

BSOBAC-3 22V – Bacheloroppgave med forskningsmetode

En kvalitativ studie

«Bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter»



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Bachelor i sosialt arbeid

Stavanger / 16.05.2022

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema og oppgavens formål	3
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	3
1.3 Avgrensninger.....	3
1.4 Forforståelse.....	4
1.5 Sosialfaglig relevans.....	5
1.6 Oppgavens oppbygning.....	5
2. Bakgrunnstepp	7
2.1 Fysisk aktivitet	7
2.2 Psykisk helse og lidelser	9
2.3 ROP-pasienter	10
3. Teoretisk referanseramme	12
3.1 Biopsykososiale modell.....	12
3.2 Selvbestemmelsesteorien og motivasjonsteori	13
3.2.1 Selvbestemmelsesteorien.....	13
3.2.2 Motivasjonsteori	14
3.2.3 «Self-efficacy».....	15
4. Metode	18
4.1 Hva er metode?.....	18
4.2 Valg av metode.....	18
4.3 Valg av informanter	19
4.4 Fremgangsmåte for intervju.....	20
4.5 Analyse.....	21

4.6	<i>Studiens troverdighet</i>	22
4.6.1	<i>Validitet og relabilitet</i>	22
4.6.2	<i>Kritiske bemerkninger og etisk refleksjon</i>	23
5.	Presentasjon av funn og drøfting	24
5.1	<i>Begrunnelse for bruk av fysisk aktivitet i behandling</i>	24
5.2	<i>Sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse</i>	26
5.3	<i>Motivasjon og brukermedvirkning</i>	27
5.4	<i>Behandlers opplevelser og vurderinger</i>	30
6.	Oppsummering og konklusjon	34
	Litteraturliste	36

Vedlegg

1: Informasjonsskriv med samtykkeskjema

2: Intervjuguide

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og oppgavens formål

Tema for denne bacheloroppgaven er fysisk aktivitet i behandling med ROP-pasienter og hvordan behandlere erfarer og vurderer denne behandlingsmetoden. Interessen for temaet til oppgaven kommer fra erfaringene jeg hadde i praksisperioden andre året på studiet. Jeg var i praksis på en institusjon for rus- og psykiatri, og så hvordan de fokuserte på og brukte fysisk aktivitet i behandlingen av sine pasienter. Etter observasjoner, deltakelse og samtaler med pasientene underveis i praksisperioden min forsto jeg at flere hadde nytte av fysisk aktivitet og at flere opplevde positive effekter av dette.

Til tross for dette hadde jeg få samtaler med behandlerne om deres erfaringer og opplevelser med bruk av fysisk aktivitet, og hvordan de så på denne behandlingsmetoden. Det er i dag godt dokumentert og allment kjent at fysisk aktivitet er bra for både vår fysiske og psykiske helse. Likevel ønsket jeg å finne ut mer av hva forskning sier om fysisk aktivitet spesielt i behandlingen av ROP-pasienter, da mange av pasientene ofte har komplekse og sammensatte utfordringer og mange faktorer å forholde seg til. Hvordan motiverer man pasientene, og hvordan legger behandlere til rette for brukervedvirkning i behandlingssituasjonen?

Formålet med denne bacheloroppgaven er dermed å utforske hvilke erfaringer behandlere i rus- og psykiatrinstitusjoner har med bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter.

1.2 Presentasjon av problemstilling

For denne oppgaven har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer og opplevelser har behandlere med bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter?»

1.3 Avgrensninger

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i behandleres erfaringer og opplevelser med bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode. Flere behandlingsmetoder som brukes i behandlingen med ROP-pasienter kunne blitt presentert, men jeg har valgt å fokusere på fysisk aktivitet da jeg synes det er interessant å finne ut av hvordan og hvorfor denne metoden

brukes i dag. Likeså er fysisk aktivitet en behandlingsmetode som ikke krever mye tid og ressurser, da det i utgangspunktet kan gjøres hvor som helst og når som helst.

