

## **BSYBAC\_5**

### **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Effekten av fysisk trening for ruspasienten i en recovery situasjon,



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Sola 10.05.2021*

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Rusmisbruk er et stort helseproblem. Det er direkte, eller indirekte, ansvarlig for 11,8 millioner dødsfall årlig (Hannah Ritchie, 2019). Rusmisbrukere lider av mange forskjellige bieffekter på grunn av stoffmisbruket, som forverring av fysisk og psykisk helse, og negative konsekvenser på familie og vennskap, noe som leder til en dårlig livskvalitet. Å øke livskvaliteten til de som er i avrusning er veldig viktig, for jo bedre livskvalitet de har jo mindre risiko er det for tilbakefall. Fysisk aktivitet er en ikke-medisinsk strategi til å forbedre helsen og livskvaliteten til disse brukerne.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å undersøke effekten fysisk trening har for ruspasienten i en recovery situasjon. Deretter, og som en følge, se på hva vi som sykepleiere bør legge vekt på for at brukeren selv vil iverksette fysisk trening som en del av recovery prosessen.

**Metode:** Metoden benyttet i oppgaven er en integrativ litteraturoversikt, der fire forskningsartikler har blitt analysert. Resultatene fra forskningsartiklene, relevant faglitteratur, og egne refleksjoner lager grunnlaget for besvarelsen.

**Resultater:** Resultatene viser at fysisk trening hjelper rusmisbrukeren til å bedre fysikken og den mentale helsen. Fysisk aktivitet kan også hjelpe brukeren til å komme tilbake til samfunnet den er blitt stengt ute fra. Videre hjelper det på å dempe rus-suget og kan også erstatte dette suget etter rus. Sykepleieren har en viktig jobb i å motivere brukeren.

**Nøkkelord:** Fysisk trening, fysisk aktivitet, rusmisbruk, tverrfaglig, recovery, motivasjon.

**Forord:**

**Running – The big medicine.**

Gammelt indiansk ordtak (Martinsen et al., 2018, s. 35).

## **INNHALDSFORTEGNELSE**

### **SAMMENDRAG**

### **FORORD**

## **INNHALDSFORTEGNELSE**

<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>6</b>
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2. Problemformulering og hensikt.....	6
1.3. Begrepsforklaring.....	7
<b>2 TEORETISK PERSPEKTIV.....</b>	<b>8</b>
2.1 Rus og avhengighet.....	8
2.2 Tverrfaglig tjenestetilbud.....	9
2.3 Psykisk helsevernlov.....	9
2.4 Recovery .....	10
2.4.1 <i>Et menneske til menneske forhold</i> .....	10
2.4.2 <i>Mestring og styrking av pasientens resurser</i> .....	11
2.5 Motiverende intervju.....	11
2.6 Fysisk trening.....	12
<b>3 METODE.....</b>	<b>13</b>
3.1 Kvantitativ metode.....	13
3.2 Kvalitativ metode.....	14
3.3 Litteraturstudie som metode.....	14
3.4 Litteratursøk.....	15
3.4.1 <i>Valg av databaser og søkeord</i> .....	15
3.4.2 <i>Inkluderings- og ekskluderingskriterier og valg av artikler</i> .....	15
3.4.3 <i>Sekundærsøking</i> .....	15
3.5 Kildekritikk.....	15
3.6 Forskningskritikk.....	16
3.7 Analyse av artiklene.....	17
<b>4 RESULTAT.....</b>	<b>18</b>
4.1 Fysiske forbedringer.....	18
4.2 Forbedret mental styrke/helse.....	19

4.3 Reduserer sug etter rus/craving.....	20
<b>5 DISKUSJON.....</b>	<b>22</b>
5.1 Metodekritikk.....	22
5.2 Metodediskusjon.....	23
5.2.1 <i>Land og arena for studiene</i> .....	25
5.2.2 <i>Forskernes bakgrunn</i> .....	26
5.2.3 <i>Studiens deltagere</i> .....	26
5.3 Resultatdiskusjon.....	26
5.3.1 <i>Fysiske forbedringer</i> .....	27
5.3.2 <i>Forbedret mental styrke/helse</i> .....	28
5.3.3 <i>Sug etter rus/craving</i> .....	29
<b>6 ANDVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERANSER.....</b>	<b>33</b>
<b>Vedlegg 1 Oversiktstabell over søkemotorer</b>	
<b>Vedlegg 2 Oversiktstabell over forskningsartikler</b>	

## 1 INNLEDNING

Denne bacheloroppgaven tar for seg effekten fysisk trening kan ha for rusmisbrukere i en recovery-situasjon, og da belyse både fysiske, psykiske og sosiale fordeler dette kan ha for pasienten, og eventuelt negative konsekvenser. Hva kan vi som sykepleiere hjelpe dem med i prosessen? Rusbildet er både sammensatt og komplisert. Det krever at vi jobber tverrfaglig, der flere instanser må samarbeide for å oppnå et godt resultat for pasienten. I denne oppgaven er fokuset på sykepleie, men i teksten brukes det både sykepleier og behandler da arbeidet ofte er tverrfaglig.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har selv lang erfaring med fysisk trening og kjenner til de positive sidene det gir deg, som økt vitalitet, styrke og utholdenhet på det fysiske planet. Økt selvtillit, bedre humør, søvn og stressdemper er eksempler på psykiske goder treningen kan gi. Jeg interesserte meg tidlig i studiet for psykisk helse og rus, og fant ut at det er i dette feltet jeg vil jobbe. Ved min praksis på en lokal DPS la jeg merke til hvor lite de satte søkelyset på fysisk trening som terapi.

Et stort problem innen avrusning er den høye tilbakefallsfrekvensen. I ulike studier har dette vist seg å være så høyt som fra 60% til 90% (Martinsen et al., 2018, s. 101). Da er det viktig å bruke tiltak som er lett tilgjengelige, billige og helst uten bivirkninger, noe som fysisk trening er (Martinsen et al., 2018, s. 102-104). Fysisk trening er enkelt å iverksette, og det er et trygt tilbud.

### 1.2 Problemformulering og hensikt.

«Rusavhengighet ødelegger ikke bare livet for den som lider av dette, men rammer også de nærmeste, noe som illustrerer hvilket enormt helseproblem dette utgjør.» (Martinsen et al., 2018, s. 99)

Tilpasset fysisk aktivitet/trening som behandling mot ruslidelser er virksomt, og sparer resurser. Det er også helt uten bivirkninger (Martinsen et al., 2018). Likevel tar det lang tid å få det anerkjent i behandlingen. Jeg ser derfor et behov for økt fokus og kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet som behandlingsform innen recovery fra rusmisbruk.

Hensikten med oppgaven blir derfor å finne ut av effekten fysisk trening har for pasienten i en recovery-situasjon. Med utgangspunkt i resultatene vil jeg også se på hva vi som

behandlere/sykepleiere bør legge vekt på for at brukeren selv vil iverksette fysisk trening som en del av recoveryprosessen og ta det med videre i livet som en buffer for å hindre tilbakefall.

### 1.3 Begrepsforklaring.

*Craving*: Craving er et relativt nytt konsept som referer til den intense og nesten ustoppelige trangten til å konsumere en substans (narkotika, tobakk, mat eller alkohol). Vi har ikke et egnet ord for dette i Norge, og har her valgt å oversette det med: sug etter rus.

*Recovery*: «Recovery handler om å ta utgangspunkt i hva brukeren ønsker, hva som er viktig i deres liv. Brukeren skal ta del i behandlingen.» (Wiig, 2016)

## 2 TEORETISK PERSPEKTIV

### 2.1 Rus og avhengighet

Jeppe på berget: «Folk sier vel i herredet at Jeppe drikker, men di sier ikke hvorfor Jeppe drikker...» (Biong & Ytrehus, 2018, s. 21). Et av våre største helseproblemer er avhengighet og skadelig bruk av rusmidler. Nesten hver femte voksent menneske vil komme borti dette problemet gjennom livets gang (Martinsen et al., 2018, s. 99). Rusmiddelmissbruk og rusmiddelmissbruker er betegnelser for personer vi mener bruker rusmidler på en problematisk måte. Rusbegrepet brukes ved en sensasjon av oppstemthet eller eufori. I Norge brukes begrepet rusmiddel om alkohol, narkotika, og vanedannende legemidler. Det er illegale rusmidler som får den meste oppmerksomheten, selv om det er alkohol som brukes mest og volder mest skade og helseproblemer for enkeltpersoner og samfunnet. Rusmiddelbrukere som ikke følger «skikkelige» folks normer blir lett stemplet som misbrukere, disse blir karakterisert som avvikere. Personer som har rusmiddelproblemer har også mer psykiske problemer enn gjennomsnittet av befolkningen, som angstlidelser og depresjoner (Biong & Ytrehus, 2018, s. 21-25; Martinsen et al., 2018, s. 99-101). Det er vanskelig å skille misbruk fra storkonsum, fordi noen kan forbruke store mengder uten noe problem, mens andre ville gå til grunne av halvparten. Når personen får psykiske eller fysiske problemer av inntaket av rusmidler kalles det skadelig bruk. Det kan være alt fra leverskader og hiv-infeksjon, alkoholisk delirium til rus-påførte skader. Psykisk kan det være fra psykose, angst og depresjon, til hukommelses- og konsentrasjonsvansker (Aarre, 2018, s. 263).

