss oppmerksomme på behov eller undertrykke og ta bort fokus fra dem. Den indre fysiologiske trangene kan påvirkes av emosjonelle tilstander, eks stress, sinne, tristhet osv. Dersom disse kreftene er sterke, skal det mindre til av ytre stimuli for å fremme en handling. I motsatt tilfelle, ved lavt indre behov kan handlingen i større grad «trigges» av påminnere i omgivelsene, eksempelvis sol og varmt vær eller å se alkohol på butikken kan fremkalle behovet. Forventninger kan både produsere behov og påvirke vår emosjonelle tilstand. Da er det mental forestillingsevne og vurdering som skaper følelsetilstanden. Den generelle aktiveringen i motivasjonssystemet påvirker både drifter, behov og emosjonelle tilstander. Denne aktiveringen påvirker sensitiviteten for både ytre og indre stimuli. Høy aktivering kan påvirke vår emosjonelle tilstand (West & Brown, 2013, s. 197-200). Mellingen (2012, s. 26) påpeker at høy aktivering via sin påvirkning av den emosjonelle tilstanden også påvirker vår mentaliseringsevne. Mentalisering forstått som evnen til å gjøre seg rimelige antagelser om hvorfor andre og en selv gjør som en gjør, og om motivet bak handlinger (Karterud, 2021, s. 122-123).

Motiver (ønsker, behov)

I det tredje nivået i motivasjonssystemet blir konsekvensene av våre handlinger et ledd i analysen. Følelsen vi kjenner inni oss ved kontakt med ytre og indre stimuli kan gjøre oss bevisst vårt behov. Bevisstheten rundt konsekvensene av å tilfredsstille behovet vil også

tillegges vekt. Erfaringer med lignende situasjoner har stor betydning i slike vurderinger. Hvor sterkt ønsket blir, er avhengig av intensiteten i den aktuelle emosjonelle mentale forestillingen av tilstanden, hvor ubehagelig eller behagelig vi kan huske at situasjonen var. Ved konkurrerende/motsetningsfylte motiv, vil de med sterkest verdi bli foretrukket uansett om de stimulerer til, hemmer eller justerer atferd. Dette aktualiserer begrepet kognitiv dissonans; de konkurrerende motivene fører til en tilstand av konflikt og dermed ubehag. Dette ubehaget vil en ønske å flykte fra eller unngå (West & Brown, 2013, s. 200-201). Eksempelvis ser man dette ved fornektning av avhengighet tross daglig bruk av rusmidler, det er ubehaget man kjenner hver dag og som fører til inntak som tillegges størst vekt. Dersom man klarer å kjenne etter før valg, er det lettere å bli bevisst konsekvensene av handlinger (Mellingen, 2013, s. 27).

Sanser og aktivering

West and Brown (2013, s. 195) beskriver at stimuli og informasjon fra sansene og fra hukommelsen har direkte påvirkning på alle nivåene i motivasjonshierarkiet. Det samme gjelder nivået av aktivering, som påvirker sensitiviteten for hvordan de ulike faktorene påvirker hverandre. Eksempelvis vil høy aktivering medføre redusert evne til analytisk tenkning og oppmerksomheten kan bli snever. Dette kan føre til at mennesker går ned i nivå i motivasjonshierarkiet.

2.2.3 Mennesker med ruslidelser

Alle mennesker kan i teorien bli avhengige av rusmidler, men noen mennesker er mer sårbare for å utvikle avhengighet enn andre. Dette gjelder mennesker med alvorlig angst, depresjoner, spiseforstyrrelser, ubehandlet ADHD, alvorlige traumer, relasjonsskader og tilknytningsproblemer (Lossius, 2010, s. 437). Flere studier viser at det er sterk sammenheng mellom tidlige traumatiske livshendelser og ruslidelser (Kirkengen & Næss, 2015, s. 31; Mørland & Waal, 2016, s. 43). Noen psykiske lidelser forekommer oftere hos mennesker med rusmiddelproblematikk enn hos mennesker uten disse lidelsene (Mellingen & Thuen, 2016, s. 124). Det kan være en felles sårbarhet hos mennesker med ruslidelser og psykiske

lidelser og rusmiddelbruk kan være utløsende faktor for psykisk lidelse. Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse kan medføre ekstra utfordringer i behandling og kan dermed medføre at begge tilstander får et mer alvorlig forløp (Lossius, 2010, s. 438). West and Brown (2013, s. 7) beskriver at avhengighet utvikles på bakgrunn av en eller flere av følgende sårbarheter; 1. forstyrrelser i motivasjonssystemet på bakgrunn av hendelser før rusmiddelbruken startet, eksempelvis depresjon eller lavt selvbilde, 2. forstyrrelser i motivasjonssystemet skapt av rusmiddelbruken og 3. manglende korrigerende fra omgivelsene, eksempelvis venner som bruker rusmidler eller å leve i kronisk stressende miljø.

2.2.4 Behandling av mennesker med ruslidelser

Pakkeforløpet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) sier at «All behandling i TSB skal være tverrfaglig og bestå av sosialfaglig, psykologfaglig og medisinsk/helsefaglig behandling. Det kan være ulikt fokus på de forskjellige delene av behandling avhengig av pasientens problematikk og hvor i forløpet pasienten er» (Helsedirektoratet, 2019). Rusbehandling skal legge vekt på å motivere pasientene til selv å ta aktivt del i utformingen av sine behandlingsplaner og mål. Terapeutens rolle er å stimulere pasienten til å bli bevisst sine egne ressurser og samtidig bli medhjelper i hans eller hennes endringsprosjekt er (Lossius, 2010, s. 442). Mørland & Waal (2016, s. 24) skriver at mennesker med rusmiddelavhengighet er syke i den forstand at de opplever betydelig kroppslig og mental sykdom og at de i tillegg erfarer at evnen til å handle fornuftig er sterkt svekket. De er likevel ikke syke i den forstand at de bør fratras alt ansvar for sine handlinger og sitt liv.

Behandling av rusmiddelavhengighet bør bestå av tiltak som har til hensikt å endre eller påvirke forhold som kan føre til skadelige valg, og øker evnen til å ta valg som fjerner eller reduserer bruken av rusmidler. Målet med behandling bør være å øke eller forstørre handlingsrommet for valgmuligheter (Mørland & Waal, 2016, s. 23, 77). West & Brown (2013, s. 244) skriver at intervensjoner i behandling av rusmiddelavhengige først og fremst bør bistå med å redusere eller regulere impulser i situasjoner der rusmiddelbruk er tilgjengelig eller i situasjoner som kan trigge rusmiddelbruk. Det kan innebære en radikal identitetsendring, endring av det sosiale og fysiske miljøet der den rusmiddelavhengige bor,

og langsiktig medisinerer som demper den tvangsmessige trang til inntak eller forbedrer den rusmiddelavhengiges kapasitet til impuls kontroll (Mørland & Waal, 2016, s. 23).

2.2.5 Ruslidelser i kroppen

Kroppslige tegn på lidelse og rusmidlers effekt på kroppen er lite omtalt i litteratur om rus og avhengighet. Ved gjennomgang av stikkordregister i flere bøker om rus, avhengighet og rusbehandling er ordet kropp eller kroppen ikke funnet (Biong & Ytrehus, 2018; Lossius, 2021; Mørland & Waal, 2016; West & Brown, 2013). Braatøy (1979b, s. 540) beskriver i 1947 alkoholens effekt på perifere strukturer slik som muskelspenning, hjerterate og respirasjon og antyder at bruk kan ha målsetning om slike effekter. West & Brown (2013, s. 195) beskriver at sansestimuli og sanseinformasjon påvirker alle nivåene i motivasjonshierarkiet. Mørland og Wall (2016, s. 118-267) beskriver at rusmidler, spesielt blandingsbruk kan påvirke psykomotoriske funksjoner i den grad at det medfører økt fare for ulykker og skader. Somatiske skadevirkninger er utførlig beskrevet, men plager eller endringer i muskel-skjelettsystemet eller kroppsopplevelser er ikke funnet nevnt. Benzodiazepiner beskrives som muskelavslappende og sentralstimulerende stoffer kan redusere oppfatning av sanseinntrykk. Det er ikke funnet beskrivelser av at rusmiddelbruken er valgt grunnet disse virkningene eller utfordringer fra muskel-skjelettsystemet som konsekvens av rusmiddelbruk.

I boken «Getting our bodies back» beskriver Caldwell (1996, s. 7) kroppslig psykoterapeutisk behandlingstilnærming for mennesker med rusmiddelproblematikk. Hun skriver at de fleste mennesker med rusmiddelavhengighet hater kroppen sin, de stoler ikke på den eller de kjenner den lite. I masteroppgaven «Rusmisbrukeres forhold til egen kropp» ble tre mennesker med tidligere avhengighetsproblematikk intervjuet. De fortalte at muligheten og evnen til å oppleve seg selv gjennom kroppen ble sterkt påvirket av rusmiddelbruk. De opplevde at å jobbe med kroppsopplevelse og sansing medførte positiv endring med tanke på fremtidig avhold fra rusmidler. De påpekte samtidig at kontakt med kroppen kunne medføre en sårbarhet og at kontakt med kroppen måtte foregå med forsiktighet (Ovesen, 2016, s. 46, 52).

I 2007 oppdaget Naqvi med flere at avhengighet til tobakk forsvant hos et individ som fikk skade i insula. (Naqvi et al., 2007). Insula er en hjernestruktur som ligger dypt i hjernens sidefure (Uddin et al., 2017, s. 300). Det medførte økende interesse for området sin betydning for utvikling og opprettholdelse av tvangsmessig rusmiddelbruk (Droutman et al., 2015; Naqvi & Bechara, 2010; Naqvi et al., 2014). Det har også ført til økende interesse for sammenhengen mellom avhengighet og oppfattelse av kroppens indre signaler (interoepsjon), da interoepsjon bearbeides i insula (Gray & Critchley, 2007; Jakubczyk et al., 2020; Naqvi & Bechara, 2010; Paulus & Stewart, 2014; Verdejo-Garcia et al., 2012).

Bevissthet i forhold til kroppens indre signaler (interoseptiv bevissthet) er sett på som hensiktsmessig med tanke på kognitive prosesser involvert i regulering av følelser (Mehling et al., 2012). Undersøkelser tyder på at å stimulere til økt interoseptiv bevissthet kan bedre regulering av følelser og forbedre rusbehandlingen (Noël et al., 2013; Paulus & Stewart, 2014, s. 242). Flere studier antyder at interoepsjon har en viktig funksjon i forhold til selvregulering hos mennesker med ruslidelser (Jakubczyk et al., 2020; Noël et al., 2013; Paulus & Stewart, 2014). I en studie av Price & Smith-DiJulio (2016, s. 38) så de på sammenheng mellom interoseptiv bevissthet og tilbakefall i forhold til rusmiddelinntak hos kvinner. Studien tyder på at interoseptiv bevissthet har sammenheng med mer stabil psykisk helse, og med det redusert fare for tilbakefall. Noël et al. (2013, s. 636) antyder at terapier som har mål å bedre interoseptiv bevissthet, kan ha betydning i behandling av mennesker med rusmiddelavhengighet. Jakubczyk et al. (2020) undersøkte 165 mennesker diagnostisert med alkoholavhengighet i forhold til sammenheng mellom interoepsjon, følelsesregulering og tilbakefall til alkoholavhengighet. De fant at mer nøyaktig interoepsjon ga bedret følelsesmessig regulering, og med det bedret toleranse for følelsesmessig stress og negative følelser. De fant også at økt sensitivitet for interoepsjon ga dårligere følelsesregulering, og med det økt impulsivitet og økt fare for tilbakefall av alkoholavhengighet. De påpeker at funnene deres kan tyde på at interoseptiv bevissthet kan være en avgjørende faktor for å formidle følelsesmessige opplevelser.

Det er betydelig mindre forskning på betydningen av kroppens oppfattelse av ytre signaler (eksteroepsjon) og avhengighet, men en oversiktsartikkel av DeWitt et al. (2015, s. 376-377) antyder at eksteroseptive signaler er en del av vurderingen mennesker gjør i forbindelse med å kontrollere atferd. Det kan se ut til at mennesker med rusmiddelavhengighet er mer

sensitive for eksteroseptive signaler som er koblet til «cues» forbundet med rusmiddelinntak. De antyder også at terapiformer som kan dempe denne sensitiviteten eller som kan relære koblingen mellom disse signalene og betydningen av dem, for den det gjelder, kan være nyttig behandling for mennesker med rusmiddelproblematikk.

Damasio hevder at emosjonell følelsesbevissthet er basert på nevralt representasjon av kroppssopplevelse med «somatiske markører», og at disse hjelper mennesker å ta hensiktsmessige valg frem mot langsiktige adaptive mål (Damasio, 1996, s. 1415-1417). Verdejo-García and Bechara (2009, s. 58) antyder at det dannes lignende somatiske markører ved inntak av rusmidler og at dette kan være med på å forklare hvorfor mennesker med rusmiddelproblematikk har vansker med å prioritere langsiktige adaptive mål fremfor kortsiktig belønning av rusmiddelinntak. De hevder at de samme kroppslige markørene aktiveres ved forventninger om rusmiddelinntak. På bakgrunn av dette tenker de at medikamentell behandling for å motvirke endringer på nevrofysiologisk nivå ikke er tilstrekkelig for å endre atferd knyttet til rusmiddelbruk. Det er også nødvendig å relære handlinger på bakgrunn av disse kroppslige signalene.

2.2.6 Ruslidelser og regulering

Begrepet regulering brukes i forhold til regulering av følelser, traumereaksjoner, aktivitetsnivå, indre uro og andre atferds og personlighetstrekk som kan være ubehagelige for den det gjelder eller omgivelsene. Det er utfordrende å komme med en entydig definisjon, men Ross (1994, s. 27-28) antyder at regulering kan innebære både indre og ytre prosesser, og at det involverer både overvåking, evaluering og modifisering av det som skal reguleres. Ved mangel på egnete reguleringsferdigheter kan noen ty til bruk av rusmidler, selvskading, spiseforstyrrelser og lignende med mer i et forsøk på å regulere seg eller sine reaksjoner (Nordanger & Braarud, 2014, s. 535; Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd, et al., 2010, s. 381-282, 394-395).

Innenfor traumefeltet tillegges regulering av alarmreaksjoner, det vil si reaksjoner som kommer av fare eller det som oppfattes som fare, spesiell vekt. Regulering kan skje via områder i hjernen som har som oppgave å roe ned eller bremse alarmreaksjoner. Regulering

kan også skje via ytre faktorer slik som andre personer eller aktiviteter. Traumefeltet bruker modellen toleransevinduet som begrep for å illustrere de ulike momentene ved regulering. Toleransevinduet er den variasjon i aktiveringsnivå som oppleves håndterbart av den enkelte. Mennesker som har opplevd alvorlige traumer og/ eller omsorgssvikt i årene før reguleringssystemet er fullt utviklet, vil kunne utvikle reguleringsvansker. Dette vil ofte medføre at alarmreaksjoner blir sterkere eller utløses raskere og at evnen til å regulere disse er svekket (Nordanger & Braarud, 2014, s. 533-534).

Teorien om selvmedisinering beskriver bruk av rusmidler som et forsøk på mestre (regulere) utfordringer i livet. Den er fremmet på bakgrunn av undersøkelser som har vist at mennesker som opplever ubehagelige affektive tilstander eller psykiske lidelser har større sjans enn andre til å utvikle rusmiddelavhengighet. Den kan også brukes til å forklare rusmiddelbruk i forsøk på å mestre psykisk ubehag som et resultat av livshendelser, for å regulere stress eller for å dempe bieffekter av andre rusmidler. Denne modellen krever at utfordringene var til stede før rusmiddelbruken startet, noe som ikke alltid er tilfelle. Den forklarer ikke rusmiddelbruk når det ikke er psykopatologi til stede og den forklarer ikke tvangsmessig bruk (West & Brown, 2013, s. 50-51).

Tvangsmessig rusmiddelbruk er forsøkt forklart med vansker med impulsregulering. Dette kan forklare hvorfor mennesker med eksempelvis ADHD, bipolar lidelse og OCD har større sjans for å utvikle problematisk rusmiddelbruk. Det er også funnet redusert aktivitet i hjerneområder som er involvert i impuls kontroll og planlegging hos mennesker med rusmiddelavhengighet, også etter lengre tids abstinens (Lubman et al., 2004, s. 1499).

West and Brown (2013, s. 108) refererer til Baumeister et al sin bok «Losing control – how and why people fail at self-regulation” fra 1994 når de drøfter vansker med selv-regulering som forklaringsmodell for avhengighet. Selvk kontroll er nevnt som fellesnevner ved avhengighet; dårlig livsmestring, tvang, overspising, aggresjon og mange andre atferdsvansker. Teorien foreslår at mangel på selvk kontroll kan være med på å utvikle avhengighet ved at rusmiddelbruken sees på som en måte å oppnå bedre selvk kontroll. Taipale (2017, s. 39) hevder at mennesker inntar rusmidler i et forsøk på å få kontroll over seg selv, og rusmidler i denne sammenhengen kan sammenlignes med et overgangsobjekt. Et overgangsobjekt er en gjenstand eller lignende som fungerer som en bro mellom

individets indre verden og de ytre realitetene (Skårderud, Stänicke, & Haugsgjerd, 2010, s. 185). Taipale påpeker at det er et paradoks at manglende selvkontroll forsøkes mestret med rusmidler, som i seg selv medfører redusert selvkontroll. Dette medfører at dersom mennesket kan regulere seg på en annen måte, kan rusmiddelbruken bli mindre interessant (Taipale, 2017, s. 39).

Lossius (2010, s. 445) har skrevet at alle rusmidler er følelsesregulerende på en eller annen måte og at dette behovet må dekkes på andre måter dersom man skal stoppe rusmiddelbruken. Mennesker som har utfordringer med følelsesregulering, er mer sårbare for problematisk rusmiddelbruk. Både evnen til mentalisering og tilknytning påvirker også følelsesreguleringen, og dermed sårbarheten for å utvikle ruslidelser. (Karterud, 2021, s. 122-123). Park, Russel & Fendrich (2018, 3-6) beskriver at unge er spesielt sårbare i forhold til utfordringer med følelsesregulering og spesielt toleranse for ubehag. Dette kan medføre rusmiddelavhengighet. De anbefaler å utforske metoder som kan gi de unge bedre følelsesregulering og toleranse for stress og ubehag. Dette innbefatter også å øke evnen til å oppdage og utforske egne opplevelser og ubehag. De har sett nærmere på tilnærminger basert på kropp-sinn; yoga, meditasjon og mindfulness som behandling for unge rusmiddelavhengige. De erfarer at disse tilnærmingene kan fungere som en buffer for rusmiddelavhengighet ved å gi de unge bedret følelsesregulering og toleranse for ubehag.