Det finnes mye litteratur om fysisk aktivitet, både som behandlingsmetode, men også generelt. Denne oppgaven vil presentere noen definisjoner og teorier om fysisk aktivitet og psykisk helse, og annen relevant kunnskap som kan være med på å belyse oppgavens formål.

1.4 Forforståelse

Dalland (2020, s. 60) sier at vi alltid har våre fordommer eller vår førforståelse med oss inn i en undersøkelse. Vi har allerede en mening om et fenomen før vi undersøker det, vi kan ikke unngå at vi ikke har tanker om det. For å motvirke effekten av vår førforståelse bør vi lete etter det som kan avkrefte våre forhåndsforklaringer. Før jeg startet med innhenting av informasjon til denne oppgaven hadde jeg både tanker og kunnskaper om at fysisk aktivitet påvirker psykisk helse, og disse var stort sett positive. Underveis fant jeg stadig mer data som understøttet min førforståelse. Det jeg derimot ikke hadde så mange tanker om var hvordan fysisk aktivitet konkret fungerte i behandlingen med ROP-pasienter og hvordan deres endringsprosess kunne ha nytte av dette.

Jeg har personlige erfaringer om hvordan fysisk aktivitet kan brukes som behandlingsmetode, hovedsakelig i forhold til psykisk helse, og har derfor hatt en ekstra stor interesse for sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse gjennom hele studiet og i hverdagen generelt. Jeg har kjennskap til hvor viktig og givende fysisk aktivitet kan være, enten det er å være ute i naturen, trene på treningssenter, delta på organisert aktivitet eller bevege seg på andre måter. Terskelen for å være i fysisk aktivitet kan for mange være høy, men å finne en form som passer for seg og sine forutsetninger kan være en enkel og effektiv måte å bedre kunne håndtere vanskelige følelser og tanker på. Fysisk aktivitet kan ikke alene kurere en psykisk lidelse, men av personlig opplevelse kan det være et nyttig element i en bedringsprosess. Etter oppholdet mitt på praksisplassen fikk jeg også se hvordan ROP-pasienter nyttiggjør seg av fysisk aktivitet, og hvilke utfordringer eller mestringsopplevelser de møter.

Til tross for min interesse for fysisk aktivitet og psykisk helse har jeg i liten grad reflektert over hvordan en spesifikk gruppe, som i dette tilfellet er ROP-pasienter, møter og bruker fysisk aktivitet som behandling. Fordi jeg selv prioriterer fysisk aktivitet høyt synes jeg det er vanskelig å forstå hvordan og hvorfor andre ikke gjør det. Å sammenligne seg med

hverandres ulike livssituasjon gjør det til dels enklere å forstå. I løpet av oppgaven og datainnsamlingen har jeg prøvd å sette egne forforståelser om fysisk aktivitet og psykisk helse, og mine forventinger og tanker om dette, til side. Likevel har min forforståelse antagelig vært med på å påvirke utformingen av intervju spørsmål, valg av teori og til dels presentasjonen av dette. Videre har informasjonen og teorien jeg har lest meg opp på underveis i oppgaveskrivingen påvirket ytterligere, og men også vært med på å jevne ut den forforståelsen jeg allerede har.

1.5 Sosialfaglig relevans

Fellesorganisasjonen (FO) viser til en definisjon av sosialt arbeid i det yrkesetiske grunnlagsdokumentet for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere:

«Sosialt arbeid er et praksisbasert yrke og en akademisk disiplin som fremmer sosial endring og utvikling, sosialt samhold, myndiggjøring og frigjøring av mennesker.