I diagnosesystemet ICD omtales avhengighet som et syndrom. Rusmiddelbruk gis diagnosen avhengighet hvis tre av følgende seks betingelser er oppfylt:

- 1 Sterk lyst, eller følelse av tvang, til å innta stoffet.
- 2 Problemer med å kontrollere inntaket av stoffet – med å begynne og avslutte, og med mengden som inntas.
- 3 Fysiologisk abstinensstilstand som opptrer dersom bruken av stoffet opphører eller reduseres, eller som viser seg med karakteristisk abstinenssyndrom for det aktuelle stoffet, eller gjennom bruk av samme eller beslektet stoff for å lindre eller unngå abstinenssyndromer.
- 4 Toleranseutvikling, slik at større doser må til for å gi samme effekt som tidligere.
- 5 Økende likegyldighet ovenfor andre gleder og interesser. Økende tid brukt til å skaffe seg stoffet, på å bruke det eller på å komme seg i form etter bruken av det.
- 6 Atferden og bruken fortsettes selv om det fører til åpenbare tegn på skadelige konsekvenser (Biong & Ytrehus, 2018, s. 30-33)



I hjernen har vi et belønningssystem, som aktiveres når vi bruker rusmidler. Når vi øker mengden og hyppigheten av rusmiddelbruken aktiveres denne belønningsmekanismen ved frigjøring av store mengder dopamin som er kroppens signalstoff for belønning. Når denne mekanismen aktiveres over tid svarer kroppen med å nedjustere dopamin frigjørelsen, og med det reduseres den gode følelsen. Slik lærer man å søke belønning ved å innta rusmidler, og da øke dosen når hjernen nedjusterer dopaminfrigjørelsen. Med økende bruk vil rusmisbrukeren bruke mer og mer tid på å ruse seg og mindre tid på andre aktiviteter, rusen konsumerer alt han har av tid (Biong & Ytrehus, 2018, s. 34). Jeg har valgt å bruke ordet rusmisbruk framfor begreper som rusavhengig eller rusproblemer siden det får mer fram stigmatiseringen disse brukerne blir utsatt for av resten av samfunnet.

## 2.2 Tverrfaglig tjenestetilbud

De fleste som klarer å endre på sine rusvaner klarer dette uten hjelp fra det profesjonelle hjelpeapparatet. De vil få hjelp fra sin nærmeste omgangskrets, som vil være svært avgjørende. I en slik situasjon er det rusmisbrukerens egne ressurser og motivasjon som vil være mest avgjørende i denne prosessen, uansett om han har fått hjelp fra det profesjonelle hjelpeapparatet eller ikke (Biong & Ytrehus, 2018, s. 41). Siden rusrelaterte skader går helt fra det beskjedne til det svært alvorlige og livstruende, og fra kort- til langvarig og kronisk, må også hjelpetiltakene være svært varierte. Det stilles veldig store krav til kompetanse for å kunne yte god hjelp. Dette på grunn av kompleksiteten til årsaksforholdene, og variasjonene i utvikling av avhengighet. Det er dermed vanskelig å se for seg én enkelt faggruppe som skal ha, og utvikle den nødvendige dybdekunnskapen til alle kunnskapsfeltene som må til for å behandle disse pasientene. Derfor er rusomsorg det feltet som stiller størst krav til en flerfaglig tilnærming (Biong & Ytrehus, 2018, s. 41). Tverrfaglig samarbeid består som regel av tverrfaglige team. Dette for å kunne ivareta rehabiliteringsbehov, målsetninger, tiltak og virkemidler fra flere ulike fagprofesjoners ståsted, og med dette få en fleksibel samordning av ulike typer kompetanse. Avhengighet er ofte et langvarig problem, med en årelang risiko på tilbakefall. Dette stiller også krav til organiseringen av hjelpetilbudet (Biong & Ytrehus, 2018, s. 41-42; Romsland et al., 2015, s. 80-81).

## 2.3 Psykisk helsevernlov

Siden psykisk helse og ruslidelser går mye under samme helseforetak, og at mange med ruslidelser også sliter med psykiske problemer, er psykisk helsevernlov sentral. Formålet med

den psykisk helsevernloven (1999) er å forsikre at etablering, og gjennomføring av psykisk helsevern foregår på en forsvarlig og hensiktsmessig måte, og samsvarer med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper og menneskerettighetene. Helsehjelpen som gis skal overfor den enkeltes fysiske og psykiske integritet være respektfull, og så langt det lar seg gjøre i forhold til pasientens behov, selvbestemmelsesrett og respekt for menneskeverdet.

## 2.4 Recovery

Recovery handler om å ta utgangspunkt i hva brukeren ønsker, og hva som er viktig i deres liv. Det er en personlig prosess der man går in for å endre egne holdninger, verdier, følelser og mål. I recoveryprosessen er selvbestemmelse og selvstyring fundamentalt. Recovery handler om en helhetlig tilnærming til brukernes hverdag. Det handler om å være opptatt av hverdagslige ting som bolig, arbeid og en meningsfull fritid. Det er viktig at man går fra en behandler og pasient tilnærming, til et menneske til menneske forhold. Recovery er et systematisk arbeid der brukermedvirkning er sentralt, og støtte fra familie og venner er viktig. Det betyr at behandlere må være mer opptatt av brukerens ønsker her og nå, samt motivere for endring. Brukeren må bli spurt om hva hans ønske er for et godt liv. Fagpersonen i recovery-orientert praksis har rollen som en personlig trener eller influenser. Sykepleieren hjelper med faglig kompetanse og kunnskap, mens brukeren er eksperten på seg selv. Behandler og bruker er likeverdige med brukerens mål i sentrum, der tillit og ærlighet er viktige elementer. Målet er at brukeren kan ta ansvar for sitt eget liv, med hjelp og støtte fra sitt nettverk (Hoxmark, 2010).

### 2.4.1 *Et menneske til menneske forhold.*

For å komme seg inn på en pasient som i utgangspunktet er lite motivert til forandring, er det viktig å skape et menneske til menneske forhold. Et menneske til menneske forhold anlegges ifølge Joyce Travelbee gjennom en samhandlingsprosess som har flere faser:

- Det innledende møtet, der de er to personer som møtes, en sykepleier og en pasient.
- Fremveksten av identiteter, der de begynner å grunnlegge et kontaktforhold.
- Empati, som ifølge Travelbee er «... evnen til å trenge inn i, eller ta del i, og forstå den psykiske tilstanden som en annen person *er i der og da*» (Kristoffersen, 2016, s. 33). Man opplever nærhet og kontakt når man har empati med en annen person.
- Sympati utvikles av den empatiske prosessen, og er et ønske om å hjelpe pasienten. Sympati er mer en innstilling enn en holdning.

- Den siste fasen er en intim og gjensidig annerkjennelse mellom sykepleieren og pasienten.

Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er grunnleggende for å sikre at de iverksatte tiltakene til sykepleieren er i tråd med pasientens behov (Kristoffersen, 2016, s. 32-35).

#### *2.4.2 Mestring og styrking av pasientens ressurser.*

Det er mange som trenger hjelp til å legge om, eller endre en destruktiv livsstil. Her er brukermedvirkning essensielt. Det innebærer at pasienten er involvert i alle beslutninger og vurderinger som gjelder dem selv. En ansvarlig og selvstendig pasientrolle skal anrettes. En forutsetning for aktiv medvirkning er informasjon og kunnskap. Det handler om å styrke pasientens egne ressurser ved å hjelpe til å aktivere hans egen motivasjon og øke hans kunnskap, også kalt Empowerment. For å få til dette bruker sykepleieren veiledning, undervisning og støtte for å hjelpe brukeren til å adaptere essensiell motivasjon, kunnskap og kyndighet til å mestre sin livssituasjon og utvikle handlingskompetanse (Kristoffersen, 2016, s. 18-19).

Å styrke pasientens egne ressurser, og å tro på seg selv, er i seg selv et sentralt mål for sykepleieren. Ved å sette folk i stand til å ha en bedre kontroll over elementer som påvirker deres helse, med et mål at brukeren blir mer i stand til å styre sitt liv mot eget mål og behov. Brukeren selv må bli en medspiller som gjør egne valg i samsvar med sine egne mål. Sykepleieren må hjelpe til å styrke og aktivere pasientens evne til å skaffe seg nødvendige ressurser til å løse egne problemer for å kunne ta kontroll over eget liv (Kristoffersen, 2016, s. 351-352)

#### *2.5 Motiverende intervju.*

Motiverende intervju, eller endringsfokusert rådgivning tar utgangspunkt i at rusmisbrukere generelt er lite motivert for forandring. Da vil åpenbare råd hjelpe lite. Det er brukerens meninger og løsninger som er kjernen i motivasjonssamtalen. Med åpne spørsmål, refleksjoner og overblikk skal behandleren hjelpe brukeren til å akseptere og godkjenne sine egne uttalelser, og handle med utgangspunkt i egen avgjørelse og motivasjon. I samtale utforsker rådgiver brukerens opplevelse av problemet. Samtalen blir styrt mot endring, men brukeren må overbevise seg selv om at endring er mulig, og nødvendig.

Rådgiveren/sykepleieren må forstå brukerens prioriteringer, og ikke gjøre sine synspunkter til brukerens sine, noe som kan resultere i at brukeren stritter imot, og det blir en maktkamp

mellom bruker og rådgiver. Det er viktig for rådgiver å være empatiske slik at han kan blottlegge avstanden mellom hvordan livet til brukeren er, og hvordan han ønsker å ha det. Målet er å få en god relasjon mellom rådgiver og bruker, og aktivere en endringsfokuset kommunikasjon, og anlegge nøkterne forpliktelser om endring av væremåte (Biong & Ytrehus, 2018; Martinsen et al., 2018, s. 160-161; Aarre, 2018).

## 2.6 Fysisk trening.

Helsedirektoratet anbefaler at man utfører 150 minutter med fysisk aktivitet/trening i løpet av uka, med moderat til høy intensitet. Uten bevegelse forfaller menneskekroppen. Blir ikke muskler stimulert så svekkes de, dette gjelder både skjelett- og hjertemuskulatur.

Regelmessig fysisk aktivitet senker risikoen for hjerte- og karsykdommer, diabetes mellitus, metabolsk syndrom, overvekt, osteoporose, artrose og de fleste kreftsykdommer. Det har også betydning for vår mentale velvære. En person med god fysisk form tåler bedre fysiske stressreaksjoner, og kommer seg raskere tilbake til sin normale tilstand. Fysisk trening kan forbedre selvpåfatninger som kroppsbildet og fysisk selvfølelse. Trening gir deg bedre søvn og søvnkvalitet. Fysisk aktivitet stimulerer til kreativ tenkning. Hjernens innhold av endorfiner øker under fysisk aktivitet som kan gi en følelse av tilfredshet og mild rus.

Regelmessig fysisk aktivitet reduserer risikoen for å utvikle depresjon, og reduserer symptomer på PTSD, og en forbigående reduksjon av angst. Forskning viser også at det kan virke forebyggende mot panikkanfall (Martinsen et al., 2018, s. 85). Det kan også virke dempende på panikkklidelse og agorafobi. Ved ruslidelser kan fysisk aktivitet føre med seg en forbigående reduksjon av begrensede abstinenssymptomer, Det kan også redusere faren for tilbakefall. Fysisk aktivitet kan være et substitutt for rusavhengigheten uten abstinens i ettertid. (Martinsen et al., 2018).