Evnen til å mentalisere påvirker i stor grad regulering av følelser. God evne til mentalisering kan lage en buffer mellom aktivering av emosjoner i kroppen og de følelsene vi erfarer, og hvordan vi fortolker dem. Emosjoner fører ofte til handling hvis vi ikke forstår følelsene eller hva de forteller oss. For rusmiddelavhengige er handlingen ofte å innta rusmidler. Ved mangel på tilgang til noen følelser, kan vi føle noe annet. Bearbeiding av følelser vil bestå av gjenkjenning av ulike følelser både hos seg selv og andre, tåle uakseptable følelser, regulering av følelser og det å kunne vise følelser på en hensiktsmessig måte (Arefjord & Karterud, 2021, s. 400-401).

3.0 Metode

I dette kapitlet gjøres det rede for forskerens forforståelse, vitenskapsteoretisk forståelsesramme for prosjektet, forskningsmetodologi, design for datainnsamling og analyse og etiske problemstillinger ved datainnsamlingen. Gjennomføringen beskrives før kapitlet avsluttes med en drøfting av studiens troverdighet.

Intensjonen med studien er å utforske om Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) kan være nyttig behandlingstilnærming for mennesker i behandling for ruslidelser. Fire fysioterapeuter med videreutdanning i NPMF ble intervjuet med problemstillingen «Hva erfarer fysioterapeuter ved bruk av Norsk psykomotorisk fysioterapi for mennesker i behandling for ruslidelser». Det var ønskelig å få svar på hva de fant nyttig ved metoden og om det var utfordringer ved bruk av metoden overfor pasientgruppen. Det er også ønskelig å se på faktorer som kan påvirker en eventuell implementering av NPMF for mennesker med ruslidelser.

Jacobsen (2015, s. 21) skriver at forskerens oppfatning av hvordan virkeligheten er, vil ha betydning for utforming av forskningsspørsmål og valg av metode. Forskerens forforståelse og studiens vitenskapsteoretiske forankring beskrives under.

3.1 Forskerens forforståelse

Forskeren har totalt 26 års erfaring som fysioterapeut, hvorav 11 år med behandling av mennesker med ruslidelser i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB - både fra døgnbehandling og poliklinikk), i tillegg til lang erfaring med arbeid med barn. Hun har videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og 3 års erfaring etter fullført videreutdanning. Innen TSB har hun arbeidet som treningsterapeut, fysioterapeut, men også som behandlingsansvarlig terapeut.

Fysioterapi har tradisjonelt tilhørt en rasjonalistisk tradisjon der tradisjonelle naturvitenskapelige forklaringsmekanismer har stått sterkt (Bjordal et al., 2004, s. 45). Avvik fra eksempelvis ideell kroppsholdning eller bevegelse skal undersøkes for så å korrigeres. Det

har vært lite tradisjon i fysioterapi for å se på kroppen og bevegelse som påvirket av personens erfarings- og meningsverden (Thornquist, 2015, s. 32-33). Den fysioterapifaglige videreutdanningen i Norsk psykomotorisk fysioterapi kjennetegnes ved synet på at menneskers psykiske og fysiske helse utgjør en helhet og kan ikke holdes atskilt fra hverandre. Kroppen preges av livsopplevelser og følelsesmessige erfaringer, og funn og symptomer tolkes i konteksten at kroppen uttrykker og regulerer personens emosjonelle liv (Thornquist, 2010, s. 204). Som fysioterapeut med videreutdanning i NPMF er forskeren påvirket av begge disse filosofiske retningene, men er nok i dag mest påvirket av NPMF sitt tankesett. Rusklinikken forskeren har vært ansatt på hadde lang tradisjon for brukerstyrt tilnærming, motiverende intervju og mentaliseringsbasert terapi i behandlingstilnærmingen. Forskeren har dermed både kunnskap og er påvirket av disse tilnærmingene.

3.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Hvordan vi forstår verden og virkeligheten (ontologi) og hvordan kunnskap om dette utvikles (epistemologi), danner til sammen en logisk forutsetning for vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2018, s. 27). Synet vårt på verden lager rammer for hva vi oppfatter som aktuelle, gyldige og relevante måter å undersøke verden på. Et paradigme er en måte å se på et fenomen, en virkelighetsoppfatning, som omfatter et sett av filosofiske antagelser som styrer tilnærmingen til forskningen (Polit & Beck, 2017, s. 738). Forskning bør ha en rød tråd fra paradigme til metode og metodologi. Hvilket paradigme forskningen er påvirket av, styrer hvilken forskningsmetodologi som er aktuell, og igjen hvilke forskningsdesign (metode) som er egnet for å finne svar på problemstillingen (Carter & Little, 2007, s. 1316; Malterud, 2018, s. 39).

Prosjektet er påvirket av det fortolkende paradigmet. Det fortolkende paradigmet er bygget på teoretisk grunnlag fra de filosofiske og idehistoriske retningene fenomenologi, hermeneutikk og sosialkonstruksjonisme. Det særegne ved det fortolkende paradigmet er at subjektivitet anerkjennes og undersøkes, og at forskeren er et sentralt og medvirkende redskap. Grunnforståelsen er at oppfattelsen av et fenomen vil være avhengig av kontekst, og kan dermed vise seg på mange ulike måter. Man forsøker å trekke slutninger fra det

enkeltstående til det allmenne, det som kalles induktiv tilnærming (Malterud, 2018, s. 29). I dette prosjektet beskrives fire fysioterapeuter sine erfaringer med bruk av NPMF overfor mennesker i behandling for ruslidelser. Disse erfaringene brukes som utgangspunkt for så å utforske om NPMF kan være en hensiktsmessig behandlingstilnærming for mennesker i behandling for ruslidelser. Studien er dermed induktiv. Dette i motsetning til det positivistiske paradigmet som forsøker å måle objektive data ved bruk av deduktiv tilnærming, der man trekker slutninger fra det allmenne til det enkeltstående (Malterud 2018, s. 28-29).

3.3 Forskningsmetodologi

Det er funnet mest hensiktsmessig å undersøke fenomenet NPMF for mennesker med rusmiddelavhengighet med eksplorerende kvalitativ metode. Kvalitative forskningsmetoder bygger på det fortolkende paradigmet (Malterud, 2018, s. 27). Beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper, eller kvaliteter ved de fenomener som studeres er typiske forskningsstrategier for kvalitative metoder. Dette gjør kvalitative metoder spesielt egnet til forskning på menneskelig samhandling og erfaring (Malterud, 2018, s. 30, 32). Målet med kvalitativ forskning er å forstå heller enn forklare. Det er egnet der fenomenet er lite definert eller beskrevet og der det er ønskelig å utvikle nye beskrivelser, begreper eller modeller (Malterud, 2018, s. 32-33). I dette prosjektet beskrives behandlingsmetoden NPMF benyttet overfor mennesker i behandling for ruslidelser, en tilnærming som det ikke er funnet beskrivelser av fra tidligere. Studien er dermed eksplorerende. Ved eksplorerende kvalitative studier vil man i tillegg til beskrivelser av et fenomen, også se på andre faktorer som påvirker fenomenet (Polit & Beck, 2017). I denne studien vil det foruten beskrivelser av fysioterapeutenes erfaringer forsøkes å se på muligheter og utfordringer med å implementere NPMF som en del av den tverrfaglige behandlingen for mennesker med ruslidelser.

Ved kvalitative studier er det vanlig å ha få undersøkelsesobjekter og gå i dybden av deres erfaring eller opplevelse (Polit & Beck, 2017, s. 12).

3.4 Forskningsdesign

Prosjektet er interessert i hva fysioterapeutene erfarer er nyttig ved behandlingsmetoden og om de erfarer utfordringer ved bruk av NPMF overfor pasientpopulasjonen. Det var ønskelig er å finne essensen av hva fysioterapeutene har erfart, og det er typisk for fenomenologisk forskning (Polit & Beck, 2017, s. 470). Fenomenologisk design tar utgangspunkt i den filosofiske tradisjonen grunnlagt av Husserl og Heidegger. Fenomenologi beskriver hvordan et fenomen viser seg for et subjekt (Thornquist, 2015, s. 85), her hvordan NPMF anvendt i møte med mennesker med rusmiddelproblematikk viser seg for fysioterapeutene. Fenomenologiske forskere forsøker å finne essensen i et fenomen slik det erfares av mennesker og hva det betyr (Polit & Beck, 2017, s. 470). I dette prosjektet hvordan fysioterapeuter erfarer bruken av NPMF for mennesker i behandling for rusmiddelavhengighet og hva det eventuelt betyr; er metoden nyttig for pasientgruppen og er det utfordringer ved bruk av metoden. Den fenomenologiske tilnærmingen er spesielt nyttig når et fenomen er lite beskrevet og når fenomenet er nyttig for menneskers liv (Polit & Beck, s. 471). Det var ønskelig med fyldige, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelser, og dette legger fenomenologien vekt på (Thornquist, 2015, s. 86).

Det finnes flere fenomenologiske forskningsdesign, men de kan grunnleggende deles i beskrivende- og fortolkende fenomenologisk design. Et beskrivende fenomenologisk design tenker å få frem bevisste erfaringer, for eksempel minner, følelser og bestemmelser. Beskrivende fenomenologi kjennetegnes blant annet ved at forskeren prøver å sette sin forforståelse til side i alle deler av forskningsprosessen. Informantenes dypere erfaringer eller å forstå hva som ligger bak beskrivelsene til deltagerne blir ikke utforsket ved deskriptive fenomenologiske studier. Det ville vært tilfelle ved en fortolkende fenomenologisk studie (Polit & Beck, 2017, s. 472). Ved fortolkende fenomenologisk design forsøkes det å tolke og forstå menneskers erfaring. Målet med fortolkende fenomenologiske studier er å prøve å oppdage og forstå et fenomen fra en annens perspektiv (Polit & Beck, 2017, s. 472). Ved fortolkende fenomenologiske studier går man ut fra at det ikke er mulig å sette til side sin forforståelse, men den skal likevel identifiseres og beskrives. Dette kalles refleksivitet.

Prosjektet har momenter både fra deskriptivt og fortolkende fenomenologisk design. Det er beskrivelse av fysioterapeutenes faglige erfaringer som er interessante og som tenkes beskrevet. Det er ikke ønskelig å fortolke disse utover slik de er formidlet. Forskeren har forsøkt å sette sin forforståelse til side under hele prosessen, både ved intervjuer og analyse, og det er typisk ved deskriptiv fenomenologisk design (Polit & Beck, 2017, s. 471). Det har samtidig vært ønskelig å prøve å se erfaringen fra fysioterapeutenes perspektiv, noe som viser at designet også har momenter fra fortolkende design. Det er for forskeren klart at det foregår og har foregått fortolkning på flere nivåer i forskningen. Eksempelvis har alle fysioterapeutene inkludert forskeren fortolket innholdet i videreutdanningen, alle erfaringer har en grad av fortolkning før de beskrives og forskeren fortolker erfaringene beskrevet av fysioterapeutene. Dette vurderes ikke som grunnlag for å kalle designet fortolkende, men som en konsekvens av påvirkningen av det fortolkende paradigmet (Krogh, 2014, s. 43-47).

Behandlingsmetoden NPMF for mennesker i behandling for ruslidelser er undersøkt fra fysioterapeuters perspektiv. Det ble vurdert å utforske metoden fra pasienters perspektiv. Mennesker med ruslidelser vurderes som en spesielt sårbar gruppe og intervjuer av disse ble etisk utfordrende. Uten data om nytten av metoden for pasientpopulasjonen, ble det vurdert som for utfordrende å argumentere for at nytten ved deltagelse var større enn ulempen. Dermed ble dette perspektivet valgt vekk. Det er sannsynlig at fysioterapeutene vil beskrive en del annenhånds erfaringer, eksempelvis fra andre fagpersoner og pasienter. Disse vil være interessante, men det vil hovedsakelig være fysioterapeutenes perspektiv som beskrives i prosjektet.

3.5 Design for datainnsamling

Den mest vanlige datainnsamlingen ved fenomenologiske design, er dybdeintervjuer der både forsker og informant sees på som deltakere (Polit & Beck, 2017, s. 471). Malterud (2018, s. 133-134) kaller denne type intervjuer for semistrukturerte intervjuer; det skal være et mål og mening med intervjuet, men man går ikke nødvendigvis i dybden på alle erfaringer. Intervjuene skal gi rom for at intervjuobjektet kan komme med beskrivelser intervjueren ikke visste fra før, og intervjuguiden må dermed utformes slik at dette er mulig (Polit & Beck, 2017, s. 510). Forskningsspørsmålet tar for seg fysioterapeuters erfaringer med NPMF

overfor mennesker i behandling for rusmiddelavhengighet. Semistrukturerte intervjuer med fysioterapeuter som har erfart å bruke metoden overfor pasientgruppen er dermed hensiktsmessig.

Det ble utarbeidet en intervjuguide med hoved- og undertemaer til bruk under intervjuene. Dette skulle fungere som en påminner om de temaene det var ønskelig å få data om. Formålet var å få vite noe som ikke var kjent fra før, men forskningsspørsmål og intervjuers erfaring fra feltet var med på å gi retning og bakgrunn for temaene. Det ble forsøkt å gjøre temaene så åpne som mulig for å gjøre rom for ny kunnskap og åpne opp for at fysioterapeutene hadde erfaringer som ikke samsvarte med intervjuer. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men fungerte som en huskeliste underveis i intervjuene.

Det ble gjort små endringer på intervjuguiden både etter prøveintervju og etter de første intervjuene. Dette er det rom for, og det er anbefalt ved slike intervjuer for å tilpasse seg de enkelte deltagerne etter hvert som forskeren får mer erfaring (Malterud, 2018, s. 134).

Det ble planlagt oppfølgingsamtaler i etterkant av intervjuene. Dette ble ikke gjennomført da forsker erfarte at det var kommet frem tilstrekkelige data ved intervjuene.

3.6 Utvalg og rekruttering

Fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og med erfaring fra bruk av metoden for mennesker i behandling for ruslidelser kunne inkluderes i studien. På bakgrunn av at det har blitt masterprogram ved de fleste videreutdanningene, kunne det vurderes å ta med en utdanningskandidat mot slutten av studiet dersom fysioterapeuten hadde erfaring med bruk av metoden overfor mennesker med rusmiddelproblematikk.

Informasjon om prosjektet ble lagt ut på NFF Faggruppe for psykomotorisk fysioterapi sin Facebookgruppe med ønske om at aktuelle fysioterapeuter tok kontakt. Det ble tatt direkte kontakt med en fysioterapeut der det var kjent at den hadde ønsket bakgrunn. Det ble også søkt på internett på rusbehandlingssklinikker for å finne ut om de hadde ansatt fysioterapeut. Alle fysioterapeutene som var i kontakt, ble spurt om de kjente/ visste om andre

fysioterapeuter med ønsket bakgrunn (snøballmetoden). Det var ønskelig å rekruttere 4-6 fysioterapeuter til prosjektet.

Til sammen ble det rekruttert fire fysioterapeuter. Dette var også det totale antallet fysioterapeuter det lyktes å komme i kontakt med, og som hadde ønsket bakgrunn. Snøballmetoden førte ikke frem. Dette ble dermed et tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2018, s. 59). Kontakten med fysioterapeutene foregikk på epost, telefon og på MSN Messenger. På bakgrunn av at alle fysioterapeutene som var funnet og som fylte inklusjonskriteriene var rekruttert, ville det kunne svekke prosjektet dersom informanter trakk seg. Det ble derfor gitt jevnlig informasjon til fysioterapeutene på e-post i perioden fra rekruttering til oppstart av datainnsamling. Det ble det gitt informasjon om prosjektets fremdrift, men ikke gitt informasjon om utfordringene med å skaffe nok informanter. Dette for å begrense informantenes opplevelse av press til å delta.

Fire fysioterapeuter, alle med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ble intervjuet. Tre av fysioterapeutene har fullført videreutdanning. En av fysioterapeutene er i et pågående masterprogram, med fordypning i psykomotorisk fysioterapi. For vedkommende gjenstår bare å skrive masteroppgaven. Denne fysioterapeuten har kun erfaring med bruk av PMF som utdanningskandidat. De øvrige fysioterapeutene har henholdsvis ni, åtte og et og et halvt års erfaring etter gjennomført videreutdanning. Tre av fysioterapeutene har erfaring med pasientgruppen også før gjennomført videreutdanning.. Fysioterapeutene har erfaring med bruk av NPMF fra poliklinikk både på DPS og i TSB, korttids- og langtidsenhet døgntil behandling i TSB og fra fengselshelsetjeneste i fengsel med egen ruspost. Alle fysioterapeutene var en del av et tverrfaglig miljø på sitt arbeidssted.

3.7 Søknader og godkjenninger

På bakgrunn av at det var sannsynlig at fysioterapeutene ville illustrere sine erfaringer med pasienthistorier, ble prosjektet lagt frem for Regional Etisk komite (REK). Vedtak om at prosjektet ikke er fremleggingspliktig for REK ble mottatt 31.07.2020. Det ble søkt NSD på bakgrunn av at prosjektet skulle forvalte personopplysninger. Det ble informert om at det var fare for at fysioterapeutene kunne bli gjenkjent som informanter da det er svært få som

har den ønsket erfaringen. Prosjektet fikk endelig godkjenning fra NSD 12.10.2021. Det ble presisert at fysioterapeutene måtte få informasjon om faren for gjenkjenning og at det måtte være en del av det informerte samtykket (vedlegg 1). Alle fysioterapeutene signerte på «Informert samtykke» før intervjuene startet.

3.8 Gjennomføring av intervjuer

Det ble gjennomført et prøveintervju med en fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, men med erfaring fra en annen pasientgruppe. Dette ga gode tilbakemeldinger på intervjuteknikk, utforming av spørsmål og hvordan plassere lydbåndopptaker for å få best mulig lyd både fra intervjuer og deltagere. Sistnevnte var en problemstilling som ble spesielt aktuell da den pågående Covid-19 pandemien ga restriksjoner i forhold til avstand mellom intervjuer og intervjuobjekt. Ved å bygge opp med bøker slik at lydbåndopptakeren kunne plasseres høyere enn i bordhøyde, ble lydnivået tilstrekkelig godt til at en avstand på to meter kunne overholdes.

I forkant av intervjuene fikk alle fysioterapeutene tilsendt hovedtemaene i intervjuguiden. Dette i håp om de ved noe forberedelse vil kunne bidra med mer data enn dersom de stilte uforberedt. De ble ikke til sendt fullstendig intervjuguide for å prøve å unngå at fysioterapeutene ble for låst til disse temaene og dermed kunne begrense funn/ resultater forfatteren ikke hadde tenkt på.

Tre av intervjuene ble gjennomført på fysioterapeutenes arbeidssted og et intervju ble gjennomført på Skype. Bakgrunnen for Skype-gjennomføring var fysioterapeutens arbeidssteds restriksjoner knyttet til den pågående Covid-19 pandemien. Det var satt av 90 minutter inkludert en pause til hvert av intervjuene. Intervjuene som ble gjennomført «live» ble tatt opp på en lydbåndopptaker. Opptaket ble overført til en kryptert USB lagringsenhet direkte etter intervjuet for trygg transport før det ble overført til Høgskolen på Vestlandet (HVL) sin forskningsserver. Intervjuet som ble gjennomført på Skype, ble tatt opp via Skype sin opptaksfunksjon for deretter å overføres til forskningsserver.