Prinsippene om sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for mangfold er sentrale i sosialt arbeid» (Fellesorganisasjonen, 2017, s. 3)

Som sosionom er man profesjonsutøver, og har som samfunnsoppdrag å bistå mennesker som har behov for hjelp, å sikre menneskeverdige levekår og livskvalitet. Sosionomer jobber på mange ulike arbeidsplasser med mange ulike samfunnsgrupper. I arbeidet med ROP-pasienter kan man blant annet møte på sosionomer på institusjoner, NAV-kontorer, barnevernstjenesten eller ulike aktivitetstilbud. Videre sier FO at solidaritet med utsatte grupper, kamp mot fattigdom og arbeid for sosial rettferdighet og sosial endring er sentralt i profesjonsgruppens virksomhet (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 3). Som det skal fremkomme av denne oppgaven anser jeg ROP-pasienter som en utsatt gruppe som i større eller mindre grad kan trenge hjelp til å sikre «menneskeverdige levekår og livskvalitet». Det vil dermed være sosialfaglig relevant å forsøke å fremheve hva man kan gjøre i behandlingen og hva som dermed kan være med på å bedre situasjonen for denne gruppen.

1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgavens kapitler er delt inn i innledning (1), faglig bakgrunnsteppe (2), teoretisk referanseramme (3), metode (4), drøfting (5) og avslutning (6). I kapittel 2 vil det bli presentert relevante begreper og definisjoner av disse. Det vil spesielt gå nærmere inn på

fysisk aktivitet. Kapittel 3 tar for seg relevant teori som brukes for å belyse problemstillingen og bakgrunnen for hvorfor ROP-pasienter kan ha nytte av fysisk aktivitet i behandlingen. Jeg har valgt å ta for meg motivasjonsteori og den biopsykososiale modellen. I kapittel 4 blir det presentert hva metode er, valg av metode, informanter, fremgangsmåte for intervju, analyse og kritiske bemerkninger til egen oppgave. I kapittel 5 blir funnene fra intervjuene presentert og drøftet, og koblet opp mot bakgrunnsinformasjonen og teorien som er presentert tidligere i oppgaven. Jeg har valgt å ha funn og drøfting i samme kapittel for å få en bedre flyt og sammenheng. Avslutningsvis samles trådene i en avslutning og oppsummering i kapittel 6. Til slutt kommer litteraturlisten og to vedlegg.

2. Bakgrunnsteppe

2.1 Fysisk aktivitet

Før jeg definerer hva fysisk aktivitet er kan det være nyttig å vite hva begrepet *helse* generelt er. Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert helse som:

«En tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (Regjeringen, 2014)

Fysisk aktivitet blir av Folkehelseinstituttet (FHI) definert som «all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur», og kan deles inn i lett, moderat og hard fysisk aktivitet (Folkehelseinstituttet, 2018a). Fysisk aktivitet kan videre brukes som et paraplybegrep som dekker ulike former for muskelarbeid, systematiske treningsopplegg og mosjonsaktiviteter med mål om glede, helse og rekreasjon (Martinsen, 2004, s. 36). Fysisk aktivitet fremmer helse, lengre levetid og økt livskvalitet. Likeså kan det medvirke til å forebygge og behandle over 30 ulike sykdommer og tilstander. Fysisk aktivitet kan bidra til en bedring av selvfølelse og selvpoppfatning, som er positiv på og svært viktig for den mentale helsen. Det å være i fysisk god form kan virke som en buffer mot stress, da man bedre kan tåle de fysiske stressreaksjonene som kan oppstå, og komme raskere tilbake til normalt tilstand. Videre rapporteres det at regelmessig fysisk aktivitet fører til bedre søvn og generelt mindre søvnproblemer. Martinsen sier at det kan forklares enten ved at fysisk aktivitet gir bedre søvn, eller at de som sover godt har mer overskudd til fysisk aktivitet (Martinsen, 2004, s. 59-60). Inaktivitet er i seg selv en risikofaktor for dårlig helse. Å øke den generelle aktiviteten i befolkningen kan dermed være med på å jevne ut sosiale forskjeller i livsstilssykdommer. Dette gjelder også for ROP-pasienter som ofte har flere somatiske sykdommer i tillegg til ROP-lidelsen.