### 3 METODE

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer, og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder». Slik forklarer sosiologen Vilhelm Aubert metode (2017, s. 51). Metoden sier oss på hvilken måte vi må gå til verks for å finne, eller etterprøve, kunnskap. Hvorfor vi velger en bestemt metode er fordi vi mener at denne metoden egner seg best til å vise vår problemstilling, eller spørsmål, på en best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51). Med metoden vil vi kunne samle inn data, som er den informasjonen vi trenger, for å utføre undersøkelsen vår. Det finnes to hovedformer av metoder- kvantitative og kvalitative. For forskningsmetodene er det grunnleggende normer som er fastsatt for hvordan dette arbeidet skal foregå. Disse normene stammer fra bruk av kvantitative metoder, men kan også overføres til kvalitative metoder. De kan oppsummeres slik:

- Resultatene skal ha overenskomst med virkeligheten.
- Data skal være utvalgt systematisk.
- Data skal benyttes nøyaktig.
- Førforståelsen til forskeren skal belyses.
- Resultatene skal kunne kontrolleres
- Forskningen bør være kumulativ (Dalland, 2017, s. 56)

De kvantitative metodene har en fordel i at de gir oss data som er målbare, mens de kvalitative metodene tar sikte på å fange opplevelse som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2017, s. 52) En metode er altså en systematisk innhenting av data. Denne innhenting kan skje i form av systematiske litteraturoversikter basert på sammenstilling og analyse av resultatene til forskningsartikler eller den kan skje empirisk. Det er ikke alltid metodene klarer å fange opp det vi ønsker å undersøke. Det er heller ikke alltid forskeren klarer å gjennomføre undersøkelsen som planlagt. Derfor er det viktig å gjøre rede for hvordan usikkerheten ved metoden eller gjennomføringen kan hatt noen innvirkning på resultatene av forskningen (Dalland, 2017, s. 54).

#### 3.1 Kvantitativ metode

Kvantitative data er målbare tall, enheter og objektive data, også kjent som eksakt faktakunnskap. Disse dataene samles inn med faste svaralternativer på spørreundersøkelser, eller standardiserte intervjuer, eller systematisk og strukturert observasjon, eller eksperiment.

Metoden kjennetegnes ved at en får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter, såkalt breddekunnskap. Dataene kalles for harde data (Friberg, 2017; Thidemann & Thidemann, 2015, s. 78).

### 3.2 Kvalitativ metode

Med kvalitative metoder får du data om subjektive menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Man får fram nyanser. Man får frem meningssammenhenger ved en kvalitativ tilnærming. Datasamlingen foregår ved bruk av intervju, feltarbeid og dokumentanalyse. Dybdekjennskap kjennetegnes ved denne metoden, det vil si at vi får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter. Dataene kalles for myke data (Friberg, 2017; Thidemann & Thidemann, 2015, s. 78).

### 3.3 Litteraturstudie som metode

Til denne bacheloroppgaven har jeg hentet inn relevante forskningsartikler fra ulike søkedatabaser med hovedfokus på primærkilder, og forskning ikke eldre enn 6 år. Det er også brukt faglitteratur, og relevante sykepleieteorier. Når du lager en integrativ litteraturoversikt må du lage en oversikt, og gjøre sammenligninger, konklusjoner, og samstemme resultatene i tillegg til datareduksjonen, for da å frambringe resultatene fra de forskjellige studiene til en ny helhet. Du må identifisere de underliggende mønstrene i dataene. Tolkningene må være bærekraftige og det må være en rød tråd igjennom teksten som viser hvordan resultatene henger sammen (Friberg, 2017, s. 150).

«En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom og til slutt å sammenfatte det hele» (Thidemann & Thidemann, 2015, s. 79-80). Artikkelen utgjør oppgavens vitenskapelige grunnlag, mens annen faglitteratur og sykepleieteorier bidrar med forståelse og ulike perspektiver som er viktig for bredere forståelse av resultatene i diskusjonsdelen av artikkelanalysen.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i både kvantitative og kvalitative forskningsartikler i denne litteraturstudien. Siden jeg ønsker å fange opp både subjektive opplevelser, pasientenes holdninger til behandlingen, og tallmessige, objektive forhold for å måle suksess i forhold til fysisk trening i recovery fra rusmisbruk. For å få fram dette må jeg bruke begge disse forskningsmetodene ifølge Thidemann (2015, s. 78). Det har vært viktig å analysere funnene

på en kritisk måte siden jeg besvarer hensikten, og problemformuleringen ut ifra tidligere forskning og litteratur.

### 3.4 Litteratursøk

#### 3.4.1 Valg av databaser og søkeord.

Søk er gjort i Academic Search Premier. Jeg la til søkemotorene Cinahl og Medline i samme søk som er en mulighet i denne søkemotoren.

Søkeordene ble nøye valgt ut av tidligere erfaringer og interesse i problemstillingen. Jeg spisset det inn ganske raskt for å få frem de mest relevante primærartiklene. Jeg brukte kombinasjoner som “drug addiction OR alcohol addiction OR substance abuse” AND “recovery OR rehabilitation OR treatment” AND “physical exercise OR physical activity OR aerobic OR aerobic exercise OR fitness”. For å komme frem til de fire aktuelle artiklene måtte jeg lese overskriftene, og ut fra dem sammendragene fra cirka 50 forskjellige artikler, noe som var tidskrevende arbeid. Vedlegg 1 viser hele søkeprosessen.

#### 3.4.2 Inkluderings- og ekskluderingskriterier og valg av artikler

Til slutt kom jeg fram til fire vitenskapelige artikler. Jeg valgte artiklene ut av deres relevans til sykepleie, at de var fagfelle vurderte av andre forskere, godkjent av en etisk komité og fulgte en IMRAD struktur. Oversiktsartikler ble ikke brukt. De skulle ikke være eldre enn 6 år (senest publisert i 2015), og de måtte ha full tekst. For å få en god bredde valgte jeg ut en kvalitativ artikkel, en kvantitativ artikkel som er en RCT og to artikler som var både kvantitative og kvalitative der den ene hadde en crossover design.

Artiklene ble bevisst hentet fra Vest-Europa, der to er fra Norge og Danmark. Dette er viktig for å finne forskning som er relevant for Norsk kultur og norske pasienter som er i en recovery behandling for rusavhengighet.

For å belyse og underbygge problemstillingen bruker jeg relevant pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen og annen aktuell faglitteratur funnet på universitetsbiblioteket.

### 3.5 Kildekritikk

God kildekritikk har to sider. Først handler det om å finne den litteraturen som best belyser problemstillingen din. Så må du gjøre rede for litteraturen du skal bruke i oppgaven, for oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildevalget er godt beskrevet og begrunnet. Derfor er det viktig å få fram hvorfor litteraturen er valgt og hvordan utvalget er

gjort. Relevansen til din problemstilling og tema må også vurderes (Dalland, 2017, s. 152; Friberg, 2017).

For å sjekke relevans stiller jeg følgende spørsmål:

- Besvarer valgt litteratur noen av spørsmålene som er stilt i oppgaven?
- På hvilken måte belyser kilden problemstillingen og spørsmålene jeg stiller?
- Hvordan kan jeg bruke kilden i oppgaven min?

Etter å ha fått svar på dette kan jeg vurdere om kilden er aktuell for min problemstilling. Så må kildens kvalitet vurderes, det blir vurdert ut ifra dens troverdighet og holdbarhet, og hvilken type kilde det er (Dalland, 2017, s. 159-160).

Jeg utførte sekundærsøk på artikkelforfatterne for å kvalitetssikre artiklene og verifisere at de ble skrevet og utført av adekvate forskere. Jeg fant ut at flere forfattere hadde flere publiserte forskningsartikler som var fagfellevurdert, og hadde videreutdanning og doktorgrad. Dette ga meg en visshet om at de valgte artiklene er vitenskapelig holdbare. Jeg søkte også på referanselistene til de valgte artiklene, uten å finne relevante artikler for min studie. De som hadde relevant innhold ble ekskludert på grunn av publiseringsdato da jeg ikke ville ha artikler eldre enn publisert i 2015, siden de er «ferskvare».

### 3.6 Forskningsetikk

Når vi står ansikt til ansikt med vanskelige avgjørelser i livet, skal etikken gi oss hjelp og et grunnlag for vurderinger før vi handler. I forskningsetikk er det likt, det handler om å vurdere det etiske innen forskning i forbindelse med samfunnets normer og verdier. Denne analysen berører alle sider ved forskningen, alt fra valg av problemstilling og planlegging, til hvilke metoder som skal anvendes, samt hvordan disse resultatene blir brukt og rapportert.

Forskningsetikken handler i tillegg om å ivareta personvernet, og forsikre at de som er med i forskningen ikke får unødige belastninger, eller blir påført skade. Målet er å erverve ny kunnskap og forståelse. Det må heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2017, s. 236).

Når man vurderer en forskningsartikkel etisk, sjekker man om den er godkjent av en etisk komité. Mine forskningsartikler er vurdert og godkjent av en etisk komité i landet den var utført i, alle utenom den norske. Den norske studien av Ellingsen med flere (2018) ble ikke vurdert av en etisk komité siden alle pasientene ved avdelingen allerede samtykket til å frivillig være med på treningsaktiviteter som en del av deres behandling.



### 3.7 Analyse av artiklene

For å kunne analysere artiklene måtte de leses flere ganger. Man må sette seg inn i materialet for å kunne se helheten. Deretter må man lese del for del. Så måtte jeg finne likheter og ulikheter i de fire valgte artiklene. Artiklenes teoretiske utgangspunkt, tilnæringsmetode og analyseringsmåter ses oppimot hverandre. Selv om artiklene er fagfellevurdert er det viktig å se på svakheter og styrker for å se om de egner seg til min problemstilling, og faglig gode nok til å kunne brukes i min oppgave. For å komme fram til et resultat måtte jeg se på likheter og ulikheter (Friberg, 2017).