Hvert intervju ble transkribert av forskeren, ord for ord og med lyder og dialektord. Navn ble erstattet med *sier navnet sitt* i teksten. Det ble deretter oversatt til bokmål med tanke på

anonymisering og for å lette analysearbeidet. De transkriberte intervjuene er lagret på HVL sin forskningsserver, men også på privat PC da de ble regnet som anonymisert.

Når masteroppgaven er godkjent, makuleres og slettes alt innhold i database og på PC.

3.9 Etiske vurderinger i forbindelse med intervjuene

Viktige etiske retningslinjer i kvalitativ forskning er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser for informant (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 104-107). Alle fysioterapeutene signerte på et informert samtykke i forkant av intervjuene. Dette inneholdt blant annet informasjon og formål med prosjektet, presisering av mulighet for å trekke seg på ethvert tidspunkt i studien og hvordan data skulle oppbevares. På bakgrunn av at det er svært få fysioterapeuter som har erfaring med pasientgruppen, er det en mulighet for at informantene kunne gjenkjennes. Denne informasjonen var et eget punkt i det informerte samtykket, og informantene fikk også muntlig informasjon om dette. For å begrense muligheten for gjenkjenning, ble bakgrunnsinformasjon om informantene slik som alder, kjønn og arbeidssted ikke etterspurt. I materialet, både endelig oppgave og vedlegg er kjønnsnøytrale uttrykk brukt slik som den og hen og de transkriberte intervjuene er lagret uten dialektord og andre opplysninger som kan øke fare for gjenkjenning. Dette er også bakgrunnen for at fysioterapeutenes erfaringer er beskrevet generelt og ikke for den enkelte informant.

Eventuelle konsekvenser for informantene ved å delta fremstår minimale. Fysioterapeutene uttrykte seg positive til deltagelse på bakgrunn av eget ønske om økt kunnskap om temaet. Som et resultat av den pågående Covid-19 pandemien, kan man tenke seg at informanter som gjennomførte intervjuer på eget arbeidssted, økte faren for å bli smittet med viruset. Dette ble forsøkt minimert ved å følge gjeldende smittevernprosedyrer.

3.10 Analyse

Målet ved analyse av data er å organisere, gi struktur til og trekke ut mening fra data (Polit & Beck, 2017, s. 530). Ved en fenomenologisk tilnærming skal data analyseres med fokus på meningsfulle utsagn, strukturelle og tekstuelle beskrivelser (Malterud, 2018, s. 97).

Kvalitative metoder har felles at de systematisk fortolker empiriske tekstdata, gjerne med støtte i teoretiske perspektiver (Malterud, 2018, s. 35). Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) er brukt som analysemetode. Metoden analyserer kvalitative data tematisk og tverrgående. Den er ikke en fenomenologisk analysemetode, men er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse. Den deler oppfatningen av at subjektive erfaringer er gyldig kunnskap, men fordyper seg ikke i livsverden som grunnleggende analyseperspektiv (Malterud, 2018, s. 215-216). Dette er forenlig med denne studien som undersøker faglige erfaringer og ikke erfaringer på et mer personlig nivå. STC er beskrevet som godt egnet metode for den uerfarne forsker (Malterud, 2018, s. 97) og ble derfor valgt.

Denne analytiske modellen består av fire trinn og er en dynamisk prosess.

Først ble forskeren kjent med materialet for å danne seg et helhetsinntrykk. Hun hørte på intervjuene og leste transkriptene flere ganger. På den måten kom hun frem til de foreløpige temaene; Symptomer/ særtrekk ved pasientgruppen, hva/ hvem kan PMF være nyttig for, hvordan bruke PMF og utfordringer ved bruk av metoden.

I det andre steget leste forskeren linje for linje og fant meningsbærende uttalelser som var relevante for å besvare problemstillingen. Disse ble kodet under temaene hun laget i første steg i et eget dokument hun kunne bruke til den videre analyseprosessen. I denne prosessen kom det frem flere subgrupper, eksempelvis at Hva/ hvem kan PMF være nyttig for fikk subgruppene uro/russug/ rusens funksjon, kontakt med kroppen, traumer, smerter, kompleksitet som hun organiserte de meningsbærende enhetene under. Forskeren så også at Symptomer /særtrekk ved pasientgruppen kunne slås sammen med hva/ hvem kan PMF være nyttig for og flere andre reorganiseringer av dataene. Dette var en tidkrevende prosess, men samtidig svært lærerikt da forståelsen for nytten av en systematisk analyseprosess kom mer tydelig frem.

I det tredje steget ble de meningsbærende enhetene slått sammen til kunstige sitater, tekstkondensat. Dette er et metodisk grep som er spesielt for STC og dersom utelatt er det misvisende å kalle analysemetoden STC (Malterud, 2018, s. 106.)

I trinn fire ble tekstkondensatene rekontekstualisert. Funnene ble sammenfattet i form av fortolkende synteser og formidlet med nye beskrivelser og begreper. Det ble laget en analytisk tekst ut ifra tekstkondensatene fra hver kodegruppe og subgruppe, og hver av disse gruppene fikk sitt eget avsnitt (Malterud, 2018, s. 109). Noen subgrupper hadde lite informasjon eller var mindre relevant for problemstillingen og ble dermed utelatt. Gjennom hele dette trinnet ble det jevnlig sjekket ut at de bearbeidete resultatene var noe intervjuobjektene faktisk hadde sagt og at det ikke kom fra forskeren. Sammenfatningen er forsøkt å være så lik som utgangspunktet i rådata, men samtidig er det forsøkt å skape ny innsikt og interesse for de som leser oppgaven.

3.11 Informasjonsstyrke

Informasjonsstyrken i utvalget har betydning for hvor mange informanter det trengs for å få en god studie. Informasjonsstyrken påvirkes av studiens problemstilling, utvalgets spesifisitet angående problemstillingen, studiens grad av teoretisk forankring, kvaliteten på dialogene i tillegg til analysestrategien som er valgt (Malterud, 2018, s. 63). Grunnet få tilgjengelige informanter med ønsket bakgrunn, er deltagerantallet satt og informasjonsstyrken vil i dette tilfellet si noe om muligheten for gode og rike data i prosjektet.

Problemstillingen er klar og tar ikke sikte på å få frem dype personlige erfaringer. Det er fysioterapeutenes faglige erfaringer som ønskes belyst. Denne presiseringen gjør at problemstillingen er relativt smal. Det er ikke funnet teori om undersøkt tema, men forskers erfaring og kompetanse har vært hensiktsmessig i forberedelsene og gjennomføringen av studien. En større teoretisk forankring kunne fått frem momenter og tema som forsker ikke har kunnskap om.

En av fysioterapeutene hadde begrenset erfaring, men de tre andre har lang erfaring med bruk av metoden. De har erfaring fra ulike arbeidssteder og avdelinger. Det er sannsynlig at dette fører til mer varierte erfaringer og betraktninger og dermed rikere data. De har alle

førstehånds erfaringer med både metode og pasientgruppe og tenkes å kunne gi gode og sanne data. Alle fysioterapeutene hadde gode kommunikative evner og hadde evne til å reflektere rundt egne erfaringer. Intervjuers erfaring og kunnskap var nyttig med tanke på å stille utforskende og utdypende spørsmål underveis i intervjuene. Det er brukt god tid på hvert intervju og informantene har fått mulighet til å forberede seg. Det kan medføre dypere og rikere data og informantene fikk tid til å reflektere over momenter de ikke hadde tenkt på tidligere. Det ga også intervjuer og informant god tid til å forfølge og reflektere rundt momenter som kom opp underveis. Dette øker dialogstyrken og kan dermed også øke informasjonsstyrken.

3.12 Forskningens troverdighet

Vurdering av kvalitative forskningsdatas troverdighet omfatter hele studien og innebærer vurdering av gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Drageset & Ellingsen, 2011).

3.12.1 Gyldighet/ validitet

Gyldighet i forskning sier noe om metoden var egnet til å undersøke det en var tenkt å undersøke og den sier noe om forskerens håndverksmessige kvalitet. Vurdering av gyldighet er en kontinuerlig prosess gjennom hele prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 276-277). Forskerens troverdighet er også påvirket av refleksiviteten, å være bevisst eget bidrag gjennom hele prosessen fra planlegging til gjennomføring og analyse (Polit & Beck, 2017, s. 561-562).

Formålet med prosjektet var å undersøke om NPMF kunne være en nyttig behandlingstilnærming for mennesker i behandling for ruslidelser. Det er beskrevet begrenset kunnskap om emnet og studien vurderes dermed som nyttig. Forsker har stor nærhet til feltet og kan ha forsterket behovet for denne forskningen. Det er ikke sjekket med aktører fra rusfeltet eller fysioterapifaglige miljø om dette er data de ønsker. Alle informantene har formidlet behov for mer kunnskap, og at de har savnet systematisk kunnskap om NPMF for mennesker i behandling for rusmiddelproblematikk. NPMF er ikke

nevnt i nasjonale retningslinjer for behandling av pasientgruppen og det vites ikke om dette er et bevisst valg eller grunnet manglende kunnskap.

Forskningsspørsmålet er «Hva erfarer fysioterapeuter ved bruk av NPMF for mennesker i behandling for ruslidelser». Det ble presisert at det var ønskelig å få data om hva fysioterapeutene erfarte var nyttig og om det eventuelt var utfordringer ved bruk av metoden overfor gitte pasientgruppe. En kvalitativ studie med fenomenologisk tilnærming ble valgt, og data ble innhentet ved bruk av semistrukturerte intervjuer av fysioterapeuter. Denne tilnærmingen var egnet for å svare på problemstillingen. Grunnet få informanter var det ønskelig å ha mulighet til å gå i dybden av hver enkelt sin erfaring og semistrukturerte intervjuer er dermed svært godt egnet. Det er utfordrende å se for seg at andre metoder for datainnsamling kunne gi like gode data.

Et tilgjengelighetsutvalg kan ha begrensninger da det ikke er mulig å velge deltagere strategisk for å best mulig belyse problemstillingen. Da er det heller ikke mulig å øke antall informanter for om mulig å få rikere data. Det ble forsøkt å kompensere for dette med god tid til hvert intervju og at informantene fikk mulighet til å forberede seg før intervjuene. Utvalget i dette tilfellet viste seg å ha svært variert erfaring, og selv om dette var tilfeldig, bedrer dette gyldigheten. Intervjuer er ny som forsker og kan ha begrensninger knyttet til å hente ut all informasjon fra informantene. Det viser seg at erfarne intervjuere ofte trenger færre informanter enn en student som gjennomfører sine første kvalitative intervju (Polit & Beck, 2017, s. 498).

Problemstillingen ble brukt som det første spørsmålet i intervjuguiden, men «fysioterapeuter» ble byttet ut med «du». Dette spørsmålet var for stort og vidt og det ble vanskelig for informantene å vite hva de skulle svare. Intervjuer måtte dermed dele det opp og forklare. Til sammen viser det seg at erfaringene beskrevet av fysioterapeutene svarer på problemstillingen. Det er likevel tydelig at enkelte temaer ikke var spesifikke nok og det kom frem data som var interessante, men som ikke var svar på problemstillingen. Forsker evaluerer i etterkant at en større bruk av begrepene *nytte* og *utfordringer* kunne vært brukt mer eksplisitt i intervjuguiden. Det kunne ha gitt enda mer spissede data og kunne gjort analysearbeidet lettere. Det kunne økt gyldigheten ved i større grad sikre at intervjuene ga svar på forskningsspørsmålet og kunne gitt dypere og mer utfyllende svar knyttet til disse begrepene.

Informantene var klar over intervjuers bakgrunn. Det kan ha begrenset dybden i dataene da de kan ha tenkt at intervjuer har den nødvendige bakgrunnskunnskapen. Det kan også ha begrenset intervjuer fra å stille mer inngående spørsmål og be om dypere forklaring fordi denne kunnskapen var selvfølgelig for henne. Dette er en utfordring og en mulighet ved intervjuer av kollegaer med lignende erfaringer, og kan skape feilkilder da dette ikke blir omtalt, men tas som en selvfølge, både bevisst og ubevisst hos både informanter og intervjuere.

For å sikre at informant og intervjuer var enige om hva informanten faktisk hadde erfart, ble flere emner drøftet til vi var sikker på at vi oppfattet det likt. Informantenes beskrevne erfaringer ble jevnlig reflektert tilbake for å være sikker på at intervjuer hadde oppfattet rett. Dette kalles kommunikativ validering og er med på å sikre at det er informantenes erfaringer som kommer frem (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 282-283).

Fysioterapeutene har ikke kontakt og visste ikke om hverandre. Det øker sannsynligheten for at erfaringene fysioterapeutenes beskriver er deres egne og ikke som et resultat av konsensus; at de formidler noe de har snakket om og har vært enige om (Malterud, 2018, s. 194-195). Lengden på erfaringen til fysioterapeutene kan påvirke hvor rike data de kan gi. Alle fysioterapeutene viste god evne til å formidle og til å reflektere over egne erfaringer. Dette styrker dataene.

Intervjuene var godt planlagt, og det tekniske rundt intervjuene fungerte godt. Det medførte at intervjuer som er uerfaren ble minimalt stresset, ingen intervjuer ble avbrutt underveis og at lyd kvaliteten ble god. Intervjuene ble transkribert ord for ord, først på dialekt, siden på bokmål. Det kan ha vært misforstått enkelte dialektord, men ellers ga det en ordrett nedtegnelse av informantenes erfaringer. Da det var faglige erfaringer studien var ute etter, var lydopptak en god måte å gjengi intervjuene på. Forskeren har vurdert at ansiktsuttrykk og kroppsspråk er mindre viktige ved denne typen erfaringer enn ved mer personlige erfaringer.

Forsker gjennomførte analysen alene. Det kan ha medført at forskerens forforståelse har påvirket temaer og koding i større grad enn dersom det hadde vært en medforsker med i prosessen. Det kan være nyttig å utsette materialet for forskjellig blikk for på den måten å få frem flere nyanser og perspektiver (Malterud, 2018, s. 195).

Forsker har fulgt stegene i beskrevet analysemetode, men som uerfaren forsker er sannsynligheten for feil større enn dersom forsker hadde vært mer erfaren. Resultatene som presenteres er de temaer som viste seg tydeligst mot slutten av analyseprosessen. For å prøve å sikre at forsker ikke hadde «gått seg vill» i analyseprosessen, ble intervjuene lest gjennom på nytt etter at resultatene var ferdig beskrevet. Dette for å kontrollere at informantene faktisk hadde erfart det som resultatene viste. Det kunne vært gjort deltagersjekk, at funnene ble sendt til informantene for å sjekke ut om dette stemte med deres erfaringer (Malterud, 2018, s. 193). Det ble valgt vekk da resultatene ble et sammendrag av alle informantenes svar og at det dermed ikke er sikkert at hver informant kunne kjenne igjen alle resultatene.

3.12.2 Pålitelighet/ reliabilitet

Pålitelighet sier noe om forskningsresultatets konsistens og nøyaktighet, og om forskningsresultatet kan reproduseres av andre forskere på andre tidspunkter. I kvalitative forskningsintervju kan dette innebære hvorvidt spørsmålene har blitt stilt slik at informantenes side har kommet frem, eller har intervjuer påvirket informantene på noen måte, eksempelvis med ledende spørsmål. Det samme gjelder transkribering og analyse, om den er gjennomført på en måte som gjør at en annen forsker ville komme frem til det samme. (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 276).

Forsker og intervjuer har utdanning og erfaring som etterspurt hos informantene. Ved gjennomføringen av intervjuene har intervjuer vært spesielt bevisst på sin forforståelse. Det ble stilt åpne spørsmål og intervjuer prøvde å unngå å komme med bekreftende uttalelser og uttrykk. Det ble isteden forsøkt å be informantene utdype og forklare. Intervjuer holdt tilbake egne erfaringer for om mulig å unngå at informantene bekreftet hennes erfaringer. Uttalelser som kunne påvirke informantenes erfaringer og synspunkter ble forsøkt unngått. Ved analyse av datamaterialet ble uttalelser der intervjuer omformulerte og informantens svarte ja eller nei utelatt fra resultatene. Dette er med på å øke sannsynligheten for at det er informantenes erfaringer som blir beskrevet og ikke intervjuers erfaringer som blir bekreftet. Forskeren både gjennomførte og transkriberte intervjuene selv, noe som begrenset graden av fortolkning av uttalelsene. Det kunne vært en betydelig større fortolkning av

fysioterapeutenes utsagn dersom forskeren hadde mottatt ferdig transkriberte intervjuer. Ingen av informantene kjenner til hverandre eller har hatt kontakt i forkant av intervjuene. Det øker sjansen for at det er informantenes egne erfaringer som beskrives og ikke en konsensus fra et eventuelt faglig fellesskap. Intervjuer sjekket jevnlig ut med informantene om svarene var forstått rett. Spørsmål som «har jeg forstått deg rett...» ble jevnlig brukt for å øke felles forståelse mellom intervjuer og informant.

Ved et intervju er det alltid en viss maktubalanse mellom intervjuer og informant (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 285). Dette kan ha påvirket hvilke erfaringer informantene har formidlet eller til å holde tilbake erfaringer. Selv om intervjuer har prøvd å holde seg tilbake under intervjuene, er det likevel sannsynlig at intervjuers ansiktsuttrykk eller kroppsuttrykk har vært synlig og tolket av informantene. Intervjuer opplevde at det var god stemning under intervjuene og de foregikk med en uformell tone og som en samtale mellom kollegaer. Alle informantene var på eget arbeidssted da de ble intervjuet. Det kan ha vært med på å gjøre informantene trygge til å dele alle erfaringer. Alle fysioterapeutene viste god evne til å formidle og reflektere over egne erfaringer. Ved et tidspunkt opplevde intervjuer at en informant ble økende stresset da den ikke hadde svar på et utdypende spørsmål stilt på flere ulike måter. Intervjuer forlot da temaet for ikke å gjøre informanten ytterligere ukomfortabel. Det så for intervjuer ut til at informanten var trygg og rolig resten av intervjuet, men det kan selvfølgelig ha påvirket maktbalansen i feil retning.

Det er ønskelig med en høy pålitelighet i forhold til intervjufunnene, men for stort fokus på dette under intervjuene kan hindre kreativitet og improvisering fra forskerens side og dermed gi mindre rike data (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 276). Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men fungerte som en huskeliste for temaer som skulle omtales og samtalene forløp fritt innenfor dette. Det kan hende at intervjuers fokus på å holde tilbake egen erfaring og tanker kan ha begrenset informantenes fantasi og kreativitet, og at erfaringer kunne bli «glemt». At informantene fikk forberede seg på forhånd kan også ha hindret informantenes kreativitet, men da det ikke ble gitt ut detaljert intervjuguide, ble dette forsøkt unngått.