Fysisk aktivitet påvirker psykisk helse på flere måter. Den nevrologiske komponenten bidrar med økt utskillelse av blant annet dopamin og endorfiner når det utføres aktivitet. Likeså bedres også den kognitive funksjonen og gjør oss i bedre stand til å stå i vanskelige situasjoner. Den psykososiale komponenten gjør seg gjeldene med økt mestringstro, bedre humør og bedre følelsesregulering. På bakgrunn av dette får de fleste økt selvpoppfattelse og motivasjon til veien videre. Den tredje komponenten omhandler de atferdsrelaterte endringene som skjer som følge av økt aktivitet. De fleste vil oppleve endringer i relevante

atferdsmønstre som blant annet kan påvirke søvnkvalitet, selvregulering, planlegging og organisering, og motivasjon til ulike målsettinger i livet.

Tanker, følelser, atferd og kroppsfunksjoner styres av hjernen, men det er også slik at tanker, følelser, atferd og kroppsfunksjoner virker tilbake på hjernen. Endring av fysisk aktivitetsnivå er en handling som kan stimulere til vekst og vedlikehold av nervecellenes nettverk av forbindelser (Martinsen, 2004, s. 182). Psykologiske behandlingsmetoder og fysisk aktivitet kan påvirke de samme forholdene i hjernen som behandling med medikamenter som psykofarmaka. Det er ulike signalstoffer som påvirker overføringen av impulser mellom ulike nerveceller i hjernen. En av disse signalstoffene er endorfiner, og kan kalles kroppens egenproduserte morfinlignende stoff. Disse stiger under fysisk aktivitet, og når endorfiner frigjøres skapes det en generell positiv respons i kroppen og kan dermed forklare de gunstige psykologiske virkningene ved fysisk aktivitet (Martinsen, 2004, s. 182-183). Dopamin er et annet signalstoff som spiller en rolle når det gjelder belønning, motivasjon og motoriske funksjoner. Slik som endorfiner utløses disse også under fysisk aktivitet, og gir lignende behagelige effekter som om man skulle inntatt for eksempel alkohol.

Å bruke fysisk aktivitet som behandlingstilbud på best mulig måte fordrer at det stilles på lik linje som andre behandlingstilbud. Begrunnelsen for dette er at fysisk aktivitet må få samme prioritering som for eksempel individuell- eller gruppeterapi eller medikamentell behandling. Å velge å bruke fysisk aktivitet som et behandlingstilbud må prioriteres av blant annet ledelsen der ROP-pasienter er til behandling, eller at en eller flere i personalgruppen brenner for dette. De må være positive til å gjennomføre tilbudet, og den fysiske aktiviteten må anerkjennes om behandling, ikke bare som en fritidsaktivitet (Martinsen, 2004, s. 203). Likeså bør gode treningstilbud tilrettelagt av fagpersoner tilpasset deltagerens behov, ønsker og funksjonsnivå bli tilbudt. Gode treningslokaler og lett tilgang til å gjennomføre den fysiske aktiviteten gir flere muligheter. Naturen er et godt eksempel på en lett tilgjengelig og rimelig arena som krever lite, og som kan gi flere positive effekter utover den fysiske aktiviteten (Martinsen, 2004, s. 204).

Fysisk bevegelse fører til bevegelse av tankene, tanke-gang. Det kan medføre til et endret perspektiv og bidra til en personlig utvikling som ikke kan skje på samme måte som å sitte å snakke sammen. Til tross for at Søren Kirkegaard ikke er kjent innenfor legevitenskapen kan denne ideen ses igjen i et sitat av han (1991):

«Men fremfor alt, tab ikke lysten til at gå. Jeg går mig hver dag til det daglig velbefinende og går fra enhver sygdom. Jeg har gået mig til mine beste tanker, og jeg kender ingen tanke så tung at man ikke gå sig fra den» (Søren Kirkegaard)