Ved å sette opp resultatfunnene i en oversiktstabell var det lettere å se studienes likheter og ulikheter. De resultatene som var gjennomgående i de fleste studiene, og som sammenfalte med min hensikt valgte jeg ut for videre analyse. Der jeg så på hvilke resultater som var de sterkeste, som gikk mest igjen, og ble vektlagt av forskerne. Med denne analysen kom jeg fram til tre hovedfunn, og flere underkategorier som samsvarte med min hensikt og problemområde (Friberg, 2017, s. 141-152).

## 4 RESULTAT

Resultatene fra analysen er presentert under i tabell 1.

Hovedfunn	Underkategorier
Fysiske forbedringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Økt styrke</li> <li>- Økt utholdenhet</li> <li>- Økt vitalitet</li> <li>- Bedre holdning</li> </ul>
Forbedret mental styrke/helse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Håndtere følelser</li> <li>- Bedre selvbilde</li> <li>- Økt mestring</li> <li>- Re-integrasjon til samfunnet</li> </ul>
Reduserer sug etter rus/craving	

Tabell 1

### 4.1 Fysiske forbedringer.

Ved en studie måles fysisk forbedring med The positive and Negative Effect Schedule (Ellingsen et al., 2018), siden man med bedret fysikk vil få mindre strekkskader etc. og med det få mindre negativ effekt fra treningen. Det var en signifikant nedgang ved fotball, men ikke signifikant nedgang ved sirkeltrening og turgåing.

I en annen studie hadde de mer kontroll når de trente, så de var ikke lenger flau for å gå til et treningsstudio, som Jason sier:

“...I am not going because I don't know what I am doing, because everybody would be looking at me. I had that last year, I remember I went to the gym and I never came back. The program helps you push past those uncomfortable feelings of walking into a gym...” (Morton et al., 2016)

Informasjon om fysiske forbedringer ble innhentet ved bruk av kvantitativ data, det ble utført tre fysiske tester, og et spørreskjema før og etter kursdeltagelse (Giménez-Meseguer et al., 2015). Testene som ble utført var The Six-Minute Walk Test (6MWT), Timed Get Up and Go Test (TGUG), Chair Stand Test (CST) og spørreskjemaet Short Form Health Survey (SF-36) (Giménez-Meseguer et al., 2015). Resultatet etter tolv uker med gruppetrening var signifikant forbedring i fitness nivå sammenlignet med kontroll gruppen. Deltagerne i treningsgruppen hadde en signifikant forbedring i utførelsen av 6MWT, TGUG og CST testene sammenlignet med kontroll gruppen. Spørreskjemaet SF-36 vist også signifikant forbedring i vitalitet og fysisk funksjon og helse generelt sammenlignet med kontroll gruppen. Kvalitativt intervju ble utført etter oppholdets slutt. Fra det intervjuet kom det fram

at de hadde fått fysiske fordeler av treningen som bedre kondisjon, forbedret styrke, koordinasjon og fleksibilitet. De hadde også mindre skader og muskelsmerter ved kursslutt.

En deltager sa:

“The benefit has been to find myself more elastic, more flexible. My body feels lighter and more flexible. “ en annen sa: “...Now I have been doing exercise and I have gained more endurance and strength” (Giménez-Meseguer et al., 2015)

Deltagere hadde også hatt vektreduksjon, noe som er positivt, De hadde også hatt en markant økning i vitalitet, og forbedring i ADL aktiviteter, som en deltager sa:

“The simple fact of getting up in the morning, starting the day, doing your shift...Everything, everything has improved” (Giménez-Meseguer et al., 2015)

#### 4.2 Forbedret mental styrke/helse

Forbedring mentalt blir målt med the Feeling Scale og 10 item Rosenberg Self-Esteem Scale (Ellingsen et al., 2018). For humøret var det en tidseffekt på Fotball, og sirkeltrening.

Gjennomsnittet steg fra før til etter sirkeltreningen, men det var ikke signifikant. Ved selvfølelse var det ikke noe statistisk signifikant endring over tid ved noen av de tre treningsformene, selv om poengsummene steg i positiv retning for fotball og sirkeltrening.

Deltagerne forteller om forbedringer i humøret, og at de håndterer følelser på en bedre måte. De sier de er roligere og mindre sinte, og at spesielt boksetimene har gitt dem mer disiplin (Morton et al., 2016). De følte også de har blitt bedre i å kommunisere, og håndtere vanskelige følelser. Som Nicole sa:

” I am more patient and tolerant. I would have a short fuse, but I am finding I am more calm. I am not in such a rush anymore. With the kids I am listening a lot more, with my oldest I am a lot more patient” (Morton et al., 2016)

Et hovedtema som kom opp er rollen fitness har i å bygge elementene til recovery kapital. Et annet sterkt tema som kom opp er hvordan deltagerne nå ønsker å bli godtatt av lokalsamfunnet. De ønsker å gi noe tilbake til det, og bli re-innlemmet med lokalsamfunnet, og hvordan treningen hjalp dem med dette. De fortalte også om hvordan de nå hadde et mye bedre forhold til familiemedlemmer (Morton et al., 2016).

Fra spørreskjemaet SF-36 kom det fram at deltagerne fra treningsgruppen hadde forbedret livskvalitet med bedre sosiale antenner, og mental helse (Giménez-Meseguer et al., 2015).

Fra det kvalitative intervjuet kom det fram at de hadde hatt forbedringer, både sosialt og

psykologisk. En av de psykologiske forbedringene var det å glemme hverdagsproblemene, som en deltager fortalte:

“For example, if I have an overwhelming day, exercise helps me clear my mind and forget about all the problems here and outside” (Giménez-Meseguer et al., 2015)

Den avslappende og distraherende komponenten i fysisk trening resulterte i en forbedring av deltagerens humør, De fortalte om mindre stress og angst. Som fortalt av en deltager:

“We always ended up happy after the exercise session, at least me. Exercise allows us to forget about daily stress, it seems to reduce the load on our shoulders, it gives us a breathing space...” (Giménez-Meseguer et al., 2015)

Det å klare å fullføre treningsprogrammet og forbedre den fysiske helsen ga dem en følelse av personlig prestasjon og økt selvtillit. Som en av deltagerne sa så godt:

“The feeling of being capable of doing things, of seeing that with sacrifice you can do things the right way, and you can rise above your limits. If it wasn't for the exercise, I would have continued on the same path...” (Giménez-Meseguer et al., 2015)

Det ble også rapportert fra deltagerne at de samarbeidet bedre og stolte mer på de andre deltagerne i programmet, den sosiale atmosfæren og relasjonene mellom deltagerne forbedret seg utover kurset. En deltager forklarte:

“Working in group, and even more in exercise, brings people together, it helps to break the ice with your mates... exercise is very good for all these things” (Giménez-Meseguer et al., 2015)

#### 4.3 Reduserer sug etter rus/craving

Det ble brukt en Visual Analogue Scale fra 0 til 10 for å måle sug etter rus (Ellingsen et al., 2018). Det var ingen spesiell effekt over tid for verken fotball, sirkeltrening eller turgåing, men etter en reduksjon etter trening steg gjennomsnittsscoren for fotball og sirkeltrening ved testen 2 og 4 timer etter trening.

Data for rus sug/craving ble innhentet fra tre spørreskjemaer: The Addiction Severity Index (ASI), the Timeline Follow-Back Questionnaire (TLFB), og the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (Roessler et al., 2017). Det ble utført en komparativ analyse av oppsummert statistikk. Alle deltagerne brukte en hjerterytmemåler under alle treningsøktene. Det ble utført en dose-responsanalyse for å se om det var noen sammenheng med hvor mye de trente og reduksjonen av konsumert alkohol. For denne analysen ble det brukt en

multilinjer-modell der de inkluderte antall treningsdager målt med hjerterytmemonitoren som prediktor. Alle gruppene hadde en signifikant reduksjon av konsumert alkohol. Det ble ikke funnet noen markant forskjell mellom gruppene. Edruelighetsdager hadde økt og antall drinker konsumert på drikkedagene hadde sunket hos alle. Den relative risken for konsumerte drinker på drikkedager hos gruppen som trente individuelt sammenlignet med kontrollgruppen viser en statistisk signifikant forskjell. Moderat fysisk aktivitet viste seg å ha en beskyttende effekt på drikkeoppførsel sammenlignet med lav fysisk aktivitet blant deltagerne som fullførte IPAQ undersøkelsen seks måneder etter behandlingen, og en høyere edruelighetsrate enn deltagere som hadde lavt nivå av fysisk aktivitet. Det ble også funnet en dose-respons effekt av fysisk trening. Mengde alkohol konsumert i treningsgruppene sank med 4% for hver aktiv treningsdag. Det betyr at jo flere aktive treningsdager som deltagerne registrerte jo mindre alkohol ble konsumert seks måneder etter behandlingen. De har mindre konsum fordi de har mindre craving (Roessler et al., 2017).

Ved en studie beholdt nesten alle av kursdeltagerne deres rusfrie tilværelse, eller kuttet ned på dop bruken. De sa dette kom fra deltagelse på kurset (Morton et al., 2016). Mange av de i recovery, som ikke lenger brukte narkotika sa at kurset hjalp dem beholde den rusfrie tilværelsen.

I denne studien hjalp treningsprogrammet signifikant til å senke suget eller ønsket om å bruke dop (Giménez-Meseguer et al., 2015). Deltagere fortalte:

“The desire to use drugs has reduced, because doing exercise and using drugs are just totally incompatible. In fact, I am a very anxious person because I have that kind of genes, nervous and unsettled, but this (exercise program) is very good for me, it relaxes me. What I have is an impulsiveness and nervousness that drives me to a state of anger, of rage, and then I want to run away and consume” en annen sa: “It helps you keep your mind occupied, it takes bad thoughts away from you (...). Since I came here (exercise program). I haven’t had any desire to consume. I remember some situations, some moments, but when I’m doing exercise, nothing at all” (Giménez-Meseguer et al., 2015)

## 5 DISKUSJON

Her vil jeg belyse min hensikt med oppgaven ved å diskutere integrativ litteraturoversikt som metode. Men først vil jeg trekke inn metodekritikk, samt diskutere gyldighet og relevans til de utvalgte artiklene. Til slutt kommer resultatdiskusjonen, hvor resultatene blir sett i sammenheng med faglig litteratur og teori, og personlige refleksjoner, for å få en ny helhet. Jeg kan nesten ikke referere til pensumlitteraturen, da vi gjennom tre års studie ikke har rørt temaet. Dette speiler hvor lite dette viktige temaet blir tatt opp i sykepleierstudiet. Med utgangspunkt i resultatene vil jeg her forsøke å svare på andre del av oppgavens hensikt – hva sykepleiere/behandlere kan gjøre for at brukeren tar i bruk fysisk trening som en del av behandlingen.