Det ble tatt grep for å sikre god lyd kvalitet og intervjuene ble transkribert ord for ord. Etter at analysen var ferdig ble intervjuene lest gjennom på nytt for å sikre at funnene faktisk var noe informantene hadde sagt. Det kunne vært gjort deltagersjekk, at funnene ble sendt til informantene for å sjekke ut om dette stemte med deres erfaringer (Malterud, 2018, s. 193).

Det ble valgt vekk da resultatene ble et sammendrag av alle informantenes svar og at det dermed ikke er sikkert at hver informant kunne kjenne igjen alle resultatene.

3.12.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet er vurderinger knyttet til om funnene fra prosjektet kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner. Ved statistisk generaliserbarhet må utvalget være representativt og tilfeldig. Utvalget i dette prosjektet er et tilgjengelighetsutvalg og statistisk generaliserbarhet var ikke mulig. Ved analytisk generaliserbarhet beskrives forhold ved intervjuer og erfaringer på en måte som gjør leseren best mulig kvalifisert til å vurdere hvilke situasjoner kunnskapen fra prosjektet kan være overførbart til og med hvilke begrensninger. Dette krever rikholdige kontekstuelle beskrivelser og inkluderer forskerens argumentasjon (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 289). Fysioterapeutene arbeider ved ulike avdelinger, men har likevel svært mange lignende erfaringer. Det er dermed sannsynlig at disse erfaringene kan være nyttige og sammenfallende også med andre avdelinger som behandler mennesker med ruslidelser. De jobber alle på avdelinger der det er en grad av tverrfaglig samarbeid og vi kan dermed tenke oss at funnene kan overføres til andre avdelinger med tverrfaglig oppfølging. Ingen av fysioterapeutene jobber selvstendig på egen klinikk og det er ikke selvfølgelig at funnene er overførbare til fysioterapeuter som jobber alene på egen klinikk, eventuelt på en fysioterapiklinikk. Prosjektet er avgrenset til å gjelde bruk av metoden for mennesker som er i behandling for ruslidelser. Det betyr at funnene ikke nødvendigvis er overførbare til behandling av alle mennesker med ruslidelser, men som ikke er i behandling for avhengigheten. Det er likevel sannsynlig at mennesker med rusmiddelproblematikk vil oppleve lignende utordringer som pasientene fysioterapeutene tilbyr behandling overfor, og at psykomotoriske fysioterapeuter kan ha nytte av erfaringene som disse fysioterapeutene har gjort seg ved behandling av mennesker med ruslidelser.

Konteksten fysioterapeutene jobbet i er ikke beskrevet i detalj. Dette for å unngå mulighet for gjenkjenning. Det kan begrense leserens mulighet for å vurdere gyldighet. Prosjektets intensjon og perspektiv er godt beskrevet og kan bistå leseren med å vurdere i hvilke sammenhenger kan funnene fra prosjektet kan overføres til.

4.0 Resultat

Fysioterapeutenes erfaringer er beskrevet med temaene 1. Nysgjerrighet på kropp fremfor noe avstøtende en vil vekk fra, 2. Alternativ til regulering med rusmidler, 3. NPMF – en integrert del av den tverrfaglige behandlingen for mennesker med ruslidelser og 4. utfordringer ved bruk av metoden overfor pasientgruppen.

4.1 Nysgjerrighet på kropp fremfor noe avstøtende en vil vekk fra

Fysioterapeutene erfarer at svært mange av pasientene de møter i rusbehandling har liten kontakt og bevissthet rundt egen kropp. De observerer ting som pasientene selv ikke fornemmer i det hele tatt. Fysioterapeutene tenker årsaken kan være at rusmidlene har tatt vekk opplevelsen av kroppen og dens signaler, og kroppen har vært mindre viktig eller de har tatt lite hensyn til kroppen i aktiv rus. Dette har også medført at mange pasienter har blitt utsatt for mye fysisk og psykisk skade, noen har alvorlige skader etter ulykker, voldshandlinger og lignende som medfører utfordringer med kontakt i kropp.

Fysioterapeutene erfarer at den kontakten de har med kroppen, ofte er uro og urolig kropp eller «russug»/ trang til å innta rusmidler. Pasientene har erfart at rusmidler roer dette ned. Fysioterapeutene legger merke til at pasientene mye oppe i hodet, med tankekjør og bekymringer og tror det reduserer kontakten med kroppen. De forklarer at mange av pasientene de møter har brukt rusmidler i svært mange år. Når rusmiddelbruken opphører, opplever pasientene at det kommer mange signaler fra kroppen de ikke forstår. De har behov for å lære og erfare hva som er normale reaksjoner, fordi rusmidlene de har brukt har dempet dette i den grad at kroppen ikke har nådd frem med noen signaler i det hele tatt.

Fysioterapeutene møter mange pasienter som opplever smerter. De ser at når rusmidlene som ofte også er sterke smertestillende tas vekk, så erfarer de at det blir det mye informasjon fra kroppen som pasientene ikke har vært vant til å registrere og forstå. Dette erfarer fysioterapeutene kan føre til utrygghet hos pasientene og at de ofte er engstelige for det de kjenner i kroppen og for smerter.

Men når de har gått på sterke smertestillende som de aller fleste rusmidlene er og tar dette bort, så blir plutselig veldig masse informasjon til hjernen fra kroppen som den ikke har vært vant til å ta rede på og skille ut, og da blir mange ganske sånn der. Jeg tror ikke de er oppmerksomme på at de blir redd, men det blir veldig sånn utrygt i kroppen, for det blir plutselig masse de ikke er kjent med og ikke er vant med. for mange er ganske redd for smerter, ufattelig redd for smerter

Fysioterapeutene erfarer at svært mange av pasientene de møter har opplevd traumer før de begynte med rusmidler og at traumer for mange oppgitt som en årsak til rusmiddelbruken. En del har også erfart traumer som rusmiddelavhengig. En stor andel av pasientene har opplevd seksuelle overgrep, i så stor grad at fysioterapeutene går ut ifra det på alle. Fysioterapeutene erfarer at traumene pasientene har erfart gjør noe med kroppskontakten; de tenker de har ruset vekk vonde tanker, følelser, reaksjoner og også kroppen sin.

Men vi vet jo at sånn gjennomsnittlig, jeg har en sånn auto ting at jeg tenker alle pasientene mine er overgrepspasienter. Alle er ikke det, men en såpass stor andel av dem vil være det, at jeg går ut ifra det på alle, og det sier jeg til dem. Og så sier jeg bare at jeg går ut ifra det og hvis du er uenig så må du protestere, og der er det særdeles få som protesterer

Fysioterapeutene erfarer at det kan være nyttig å skape nysgjerrighet for egne kroppslige reaksjoner fremfor at det er noe ubehagelig en vil vekk fra. Rusmiddelbruken har hatt en funksjon, og målet kan være å hjelpe dem å finne andre måter å håndtere ubehaget på. De opplever at for mange av pasientene har livet handla om å skaffe seg rusmidler og oppnå ro med rusmidler. Da kan det være nyttig å bli nysgjerrig på hva det de kjenner på egentlig er, hvordan håndterer kroppen dette og hvordan fungerer vi. Fysioterapeutene erfarer at undring og nysgjerrighet på egne kroppslige reaksjoner kan medføre at pasienter blir mer opptatt av å ta vare på deg selv. For pasienter som er verbalt svake og har problemer med å sette ord på hva de kjenner på og står i erfarer fysioterapeutene at den kroppslige tilnærmingen være god.

Det tenker jeg er å der de liksom hvorfor ruser de seg, hva er det de sliter med, hva slags effekt er det med rusen på deg. Det er jo ikke alle som nesten har tak på, kjenner en uro eller et sug eller. Det eneste de kan merke er at når de ruser seg så blir det roligere

Fysioterapeutene opplever at de fleste pasientene har nytte av å jobbe med kroppskontakt. Helt konkret kan de prøve å øke pasientenes bevissthet på kroppens signaler ved å be pasientene kjenne etter i kroppen før de svarer på spørsmål om deltagelse, hvor nær er det ok at terapeuten er, i forhold til berøring og om de vil prøve psykomotorisk fysioterapi. Erfaringene til fysioterapeutene tilsier at svært mange har fått tråkket over sine grenser hele livet fra de var små, og dette ser fysioterapeutene gjerne igjen på avdelingen ved at de aldri sier nei og at de har utfordringer i valgsituasjoner. Da kan fysioterapeutene for eksempel si «kjenn litt før du svarer; er dette noe du vil, orker du ikke eller er du redd for det?». Da kan pasientene legge merke til nye ting og få øynene opp for å kjenne etter og tørre å undre seg litt på hvorfor de gjør som de gjør. Fysioterapeutene erfarer at pasientene med det kan bli litt mer nysgjerrige på alt de gjør og tenker og tror i hverdagen. Pasientene kan også ha nytte av å notere ned slik erfaringer i tiden mellom behandlingstimer. Fysioterapeutene erfarer at det er nyttig for pasientene å erfare at de kan påvirke hvor de vil ha fysioterapeuten, at det er trygt å si nei eller når det er nok, og eventuelt at de ikke har lyst.

Både i undersøkelse og behandling erfarer fysioterapeutene at det er nyttig å utforske hva pasientene kjenner og opplever i kroppen. De stimulerer og legger til rette for at pasientene kan bruke sansene, og bruker blant annet balanse, følesans og for eksempel lukt. Fysioterapeutene opplever at det er nyttig å ha forståelse for at det er utfordrende å kjenne etter fordi rusmidlene har gjort mye med dem, men oppfordrer pasientene til å prøve å hente det frem og prøve å kjenne etter selv om de tror det er borte. I perioder der pasientene har det spesielt utfordrende, for eksempel i abstinensfasen, kan det være spesielt utfordrende å kjenne og erfare ting i kroppen og at lindring og velvære er mer hensiktsmessig.

Fysioterapeutene erfarer at det er nyttig å jobbe med bevissthet rundt hvordan pasientene sitter, står og beveger seg. Pasientene oppfordres til å kjenne etter både på hvordan vanestillingene kjennes og hva det skaper, og hvordan det kjennes ut når noe endres. De prøve å øke pasientenes bevissthet for om de strammer eller slapper av i muskulatur. De erfarer at det gå med anspent muskulatur kan føre til mer ansenthet, men også til engstelse og uro. De opplever at det er nyttig å jobbe konkret med kroppen og prøve å finne ro der. Det kan føre til ro også lenger oppe, i tankene og hodet.

Fysioterapeutene erfarer at de som faggruppe kan være «hands on», og opplever nytte av kroppsavgrensende grep for å stimulere til bedret kontakt med kroppen. De erfarer at omsorgen de gir ved berøring medfører at pasienten kan føle seg sett. De er spesielt bevisst på at mange kan ha erfaringer som gjør berøring utfordrende, så dette drøftes med pasientene i forkant.

4.2 Alternativ til regulering med rusmidler

Fysioterapeutene erfarer at svært mange av pasientene de møter har utfordringer med regulering av følelser, tanker, traumereaksjoner, det autonome nervesystemet og så videre. De tenker at rusmidlene over tid har vært pasientenes viktigste og for noen den eneste måte å regulere seg på da rusmidler kan dempe ubehag, men også fungere som en flukt fra det som er utfordrende. I behandling er denne reguleringsmuligheten ikke tilgjengelig for pasientene, og fysioterapeutene prøver å ha respekt for at dette kan være svært utfordrende.

Vi tar en god del av huden, for å si det sånn, bort når du begynner å rote med medikamenter og det er slitsomt, det er tungt, så de er sårbare

De erfarer at mange av pasientene har mye uro, angst og tankekjør. Da kan det være nyttig å jobbe med opplevelser i og med kroppen. Ved å bli mer til stede i kroppen kan tankekjøret reduseres, og de kan klare å sortere tankene bedre. Mer tilstedeværelse i kroppen kan være nyttig for å gi dem en pause fra uro, angst og tankekjør, kanskje bare noen timer eller ut dagen. Det igjen kan gi håp om at det er mulig å dempe uroen eller angsten på andre måter enn med rusmidler. Det kan gi dem et hjelpemiddel for å stå gjennom ubehaget og kan hjelpe pasienter å stå i en abstinensfase. Fysioterapeutene erfarer at for noen pasienter fører denne roen til at det blir lettere å sove, og med det kan de få mer ut av resten av behandlingen og livet. De erfarer også at pasientene kan sitte igjen med noe de kan gjøre selv for å samle seg eller lette på følelser.

Fysioterapeutene erfarer at respirasjonen kan brukes til regulering og at pasienter kan oppleve å bli regulert med pusten. Fysioterapeutene erfarer at de kan bistå pasientene ved å

legge til rette for god respirasjon. For noen pasienter erfarer de at pusten er for utfordrende å forholde seg til og da må de finne øvelser som kan gjennomføres uten at det blir for utfordrende, og at de på den måten kan oppleve at pusten blir med.

Fysioterapeutene erfarer at mange av pasientene de møter har tilknytningsproblematikk, flere med bakgrunn i lite hensiktsmessige oppvekstvilkår. Svært mange har opplevd traumer, en stor andel seksuelle overgrep, men også alvorlig vold. Mange av pasientene har opplevde traumer som indirekte eller direkte årsak til rusmiddelbruk og noen blir utsatt for nye traumer i ruspåvirket tilstand eller de har blitt retraumatisert. Fysioterapeutene erfarer at selv om pasientene ikke har en definert traumediagnose eller -historie, så har mange likevel symptomer som minner om dette.

Det er veldig mye tilknytningsproblematikk, man kan ikke si at alle i rus har hatt en vanskelig barndom, men det er jaggu ganske mange. Så det der med regulering generelt er jo noe som de har vansker med. Det har jo vært mye rusen som har vært deres strategi. Det fungerer veldig godt der og da, men ikke så veldig godt i det lange løp

Fysioterapeutene erfarer og har fått tilbakemelding fra kollegaer på at de har en unik rolle overfor pasienter som har opplevd seksuelle overgrep. De erfarer at mange av disse kan ha utfordringer med nærhet og berøring, men siden det forventes at fysioterapeuter er nær, erfarer fysioterapeutene at de lettere kan komme i posisjon for undersøkelse og behandling enn andre faggrupper.

Fysioterapeutene erfarer at pasienter som har opplevd traumer eller har lignende symptomer kan ha nytte av NPMF. De ser at de kan ha ruset seg vekk fra alle vonde tanker, følelser, reaksjoner og at de har ruset vekk kroppen sin. De erfarer at traumereaksjoner oppleves i stor grad i kroppen og at en kroppslig behandlingstilnærming kan ha svært god effekt og nytte. Fysioterapeutene erfarer at de kan jobbe med regulering uten å hente frem traumene og at det kan være nyttig også for de med glemte hendelser eller traumer. De erfarer også at ved å jobbe med kroppen, kan det komme opp minner selv om dette ikke er intensjonen. Da kan det være nyttig å gi pasientene mulighet til å snakke om dette, eller de kan eventuelt ta det med seg til samtalerapi. Flere av fysioterapeutene har erfaring med bruk av toleransevinduet som en del av behandling med mål om bedret regulering.

Fysioterapeutene erfarer at noen av pasientene kan være underaktivert og at det kan fanges opp ved måten de beveger seg på eller holder kroppen sin. Da erfarer fysioterapeutene at det er nyttig å gjøre øvelser som fremmer vitalitet, styrke og energi. En av fysioterapeutene beskriver at den bruker boksing på puter og lignende aktiviteter for at pasientene skal kunne kjenne på styrke i kroppen og bli mer fokusert med blikket.

Fysioterapeutene erfarer at de kan påvirke kognitiv fungering ved å hjelpe pasientene med regulering. De ser at hvis pasientene har høy aktivering, er ute av balanse og toleransevinduet, så kan det være svært vanskelig eller umulig å konsentrere seg og tenke klart. De erfarer at ved å regulere dette bedre, kan de bli roligere og kan klare å konsentrere seg bedre.

Fysioterapeutene ser at aktiviteter både inne på klinikken og utenfor kan være positive for pasientene og hjelpe med regulering av både tanker, følelser og opplevelse av uro. De kan bistå pasienten til å utforske effektene ved eksempelvis å spørre om hvordan de hadde det etter tur eller trening. «Etterpå så, etter fjellturen på fredagen, så var det godt å synke ned i sofaen, da slappa jeg faktisk litt av, det var ikke noe benzo involvert der nei»

Fysioterapeutene legger vekt på at pasientene kan ha nytte av å lære seg å mestre det å kunne forholde seg til seg selv og livet, også når de er i ro. Det er ikke nødvendigvis bra å legge opp til at all regulering skal skje ved aktivitet. Fysioterapeutene erfarer at det kan være uheldig å legge opp til å regulere seg med ekstreme aktiviteter slik som ekstremспорт, kampsport eller for mye trening. De erfarer at dette kan være en måte å videreføre atferd koblet til rusmiddelbruk om at alt ubehagelig skal man vekk fra.

Fysioterapeutene erfarer at de har teknikker som kan hjelpe pasienter med strategier for å håndtere utfordringer som kan komme fra før rusmiddelbruken startet, men også fra livet med rusmiddelbruk eller som er en konsekvens av langvarig rusmiddelbruk. De erfarer at de kan gi dem alternative strategier til rusmiddelbruk, men også en måte å mestre utfordringer de hadde også før rusmiddelbruken startet. Fysioterapeutene erfarer at de har lite nytte av å skille på når utfordringene startet, de behandler det som viser seg i nåtid.

Fysioterapeutene erfarer at de må ha kjennskap til faktorer som påvirker pasientene også utenfor behandlingsrommet, en viktig del av prinsippene for bruk av PMF. De kan observere at pasientene blir roligere når de for eksempel har fått bolig eller økonomi er på plass. De

kan også erfare at en pasient som ikke føler seg trygg på grunn av at den fremdeles lever eksempelvis i et krenkende forhold, vil ha store vansker med å kunne regulere seg ned og finne avspenning og vil påvirke pasientens behov i behandling med NPMF.

4.3 NPMF - en integrert del av tverrfaglig behandling for mennesker med ruslidelser

Jeg tenker samarbeidet med andre faggrupper har blitt styrka etter videreutdanningen. Jeg er veldig sånn en del av resten, mye mer enn før jeg tok videreutdanningen. Da var jeg, jeg var mye i miljøet og sånn da og, men det jeg gjorde på behandlingsrommet ble ikke like, det ble ikke en del av prosessen, slik det er nå da. Det ble en veldig tydelig endring

Fysioterapeutene formidler respekt for det komplekse og sammensatte i arbeid med mennesker med rusmiddelproblematikk og erfarer nytte av samarbeid med andre faggrupper i dette arbeidet. De erfarer at det er nyttig å jobbe med ulike innfallsvinkler og at de er farer at et godt samarbeid er til gode for pasientene. De erfarer at de kan observere endringer i pasientenes kropp og når de får på plass andre momenter i behandlingen enn akkurat de som er aktuelle i fysioterapibehandlingen.