Fysisk aktivitet og bevegelse handler som vist ikke bare om den kroppslige aktiviteten. Det handler i like stor grad om den psykiske aktiviteten og bevegelsen som påvirkes og endres som konsekvens av bevegelse. Distraksjonshypotesen handler om at fysisk aktivitet og trening kan fungere som en distraksjon fra blant annet bekymringer, stress og negative tanker. Distraksjonen, å være i fysisk aktivitet og bevegelse, fungerer generelt som en måte å håndtere sine problemer på ved å gjøre noe som bringer fokuset over på noe annet. Et eksempel på fysisk aktivitet som skaper distraksjon er å være ute i friluftsliv. Naturopplevelser kan gi andre og bedre opplevelser, da dyr, planter, lyder og lukter som finnes ute er elementer som kan bidra til en annen type glede og opplevelser. Martinsen (2004) skriver at studier tyder på at «fysisk aktivitet i naturen kan ha en større restorativ virkning enn innendørs trening» (s. 38).

2.2 Psykisk helse og lidelser

Psykisk helse er et overordnet begrep som omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Folkehelseinstituttet (2018b, s.10) sier at psykiske plager er symptomer som oppfattes som mer eller mindre belastende. Videre sier de at et høyt nivå av psykiske plager ikke nødvendigvis blir en psykisk lidelse. Psykiske lidelser defineres som en rekke ulike tilstander eller diagnoser som for eksempel alvorlig depresjon og bipolare lidelser. Disse lidelsene klassifiserer i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier (Folkehelseinstituttet, 2018b, s. 10-11).

Årsakene til psykiske lidelser er komplekse. Det antas at det er samspill mellom en rekke genetiske og miljømessige risikofaktorer som alle kan ha effekter hver for seg. Eksempler på sentrale risikofaktorer er vold og overgrep, mobbing, traumer og andre vedvarende psykososiale belastninger (Folkehelseinstituttet, 2018b, s. 11). Det kan være ulike kombinasjoner av disse faktorene som fører til psykiske lidelser. Avslutningsvis kommer det fram at personer som har problemer i mellommenneskelige relasjoner eller personer med lav sosioøkonomisk status har høyere risiko for psykiske lidelser.

2.3 ROP-pasienter

Jeg ønsker å forklare nærmere hva, og hvem, begrepet ROP-pasienter handler om. På denne måten vil det være enklere å forstå hvorfor denne gruppen er en utsatt gruppe i samfunnet, og hvorfor fysisk aktivitet kan spille en rolle i behandlingen av denne lidelsen.

Pasienter med alvorlig ruslidelser har ofte samtidig psykisk sykdom, og pasienter med psykisk sykdom har mye hyppigere ruslidelse enn gjennomsnittet i befolkningen. Kombinasjonen ruslidelse og psykisk sykdom har fått samlebetegnelsen *ROP-lidelser* (NHI, 2021).

FHI definerer rusbrukslidelser som et overordnet begrep for «skadelig bruk og avhengighet av rusmidler». Som vist forekommer ofte psykiske lidelser sammen med en rusbrukslidelse, men også andre somatiske sykdommer som påvirker individets helse og livskvalitet. Omtrent hvert femte voksne menneske vil oppleve avhengighet og misbruk av rusmidler i løpet av livet (Martinsen, 2004, s. 117). I Folkehelseinstituttets folkehelse rapport fra 2018 kommer det fram at psykiske lidelser, inkludert rusbrukslidelser, «er den klart største årsaken til tap av helse blant barn, unge og voksne i arbeidsfør alder». Videre vil 1 av 5 voksne i løpet av et år ha en psykisk lidelse, og vanligst er angst, depresjon og rusbrukslidelser (Folkehelseinstituttet, 2018a, s. 25). Ifølge FHI er det uklart i hvilken grad psykiske lidelser utvikler seg som følge av rusmiddelbruk, i hvilken grad de psykiske lidelsene opptrer før rusmiddelbruken, eller i hvilken grad felles risikofaktorer fører til både psykiske lidelser og rusmiddelbruk. Antageligvis er det en gjensidig påvirkning mellom rus og psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2018b, s. 106).