### 5.1 Metodekritikk

Data må hovedsakelig bygge på forskning relevant for sykepleiefaget. I retningslinjene til bachelor for sykepleie står det at vi må bruke litteraturstudie som metode. Temaet skal være selvvalgt og det må være aktuelt for sykepleieres funksjon, og samfunnsoppgaver. Søket etter forskningsartikler var tidskrevende. Selve problemstillingen har blitt omformulert noen ganger underveis. Selve temaet jeg valgte er av stor personlig interesse, og veldig aktuelt i forhold til den retningen jeg har valgt innenfor sykepleieryrket.

De fleste forskere innenfor naturvitenskapen i dag er positivister, og de kan kjennetegnes ut ifra noen hovedtrekk ved dagens positivisme:

- Et grunnleggende trekk er deres tillit til vitenskapelig rasjonalitet eller fornuft.
- Kunnskapen skal kunne utprøves empirisk, mens målinger erstatter vurderinger og bedømmelser.
- Man skal bruke anerkjente vitenskapelige metoderegler og kunnskapskrav, da det skal innhentes troverdig kunnskap, så kravene til validitet og reliabilitet må oppfylles (Dalland, 2017, s. 40-41).

Jeg bestemte meg for tema tidlig i prosessen, og satte søkelys på å bruke primærlitteratur og nyere forskning på området. Det ble klart for meg tidlig at for å få bredest mulig informasjon om temaet burde jeg bruke både kvantitativ og kvalitativ forskning. Den kvalitative metoden vil få fram de subjektive opplevelsene til pasientene gjennom dybde intervju, mens den kvantitative metoden vil få fram de tallmessige forholdene i forbindelse med hva fysisk trening gir brukeren i recoveryprosessen.

Et funn i studiet er at de forskjellige kildene kommer frem til ulike svar når det gjelder hvordan fysisk trening hjelper på suget av rus, selv om de til slutt konkluderer likt. En styrke som ble funnet i studiet var at mange andre goder kom klart frem fra forskningen, noe som lett kan overføres og brukes i praksis.

Alle mine forskningsartikler ble skrevet på engelsk, jeg måtte derfor oversette alle til norsk. I denne prosessen kan jeg ha feiltolket noe av innholdet eller jeg kan ha gått glipp av viktige nyanser i artiklene. I fortolkningsprosessen kan jeg ha misforstått noe av det de ville formidle. Det ble brukt mye tid på å oversette artiklene, og de er tolket på best mulig vis ut ifra mine faglige kunnskaper og språkførståelse. Dette litteraturbaserte studiet har gitt meg et mer komplekst bilde av recoveryprosessen for rusmisbrukere, og gitt meg svar på problemstillingen min.

Siden jeg selv har valgt de empiriske artiklene som lager grunnlag for min litteraturbaserte studie, kunne jeg kanskje ha valgt ut artikler som kunne gitt et bedre svar på min problemstilling ved å bruke andre databaser eller søkeord. Selv om jeg brukte mye tid på å velge empiriske artikler med høy kvalitet, kan jeg ha oversett annen relevant forskning som kunne ha belyst min problemstilling på en bedre måte. Ved å bare ha brukt fire artikler til å belyse min problemstilling, som følge av begrenset tid til rådighet, kan det ha satt en begrensning på min besvarelse av oppgavens hensikt i lys av fagområdets kompleksitet.

Det må også bemerkes at denne studien er påvirket av min virkelighetsoppfatning og syn. Andre kan ha analysert dette annerledes, med annen bakgrunn og syn på virkeligheten. Andre kan derfor komme fram til andre konklusjoner enn det jeg har kommet fram til ved å analysere de samme artiklene med en annen virkelighetsoppfatning, og sett med et annet perspektiv.

## 5.2 Metodediskusjon

En studie viser at fysisk trening er terapeutisk aktivitet, som hjelper på humøret og på suget etter rus (Ellingsen et al., 2018). Disse tiltakene er lett overførbare til praksis. Formålet med studien er tydelig. Studien er også relevant siden den er gjennomført i Norge, og kan lett gjennomføres i avrusningsklinikker. Den bygger på forhenværende studier. De har en crossover design som har elementer av både kvalitativ og kvantitativ metode. Svakheter med studien er at den er utført med et lite utvalg av pasienter. Noe som gjør det vanskelig å komme til et avsluttende resultat. At all trening utføres tidlig om morgenen da suget etter rus ikke er så stort er også en ulempe. Selvfølelsen etter trening burde også blitt målt.

Viktigheten med et profesjonelt behandlerteam som motiverer, og viser hvordan øvelser blir utført riktig kommer frem, men ikke godt nok. De konkluderer selv med at framtidige studier burde bruke et større antall pasienter i et randomisert kontrollert studie. Selvrapporingen kan ha gjort at de ikke rapporterer alt, for å virke mer positive. Det er ingen kontrollgruppe å sammenligne med.

En annen studie er utført i Irland, og burde ha god overførbarhet til Norge (Morton et al., 2016). Den bygger videre på tidligere studier. Den får fram at recovery er en pågående prosess. Den viser også hvordan trening påvirker positivt mange elementer hos brukeren som selvfølelse, stemningsleie, følelser og holdninger. De ble mer godtatt og integrert i samfunnet. Det kommer også fram viktigheten med et profesjonelt behandlerteam som veileder og motiverer. Den får fram betydningen av å finne en aktivitet som interesserer brukeren. Svakheter ved studien er den korte tiden, da du ikke får målt langtids effekten, og at den er utført på et lite antall brukere. Artikkelen har en svakhet for min studie ved at den studerer både effekten på utdanning og fysisk trening under recoveryprosessen.

En tredje studie er utført poliklinisk i Spania, som også burde være overførbar til Norge (Giménez-Meseguer et al., 2015). Den får godt frem de positive effektene trening har på brukeren både fysisk, psykisk og sosialt. Den bygger på forhenværende studier. Det at den kombinerer både en kvalitativ og kvantitativ metode gir den et mer komplett og grundig resultat. Den får fram hvordan rusmisbruk og trening ikke passer sammen, så endorfin frigjøringen under trening kan hjelpe deg mot å få tilbakefall, ved at du får en liten rus av treningen selv. Dette hjelper med å senke suget etter rus. Treningen hjelper deg å glemme dagligdagse problemer, og disse problemene er det mange som sier er en av grunnene til at de ruser seg. Svakheter er den lille gruppen den er utført på, og at den ikke er randomisert. Det at det var mange som meldte frafall er en svakhet her, og som går igjen i studiene.

Den fjerde og siste studien er utført i Danmark som gjør den overførbar til Norge (Roessler et al., 2017). Det er en stor studie med mange deltagere og går over en lang periode med oppfølging. Det er en randomisert kontrollert studie. Den bygger videre på tidligere studier. Studiens lengde får fram hvordan videre trening holder alkoholkonsumet nede. En svakhet ved studiet er at den mangler den kvalitative analysen av deltagere, og da ikke får fram aspekter treningen har på livskvaliteten. Det er også her rapportert om stort frafall blant deltagerne. Den fysiske aktiviteten til de i kontrollgruppen ble ikke registrert. Treningen var



heller ikke skreddersydd etter brukerens ønske. Selvrapporing av alkoholkonsum kan ha gjort til at de underrapporterte, og overrapporterte deres fysiske aktivitet.

I et studium fra Irland ble halvstrukturerte spørsmål utviklet av forskeren sammen med utøvere som satte søkelys på recoveryprosessen, og faktorene som påvirket dem til økt trivsel og dempet negativ effekt (Morton et al., 2016). De hadde fire fokusgrupper med møter som varte i ca. en time. To ble holdt i begynnelsen av behandlingen, og to ved slutten. Svarene som kom fra disse møtene ble tatt opp og analysert og anonymisert, for å forstå recoverypotensialet i deres opplevelser gjennom behandlingen.

Giménez-Meseguer med flere (2015) hadde et dybde intervju med 11 av deltagerne en uke etter behandlingsslutt på rehabiliteringssenteret som varte i 45 minutter. Intervjuet ble tatt opp, oppsummert, anonymisert og analysert.

Ved å gjøre som Morton (2016), å ha intervjuene samlet i grupper, kan de forskjellige deltagerne påvirke hverandres svar. Dette kan være uheldig for undersøkelsen da svarene muligens ikke er helt ærlige. Men de kan også hjelpe hverandre positivt ved at de får impulser fra de andre som de ikke hadde tenkt over før, eller bekrefte eller avkrefte andre deltagers synspunkter. Slik Giménez-Meseguer (2015) utfører intervjuene kan man nok få et ærligere svar fra deltageren, eller de kan ha lettere å svare det de tror forskeren vil høre.

Inklusjonskriterier er at de har hatt langvarige problemer med rusmisbruk, at de var under avrusningsbehandling, og hadde gitt skriftlig og/eller muntlig samtykke. De måtte også kunne lese og skrive språket i det landet der behandlingen ble utført. I en undersøkelse kunne de heller ikke ha noen alvorlig psykose eller kognitiv svekkelse, og ingen alvorlige fysiske funksjonshemninger (Roessler et al., 2017). De måtte være over 18 år. Eksklusjonskriteriet ellers var medisinske, eller mentale kontraindikasjoner mot fysisk trening. At det ikke er mange inklusjons og eksklusjons kriterier viser at deltagerne representerer en stor del av de rusavhengige som får rehabilitering.

Se vedlegg 2 for et bedre innblikk i studienes styrker og svakheter og begrunnelse for valg.

### *5.2.1 Land og arena for studiene.*

Artiklene i denne studien kommer fra Norge, Danmark, Irland og Spania. Dette er land som alle har noen av de beste offentlige helsevesen i verden, alle med høyt utdannet helsepersonell. De er alle land som investerer mye i rehabilitering og recovery. Selv om Irland og Spania ikke har de samme sosialdemokratiske velferdsordningene som Norge og

Danmark er de ennå relevante og overførbare til Norske forhold. Alle undersøkelsene ble utført på polikliniske rehabiliteringssenter, som gjør dem alle overførbare til norske forhold.