Jeg har famlet litt med hvordan skal jeg jobbe med pasientgruppen. Før jeg tok videreutdanningen, så var det litt mer stykkevis og delt, det ble liksom et kne eller det ble en skulder. Mens nå er det alt rundt, jeg ser det at de får på plass bolig og alt det som miljøet jobber med, det gjør noen ting med hvordan kroppen er. At skuldrene kommer ned og pusten blir bedre har også noe med det å gjøre, at ting roer seg rundt dem. Så det helhetssynet, det med at det er hele dem og at det er alt rundt. For det er jo ofte mange som har sammensatte ting, at kanskje de må avruses litt, kanskje må de stabiliseres på noe, kanskje må de ha en behandler på plass som de blir trygge på og kan prate med før vi går i gang med PMF

Fysioterapeutene opplever at det som spesielt nyttig at faggruppene som jobber sammen er lokalisert på samme sted, fordi det letter kommunikasjonen mellom faggruppene. Flere av fysioterapeutene fremhever samarbeid med psykologer da de erfarer at de kan følge opp hverandres funn og erfaringer, og at de har sammenfallende faglig språk. Når fysioterapeutene jobber med kroppen og bevisstgjøring, så kan pasientene få opp minner, reaksjoner og følelser som det kan være fint å ta med i timer med en psykolog. På samme

måte kan psykologer tilbakemelde at pasienter trenger bistand med å regulere uro, angst eller annen aktivering hos fysioterapeuten. Fysioterapeutene erfarer også at samarbeid med lege er hensiktsmessig da det er mye medisinske problemstillinger rundt disse pasientene. Alle fysioterapeutene er ansatt i dagstillinger og erfarer at i døgnbehandling er ansatte på avdeling uvurderlige som støttepersoner. De har mulighet for å se til og støtte pasientene i etterkant av behandling dersom de får reaksjoner eller det kommer opp minner og følelser de har vansker med då takle på egen hånd. Fysioterapeutene erfarer at de blir etterspurt av andre faggrupper for å hjelpe pasienter med reguleringsvansker. De kan oppleve at pasientene strever med å være samlet eller tilgjengelige i samtaler eller ved aktiviteter. Da kan fysioterapeutene hjelpe med å regulere ned. De erfarer at pasientene oppfordres til å drøfte reguleringsvansker med fysioterapeutene og at det journalføres at de har brukt teknikker som pasientene har lært av fysioterapeut. Fysioterapeutene har god erfaring med å gjennomføre behandling før de skal til for eksempel psykolog. Da kan pasientene være bedre regulert, de får med seg mer og får mer ut av samtalene. Flere kollegaer etterspør hjelp til å ivareta det kroppslige perspektivet med kontakt med kropp da mange ikke føler seg kompetente til å gå ned i kroppen.

Det syns for andre, for det jo hende de ringer tilbake igjen fra avdelingen og sier; jeg vet ikke hva dere har gjort jeg, men han eller hun er jo nå så trøtt og sigen, det er ikke mye armer og bein, og har ligget og sovet i to timer etter at du har, ja har blitt roligere

Fysioterapeutene har lite erfaringer med at andre fagpersoner er skeptiske til behandlingstilnærmingen. Noen kollegaer har vært usikre og har manglet kunnskap. Dette har fysioterapeutene løst ved å la kollegaer erfare metoden på egen kropp enten ved deltagelse i grupper eller at de har fått prøvebehandling. De fleste fysioterapeutene erfarer at de er etterspurt og at de må prioritere. En av fysioterapeutene har måttet nedprioritere en avdeling grunnet stor pågang, og nå er det andre faggrupper på den avdelingen og ledelsen som jobber for å få på plass stilling som psykomotorisk fysioterapeut.

Min leder hadde snakket veldig varmt og høyt om psykomotorisk fysioterapi på samhandlingsmøte, dette må vi ha mer av! Så en ting er at vi fysioterapeutene er for det, men veldig gledelig er det at andre yrkesgrupper har erfaring og opplever at de trenger oss for å få til en kompetent behandling

4.4 utfordringer ved bruk av metoden overfor pasientgruppen

Fysioterapeutene hadde vansker med å forstå hvilke pasienter metoden kunne være kontraindisert for. Metoden innebærer vurdering av pasientens totale belastning som utgangspunkt for tilnærming. Fysioterapeutene opplever at metoden gir gode muligheter for å tilpasse den til alle typer mennesker og utfordringer.

Jeg ser ikke hvem PMF skulle vært helt sånn kontraindisert for, for nå har vi jo ulike behandlingsformer; støttende og omstillende. Du kan jo gjøre så mye forskjellig, sant, det kan jo være en time der du nesten ikke er bortpå. Og det kan være psykoedukasjon og noen øvelser til slutt, eller en gåtur der du har fokus på det kroppslige

Fysioterapeutene erfarer at mange av pasientene de møter har høy total belastning (se teori om vurderinger i NPMF) og at de i hovedsak tilbyr støttende og stabiliserende behandling. Fysioterapeutene erfarer at de som mottar støttende og stabiliserende behandling erfarer store endringer med NPMF. Dette til tross for at støttende og stabiliserende behandling i utgangspunktet ikke skal føre til stor endring. Innenfor støttende behandling erfarer fysioterapeutene at det er nyttig å kjenne på styrke, stabilitet, balanse, kroppskontakt, kroppsbevissthet og kjenne på spenninger og tørre å slippe anspenhet. Det er også nyttig med psykoedukasjon om vanlige reaksjoner. En av fysioterapeutene bruker mye omstillende behandling, og erfarer at når pasientene er innlagt til døgnbehandling, kan de sammen med personalet på avdelingen ivareta pasientene dersom de skulle få reaksjoner eller bli litt destabilisert etter behandling. Den beskriver at de fleste tåler dette godt og at den ikke har erfart at noen har fått forverret symptombylde som resultat av dette.

Fysioterapeutene erfarer at pasienter kan få reaksjoner i form av gråt, skjelving, aktivering av minner og følelser, økt angst og lignende i forbindelse med eller etter behandling. Noen av pasientene har fått forverrete symptomer i starten av behandlingsforløpet, gjerne før de blir godt kjent og trygge. Fysioterapeutene bruker blikket og ser etter signaler på reaksjoner under behandlingssekvensen, og kan bruke reguleringsteknikker for å stabilisere pasientene både underveis i behandlingen og før de skal avslutte timen. Fysioterapeutene beskriver at årvåkenheten og kunnskapen om hva kroppslig tilnærming kan utløse som en viktig del av NPMF, og erfarer at det er en stor endring etter gjennomført videreutdanning i

psykomotorisk fysioterapi. For pasienter som er innlagt på døgnpost erfarer fysioterapeutene at pasientene kan ha nytte av støtte fra annet personalet på avdelingen etter behandling. Det medfører at fysioterapeutene kan dosere høyere med pasienter som er innlagt på døgnpost enn hvis de behandler pasienter i poliklinikk. I poliklinikk kan dette i noen tilfeller løses med at de går til samtaleterapi etter time hos fysioterapeut eller ved å dosere lavere. Ingen av fysioterapeutene har erfart at opplevde reaksjoner i behandling har medført avbrudd i rusbehandlingen.

Fysioterapeutene erfarer at mange av pasientene har utfordringer med relasjon både til folk rundt seg og til helsepersonell. De erfarer at mange har opplevd relasjonstraumer eller har mange opplevelser av å bli mistrodd og ikke tatt på alvor, og er preget av dette. Metodens fokus på relasjonsbygging erfares som svært nyttig og kan være behandling i seg selv. Fysioterapeutene erfarer at uten fokus på relasjon, kan oppmøtet i behandling bli ustabil og pasienten kan oppleve manglende mestring i behandling. Dersom pasientene har god relasjon til en annen behandler som fysioterapeutene samarbeider med, erfarer fysioterapeutene at dette kan fungere som en buffer i forhold til oppmøte.

Fysioterapeutene erfarer at svært mange av ruspasientene har lite tiltro til helsepersonell. Mange har opplevd at de blir mistenkt for at rapportering av smerter og ubehag i kroppen er et skjul for å få tak i rusmidler eller andre medikamenter. Noen har fått for lite smertestillende under operasjoner og lignende fordi de har høy toleranse for smertestillende medikamenter. På grunn av alle erfaringene med ikke å bli tatt på alvor, kan mange være litt skeptiske til det vi gjør og sier.

For å kunne tilby NPMF for mennesker med rusproblematikk, erfarer fysioterapeutene at det er nyttig med kunnskap om rusmiddelproblematikk, eller i det minste interesse for fagområdet. Det er nyttig å forstå at det levde livet til en person med rusmiddelproblematikk er ikke nødvendigvis likt en annens levde liv. De erfarer at pasientene har mye kunnskap om livet sitt og om rusmiddelbruk, men fysioterapeutene må være interessert og prøve å forstå. Samtidig erfarer fysioterapeutene at det er spesielt nyttig at den rusmiddelavhengige pasienten behandles som enhver annen pasient fordi mange har opplevd det motsatte av akkurat det, å ha blitt stigmatisert som pasientgruppe.

Fysioterapeutene opplever at pasientene i liten grad etterspør fysioterapi og mange er ukjent med hva en fysioterapeut kan gjøre og hva de kan bidra med. Det har dermed vært nyttig å møte de på ulike arenaer for å nå frem med informasjon og for å fange opp behov. Fysioterapeutene opplever det som nyttig å ha infosamtale med pasientene for å forklare hvem de er, hva de gjør og hva de kan bidra med. Fysioterapeutene erfarer at det er spesielt nyttig å være i miljøet i stuen eller under spisetider. Der var det lettere for pasientene å henvende seg med ulike problemstillinger og det var en god arena for å bygge relasjon. Fysioterapeutene drar også nytte av å delta i mange ulike aktiviteter på avdelingene. Mange av pasientene som kommer til rusbehandling, har ingen forventning om at dette også inkluderer fysioterapi. De er gjerne innstilt på medikamentell behandling, samtaleterapi og sosialfaglig bistand. Fysioterapeutene har erfart at de må bruke tid på nærme seg pasientenes slik at de kan bli trygge både på fysioterapeuten og på metoden før de kan starte. De som har erfaring med at fysioterapi, kan ha erfaring med at tradisjonell fysioterapi kan medføre smerter og ubehag, og at de av den grunn vegrer seg. Fysioterapeutene erfarer at mange av pasientene har vært så fjerna fra kroppen og det å være i kontakt med seg selv og andre at fysioterapi kan være litt skummelt. Fysioterapeutene erfarer dermed at de må bruke tid når de skal tilnærme seg pasientene med denne metoden slik at pasientene kan føle seg trygge.

Fysioterapeutene erfarer at det å stå på LAR-medikament eller andre sterke medikamenter, kan medføre at kontakten med sanser og kropp blir redusert, noen ganger i den grad at de i mindre grad kan nyttiggjøre seg av NPMF. Det samme observeres ved vedvarende bruk av rusmidler. Sistnevnte oppleves som spesielt utfordrende ved bruk som kan være vanskelig å avdekke, slik som benzodiazepiner og cannabis. En fysioterapeut hadde erfaring med at denne typen rusmiddelbruk kan være vanskelig å skille fra manglende kontakt med kropp og dissosiasjon. Fysioterapeutene erfarer at det kan være nyttig med kunnskap om hvordan de kan avdekke og snakke om rusmiddelbrukens konsekvenser. Det er også nyttig med samarbeid med andre faggrupper for å kunne avdekke pågående bruk av rusmidler. Å avdekke pågående rusmiddelbruk erfares som viktig da de kan bremse mye av det som fysioterapeuter prøver å hente frem og få tak i ved NPMF.

Fysioterapeutene erfarer at svært mange av pasientene har opplevd seksuelle overgrep eller andre krenkelser, så mange at de har det som bakteppe på alle pasientene de får inn i

behandling. Fysioterapeutene erfarer at det er nyttig å gi alle pasienter en samtale vedrørende berøring før oppstart behandling. Fysioterapeutene erfarer at det er utfordrende for pasientene å si fra om utfordringer med berøring, så derfor begrunner fysioterapeutene hvorfor det er viktig at de sier ifra, og at de ikke ønsker å tråkke over pasientenes grenser. Fysioterapeutene erfarer at de mange pasienter kan si noe om erfaringene sine når fysioterapeutenes informasjonsbehov begrunnes. På bakgrunn av at mange har opplevd krenkelser, er fysioterapeutene varsomme med avkledning av pasientene, og de fleste blir undersøkt og behandlet med klærne på.

Når pasienter starter i rusbehandling, erfarer fysioterapeutene at de skal gjennom mye og at totalbelastningen kan bli stor. Da er det ikke alltid behandling med PMF kan prioriteres. Det betyr ikke at det ikke er behov eller kunne vært nyttig, men at det ikke er rett tid og sted. For pasienter innlagt på korttidsopphold eller dersom de skal overføres til andre avdelinger, erfarer fysioterapeutene at det kan bli for kort tid for oppstart av behandling. Dersom pasientene skal avruses først, tar det gjerne noen uker før de er såpass avruset at de kan nyttiggjøre seg av NPMF. I akutt abstinensfase erfarer fysioterapeutene at de kan være såpass dårlige i kroppen, at det å jobbe med rolige øvelser og å kjenne etter ikke er mulig. Da kan fysioterapeutene bruke andre aktiviteter eller jobbe med balanse og stabilitet, da det erfares som nyttig også i disse fasene av behandlingen.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet drøftes: Kan bedret kroppsbevissthet gi bedre rusmestring? NPMF som alternativ til regulering med rusmidler. Hva kan NPMF tilføre behandling av ruslidelser, illustrert ved West og Browns motivasjonsteori og NPMF, en vei til mer helhetlig behandling for ruslidelser?

5.1 Kan bedret kroppsbevissthet gi bedre rusmestring?

Hvorfor ruser de seg, hva er det de sliter med, hva slags effekt er det med rusen på deg. Det er jo ikke alle som har tak på, kjenner en uro eller et sug eller. Det eneste de kan merke er at når de ruser seg så blir det roligere

I NPMF er kroppsbevissthet et sentralt begrep og bedret kroppsbevissthet er ofte en del av målsetningen i behandling med NPMF. Bedret kroppsbevissthet er i NPMF sett på som essensielt med tanke på å bedre funksjon, redusere smerter og anspenthet og bedre respirasjon (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 91-92; Mølstad et al, 1989, sitert i Dragesund & Råheim, 2008, s. 244; Øien et al 2007, s. 31-32). Kroppsbevissthet defineres av Roxendal (1985, s. 16-17) som bevissthet i forhold til kroppens indre (interoepsjon) og ytre (eksteroepsjon) signaler, bevissthet av kroppens deler og helhet, i tillegg til opplevelse av kapasitet og evne til mestring. Fysioterapeutene beskriver prosessen til bedre kroppsbevissthet i flere stadier. Først må pasientene oppdage at noe foregår i kroppen, at kroppen har signaler som kan oppfattes eller registreres. Dette kaller fysioterapeutene kroppskontakt eller kontakt med kroppen. Fysioterapeutene erfarte at mange av pasientene hadde svært lite kontakt med kroppens signaler. De tenkte årsaken kunne være at rusmiddelbruken hadde fjernet eller redusert denne kontakten, eller at eksempelvis traumer var årsak til manglende kontakt med kroppen. Fysioterapeutenes erfarte lite nytte av å skille på når dette hadde oppstått, men behandlet det som viste seg her og nå. Dette samsvarer med West og Browns tanker om sårbarhet for avhengighet, at både det som var til stede før og det som kommer på grunn av rusmiddelbruken kan påvirke avhengighetsutvikling (West & Brown, 2013, s. 7).

Fysioterapeutene brukte bevegelser, berøring, manuelle grep eller en kombinasjon av disse for å hjelpe pasienter med å kjenne mer til kroppen sin. Fysioterapeutene erfarte at en del pasienter fikk bedre kontakt med kroppen når rusmiddelbruken opphørte, men at de hadde vansker med å forstå hva de kjente. Mengden av ukjente kroppslige og andre signaler førte for mange til usikkerhet og engstelse. Når pasientene skulle betegne det de kjente, formidlet de ofte at det var «russug», trang til å innta rusmidler. Det er beskrevet at mennesker med rusmiddelavhengighet har endret interosepsjon, kontakt med kroppens indre signaler (Naqvi & Bechara, 2010) og eksterosepsjon, kontakt med kroppens ytre signaler inkludert omgivelser (DeWitt et al., 2015). Å oppdage og få kontakt med kroppens signaler er i seg selv ikke nødvendigvis positivt eller at det oppleves godt, men er et nødvendig steg på veien til å begynne å forstå kroppslige signaler og med det kunne bli mer bevisst hva de representerer, det er jo ikke mulig å bli bevisst noe man ikke kjenner. Fysioterapeutene erfarte i tidlig fase av behandling med NPMF, at en del pasienter kunne få økte symptomer og at begynnende kontakt med kroppen, men med lite forståelse for hva det representerer, hva det kan brukes til eller hva de kan gjøre med det, kunne gjøre pasienter mer ustabile. Noen pasienter fikk reaksjoner i form av for eksempel aktivering av minner, gråt eller skjelving når de fikk bedre kontakt med kroppen og at det kunne være overveldende. Usikkerhet, engstelse og overveldelse er faktorer som kan føre til sårbarhet for rusmiddelinntak, noe undersøkelsen til Jakubczyk et al. (2020, s. 8) også antyder. 165 mennesker med alkoholavhengighet ble kartlagt i forhold til tendens til å fokusere på indre kroppslige signaler (sensitivitet for interosepsjon) og hvor nøyaktig de kunne tolke de indre kroppslige signalene (interoseptiv nøyaktighet). Ved opplevelse av negative følelser ble de med høy sensitivitet for interosepsjon sårbare for impulsive handlinger og for tilbakefall. De som mestret å forstå eller tolke sine indre signaler mer nøyaktig (interoseptiv nøyaktighet) hadde mindre fare for tilbakefall. I masteroppgaven «Rusmisbrukeres forhold til egen kropp» hadde to av tre pasienter som ble intervjuet, vært i NPMF behandling. De presiserte at kontakt med kroppen kunne medføre økt sårbarhet og at behandling med fokus på dette måtte foregå med forsiktighet (Ovesen, 2016, s. 52). Fysioterapeutene erfarte at det ikke var hensiktsmessig å starte NPMF behandling dersom det ikke var mulig å følge opp pasientene over en viss tid. De opplevde at det ikke var forsvarlig å starte prosesser de ikke hadde mulighet for å følge opp. Sett i lys av Jakubczyk et al. (2020) sine funn, kan dette tolkes som om fysioterapeutene ikke ønsker å gjøre pasienter mer oppmerksom og sensitive for sine kroppslige signaler og

med det mer sårbare for tilbakefall. De erfarte at de måtte ha mulighet for å følge opp i videre, med mål om å kunne tolke og forstå disse signalene, for med det å redusere tilbakefallsfaren.