Forekomst av psykiske lidelser i befolkningen regnes som relativt stabil. Undersøkelser viser at omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Det finnes ikke sikre tall for hvor mange i Norge som har en rusrelatert lidelse, men befolkningsundersøkelser viser at ca. 20% får rusmiddelproblemer i løpet av livet. Når det gjelder hvor mange som strever med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, finnes det i dag ikke en god oversikt. Man regner i dag årsakene til utvikling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer som sammensatte, og både arvelige faktorer og miljømessig påvirkning kan ha betydning for utvikling og opprettholdelse av lidelsene.

Mennesker med psykiske lidelser har gjennomgående usunn livsstil sammenlignet med normalbefolkningen, og har betydelig økt forekomst av kroppslige sykdommer og økt

dødelighet (Martinsen, 2004, s. 43). I kombinasjon med en ruslidelse, som medfører ugunstige livsstilsfaktorer, som røyking, usunt kosthold og mer fysisk inaktivitet, er ROP-pasienter en særlig utsatt gruppe som kan ha god nytte av fysisk aktivitet som behandlingsmetode.

3. Teoretisk referanseramme

Den teoretiske referanserammen jeg har valgt å bruke i oppgaven består av den *biopsykososiale modellen og motivasjonsteori* generelt. Jeg har valgt å bruke disse teoriene fordi jeg synes de belyser oppgavens innhold på en god måte og kan bidra til bakgrunnen og begrunnelsen for bruk av fysisk aktivitet i behandling av ROP-pasienter. Videre viser teoriene sammenhengen mellom det fysiske og det psykiske. Første avsnitt presenterer teorien til den biopsykososiale modellen. Deretter presenteres selvbestemmelsesteorien og motivasjonsteori. Avslutningsvis presenteres begrepet «self-efficacy» som også er med på å belyse motivasjon og mestring spesielt. Jeg har valgt å ha et eget avsnitt til hver av teoriene for å tydeliggjøre skille mellom dem.

3.1 Biopsykososiale modell

Den biospsykososiale modellen består av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som spiller sammen og påvirker mennesket. Modellen ble utviklet av psykiateren George L. Engel, som en motsats til 1970-tallets dominerende biomedisinske modell. Engel mente at det var nødvendig med flere dimensjoner for å forstå hva sykdom og psykisk lidelse var, og at denne modellen kunne gi bedre forståelse, bedre helsetjenester og bedre forskning. De fleste vil trenge mer enn én tilnærming til sine problemer, og ROP-pasienter som både har en rusmiddellidelse og en psykisk lidelse har spesielt nytte av, og behov for, en helhetlig tilnærming med flere perspektiver. Nettopp fordi ROP-lidelser er en kompleks lidelse som berører mange aspekter ved livet er det anbefalt å intervensere på flere måter samtidig. Hvis det skjer noe på ett område i livet kan det få positive virkninger på andre områder, og en kombinasjon av psykologisk, sosial og biologisk (medisinsk) behandling kan derfor oppleves som en god måte å behandle lidelsen på (Moe et. al., 2011, s. 26). Ringvirkningene av økt fysisk aktivitet, som er den biologiske komponenten i modellen, påvirker også den psykologiske og sosiale komponenten. Eksempler på ringvirkninger kan være bedre humør, færre psykiske plager, bedre relasjoner og opprettholdelse av disse, og generelt mer overskudd i hverdagen.

Slik som de fleste modeller og tilnærminger har også den biospsykososiale modellen sine begrensninger. Det kan være vanskelig å vite hvor overgangen mellom biologi og psykologi går, eller overgangen mellom sosial og psykologiske. Modellen er mer en holdning for å ivareta forskjellige relevante perspektiver, og forsøke å integrere disse. Dersom man reduserer

psykisk helse eller rusmiddelavhengighet til enten biologi eller psykologi blir dette en forenkling av det komplekse samspillet mellom de ulike aspektene (Moe et. al., 2011, s. 27).