### *5.2.2 Forskernes bakgrunn*

Forskernes faglige bakgrunn, og deres kompetanse innen feltet ble undersøkt for å vurdere artiklenes gyldighet. Alle artikler ble forfattet av kompetente forskere med helsefaglig bakgrunn som professorer, leger, psykologer eller sykepleier. De har utgitt både forskningsartikler og helsefaglige bøker.

### *5.1.3 Studienes deltakere*

Ellingsen med flere (2018) sin studie hadde 9 deltagere, der alle deltagere var menn, med en gjennomsnittsalder på 36,7 år, fra 31 år til 44 år, med langvarig rusmisbruk av flere substanser.

Morton med flere (2016) sin studie hadde 17 deltagere der 10 deltagere var damer og 7 menn, med en gjennomsnittsalder på 37 år, fra 19-49 år, her og med langvarig rusmisbruk av flere substanser.

Giménez-Meseguer med flere (2015) sin studie hadde 37 deltagere, der deltagerne hadde en gjennomsnittsalder på 38 år, fra 30 år til 46 år.

Roessler med flere (2017) sin studie hadde 175 deltagere, der gjennomsnittsalder var på 45 år, fra 21 til 77 år, deltagerne hadde hatt problemer med alkohol i gjennomsnittlig 14,8 år.

## **5.3 Resultatdiskusjon**

Hensikten med denne bacheloroppgaven har vært å finne ut hva fysisk trening kan bidra med i recoveryprosessen til rusavhengige. Her vil jeg diskutere mine hovedfunn i sammenheng med teori og egne refleksjoner, og med det begrunne hvordan fysisk trening har innvirkning på recoveryprosessen til denne brukergruppen. Jeg ser også på hva sykepleiere bør legge vekt på i møte med dem, for å påvirke recoveryprosessen på en best mulig måte.

Innledningsvis i studien til Giménez-Moseguer et al. henvises det til World Health Organization, og hevdes at vanlige bieffekter som rusmisbrukere generelt lider av er forverring av både fysisk og psykisk helse, forskjellige emosjonelle problemer, og dårlige sosiale og familiære relasjoner, som ødelegger deres livskvalitet. Derfor er det viktig i alle rehabiliteringsprogram å forbedre livskvaliteten til disse pasientene. Ved å forbedre livskvaliteten deres, reduseres muligheten av tilbakefall til rusmisbruk drastisk (2015).

### *5.3.1 Fysiske forbedringer*

Alkoholikere og stoffmisbrukere generelt pleier å ha en dårligere fysisk helse enn resten av befolkningen, og da særlig knyttet til metabolsk syndrom, kardiovaskulære sykdommer, diabetes, spesielle kreftsykdommer, og generelt dårlig fysisk form (Roessler et al., 2017). Det samme sier Mæland i Forebyggende helsearbeid (2019, s. 186-187), og legger også til at den fysiske aktiviteten forsinker aldringen i mange organer i kroppen i tillegg til at det gir kroppslig og mentalt overskudd. Martinsen trekker også fram at fysisk trening fører til forbedret fysisk form som bedret styrke, utholdenhet, balanse og koordinasjon, avhengig av intensiteten, frekvensen og varigheten av treningen (2018, s. 34-35).

Rusmisbrukere er mennesker som generelt sett er veldig inaktive, da mye av tiden går med på å ruse seg (Martinsen et al., 2018). Vi er skapt for å bevege oss, og kroppen forfaller når den ikke brukes. Stimulerer du ikke musklene blir de svekket. Leddenes funksjon svekkes også ved inaktivitet, som igjen øker sårbarheten for skader og overbelastning. Belastning ved trening styrker skjelettet, mens inaktivitet gjør at skjelettet taper kalk og beinmasse, som øker faren for brudd og skjelettskader. Etter mye forskning på dette feltet har de kommet fram til at regelmessig fysisk aktivitet senker faren for de fleste store folkesykdommene som er hjerte- og karsykdommer, diabetes, metabolsk syndrom, overvekt, osteoporose, artrose, de fleste kreftsykdommer, spesielt tykktarms- og brystkreft (Martinsen et al., 2018, s. 39). Styrketrening øker benmassen, skjelettet blir sterkere ved å belaste det regelmessig med vekttrening. Rusmisbrukere med lang historie av misbruk vil som regel ha tilsvarende lang historie med fysisk inaktivitet. De vil derfor kjenne positive resultater på fysikken ganske raskt av den utførte treningen, som kommer fram i artiklene. Det kommer også fram at de får forbedret fysikk og utholdenhet som forbedrer holdningen (strammer opp musklene). Den forbedrede fysikken/styrken og utholdenheten gir en økt vitalitet og overskudd. Treningen forbedret dem i å utføre ADL, altså hjalp dem i å utføre flere hverdagslige aktiviteter lettere og raskere (Giménez-Meseguer et al., 2015).

De hadde forbedret treningsnivå, som går på fysikk og utholdenhet, og forbedret utøvelse av alle testene utført, øvelsene forbedret den fysiske funksjonen (Giménez-Meseguer et al., 2015). Som uttalt av en i behandling: «The best benefit has been to find myself more elastic, more flexible. My body feels lighter and more flexible» (Giménez-Meseguer et al., 2015).

Personer som har spiseforstyrrelser, da særlig anoreksi nervosa, og bruker sentralstimulerende rusmidler for å gå ned i vekt har lett for å overtrene. Dette er en risiko

som må tas alvorlig. Trening er bra for denne gruppen også, men må ikke være overdreven, og da særlig utholdenhetstrening. For denne gruppen anbefales styrketrening, som hjelper til med å øke muskelmassen og til en viss grad benmassen (Martinsen et al., 2018, s. 118-125).

Siden de har en generell dårlig fysikk og selvbilde, er det et stort arbeid her for sykepleiere å drive et godt motivasjonsarbeid. De vil bli veldig støle og såre ved de første øktene som kan ødelegge motivasjonen deres. Da er det viktig at vi sykepleiere er der og støtter dem, og booster motivasjonen utenifra da den indre kan svekkes. I denne første fasen som kan være vanskelig å komme over, er det viktig at vi er recoveryorienterte. Da får vi deres indre motivasjon forsterket slik at de selv ønsker å fortsette av eget initiativ. Her er menneske til menneske forholdet viktig, så motiverende intervju kan hjelpe dem å holde motivasjonen oppe og fortsette. Det er viktig at sykepleieren er empatisk, at han lever seg inn i situasjonen til rusmisbrukeren og hvordan han har det, og presenterer dette på en overbevisende og tillitsfull måte (Aarre, 2018).

### *5.3.2 Forbedret mental styrke/helse.*

I litteraturen er det utbredte funn at regelmessig fysisk aktivitet har stor betydning for vår mentale helse. Fra flere studier er det funnet at fysisk trening hjelper til bedring av selvfølelse, mentalt velvære og positivt kroppsbilde. Det er særlig Kondisjons- og vekttrening som bidrar til endringene (Martinsen et al., 2018, s. 54-55). Dette kommer fram i undersøkelsen til Ellingsen et al. (2018). Fra denne studien trekker Martinsen frem i boka *Kropp og sinn* at:

Fotball og sirkeltrening medførte forbigående reduksjon av sug etter rusmidler og negative følelser, og økning av selvfølelse og positive følelser, mens endringene i gruppen som gikk tur, var små (2018, s. 103).

Utenom forbedringer i humøret, bedre takling av følelser og roligere sinn, trekker Morton (2016) fram hvordan deltagerne ønsket å bli re-innlemmet i lokalsamfunnet, og hvordan treningen hjalp til med dette. Martinsen vektlegger også hvordan rusmisbrukere har et sosialt nettverk der rusen er sentral, og det er vanskelig for dem å komme i kontakt med personer utenfor dette miljøet. Her hjelper felleskapet rundt de forskjellige sportslige aktivitetene dem å komme i kontakt med personer som ikke ruser seg. Stigmatiseringen de er utsatt for i samfunnet har gitt dem et dårlig selvbilde. Den fysiske treningen kan hjelpe å snu denne følelsen, da mestringsfølelsen av utført trening gir dem økt selvtillit. Sykepleierne prioriterer

også å bygge opp selvtilliten til pasienten ved endringsfokusert rådgivning så han selv kan mestre utfordringene en rusfri tilværelse medfører.

Å være aktiv reduserer angst og depresjon. Det gir også mulighet til livsmestring, og å selv påvirke sin følelsesmessige tilstand med egne krefter, som recovery handler om. Ut av dette får du bedre livskvalitet. Det kan også gi lettere innpass i nye rusfrie sosiale miljøer (Martinsen et al., 2018, s. 108). Med forbedret livskvalitet er det mindre sjans for å få tilbakefall til rusbruk, da rusen ikke trengs lenger fordi livet er godt som det er (Giménez-Meseguer et al., 2015). Det ble registrert at selvtilliten økte blant deltagerne i fotball og styrketreningen (sirkeltreningen)(Ellingsen et al., 2018). Livskvaliteten økte, som ble målt med SF-36 spørreskjemaet, sammen med sosiale ferdigheter og mental helse blant de kvantitative målingene. Fra de kvalitative målingene kom det fram at de hadde forbedringer både psykologisk og sosialt, som forbedret humør, redusert stress og angst, selvfølelse og selvtillit. Dette hjalp dem å glemme hverdagsproblemer (som rusen gjorde før) og mer, som er forklart i kapittel 4.2. De fikk også mer tillit og samarbeidsvilje til andre deltagere. Det er viktig for at de skal få mot nok til å møte andre folk som ikke bruker dop, og derved få venner utenfor rusmiljøet (Giménez-Meseguer et al., 2015).

### *5.3.3 Sug etter rus/craving*

Alle de fire undersøkelsene konkluderer med at Fysisk trening hjelper mot craving eller suget etter rus. I undersøkelsen til Ellingsen (2018) fikk hun imidlertid indikasjon på det motsatte. Hun spekulerer i at det kommer fra at treningen er om morgenen, når suget etter rus er relativt lavt, og at utøverne får det som kalles runner`s high der hjernens innhold av endorfiner øker under fysisk aktivitet (Martinsen et al., 2018, s. 57). Alle artiklene jeg har brukt refererer til andre studier i innledningen som konkluderer med at fysisk trening hjelper til en reduksjon i sug etter rus. Det samme gjør Martinsen i boken Kropp og sinn (2018, s. 103-104).