Med bedre kontakt med kroppen, kan dette utforskes videre med tanke på å finne begreper for det de kjenner. Fysioterapeutene erfarte at det i den sammenheng kunne være nyttig å utforske dette med pasienter i forbindelse med ulike avgjørelser eller tilbakemeldinger. Fysioterapeutene oppmuntret pasientene til å kjenne etter om kroppens signaler kunne forteller dem noe om hva de bør velge, svare eller lignende. Det er lettere å bli bevisst konsekvenser av å følge behovene hvis man kjenner etter, skriver Mellingen (2012, s. 27). Hvis man kjenner etter og tar stilling til signalene, tar man i større grad styring, og er ikke en som russuget og tilbakefallet «bare skjer» med. Slik det beskrives i West og Browns refleksnivå, som er beskrevet i eget punkt i drøftingen. Man tar i større grad kontroll over og mestrer egen situasjon. Pasientene kunne også oppfordres til å registrere kroppens signaler i forbindelse med ulike hendelser, eksempelvis når de fikk en telefon fra familien, når de snakket om eller tenkte på hendelser eller etter for eksempel en tur. Bedre kjennskap til kroppens signaler og hva de betyr tenkte fysioterapeutene kunne gjøre pasientene mer undrende og mindre engstelige for det de kjenner når rusmiddelbruken stoppes. Fysioterapeutene erfarte også at det å bli nysgjerrig eller å undre seg på hva de kjenner, kunne medføre at pasienter tok seg bedre tid før de agerte på ubehag og inntok rusmidler. Ved å kjenne etter hva man trenger, kan man de ta bedre avgjørelser, ifølge Mellingen (2012, s. 27).

Med bedret kontakt med kroppen og begreper for noe av det de kjenner i kroppen, kan pasientene ha nytte av å bli mer bevisst disse signalene. Bevissthet defineres i denne sammenhengen som å få forståelse for hva signalene betyr og hvilke handlinger som kan være hensiktsmessige på bakgrunn av disse signalene. Fysioterapeutene erfarte at pasientene med bedret kontakt og bevissthet til kroppens signaler fikk større handlingsrepertoar. De erfarte at NPMF kunne bistå pasienter med å få bedre kontakt med kroppens signaler, og utforske og bli nysgjerrige på hva disse kunne bety. Dette kunne medføre at pasientene oppfattet disse signalene mer nyansert, og ikke kun noe ubehagelig de ønsket å bruke rusmidler for å dempe eller fjerne. Istedenfor sekkebeskrivelsene «russug» og uro erfarte fysioterapeutene at pasientene i større grad kunne tolke signalene

fra kroppen som følelser, behov og tanker. Det kunne medføre større forståelse for hvilken effekt rusmiddelbruken hadde for dem, og dermed større forståelse for hva de hadde behov for. Dette støttes av undersøkelser som tyder på at å stimulere til økt bevissthet for kroppens indre signaler (interoepsjon), kan bedre regulering av følelser og forbedre rusbehandlingen (Noël et al., 2013; Paulus & Stewart, 2014, s. 242). Undersøkelser har også vist at bedret interoseptiv bevissthet kan redusere graden av tilbakefall (Noël et al., 2013; Price & Smith-DiJulio, 2016).

Det er betydelig mindre forskning på bevissthet for kroppens respons på ytre signaler (eksteroepsjon) og avhengighet, men en oversiktsartikkel av DeWitt et al. (2015, s. 377-378) antyder at eksteroseptive signaler er en del av vurderingen mennesker gjør i forbindelse med å kontrollere atferd. Det kan se ut til at mennesker med rusmiddelavhengighet er mer sensitive for eksteroseptive signaler som er koblet til «cues» forbundet med rusmiddelinntak. De antyder også at terapiformer som kan dempe denne sensitiviteten eller som kan relære koblingen mellom disse signalene og betydningen av dem, for den det gjelder, kan være nyttig behandling for mennesker med rusmiddelproblematikk.

Fysioterapeutenes erfaringer med at pasienter har nytte av å utforske «russuget» eller trangen til å innta rusmidler, for så å omformulere dette til hva annet de kan ha nytte av, kan sammenfalle med DeWitt et al. (2015) sitt forslag til terapi for å bistå mennesker til å bli mindre sårbare for rusmiddelinntak trigget av ytre signaler (cues). Hypotesen om somatiske markører for emosjoner forbundet med langsiktige adaptive mål og for effekten av rusmiddelinntak sier også noe om dette (Damasio, 1996, s. 1415-1417; Verdejo-García & Bechara, 2009, s. 58). Den antyder at «russuget» kan ha egne kroppslige markører og at disse ikke nødvendigvis kan omsettes til underliggende årsaker, men må forstås som det det er; behov for å innta rusmidler. God behandling kan i lys av dette være å gjenkjenne den kroppslige følelsen av trang til å innta rusmidler, for så å øve på å bruke andre handlinger til å dempe dette, istedenfor å innta rusmidler. Erfaringene til fysioterapeutene tilsa at behandling med NPMF kunne de bistå pasienter med å finne måter å takle kroppslig ubehag på og som kunne være et alternativ til bruk av rusmidler, og følger på den måten anbefalingen til Verdejo-García & Bechara (2009, s. 58). Fysioterapeutene erfarte at bedret kroppsbevissthet kunne gi pasienter bedre forståelse og kjennskap til hvorfor de bruker rusmidler og hva som kunne trigge ønsket om å innta rusmidler. Metoden kunne også gi

pasienter alternative handlingsalternativer til å innta rusmidler for å fjerne ulike former for ubehag. Dette bekrefter informantene i masteroppgaven til Ovesen (2016, s. 46), som også er referert til knyttet til sårbarhet ved kroppskontakt. De formidlet at det å jobbe med kroppssopplevelse og sansing medførte positiv endring med tanke på fremtidig avhold fra rusmidler.

Fysioterapeutene erfarte at NPMF var nyttig for å øke kontakten med kroppen. Selv om det for noen pasienter kunne være ubehagelig å «kontakte kroppen», erfarte fysioterapeutene de fleste pasientene hadde nytte av dette. Engh and Radøy (1982, s. 184-185) erfarte i sitt arbeid innen psykisk helsevern at det å jobbe med kroppskontakt og kroppssopplevelse kunne gi mennesker et godt forankringspunkt når mye annet kunne oppleves uoversiktlig og kaotisk. Fysioterapeutene erfarte at det kan være nyttig å oppleve kroppen ved hverdagslige aktiviteter slik som for eksempel å sitte, stå eller gå. Det kunne være en måte å ta kontakt med kroppens signaler i situasjoner som i utgangspunktet ikke vekker følelser og aktivering. På den måten kunne pasientene få mulighet til å bli nysgjerrige på disse signalene og starte prosessen med å «kalibrere» kroppens signaler uten påvirkning av rusmidler.

Fysioterapeutene erfarte at de hadde god nytte av vurderingene som er en del av NPMF, med tanke på å stoppe opp og stabilisere før pasientene ble for overveldet.

Fysioterapeutene erfarte at de har gode verktøy for å ivareta reaksjoner på behandling og at de ikke hadde erfaringer med at det ble til hinder for videre behandling, hverken med NPMF eller for annen behandling for rusproblematikk. Metoden NPMF kjennetegnes av at det ikke er en standardisert behandling, men en kontinuerlig tilpasning av behandlingen opp mot pasientens reaksjoner. Pasienten responderer under hele behandlingssekvensen på det fysioterapeuten gjør både med muntlige svar og utbrudd, og reaksjoner fra kroppen. Noen demper og undertrykker disse, og fysioterapeuten må kunne oppfatte og gjøre seg en mening både om de uttalte og de dempete responsene. Responsene eller svarene gir grunnlag for den videre utvikling i behandlingen (Øvreberg et al., 2016, s. 25)

5.2 NPMF som alternativ til regulering med rusmidler

Pasientene har veldig mye uro, veldig mye tankekjør, og det å få den lille pausen om det så varer bare den dagen, så gir det litt håp, da på en måte. Det går an å finne ro i seg selv uten den rusen, det kan jeg tilby. Jeg tror det er den følelsen de får etterpå, det med at det er godt, de kjenner på ro og at de får sove

På samme måte som rusmidler ofte beskrives å regulere følelser for mennesker med ruslidelser, erfarte fysioterapeutene nytte av å hjelpe pasientene med å regulere følelser, uro, tankekjør, traumereaksjoner med mer. De erfarte også at samarbeidende fagpersoner bad om bistand med dette, og de erfarte at det kunne være nyttig med regulering med NPMF i forkant av annen behandling. Regulering benevnes ikke eksplisitt i NPMF, men omtales med andre ord i forhold til flere av metodens tilnærminger. Vansker med regulering som bakgrunn for problematisk rusmiddelbruk er nevnt i flere teorier. Eksempelvis teorien om selvmedisinering der rusmiddelbruk blir sett på som en måte å regulere utfordringer i livet (West & Brown, 2013, s. 50-51), tvangsmessig bruk av rusmidler forklart som vansker med impulsregulering (Lubman et al., 2004, s. 1499) og rusmidler brukt som forsøk på bedre selvregulering (Taipale, 2017, s. 39; West & Brown, 2013, s. 108). Innenfor NPMF tolkes funn og symptomer i konteksten at kroppen uttrykker og regulerer personens emosjonelle liv (Thornquist, 2010, s. 204). Gretland (2009, s. 22) antyder at kroppen inngår i ubevisste personlige prosjekter i forhold til identitet og selvfølelse, selvkontroll og regulering av vanskelige følelser og angst.

På samme måte som NPMF kan benyttes til å få frem følelser, kan metoden også benyttes til å øke kontrollen med følelser (Bunkan, 2001, s. 2847). Lossius (2010, s. 445) har skrevet at alle rusmidler er følelsesregulerende på en eller annen måte og at behovet må dekkes på andre måter dersom man skal stoppe rusmiddelbruken. Taipale (2017, s. 39) antyder at dersom mennesker kan finne alternative måter å regulere seg selv på, kan rusmiddelbruken bli mindre interessant. Arefjord and Karterud (2021, s. 400-401) beskriver hvordan nedsatt evne til å mentalisere kan påvirke evnen til følelsesregulering. Mentalisering er å gjøre seg rimelige antagelser om hvorfor andre og en selv gjør som en gjør, og om motivet bak handlinger (Karterud, 2021, s. 122-123). God evne til mentalisering kan lage en buffer mellom aktivering av emosjoner i kroppen og følelsene, og hvordan vi fortolker dem. Emosjoner fører ofte til handling hvis vi ikke forstår følelsene som er koblet til dem eller hva

de forteller oss. For rusmiddelavhengige er handlingen ofte å innta rusmidler. Ekerholt et al (2014, s. 317) antyder at NPMF ved sitt fokus på bedret kroppsbevissthet kan bistå personer til bedret mentaliseringsevne og følelsesregulering. Noen av de kroppslige signalene som fysioterapeutene erfarer pasientene har nytte av å registrere og bli bevisst, kan sammenfalle med de somatiske markørene knyttet til emosjoner beskrevet av Damasio (1996) eller fra rusmiddelinntak beskrevet av Verdejo-García and Bechara (2009). Ved å bli mer bevisst disse signalene, kan det bli lettere å forstå følelsene som er koblet til emosjonene og på den måten bli mindre sårbare for å innta rusmidler.

Fysioterapeutene erfarte at dersom pasientene kunne stå godt på beina og å finne ro der, kunne dette hjelpe dem med å finne ro også i hodet og tankene. Behandlingen av kroppen i NPMF foregår «nedenfra og opp». Hver behandling starter med føttene fordi dette sees på som fundamentet og er nødvendig for å kunne oppnå fri respirasjon og funksjon (Thornquist, 2010, s. 206). Man tenker det er nødvendig med en viss balanse og forankring i beina for å kunne slippe opp kroppslig anspenthet og holdt muskulatur (Bunkan & Thornquist, 1986, s. 96-97). Både Braatøy og Bülow-Hansen beskriver sammenheng mellom psykisk stabilitet og måten man står på beina (Bunkan, 2008, s. 205).

I NPMF sees respirasjonen på som det beste diagnostiske hjelpemiddelet og den ultimate behandlingsveileder. Metoden legger vekt på at det er en gjensidig sammenheng mellom emosjoner og pust, og at følelser uttrykkes og kan bli kontrollert med pusten (Thornquist, 2010, s. 204). Fysioterapeutene erfarte at mange pasienter kunne bruke pusten til å regulere seg med, men at bevegelser som fremmet respirasjon uten fokus på den (indirekte respirasjonsøvelser) kunne være enklere for noen. Bunkan (2008, s. 212) skriver at øvelser som indirekte fremmer omstilling av pusten, har vist seg å kunne dempe og roe ned, og er lite provoserende for pasienter som viser liten omstillingsevne. Engh og Radøy beskriver fra sitt arbeid med mennesker med psykiske lidelser ved Dikemark sykehus, at ved å bistå pasienter med å bremse respirasjonen, kunne de begrense emosjonelle utbrudd og fortrenget konfliktmateriale når evnen til å integrere dette var redusert. De beskriver også at ved å jobbe med kroppskontakt og kroppsopplevelse kunne de gi mennesker et godt forankringspunkt i en tilværelse preget av mye usikkerhet (Engh & Radøy, 1992 s 184-185). Som Engh og Radøy, beskrev fysioterapeutene nytte av å jobbe med å gi pasientene opplevelser i og med kroppen, da de erfarte at det kunne dempe uro og tankekjør, bistå

pasientene i utfordrende avrusningsperioder eller fremme god søvn. Opplevelser i kroppen kan være opplevelse av velvære, kjenne seg tung og slapp eller å kjenne på forskjell mellom spenning og avspenning i muskulaturen. Opplevelser med kroppen er knyttet til bevegelser, for eksempel gå eller bevege armene.

5.3 Hva kan NPMF tilføre behandling av mennesker med ruslidelser, illustrert ved West og Browns motivasjonsteori

Fysioterapeutene erfarer at de observerer kroppslige uttrykk hos pasientene, men som pasientene selv ikke fornemmer i det hele tatt. Eksempelvis at de løfter skuldrene når de kjenner på angstsymptomer eller at de tar føttene opp fra gulvet når de skal snakke om noe som er utfordrende. Metoden NPMF ser på muskelspenninger, tilbakeholdt respirasjon og bremsing av kroppslige uttrykk, som en del av vårt vanlige emosjonelle og sosiale forsvar for å tilpasse oss egne og omgivelsenes forventninger og krav. Dette er tilpasninger som skjer ubevisst og utenfor vår kontroll (Thornquist, 2005, s. 40) I West og Browns motivasjonsmodell, kan dette sammenfalle med reflekser/ automatiske handlinger som er det laveste nivået i hierarkiet. West og Brown tillegger dette lite vekt i behandling av avhengighet selv om mange pasienter beskriver sin atferd knyttet til rusmiddelintak på den måten (Mellingen, s. 25). Fysioterapeutene erfarte at det var nyttig å tilbakemelde observasjonene de gjorde til pasientene og å oppfordre de til å bli nysgjerrige på reaksjoner i kroppen som tidligere kunne ført til rusmiddelintak. Dette sammenfaller med Mørland og Waals forslag til behandling for hendelser som er basert på betinget læring og som oppfattes å være automatiske (Mørland og Waal, 2016, s. 50).

Momenter fra motivasjonsnivået impulser og hemmende krefter benevner fysioterapeutene ved flere av deres erfaringer. Dette nivået beskriver krefter som setter i gang, justerer og stopper aktivitet (West & Brown, 2013, s. 197). Fysioterapeutene erfarte at mange pasienter hadde lite kontakt bevissthet med kroppen. De observerte at når disse pasientene var utsatt for valgsituasjoner, enten hadde vansker med å ta valg eller ga svar som ikke nødvendigvis ble omsatt i handling. Fysioterapeutenes erfarte at pasientene kunne nyttiggjøre seg oppfordring om å kjenne etter før valg, og at dette kunne de ta med seg i daglige gjøremål.

Daglige gjøremål kan tilsvare det West & Brown definerer som atferdsmønstre, og som kan medføre automatiske handlinger som «bare skjer». Det kan være at fysioterapeutene ved denne tilnærmingen kan bistå pasientene med å bevege seg fra refleksnivået og mot det neste som handler om impulser og hemmende krefter. Disse erfaringene antyder at fysioterapeutene oppfordrer pasientene til i større grad å basere sine valg på indre signaler heller enn ytre. Dette kan øke sjansen for at pasienter tar valg basert på de indre modellene som tidligere har ført til rusmiddelinntak heller enn å følge planer og evalueringer som er på et høyere nivå i hierarkiet. Samtidig kan større bevissthet til de indre signalene medføre at pasienter blir mindre sårbare for impulsive tilbakefall trigget av ytre signaler (cues), eller til andre impulsive handlinger basert på dette. Dersom pasientene følger oppfordringen fra fysioterapeutene om å kjenne etter og blir bevisst disse signalene, har de i begge tilfeller «forlatt» nivået for automatiske handlinger.

Fysioterapeutene erfarte at de kunne bistå pasienter med regulering blant annet av aktivering, og at de opplevde nytte av å oppfordre pasientene til å bruke sansene sine mer aktivt. West and Brown (2013, s. 195) beskriver at stimuli og informasjon fra sansene og fra hukommelsen har direkte påvirkning på alle nivåene i motivasjonshierarkiet. Det samme gjelder nivået av aktivering, som kan påvirker både drifter, behov og emosjonelle tilstander. Denne aktiveringen påvirker sensitiviteten for både ytre og indre stimuli. Høy aktivering kan påvirke vår emosjonelle tilstand (West & Brown, 2013, s. 197-200). Mellingen (2012, s. 26) påpeker at høy aktivering via sin påvirkning av den emosjonelle tilstanden også påvirker vår mentaliseringsevne. Med lavere grad av aktivering, tenker man klarere og kan med det ta bedre valg. Det er med andre or større sjans for å kunne fungere på høyere nivå i motivasjonshierarkiet. På denne måten tenkes det at NPMF kan bistå både pasienter og andre behandlere med å legge til rette for mer kognitivt krevende terapiformer. Dette samsvarer godt med fysioterapeutenes erfaringer med at å gå til NPMF før annen behandling kunne medføre at de nyttiggjorde seg bedre.

Forventninger kan både produsere behov og påvirke vår emosjonelle tilstand. Da er det mental forestillingsevne og vurdering som skaper følelsetilstanden (West & Brown, 2013, s. 199). Verdejo-García and Bechara (2009) antyder at det dannes kroppslige markører for rusmiddelinntak og at de også kan aktiveres ved forventning. Det tyder på at NPMF ved å

bistå pasienter med å gjenkjenne kroppslige signal, kan hjelpe pasienter til å bli mer bevisst at noe er i ferd med å skje ved å kjenne igjen spesifikke kroppslige sensasjoner.