Det biopsykososiale perspektivet innebærer som nevnt at man forstår rusmiddelavhengighet som en sammensatt sykdom eller lidelse. Biologiske, psykologiske og sosiale forhold må inkluderes i forståelsen av utviklingen og opprettholdelsen av lidelsen. Det er denne forståelsesrammen både Verdens helseorganisasjon (WHO) og norske helsemyndigheter benytter. Hensikten med teorien er å skape en mer helhetlig forståelses- og behandlingsmodell (Svalastog et. al., 2019, s. 235). Fra dette perspektivet skapes det en forventning om å arbeide med de tre komponentene samtidig, og vite at man må ta hensyn til en persons ulike sider og utfordringer som blir påvirket av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.

3.2 Selvbestemmelsesteorien og motivasjonsteori

3.2.1 Selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelsesteorien (SDT) er en sosialkognitiv teori om motivasjon utviklet av Ryan og Deci (2017). Teorien er en teori med fokus på å støtte våre iboende motiver og å tilfredsstille våre psykologiske behov. Videre undersøker teorien hvordan våre biologiske, sosiale og kulturelle forhold enten hemmer eller fremmer selvutvikling, vekst og velvære (Ryan og Deci, 2017, s. 3-4). Selvbestemmelsesteorien består av tre komponenter: *kompetanse*, *autonomi* og *tilhørighet*, som Ryan og Deci mener er nødvendige forutsetninger for at mennesket skal kunne vedlikeholde og fremme motivasjon. Disse psykologiske behovene er derfor langt på vei en evig kilde til motivasjon, fordi vi alltid søker nye muligheter til å tilfredsstille disse behovene (Diseth, 2019, s. 37-38).

Kompetanse handler om behovet for å lykkes med oppgaver og å føle på produktivitet og mestring. Mennesker må føle seg i stand til å kunne mestre de krav som stilles innenfor sine viktigste livskontekster (Ryan og Deci, 2017, s. 11). Kompetanse er et iboende behov, og når behovet er på sitt optimale nivå av tilfredsstillelse kan man oppleve en følelse av «flyt». Dette forutsetter at det er balanse mellom ferdigheter og utfordringer. Når behandlere skal hjelpe pasienter med å tilfredsstille behovet for kompetanse er det viktig å sette realistiske, oppnåelige og passende mål for den enkelte (Diseth, 2019, s. 45-47).

Autonomi handler om behovet for en opplevelse av frihet og mulighet til å ta egne valg. Behovet består av tre elementer; opplevelse av indre kontroll, valgfrihet og fri vilje. Det handler ikke om at man skal være helt uavhengig, men at egne handlinger er i overensstemmelse med egne verdier og holdninger (Ryan og Deci, 2017, s. 10-11). I behandling er det viktig med autonomistøtte, som innebærer at man får støtte fra omgivelsene til å ta gode, hensiktsmessige valg, og der følelser og valg blir respektert (Diseth, 2019, s. 40). Motiverende intervju (MI) som samtalem metode har til hensikt å løse opp i ambivalens og motivere for endring, og er et godt eksempel på autonomistøtte i praksis. De fleste som mottar hjelp ønsker å endre sin atferd, på en eller annen måte. Ambivalensen som kan oppstå i en endringsprosess er viktig å ta hensyn til og være bevisst på. Å la personen selv reflektere over dilemmaet mellom nåværende tilstand, i rusen, og ønsket tilstand, rusfri, gir mulighet for en endringsprosess som støtter behovet for autonomi (Diseth, 2019, s. 43).

Behovet for tilhørighet handler om det menneskelige grunnleggende behovet for å etablere og opprettholde relasjoner, basert på tillit, respekt, varme og gjensidighet. Å føle seg betydningsfull er med på å styrke vår tilknytning til andre, og gjør at en selv bryr seg om den andre personen. Kvaliteten på relasjonene er viktigere enn antall relasjoner (Diseth, 2019, s. 48). Relasjoner vil også kunne fungere som støtte og bidra til økt motivasjon i en endringsprosess.