Det vanskeligste for rusmisbrukere er ikke å slutte med rusmidler, men å ikke begynne igjen (Martinsen et al., 2018). En hovedgrunn til at mange rusmisbrukere ruser seg er at det fjerner ubehagelige følelser som for eksempel tristhet, tomhet, engstelse, uro eller kjedsomhet. Da kan det være en alternativ adferd å subsidiere rusmiddelet med fysisk trening av ulike former, for tomrommet du da får ved å kutte ut rus må fylles med noe annet. De trenger et alternativt livsinnhold siden rusen har vært en så stor del av deres liv. Mange bruker rus for å håndtere dagliglivets bekymringer og problemer. Her kan trening være en alternativ mestringsmekanisme. For disse menneskene har avhengigheten av rus vært en stor del av

livet. Målet trenger ikke være å bli helt avhengighetsfri. Mennesker trenger å være avhengige av noe, men man kan bytte en usunn avhengighet (rus) med en sunn avhengighet (trening) (Martinsen et al., 2018). Det kan frembringe sunne rutiner og struktur i livet, som igjen vil åpne nye dører til nye (rus frie) sosiale miljøer. Gjennom fysisk aktivitet kan du selv påføre deg en rus ved å påvirke de samme belønningssystemene som narkotiskemidler påvirker. Ved middels til høy intensitet under trening frigis endorfiner i kroppen, helt uten sosiale skadevirkninger, abstinenser eller bakrus. Å være fysisk aktiv demper angst og depresjon som igjen minsker risiko for tilbakefall (Giménez-Meseguer et al., 2015; Martinsen et al., 2018, s. 106-108; Aarre, 2018, s. 280, 284). Dette viser hvordan trening som behandlingsform er overførbart til nesten alle former for recovery innen psykisk helse. Det kan også hjelpe «mannen i gata» med å komme over angst, depressive tanker og hverdagslige problemer.

Det er viktig å ha profesjonelle instruktører til å vise dem hvordan man bruker de forskjellige treningsapparatene så de vet hva de gjør, bruker apparatene på riktig måte og ikke skader seg. Dette blir nevnt i mer eller mindre grad i alle artiklene. Det er også bra for motivasjonen at en kvalifisert behandler er med under treningsøkten som både Ellingsen (2018) og Giménez-Meseguer (2015) nevner i artikkelen. Dette hjelper dem til å få mestringsfølelse og motivasjon til å fortsette den aktive treningen.

Recoveryprosessen er kompleks, som det står i psykiskhelsevernloven skal det utføres forsvarlig, hensiktsmessig, respektfull og etter pasientens behov og selvbestemmelsesrett (Psykiskhelsevernloven, 1999). For at det skal skje må det være tverrfaglig arbeid, der sykepleier har en sentral rolle.

Det trengs nye studier for å kunne ta i betraktning langtidseffektene av fysisk trening i recoveryprosessen (Morton et al., 2016). Ellingsen (2018) er en kvantitativ studie, men siden det er veldig få deltagere til å være kvantitativ klarer de ikke å finne noen statistisk signifikante svar, så svarene blir spekulative. De mener flere studier må til og da ta med måling av selvfølelsen etter trening som de ikke helt klarte. Det må også studeres med flere deltagere, og ha kontrollgruppe som Ellingsen ikke hadde med, og utføres som en randomisert kontrollert studie.

Den høye andelen frafall i studiet adresseres, og må tas i betraktning i framtidige studier. Det kan ha med motivasjonen å gjøre. Hun nevner også at treningen må skreddersys mer etter deltagerens ønske for å holde oppe motivasjonen, og gjøre det interessant for pasienten (Roessler et al., 2017). At treningstiltak ikke ble rapportert er også en limitasjon som vil være

med i framtidige studier. Giménez-Meseguer (2015) sine limitasjoner er få deltagere, en del frafall av deltagere, og at studien ikke var randomisert, flere studier trengs for å adressere disse problemene konkluderer han til slutt. Denne studien var den eneste som kombinerte kvantitativ og kvalitativ måte, som viser seg å være den beste måten å studere dette temaet da de fikk fram de beste resultatene av disse fire studiene. Et annet problem kan være at deltagerne ikke husker alt de har gjort (recall bias), og med det underrapportert rusbruk, og overrapporter fysisk aktivitet i spørreundersøkelsene og intervjuene. Rusmiddelbruken kan ha påvirket korttidsminnet deres negativt (Martinsen et al., 2018, s. 36; Roessler et al., 2017). Alle studiene konkluderer med at trening er viktig i recoveryfasen for rusmisbrukere og burde bli tatt med i alle framtidige recoverybehandlinger. Fysisk trening har så mange positive gevinster som vi ikke kan unnlate oss å benytte. Fysisk aktivitet som behandling er billig og ressurs sparende og helt uten bieffekter (Martinsen et al., 2018).

Mange rusavhengige er utålmodige personer som blir lett frustrert, og har lett for å kjede seg. De er også en sårbar gruppe som hele tiden har blitt stigmatisert, utstøtt, diskriminert og mistenkeliggjort. Det er derfor viktig at behandlere ikke dømmer, men aksepterer pasienten for den han er (Aarre, 2018, s. 280-281, 285). For å lykkes må vi ha gode holdninger, og bruke mye tid på motivasjon, da den høye tendensen til frafall kan være mangelen på motivasjon og mestringsfølelse blant deltagerne. Når vi som sykepleiere skal tilrettelegge fysisk aktivitet er det viktig at vi kjenner til motivasjonsstrategier. Som Empowerment, styrking av pasientens egne ressurser, og endringsfokusert rådgivning. Vi bør også ha aktivitetserfaring. Vi må sette søkelys på pasientens funksjonsnivå og autonomi, og legge opp treningen deretter, for å kunne motivere pasienten. Er vi som sykepleiere motiverte og energiske, og deltar aktivt selv er det lettere å få med seg pasienten. Med realistiske forventninger, gode holdninger og god planlegging smitter motivasjonen til sykepleierne over på pasientene (Martinsen et al., 2018, s. 156-157). Innen rusomsorgen er motivasjonssamtalen mye brukt, her skal det settes søkelys på brukerens meninger og løsninger. Her skal sykepleierne hjelpe brukeren å ta initiativ basert på egne beslutninger ved hjelp av åpne spørsmål og refleksjoner. Endringen som skjer skal baseres på brukerens egen motivasjon, og blir da opplevd som viktig og meningsfull for brukeren selv (Martinsen et al., 2018, s. 159-161). Endringsfokusert rådgivning er en norsk utviklet variant av motivasjonssamtalen. Her skal vi igangsette, og sikre en god relasjon mellom behandler og pasient. Vi skal hjelpe pasienten å skape konkrete forpliktelser om endring av adferd, og aktivere endringsfokusert kommunikasjon (Biong & Ytrehus, 2018, s. 121-122).

## **6 ANDVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS**

Konklusjonen i dette studiet er ganske klar. Fysisk trening burde bli innført ved all form for avrusning, siden det har så mange goder for pasienten, og uten bivirkninger som kan komme av medikamentell behandling. Det hjelper pasienten både fysisk, mentalt, og sosialt med å komme tilbake til samfunnet. Det reduserer abstinenser, sug og trang etter rusmidler, og kan bli en substitutt for rusen, helt uten bivirkninger (Martinsen et al., 2018). Men sykepleiere må drive aktivt med motivasjonsarbeid, endringsfokustert rådgivning og styrke ressursene til pasienten via Empowerment. Vi må være med på aktivitetene og være engasjerte, siden sykepleiernes holdninger påvirker og stimulerer pasientene som er i recovery. Det trengs god planlegging og oppfølging. Det er viktig at det prioriteres i avdelingen, og at fysisk trening kommer på dagsorden. Det burde prioriteres så mye at det har tid mellom 8 og 16 i hverdagene. Det er viktig at avdelingsleder ser potensialet i fysisk trening som behandlingsform, for at det skal kunne iverksettes på avdelingen, og bli en del av behandlingen (Martinsen et al., 2018). Det bør bli en obligatorisk del av behandlingsopplegget, og tilrettelagt av fagpersoner. Trening bør innføres som en del av behandlingen i alle behandlingsformer, både poliklinisk og ved innleggelse på institusjon, da rusmisbrukere behandles både poliklinisk og ved innlegging på institusjon for lengre perioder. Det må kunne skreddersys etter deltagers ønsker og funksjonsnivå, og kunne utføres i grupper, hvis ønskelig, siden det sosiale er viktig for mange. Har man kompetente sykepleiere som er øremerket den fysiske treningen, vil det øke nivået på aktivitetstilbudet. Det er viktig med noen ildsjeler, men alt personal burde delta for å ikke brenne ut disse ildsjelene, som lett kan skje hvis alt ender på dem. Treningen må være mestringsorientert og ikke resultatorientert (Martinsen et al., 2018, s. 165-167). Fysisk trening som behandlingsform har stor nytte innen all form for recovery og rehabilitering, innen psykisk helse, for ikke å snakke om populasjonen generelt, da fysisk trening er viktig for helsen til alle, både psykisk og fysisk (Berntsen et al., 2011; Martinsen et al., 2018). Det hjelper på velvære, er en buffer mot stress, hjelper på selvfølelsen og kroppsbildet, bedrer søvnen, hjelper på muskelspenninger, hjelper til kreativitet og tenkning, letter/forebygger ved depresjon og angst og terapi for andre psykiske lidelser (Martinsen et al., 2018).