Fysioterapeutene erfarte at metoder for å gjøre pasientene mer nysgjerrige på kroppens signaler og hva de betyr kan øke pasientenes forståelse av hvorfor de bruker rusmidler og hva som kan gjøre de sårbare for rusmiddelinntak. Disse kroppslige signalene kan være krefter som både setter i gang, justerer og stopper rusmiddelinntak eller atferd knyttet til dette. Fysioterapeutene erfarte at pasientene hadde nytte av å øke kontakten og bevisstheten rundt disse signalene, og med det bli mer bevisst hva som er i ferd med å skje. Dette nivået ble vurdert av fysioterapeutene å være hensiktsmessig og nødvendig for å ha mulighet for å komme til neste nivå i hierarkiet, for å kunne ta kvalifiserte valg basert på det de kjenner, ikke «bare» handle. Fysioterapeutene erfarte at de med NPMF har teknikker som kan dempe pasientenes triggende signaler og at pasienter også kan ha nytte av å bruke disse på egen hånd.

Det å kjenne på følelsen inni seg ved valg samsvarer med tredje nivå i motivasjonshierarkiet. Dette kalles motivasjonsnivået og kan gjøre oss mer bevisst våre behov (West & Brown, 2013, s. 200). Fysioterapeutene erfarte at pasientene hadde nytte av å stoppe opp og kjenne etter før de skulle ta valg, og at kroppen kunne være et godt sted å kjenne etter. De erfarte at pasientene hadde nytte av å ta dette med seg i hverdagen og at det å notere underveis kunne være nyttig. Det er lettere å bli bevisst konsekvensene av å følge behovene hvis man kjenner etter, skriver Mellingen (2013, s. 27).

Fysioterapeutene erfarte at det var nyttig å legge til rette for at pasientene skulle kunne bruke sansene, eksempelvis balanse og følesans. West & Brown (2016, s. 195) formidler at både stimuli og informasjon fra sansene kan påvirke alle nivåer i motivasjonshierarkiet. Fysioterapeutene erfarte at pasientene kunne ha nytte av å regulere aktivering med tanke på å bedre kognitiv funksjon. Det kunne også bistå pasienter med å nyttiggjøre seg bedre av annen behandling. Dette samsvarer med det West og Brown (2016, s. 195) skriver i sin modell, at graden av aktivering (arousal) påvirker alle nivåene i hierarkiet og at høy aktivering kan medføre forstyrrelser i analytisk evne, og at oppmerksomheten kan bli mer snever (West & Brown, 2016, s. 199). Dette kan tyde på at NPMF kan være en nyttig behandlingstilnærming for pasienter som fungerer på et lavt nivå i West og Browns motivasjonshierarki, og som ikke nyttiggjør seg mer kognitivt krevende

behandlingstilnærminger. Ved regulering av aktivering og kontakt med sanser, kan metoden i lys av West og Browns motivasjonsmodell, være med på å gjøre pasienter mer tilgjengelige for andre terapiformer.

5.4 NPMF, en vei til mer helhetlig behandling for ruslidelser?

Fysioterapeutene hadde vansker med å forstå hvilke pasienter metoden kunne være kontraindisert for, da metoden har gode verktøy for vurdering av pasientene og dosering av behandlingen. De erfarte at de kunne tilpasse behandlingen til pasientene de møtte, med enkelte tilpasninger eller forsiktighetsregler. Alle fysioterapeutene var tydelige på at dette var en svært godt egnet behandlingstilnærming for mennesker i behandling for ruslidelser. Fysioterapeutene erfarte at deres kompetanse var nyttig og etterspurt der de jobber. De beskrev at de fikk henvendelser fra andre fagpersoner når pasientene hadde mye symptomer fra kroppen eller de hadde vansker med å nyttiggjøre seg av annen behandling grunnet for eksempel høy aktivering, mye uro, vansker med å være passe i kontakt med kroppen. De opplevde at andre fagpersoner følte seg lite kompetente til å gå ned i kroppen og at kompetansen de har ble verdsatt i det tverrfaglige arbeidet. Uansett hva som er målet med behandlingen, vil fysioterapeutens innfallsport være kroppen. Kroppslig samhandling kan gi annen informasjon enn ved for eksempel samtaleterapi. Det kan føre til at fysioterapibehandling kan utfylle andre faggruppers behandling innenfor for eksempel psykisk helsearbeid (Gretland, 2007, s. 90-91). Fysioterapeutene opplevde å være en likestilt del av det tverrfaglige behandlingstilbudet og at dette hadde endret seg i positiv retning etter videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi. På avdelinger de tidligere hadde hatt tilbud om NPMF, erfarte fysioterapeutene at andre fagpersoner og ledelsen argumenterer for og begrunner behov for tilnærmingen. Likevel tyder utfordringen med å finne kvalifiserte informanter til studien at det er svært få psykomotoriske fysioterapeuter ansatt ved avdelinger som tilbyr rusbehandling. Hvilke årsaker kan det være til at NPMF har fått så liten plass innenfor behandling av mennesker med ruslidelser?

Fysioterapeuter som faggruppe er ikke nevnt hverken i nasjonal retningslinje for utredning og behandling av ruslidelser (Helsedirektoratet, 2017). Pakkeforløpet for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) sier at «All behandling i TSB skal være tverrfaglig og bestå av sosialfaglig, psykologfaglig og medisinsk/ helsefaglig behandling. Det skal være

ulikt fokus på de forskjellige delene av behandling avhengig av pasientens problematikk og hvor i forløpet pasienten er» (Helsedirektoratet, 2019). Dette viser at det ikke er noen formell grunn til at Norsk psykomotorisk fysioterapi ikke kan være en del av den tverrfaglige behandling for mennesker med ruslidelser.

På nettsiden til Norsk fysioterapeutforbund sine sider er det ikke funnet informasjon om at hverken fysioterapeuter generelt eller psykomotoriske fysioterapeuter kan tilby behandling til eller jobber med mennesker med ruslidelser (NFF, 2020). Sylliaas et al (2020, s. 20) beskriver at de som fysioterapeuter og som veiledere av studenter i behandling av pasienter med ruslidelser, opplevde å komme til kort med de verktøyene de hadde. Kunnskapen om vurdering av bevegelse og funksjon og å sette realistiske mål var ikke tilstrekkelig i møtet med disse pasientene. Dette stemmer med forskeren i dette prosjektet sin egen erfaring som nyansatt fysioterapeut i møte med pasienter med ruslidelser. Sylliaas et al. (2020, s. 20-21) skriver at pasientene de møtte hadde behov for å bli møtt av terapeuter med interesse for deres liv og som har kompetanse på å bygge relasjon, før det var aktuelt med en eventuell undersøkelse og behandling. Dette er momenter som inngår som en naturlig del av NPMF (Øvreberg et al., 2016, s. 25, 29-30). Fysioterapeutene erfarte at de følte seg bedre kvalifisert i møte med pasientgruppen som psykomotoriske fysioterapeuter. De opplevde at videreutdanningen tilførte kunnskap og ferdigheter som var hensiktsmessige i møte med problematikken rundt ruslidelser. Kunnskapsdepartementet er i gang med å se på retningslinje for utdanning i psykomotorisk fysioterapi, med fokus på om den er tilrettelagt for mennesker blant annet med ruslidelser. Erfaringene til fysioterapeutene i denne studien antyder at utdanningen i psykomotorisk fysioterapi, i større grad enn for fysioterapi generelt, er tilpasset også denne pasientgruppen. Kompleksiteten i symptombildet til mennesker med ruslidelser, i tillegg til sårbarhet for å bli overveldet tenkes å ha spesiell nytte av videreutdanningens metoder for vurdering av dosering og tilpasning av behandlingsnivå.

Fysioterapeutenes erfaringer med pasientenes symptomer fra kroppen er ikke funnet beskrevet i litteratur som omhandler rus og avhengighet (Biong & Ytrehus, 2018; Lossius, 2021; Mørland & Waal, 2016; West & Brown, 2013). Kroppen som informasjonskilde, ressurs eller som utgangspunkt for behandling ser ikke ut til å være tema i denne litteraturen. Fysioterapeutene erfarte at pasienter har mange symptomer og opplevelser fra

kroppen som både kan stamme fra utfordringer før rusmiddelbruken startet, men også direkte fra rusmiddelbruk og konsekvenser av denne. Informantene gjenkjenner dermed to av punktene i West and Brown (2013, s. 7) sin beskrivelse av hvordan avhengighet kan oppstå. I litteratur vedrørende traumer, spiseforstyrrelser og selvskading tas det til orde for kroppen som meningsbærende og som bærer av symptomer direkte knyttet til lidelsene (Holbæk, 2014; Skårderud et al., 2010, 371-372). Kroppslige uttrykk for lidelse finnes beskrevet for andre psykiske lidelser (Tveitstul et al., 2020, s. 19, 22-23), men er ikke funnet beskrevet for ruslidelsene. Dette til tross for undertegnedes erfaring i klinikk er at kroppslige beskrivelser gjerne brukes for å vurdere pasienters tilstand, stemningsleie og eventuelle tegn på inntak av rusmidler. Mørland & Waal (2016, s. 24) skriver at mennesker med rusmiddelavhengighet er syke i den forstand at de opplever betydelig *kroppslig* og mental sykkelighet. Kroppen er senere i boken indirekte beskrevet gjennom rusmidlers skadelige virkninger på ulike strukturer i kroppen (Mørland & Waal, 2016, s. 108-273).

Kroppen slik den forstås i NPMF, som noe vi både har og er, og uten skille mellom psykisk og fysisk kropp, sammenfaller ikke med beskrivelser av kroppen i den ruslitteraturen som er gjennomgått. Beskrivelsene i litteratur om rus og avhengighet bærer preg av et biomedisinsk kunnskapssyn og har fokus på biologisk sykdom og skade. Kirkengen and Næss (2015, s. 30) formidler at den biomedisinske forståelse av kroppen som sammensatt av atskilte organsystemer er begrensende. Den tar ikke hensyn til påvirkningen av sosiale relasjoner eller til den påvirkningen nært forbundne kropper har på hverandre. Dette medfører at det er mangelfull begrepsbruk for kroppsliggjort erfaring eller kropp og sjel som en integrert enhet. De tar til orde for at relasjonell og sosiokulturell formet erfaring må integreres i medisinfagets oppfatning av hva kropp er. Ottesen & Thornquist (2015, s. 129) har gjennomført diskursanalyse av begrepet kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. De finner at kroppen hovedsakelig knyttes til fysisk/ somatisk helse og fysisk aktivitet, og bare unntaksvis er forstått som «meningsbærende og uttrykksfull og som kilde til mestring, innsikt og endring». En undersøkelse SINTEF gjorde på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund i 2017 antyder på at kroppen har liten plass i psykisk helsevern og rusomsorg (Melby et al., 2017; Tønseth, 2017). Gretland (1999, s. 1) beskriver i sin undersøkelse av fysioterapi i psykisk helsevern at kroppen er fraværende i psykiatrisk litteratur selv om den er sterkt til stede i dagliglivet for pasienter og behandlere. Sviland et

al. (2007, s. 23) påpeker at psykomotoriske fysioterapeuter plasseres faglig mellom psykologi og medisin og at det kan være utfordrende med tanke på fagutvikling og fagplassering. De fleste psykomotoriske fysioterapeuter jobber som avtalefysioterapeuter og ikke i spesialisthelsetjenesten og Sviland et al. antyder at dette kan være en av årsakene.

Å stå faglig imellom kan også medføre muligheter. Fysioterapeutene i studien erfarte at de passet inn og at de bidrog med noe de andre ikke hadde kompetanse om. De opplevde at de kunne samarbeide med mange ulike faggrupper der de jobbet. På den måten kan de bli et bindeledd eller kunne skape forståelse mellom fagretninger som tradisjonelt har stått langt fra hverandre. Er det slik at psykomotoriske fysioterapeuter med sin kunnskap både fra det psykiske og det somatiske, kan bistå rusfeltet, og andre fagområder, med å koble sammen disse to til et mer helhetlig behandlingstilbud?

6.0 Oppsummering

Fysioterapeutene i studien erfarte at Norsk psykomotorisk fysioterapi var både en nyttig og ønsket behandlingstilnærming som en del av den tverrfaglige behandlingen for mennesker med ruslidelser. De erfarte at metoden kunne bidra til å gi pasienter bedret kontakt med kroppens signaler og at de kan få bedret kroppsbevissthet. De erfarte at dette kunne medføre at pasienter i større grad kan forstå sine kroppslige signaler og bli mer bevisste sine valg og hvorfor de får behov for å innta rusmidler. Det kunne også gjøre dem mer oppmerksomme på signaler som tydet på at de var sårbare for inntak eller for å oppsøke situasjoner der inntak var mulig. De erfarte at de kunne gi pasienter måter å takle ubehag både fra kroppen og annet ubehag uten bruk av rusmidler. Dette støttes av forskning på interoepsjon og eksterosepsjon, begreper som har delvis sammenfallende innhold som kroppsbevissthet, hos mennesker med rusmiddelavhengighet.

Fysioterapeutene erfarte at metoden kan bistå pasienter med regulering av uro, følelser, aktivering med mer. Dette er utfordringer mange med rusmiddelproblematikk har, og å finne gode alternativer til rusmiddelbruk for regulering, beskrives av blant annet av Lossius (2010, s. 445) å være en nødvendig for mennesker som ønsker å slutte med rusmidler. De erfarer også at ved å bistå pasienter med å regulere seg bedre kan de også få bedre effekt av annen behandling. Dette støttes av West og Brown sin motivasjonsteori. Beskrivelsene av fysioterapeutenes erfaringer kan tyde på at deres tiltak treffer på de lavere nivåene i motivasjonshierarkiet, og tenkes dermed å kunne nå pasienter med svakere fungering enn mer kognitivt krevende terapiformer. Det kan også se ut som om NPMF kan nå pasienter på et tidligere stadium i behandlingsprosessen. Metoden vil på den måten og med sin regulerende effekt kunne legge grunnlag for at pasienter kan nyttiggjøre seg bedre av annen behandling.

Psykomotorisk fysioterapi (og fysioterapi generelt) ser ut til å ha liten plass i rusfeltet. Dette til tross for at mennesker med ruslidelser har hatt pasientrettigheter siden 2004 og har utfordringer som psykomotoriske fysioterapeuter tradisjonelt jobber med. Eksempler på dette er kroniske smerter, traumer, nedsatt kroppsbevissthet og psykiske lidelser. Rusfeltets kroppssyn og språkbruk i tillegg til NPMF sin plassering mellom medisinen og psykologien kan være årsaker til at NPMF har fått så liten plass. Denne studien tyder på at feltet kan ha

nytte av å se nærmere på NPMF som mulig behandlingstilnærming i det tverrfaglige tilbudet som gis til mennesker med ruslidelser.

6.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Studien tyder på at NPMF innehar en del av de verktøyene RETHOS - utredningen (Kunnskapsdepartementet, 2019) har funnet mangelfulle i grunnutdanning fysioterapi. Det betyr at NPMF er en egnet videreutdanning for fysioterapeuter som skal arbeide med mennesker med ruslidelser. Pasientgruppen har et komplekst symptombilde og har lett for å bli overveldet. Erfaringene til fysioterapeutene i studien tyder på at fysioterapeuter som skal jobbe med mennesker med ruslidelser trenger forståelse og kunnskap om dette.

Fysioterapeuter uten videreutdanning i NPMF, vil i tillegg til kunnskap også ha behov for verktøy for å møte slike utfordringer dersom de skal gi mennesker med ruslidelser god behandling. Det er sannsynlig at både fysioterapeuter med og uten videreutdanning i NPMF kan ha nytte av denne studien for å øke kunnskapen sin om behandling av mennesker med ruslidelser.

Studien gir grunnlag for å se videre på NPMF som egnet behandlingsmetodikk for mennesker med ruslidelser. Det vil være nyttig og spennende å utforske videre den mulige synergieffekten av NPMF og annen behandling. Dette kan blant annet gjøres ved en RCT studie der behandling som vanlig sammenlignes med NPMF sammen med behandling som vanlig.

6.3 Begrensninger ved studien

Studiens få informanter begrenser mengden og bredden på data. Dette svekker studiens generaliserbarhet. Rusbehandling er et nytt arbeidsfelt for psykomotoriske fysioterapeuter og man har måttet bruke de informanter som var tilgjengelige. Målet har vært se på om disse erfaringene kunne gi grunnlag for videre undersøkelser av NPMF som behandlingstilnærming for mennesker med ruslidelser. Informantene har ulike arbeidsteder ulike steder i landet, men arbeider alle et tverrfaglig behandlingstilbud for mennesker med

ruslidelser. Ingen av informantene har kjennskap til eller kontakt med hverandre. De har dermed bidratt med sine egne erfaringer fra eget arbeidssted og ikke en konsensus eksempelvis fra en faggruppe. Det er dermed sannsynlig at fysioterapeutenes erfaringer som helhet gir et visst bilde av det som det som også ville vært erfart ved andre behandlingssteder med tverrfaglig tilnærming.

Litteratur

- Arefjord, N., & Karterud, S. (2021). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. In K. Lossius (Ed.), *Håndbok i rusbehandling* (Vol. 3, s. 393-426). Gyldendal.
- Bergland, A., Olsen, C. F., & Ekerholt, K. (2018). *The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support*. *Physiotherapy Research International*, 23(4). <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Bjordal, J. M. (2004). *Effekt av fysioterapi ved kneleddsartrose, begrenset til elektroterapi og øvelsesbehandling : medisinsk metodevurdering basert på internasjonal og egen litteraturgranskning: Vol. nr 7/2004* (s. 104). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Bremnes, R., Indergård, P. J. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk 2020*. Helsedirektoratet. Retrieved 11.05.2021 from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>
- Braatøy, T. (1979a). *De nervøse sinn : medisinsk psykologi og psykoterapi : D. 1* ([Ny utg.]. ed., Vol. D. 1). Cappelen.
- Braatøy, T. (1979b). *De nervøse sinn : medisinsk psykologi og psykoterapi : D. 2* ([Ny utg.]. ed., Vol. D. 2). Cappelen.
- Bunkan, B. H. (1982). Den psykomotoriske tradisjon. In B. H. Bunkan (Ed.), *Psykomotorisk behandling - Festskrift til Aadel Bülow-Hansen* (s. 22-29). Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 121(24), 2845-2848.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Bunkan, B. H. (2014). *Wilhelm Reich og Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen-tradisjonen i Norge : utviklingen fra interessegruppe til akademisk utdanning i årene 1956-2006*. ABM-media.
- Caldwell, C. (1996). *Getting our bodies back: Recovery, healing, and transformation through body-centered psychotherapy*. Boston Shambhala Publications.
- Carter, S. M., & Little, M. (2007). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qual Health Res*, 17(10), 1316-1328. <https://doi.org/10.1177/1049732307306927>
- Craig, A. D. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Curr Opin Neurobiol*, 13(4), 500-505. [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(03\)00090-4](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(03)00090-4)
- Damasio, A. R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 351(1346), 1413-1420. <https://doi.org/10.1098/rstb.1996.0125>

- DeWitt, S. J., Ketcherside, A., McQueeney, T. M., Dunlop, J. P., & Filbey, F. M. (2015). The hyper-sentient addict: an interoception model of addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 41(5), 374-381. <https://doi.org/10.3109/00952990.2015.1049701>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning (Oslo)*(4), 332-335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Dragesund, T., & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiother Theory Pract*, 24(4), 243-254. <https://doi.org/10.1080/09593980701738400>
- Droutman, V., Read, S. J., & Bechara, A. (2015). Revisiting the role of the insula in addiction. *Trends Cogn Sci*, 19(7), 414-420. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.05.005>
- Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M., & Bergland, A. (2014). Body awareness--a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy theory and practice*, 30(5), 312. <https://doi.org/10.3109/09593985.2013.876562>
- Engh, G., & Radøy, L. (1982). Psykomotoriske prinsipper brukt innen tungpsykiatrien. In B. H. Bunkan, L. Radøy, & E. Thornquist (Eds.), *Psykomotorisk behandling - Festskrift til Aadel Bülow-Hansen* (s. 182-185). Universitetsforlaget.
- Gray, M. A., & Critchley, H. D. (2007). Interoceptive basis to craving. *Neuron*, 54(2), 183-186. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.03.024>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforl.
- Gretland, A. (1999). *Kroppens spor : en utfordring i psykiatrien. Rapport fra prosjektet «Fysioterapi i psykiatri»*. Regionsykehuset i Tromsø.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017, 24.01.2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Helsedirektoratet. Retrieved 01.04.2021 from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet. (2019, 04.02.2019). *Pakkeforløp rusbehandling TSB - Behandling i TSB*. Helsedirektoratet. Retrieved 01.05.2021 from <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>
- Helsedirektoratet. (2020). *Rus- og avhengighetsmedisin*. Helsedirektoratet. Retrieved 03.05.2021 from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/rus-og-avhengighetsmedisin>
- Holbæk, I. (2014). *Tilbake til nåtid : en manual for håndtering av traumereaksjoner* (2 ed.). Modum bad.
- Höglind, K. H. (2016). *Norsk psykomotorisk fysioterapi og depresjon. Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med metoden Norsk psykomotorisk fysioterapi ved behandling av pasienter med depresjon*. Høgskolen i Oslo og Akershus
- Institutt for mentalisering (2021). *Hva er mentalisering*. Retrieved 09.05.2021 from <https://www.mentalisering.no/>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Cappelen Damm akademisk.

- Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Klimkiewicz, A., Skrzyszewski, J., Suszek, H., Zaorska, J., Nowakowska, M., Michalska, A., Wojnar, M., & Kopera, M. (2020). *Association between interoception and emotion regulation in individuals with alcohol use disorder*. *Frontiers in psychiatry*, 10, 1028. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.01028>
- Karterud, S. (2021). Evolusjon, personlighet og rus. In K. Lossius (Ed.), *Håndbok i rusbehandling* (Vol. 3, s. 105-126). Gyldendal.
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3 ed., Vol. 2). Universitetsforl.
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS), (2019). <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/>
- Kunnskapsdepartementet. (2020, 24.04.2020). *Utvikler ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid*. Regjeringen. Retrieved 03.05.2021 from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvikler-ny-masterutdanning-i-psykisk-helse-og-rusarbeid2/id2699563/>
- Kunnskapsdepartementet. (2021). *Utvikling av retningslinjer for jordmorutdanning, utdanning i psykomotorisk fysioterapi og manuellterapi*. Regjeringen. Retrieved 28.03.21 from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvikling-av-retningslinjer-for-jordmorutdanning-utdanning-i-psykomotorisk-fysioterapi-og-manuellterapi/id2828470/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed., Vol. 3). Gyldendal akademisk.
- Lossius, K. (2010). Rusmidler. In F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke (Eds.), *Psykiatriboken* (s. 433-445). Gyldendal.
- Lossius, K. (2021). *Håndbok i rusbehandling* (3. utgave. ed.). Gyldendal.
- Lubman, D. I., Yucel, M., & Pantelis, C. (2004). Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction*, 99(12), 1491-1502. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00808>
- Löken, H. S., & Rise, M. B. (2019). Psykomotorisk fysioterapi til mennesker med traumeerfaring - en kvalitativ intervjustudie. *Fysioterapeuten*, 86(8), 26-32.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforlaget.
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLoS One*, 7(11), e48230-e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Melby, L., Ådnanes, M., & Kasteng, F. (2017). *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.
- Mellingen, S. (2012). *A woman left lonely : en studie av kvinner og alkohol, avhengighet og relasjon i behandling*. Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Mellingen, S., & Thuen, F. (2016). Alkohol som trøst og plage. In K. Underlid, K. Dyregrov, & F. Thuen (Eds.), *Krevende livserfaringer og psykisk helse* (s. 118-136). Cappelen Damm akademisk.

- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax.
- Moe, S. (2009). Phenomenology of the Body as Perspective on Physical Activity and Movement. *Fysioterapeuten*, 76(4), 17-21.
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforl.
- Naqvi, N. H., & Bechara, A. (2010). The insula and drug addiction: an interoceptive view of pleasure, urges, and decision-making. *Brain Structure and Function*, 214(5), 435-450. <https://doi.org/10.1007/s00429-010-0268-7>
- Naqvi, N. H., Gaznick, N., Tranel, D., & Bechara, A. (2014). The insula: a critical neural substrate for craving and drug seeking under conflict and risk. *Ann N Y Acad Sci*, 1316(1), 53-70. <https://doi.org/10.1111/nyas.12415>
- Naqvi, N. H., Rudrauf, D., Damasio, H., & Bechara, A. (2007). Damage to the insula disrupts addiction to cigarette smoking. *Science*, 315(5811), 531-534. <https://doi.org/10.1126/science.1135926>
- NFF. (2020, 25.01.2015). *Om fagfeltet*. Norsk Fysioterapeutforbund. Retrieved 24.01.2020 from <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Organisasjon/Faggrupper/Psykomotorisk-fysioterapi/Om-fagfeltet>
- Nilsen-Nygaard, K., & Thornquist, E. (1982). "Å stå godt på bena". In B. H. Bunkan, L. Radøy, & E. Thornquist (Eds.), *Psykomotorisk behandling - Festskrift til Aadel Bülow-Hansen* (s. 86-94). Universitetsforlaget.
- Noël, X., Brevers, D., & Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Curr Opin Neurobiol*, 23(4), 632-638. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2013.01.018>
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 530-536.
- Næss, C. R. (2020). "Det slipper, du puster og beveger deg på en annen måte"—Erfaringer med psykomotorisk fysioterapi hos kvinner med anoreksia nervosa [Masteroppgave UiT Norges arktiske universitet].
- Ottesen, A., & Thornquist, E. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), 129-138. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-02-04>
- Ovesen, S. A. (2016). *Rusmisbrukeres forhold til egen kropp-kroppslig kontakt, opplevelser og betydning* [Masteroppgave, Høgskolen i Nord-Trøndelag].
- Park, C. L., Russell, B. S., & Fendrich, M. (2018). Mind-Body Approaches to Prevention and Intervention for Alcohol and Other Drug Use/Abuse in Young Adults. *Medicines (Basel)*, 5(3), 64. <https://doi.org/10.3390/medicines5030064>
- Paulus, M. P., & Stewart, J. L. (2014). Interoception and drug addiction. *Neuropharmacology*, 76(0), 342-350. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2013.07.002>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Wolters Kluwer.
- Price, C., & Smith-DiJulio, K. (2016). Interoceptive Awareness Is Important for Relapse Prevention: Perceptions of Women Who Received Mindful Body Awareness in Substance Use Disorder Treatment. *J Addict Nurs*, 27(1), 32-38. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000109>

- Psykologforeningen. (2019). *Spesialiteten i rus- og avhengighetspsykologi*. Retrieved 03.05.2021 from <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen2/spesialitetene-i-psykologi/utfyllende-bestemmelser-for-spesialitetene-i-psykologi/spesialiteten-i-rus-og-avhengighetspsykologi>
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223-2233. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)
- Ross, A. T. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monogr Soc Res Child Dev*, 59(2/3), 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Roxendal, G. (1985). *Body awareness therapy and the body awareness scale : treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy*. G. Roxendal.
- Sandøy, T. A., lund, I. O., Bye, E. K. (2019). Alkohol og andre rusmiddel i Noreg. In Folkehelseinstituttet (Ed.), *Folkehelse rapporten*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/>
- Skogen, J. C., Torvik F. A., Hauge, I. J., Reneflot, A., Ostling, G. L. . (2019). Rusbrukslidelser i Norge. In Folkehelseinstituttet (Ed.), *Folkehelse rapporten*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Skårderud, F., Stänicke, E., & Haugsgjerd, S. (2010). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (5 ed., Vol. 1). Gyldendal akademisk.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke - hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten*.
- Sylliaas, H., Svendsen, T. S., Langaas, A. G., & Eik, H. (2020). Hvordan tilpasse fysioterapi praksis til sårbare brukergrupper? : fysioterapitilnærminger belyst gjennom teorier om tilfriskning og sosial bevisstgjøring. *Fysioterapeuten*, 87(8), 18-22.
- Taipale, J. (2017). Controlling the uncontrollable. Self-regulation and the dynamics of addiction. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 40(1), 29-42. <https://doi.org/10.1080/01062301.2017.1343546>
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling – En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 30-44.
- Thornquist, E. (2010). Psychomotor physiotherapy - principles, perspectives and potentials. In K. Ekerholt (Ed.), *Aspects of Psychiatric and Psychosomatic Physiotherapy* (s. 203-215). Høgskolen i Oslo.
- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Fagbokforl.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforl.
- Tveitstul, T., Pignatiello, S. E., & Keeping, D. (2020). *Akuttpsykiatrisk håndbok* (1. utgave. ed.). Gyldendal.
- Tønseth, S. (2017). Kroppen blir glemt i rus- og psykiatriomsorgen. Retrieved 11.05.2021, from <https://forskning.no/sintef-alkohol-og-narkotika-menneskekroppen/kroppen-blir-glemt-i-rus--og-psykiatriomsorgen/324631>

- Uddin, L. Q., Nomi, J. S., Hébert-Seropian, B., Ghaziri, J., & Boucher, O. (2017). Structure and Function of the Human Insula. *J Clin Neurophysiol*, 34(4), 300-306.
<https://doi.org/10.1097/WNP.0000000000000377>
- Verdejo-García, A., & Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56(Suppl 1), 48-62.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2008.07.035>
- Verdejo-Garcia, A., Clark, L., & Dunn, B. D. (2012). The role of interoception in addiction: a critical review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(8), 1857-1869.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.05.007>
- West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of Addiction*. Chichester John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9781118484890>
- World Health Organization. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Universitetsforl.
- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge - changing processes for patients with chronic pain. *Advances in physiotherapy*, 11(3), 121-129. <https://doi.org/10.1080/14038190802315073>
- Øvreberg, G., Andersen, T., Hanssen, I., & Ianssen, B. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi : et kildeskrift fra Aadel Bülow-Hansens praksis* (2. utg. ed.). Berit Ianssen.

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Norsk psykomotorisk fysioterapi for mennesker med i behandling for rusmiddelavhengighet

Dette er en henvendelse til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) som behandlingstilnærming for mennesker i behandling for rusmiddelavhengighet.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne studien er en del av master i psykisk helse- og rusarbeid ved Høgskolen på Vestlandet.

Forskningen vil munne ut i en masteroppgave i form av en monografi med maksimalt 15000 ord.

Dersom mulig, er det også ønskelig å publisere resultatene som en kronikk eller en fagartikkel i fagtidsskriftet Psykomotorisk fysioterapi og/ eller i fagtidsskriftet Fysioterapeuten.

Formålet med studien er å utforske Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) som behandlingstilnærming for mennesker i behandling for rusmiddelavhengighet.

Med bakgrunn i at mennesker med rusmiddelavhengighets sårbarhet, vil jeg også se på om det er grunner til at denne metoden ikke bør brukes og eventuelt hvilke hensyn/ tilpasninger som må gjøres.

Prosjektets forskningsspørsmål er:

«Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med bruk av Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) for mennesker i behandling for rusmiddelproblematikk?»

Jeg er interessert i hva de har funnet nyttig og virksomt ved metoden og om det er spesielle utfordringer ved bruk av NPMF for pasientgruppen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er ikke funnet forskning eller annen litteratur om NPMF for mennesker med rusmiddelavhengighet. Norsk fysioterapeutforbund sine sider informerer heller ikke om at fysioterapeuter med eller uten videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi utøver behandling for mennesker med rusmiddelproblematikk.

Ved å delta i studien vil du kunne bidra til å øke kunnskapen om Norsk Psykomotorisk fysioterapi som en del av behandlingstilbudet for mennesker med rusmiddelavhengighet.

Jeg har vært i kontakt med 4 fysioterapeuter som har denne erfaringen, alle har blitt spurt om å delta i studien.

Hva innebærer deltagelse i prosjektet?

Du deltar i forskningsprosjektet ved å delta i et dybdeintervju. Undertegnede student vil gjennomføre intervjuet.

Jeg vil ikke samle inn direkte personidentifiserende opplysninger slik som navn og personnummer. Intervjuet vil foregå på et rolig avskjermet sted som vil bli enige om og intervjuet vil vare i 90min inkludert en pause. Alle intervju tas opp på lydfiler, skrevet ordrett ut for å bli analysert, og oppbevart trygt på avlåst sted i henhold til HVL sine forskningsetiske retningslinjer.

Frivillig deltagelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i forskning. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke om deltagelse i studien, uten at det vil få konsekvenser for deg. Dersom du trekker deg fra studien etter at den er påbegynt, kan du også kreve å få slettet opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Hva skjer med informasjonen om deg

Opplysninger og data fra intervju, vil bli oppbevart i henhold til HVL sine forskningsetiske retningslinjer. Dette innebærer at lydfiler fra intervju og utskrevne intervju vil ha en kodenøkkel som forbinder disse til en navneliste. Navnelisten vil ligge på HVL sin forskningsserver, og ikke på en lokal PC. Alle data vil dermed bli behandlet uten at de kan knyttet direkte til deg.

Lydfiler vil bli overført til en kryptert USB-lagringsenhet umiddelbart etter intervjuet. USB-lagringsenheten vil oppbevares innelåst dersom den ikke bæres på intervjuer. Så snart det lar seg gjøre, vil lydfilen overføres på HVL sin forskningsserver.

Undertegnede student og veileder som vil ha tilgang til dataene.

Med bakgrunn i at det er svært få fysioterapeuter med beskrevet erfaring, vil det være en mulighet for at du gjenkjennes som informant til prosjektet. Arbeidssted eller andre karakteristika som kan øke faren for gjenkjenning vil ikke publiseres. Spesifikke uttalelser vil ikke knyttes opp mot den enkelte informant.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31.12.2021. Personopplysninger og lydopptak slettes ved prosjektslutt.

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 Høgskolen 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:

- Høgskolen på Vestlandet ved prosjektansvarlig Sonja Mellingen, sonja.mellingen@helse-bergen.no, tlf 41519736, eller student Jorunn Sudbø, sudsive@online.no, tlf 99542279.
- Vårt personvernombud: Halfdan Melbye, halfdan.melbye@hvl.no, tlf 55301031

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

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

Med vennlig hilsen

Sonja Mellingen
(Forsker/veileder)

Jorunn Sudbø
(student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Psykomotorisk fysioterapi for mennesker i behandling for rusmiddelavhengighet», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i dybdeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

FYSIOTERAPEUTENS BAKGRUNN

- Erfaring med arbeid med mennesker med rusmiddelproblematikk; døgnet/ poliklinikk, før/ etter videreutdanning, lengde på erfaring, annen videreutdanning/ kompetanse

HOVED-SPØRSMÅL 1: KAN DU FORTELLE HVA DU I HOVEDTREKK ERFARER/ HAR ERFART VED BRUK AV NPMF OVERFOR MENNESKER I BEHANDLING FOR RUSMIDDELAVHENGIGHET?

Fysioterapeutene bes utdype og komme med eksempler ved de ulike erfaringene.

Det søkes info om følgende tema:

- oppnådde effekter
- brukte teknikker
- symptomer
- erfaringer med støtte/ samarbeid fra andre fagpersoner

HOVED-SPØRSMÅL 2: HVILKE ERFARINGER HAR DU GJORT DEG MED PASIENTER SOM NYTTEGJØR SEG AV NPMF?

Fysioterapeutene bes utdype og komme med eksempler ved de ulike erfaringene.

Det søkes info om følgende tema:

- pasientenes utfordringer/ henvisningsgrunn
- pasientenes symptomer
- nødvendige tilpasninger, endringer
- Ønske om behandling/ samarbeid fra andre fagpersoner

Utdypende spørsmål dersom ikke besvart:

Hvilke erfaringer har du med reaksjoner underveis eller etter behandling?

Gitt din erfaring hvilke pasienter bør få tilbud om NMPF som en del av behandlingen; symptomer, problematikk, behandlingsfase, andre

Hvilke erfaringer har du med andre fagpersoners vurderinger knyttet til nytte; eksplisitt for pasientens behandlingsutbytte og/ eller for annen behandling?

HOVED-SPØRSMÅL 3: HVILKE ERFARINGER HAR DU GJORT DEG MED AT PASIENTER IKKE NYTTEGJØR SEG AV NPMF?

Fysioterapeutene bes utdype og komme med eksempler ved de ulike erfaringene.

Det søkes info om følgende tema:

- pasientenes utfordringer som er annerledes/ like andre pasienter
- nødvendige tilpasninger, endringer
- Motforestillinger/ manglende samarbeid fra andre fagpersoner

Utdypende spørsmål dersom ikke besvart:

Delspørsmål 1: Hvilke erfaringer har du med reaksjoner underveis eller etter behandling? Eks forverret symptombilde?

Delspørsmål 2: Hvilke pasienter bør etter din erfaring ikke tilbys NPMF; eks ved dissosiasjonstendens, traumer uten minner, i avrusningsfase, påvirket av rusmidler, psykose, andre

Delspørsmål 3: Hvilke erfaringer har du med andre fagpersoners vurderinger knyttet til ikke å anbefale bruk av NPMF?

HOVED-SPØRSMÅL 4: HVILKE ERFARINGER HAR DU GJORT DEG VED I DE ULIKE FASENE I UNDERSØKELSE OG BEHANDLING MED NPMF?

Delspørsmål 1: Hvilke erfaringer har du gjort deg med undersøkelsen?

- ROK/ DOK
- Prøvebehandling
- Vurdering av belastning
- Andre metoder

Delspørsmål 2: Hvilke erfaringer har du gjort deg med spesielle/typiske funn hos pasientgruppen

- Symptomer
- Belastning
- Behov

Delspørsmål 3: Hvilke erfaringer har du gjort deg med selve behandlingen

- Støttende/ omstillende
- Berøring
- Dosering
- Reguleringsteknikker
- Andre metoder
- Oppfølging etter behandling
- Samarbeid med andre faggrupper

HOVEDSPØRSMÅL 4

I lys av dine erfaringer, hvordan vil du oppsummere nytten av NPMF overfor mennesker med rusmiddelproblematikk i behandling?

- Metoden
- Tidsperspektiv
- Alene/ i team
- Annet

Har du andre erfaringer med bruk av NPMF for pasientgruppen som ikke har blitt omtalt og som du kan fortelle om?