- Berntsen, R. A., Moe, T., Martinsen, E. W. & Borge, L. (2011). *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi*. Fagbokforl.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Ellingsen, M. M., Johannesen, S. L., Martinsen, E. W. & Hallgren, M. (2018). Effects of acute exercise on drug craving, self-esteem, mood and affect in adults with poly-substance dependence: Feasibility and preliminary findings [journal article]. *Drug & Alcohol Review*, 37(6), 789-793. <https://doi.org/10.1111/dar.12818>
- Friberg, F. (2017). *Dags for oppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl. utg.). Studentlitteratur.
- Giménez-Meseguer, J., Tortosa-Martínez, J. & Remedios Fernández-Valenciano, M. d. l. (2015). Benefits of Exercise for the Quality of Life of Drug-Dependent Patients [journal article]. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(5), 409-416. <https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1102991>
- Hannah Ritchie, M. R. (2019). *Drug use*. <https://ourworldindata.org/drug-use>
- Hoxmark, E. (2010, 09.04.2021). *Recovery*. <https://www.napha.no/content/13883/recovery>
- Kristoffersen, N. J. (2016). *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bd. 3). Gyldendal akademisk.
- Martinsen, E. W., Andersen, E., Borge, L., Moe, T. & Johannessen, B. (2018). *Kropp og sinn : fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg. utg.). Fagbokforl.
- Morton, S., O'Reilly, L. & O'Brien, K. (2016). Boxing clever: utilizing education and fitness to build recovery capital in a substance use rehabilitation program. *Journal of Substance Use*, 21(5), 521-526. <https://doi.org/10.3109/14659891.2015.1077281>
- Mæland, J. G. (2019). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (1. versjon. utg.). Universitetsforlaget.
- Psykiskhelsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven>

Roessler, K. K., Bilberg, R., Sjøgaard Nielsen, A., Jensen, K., Ekstrøm, C. T. & Sari, S. (2017). Exercise as adjunctive treatment for alcohol use disorder: A randomized controlled trial [Article]. *PLoS ONE*, 12(10), 1-14.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186076>

Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering* (1. utg.).

Thidemann, I.-J. & Thidemann, M. U. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.).

Universitetsforlaget.

Wiig, F. L. (2016, 17 mars 2016). *Hva er recovery for rop brukere*. Rop.no.

<https://rop.no/aktuelt/hva-er-recovery-for-rop-brukere>

Aarre, T. F. (2018). *Psykatri for helsefag* (2. utg.). Fagbokforl.

**Vedlegg 1**

<b>Søkeord</b>	<b>Søkemotor</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Lest sammendrag</b>	<b>Brukte artikler</b>
Physical activity AND recovery AND drug addiction	Academic Search Primer/ Cinahl/ Medline	7	1	0
exercise AND rehabilitation AND drug abuse	Academic Search Primer/ Cinahl/ Medline	24	4	0
Physical exercise AND Rehabilitation AND Drug abuse	Academic Search Primer/ Cinahl/ Medline	0	0	0
Physical activity OR Exercise OR Physical exercise AND Recovery OR rehabilitation AND Drug abuse OR Drug addiction	Academic Search Primer/ Cinahl/ Medline	49	5	0
Exercise AND recovery AND substance abuse	Academic Search Primer/ Cinahl/ Medline	71	3	0
Fitness AND recovery AND substance abuse	Academic Search Primer/ Cinahl/ Medline	16	3	1
(Exercise or physical activity or fitness) AND (recovery or rehabilitation) AND (drug abuse or substance abuse)	Academic Search Primer/ Cinahl/ Medline	582	40	2
Exercise AND recovery OR rehabilitation AND alcohol abuse	Academic Search Primer/ Cinahl/ Medline	29	6	1

Tabell 2

**Vedlegg 2**

Artikkelens tittel	Effects of acute exercise on drug craving, self-esteem, mood and affect in adults with poly-substance dependence: Feasibility and preliminary findings
Tidsskrift/årstall	Drug and Alcohol Review 2018
Forfattere	Maren M. Ellingsen, Sunniva L. Johannesen, Egil W. Martinsen og Mats Hallgren
Perspektiv	Pasient
Problem	Effekten av fysisk trening for rusavhengige som bruker flere substanser i recovery
Hensikt	Se effekten av tre forskjellige trenings aktiviteter på rus sug (drug craving), selvfølelse, humør og andre positive og negative effekter på rusavhengige av flere stoffer.
Metode	kvantitativ crossover design med kvalitativt preg. 9 pasienter var med, det var ikke en kontroll gruppe med. De fikk undervisning av profesjonelle i utførelse av treningsaktiviteter og motivert. De rapporterte på fem forskjellige skjemaer om rus sug, humør, positive og negative utslag, selv-følelse og anstrengelse under aktiviteten. De fire første skjemaene rapporterte de før trening, rett etter trening og 1, 2 og 4 timer etter trening, det siste skjema bare rett etter trening. Behandlere var med på alle øktene. Siden alle deltagerne hadde allerede godkjent å være med på treningsaktiviteter som en del av behandlingen ble ikke etisk godkjenning utført. Det ble utført 3 forskjellige aktiviteter, fotball, sirkeltrening med treningsapparater (styrketrening) og turgåing. Disse ble valgt for til sammen inkluderer de anaerob- og aerobisktrening.
Resultater	Når Fotball og sirkeltrening ble utført med middels til høy intensitet hjalp det å dempe suget etter rus, men ikke turgåing. Et problem fant de i at all trening var utført om morgenen når de ikke har så mye sug etter rus, og når de vanligvis får sug etter rus på ettermiddagen ble det ikke utført noen form for trening. Den fysiske treningen hadde en positiv effekt på humør og kroppen (sterkere og mer utholden etc.)

Tabell 3

Artikkelens tittel	Exercise as adjunctive treatment for alcohol use disorder: A randomized control trial
Tidsskrift/årstall	PLOS One 2017
Forfattere	Kirsten K. Roessler, Randi Bilberg, Anette S. Nielsen, Kurt Jensen, Claus T. Ekstrøm og Sengül Sari

Perspektiv	Pasient
Problem	Fysisk trening som en del av polikliniskbehandling mot alkohol overforbruk
Hensikt	For å se om fysisk trening som supplement har effekt på alkohol konsumet ved 6 måneders polikliniskbehandling og et år etter.
Metode	En randomisert kontrollert studie med kvantitativ tilnærming. Tre grupper, en kontrollgruppe som har behandling som vanlig, en gruppe som har gruppeøvelser og en som har individuell trening. Det ble videre sjekket hvor mye hver av gruppene drakk inntil et år etter undersøkelsen. Forandringer av treningsnivået ble målt i alle tre gruppene. Det ble også utført en måling på forholdet av mengden fysisk trening som ble gjennomført og alkohol konsum.
Resultater	Overkonsum av alkohol var forholdsvis likt i alle gruppene. Deltakere med moderat nivå av trening hadde lavere odds for overdriking. Alkohol konsum sank med 4% for hver økt treningsdag i intervensjon gruppene. Ingen direkte sammenkøpling av trening og drikk utkom. Et moderat nivå av fysisk trening viste seg å være beskyttende mot overdreven drikk. En doserespons på trening mot alkoholkonsum støtter det å implementere et aktivt liv for de som er under behandling for overkonsumering av alkohol.

Tabell 4

Artikkelens tittel	Boxing clever: utilizing education and fitness to build recovery capital in a substance use rehabilitation program.
Tidsskrift/årstall	Journal of Substance Use 2016
Forfattere	Sara Morton, Laura O'Reilly og Karen O'Brien
Perspektiv	Pasient
Problem	Narkomane blir støtt ut fra samfunnet og det sosiale, kan trening og undervisning hjelpe dem med å komme tilbake til samfunnet.
Hensikt	Se på effekten Fysisk trening og undervisning under recoveryprosessen har på reintegreringen av narkomane tilbake i samfunnet.
Metode	En kvalitativ tilnærming. Et 20 ukers samfunnsbasert rehabiliteringsprogram som involverer 25 personer som får 7 timer i uken med undervisning og trening i grupper. De har styrketrening, boksing og skreddersydde Fitness program der de får individuell undervisning i utførelse av treningsprogram.

Resultater	En rekke sentrale temaer dukket opp fra analysen av dataene, dette inkluderer rollen fitness og utdanning har i recoveryprosessen og hvordan dette kan hjelpe deltageren med å komme tilbake til samfunnet den er utstøtt fra. De traff på personer fra nærmiljøet under trening, og med den nye selvtilliten, holdningen og humøret klarte de å lage nye relasjoner.
------------	---

Tabell 5

Artikkelens tittel	Benefits of exercise for the quality of life of drug-dependent patients.
Tidsskrift/årstall	Journal of Psychoactive Drugs 2015
Forfattere	Jorge Giménez-Meseguer, Juan Tortosa-Martínez og María de los Remedios Fernández-Valenciano
Perspektiv	Pasient
Problem	Narkomane lider av mange bivirkninger av narkotika, som forverring av fysisk og psykisk helse, dårlige sosiale- og familierelasjoner og flere emosjonelle problemer som senker deres livskvalitet.
Hensikt	Forbedre livskvaliteten til narkomane, med bedre livskvalitet synker sjansen for å havne tilbake på «kjøret». Recovery er ikke bare å slutte å bruke narkotika, det handler om den helhetlige velhetsfølelsen, og burde søke på å forbedre både den psykiske, fysiske og sosiale helsen. Fysisk trening har et potensial til å være en ikke medikamentell strategi til å forbedre helse og livskvalitet til disse brukerne.
Metode	En kombinert kvantitativ og kvalitativ tilnærming for å evaluere livskvalitetsforandringer til narkomane pasienter som har vært med på en gruppe basert treningsprogram. Livskvalitet og fitness nivå var målt ved kvantitative tester før og etter et 12 ukers gruppetreningsprogram. I tillegg ble dybde intervjuer utført etter endt program med 11 fea gruppetreningsgruppen.
Resultater	Kvantitative resultater fra testene utført før og etter de 12 ukene med trening viste forbedring i fysikk og utholdenhet, økning i livskvalitet som forbedret mental helse, vitalitet, sosialantenner og helse generelt. Testene utført var tre fysiske tester som målte styrke, funksjonalitet og utholdenhet og en spørreundersøkelse SF-36 som undersøker: fysisk funksjon, kroppslig smerte, helse generelt, vitalitet, sosial funksjon (sosiale antenner), emosjonelle følelser og mental helse. Kvalitative resultater viste forbedre fysisk helse som mindre skader, mindre muskelsmerter, vekt nedgang, økt

	vitalitet og forbedring i ADL. Psykologiske forbedringer som å glemme hverdagslige problemer, forbedret humør, nedsatt stress og angst, sosiale forbedringer og nedsatt rus sug. Resultatene viser viktigheten i å inkludere Fysisk trening i recoveryprosessen til narkomane.
--	--

*Tabell 6*