3.2.2 Motivasjonsteori

Som vist er selvbestemmelsesteorien et teoretisk rammeverk som forutsetter at vi aktivt søker å tilfredsstille psykologiske behov. Teori om motivasjon handler mer om *hvordan* vi er motiverte enn hvor sterk motivasjonen er. Det kan tenkes at behovet for autonomi er viktigst i arbeidet med å fremme fysisk aktivitet hos ROP-pasienter, da det å bl.a. kunne velge aktivitet, intensitet, når og hvor aktiviteten skal finne sted fremmer brukermedvirkning og at aktivitetene dermed gjennomføres på pasientens premisser og forutsetninger. Motivasjon handler om hva som «beveger folk til handling», og mer spesifikt fokus på det som gir energi og retning til atferd. SDT vektlegger ulike typer kilder til motivasjon som påvirker kvaliteten og dynamikken i atferden (Ryan og Deci, 2017, s. 14-15). Motivasjon deles derfor videre inn i ytre og indre motivasjon, og dette er av betydning for videre motivasjon og vedlikehold av ønsket atferd.

Ytre motivasjon handler om «opplevd sammenheng mellom omgivelsene og konsekvenser av egen atferd» (Moe et. al., 2011, s. 81). Enklere sagt er ytre motivasjon atferd som er styrt av konsekvensen som kommer etterpå, enten det er belønning eller straff. Kilden til motivasjon ligger utenfor personen, og er knyttet til konsekvensen av aktiviteten, ikke selve aktiviteten (Moe et. al., 2011, s. 81).

Indre motivasjon handler derimot om at «aktiviteten er en belønning i seg selv fordi den oppleves som interessant, utfordrende eller viktig» (Moe et. al., 2011, s. 81). Det er flere fordeler med indre motivasjon; det gjør at man velger mer utfordrende oppgaver, oppvurderer sin egen kompetanse og er mer utholdenhet. Kilden til indre motivasjon kommer fra indre belønning, som tilfredshet, interesse og glede knyttet til aktiviteten. Den indre motivasjonen er mer stabil og varig, og øker sannsynligheten for at personen fortsetter med fysisk aktivitet også på egenhånd (Moe et. al., 2011, s. 81). Å fremme interesse i bestemte situasjoner blir en viktig oppgave for behandlere når de skal motivere pasientene sine til å utføre og delta i blant annet fysisk aktivitet. Like viktig som å fremme interesse er det å fremme nytteverdiene som aktiviteten kan ha. Dette understreker at indre motivasjon ikke bare handler om interesse, men også om en opplevelse av at en aktivitet er viktig å gjennomføre fordi den er nyttig og verdifull.

3.2.3 «Self-efficacy»

«Self-efficacy» er et relevant begrepet i motivasjonsteorien fordi det handler om mestringstro og mestringsopplevelser. Dette er viktig i utvikling og opprettholdelse av motivasjon. Likeså kan det føre til økt følelse av empowerment og brukermedvirkning, som blir beskrevet nærmere nedenfor.

Psykologen Albert Bandura lanserte begrepet «self-efficacy», som handler om mestring og mestringstro. Mestringstro innebærer «troen på å ha de nødvendige ferdigheter til å gjennomføre en oppgave med ønskelig utfall». Mestringstroen bestemmer blant annet valg av atferd, hvilke målsettinger som velges, motivasjon og anstrengelse, forventninger om å lykkes og hvordan man følelsesmessig reagerer. På samme måte som man kan øke sin fysiske aktivitet og tilhørende ferdigheter, kan man overføre dette til opplevelse av mestring til andre livsområder og utfordringer man opplever. Dette er en form for selvregulering, som handler om å bruke målrettede og mer regulerende strategier, og betyr mye for hvordan utfallet av situasjonen blir. Jo høyere tro på egen evne til mestring og kontroll fører til at man nærmer

seg situasjonene med mindre angst og større tiltro til at man kan oppnå det man ønsker (Martinsen, 2004, s. 191). Martinsen hevder at «den beste kilden til mestring kommer fra egne mestringsopplevelser». Å gjentatte ganger oppleve mestring skaper positive ringvirkninger for individets tro på seg selv, selvfølelse og motivasjon. Fysisk aktivitet og bevegelse kan være en god metode for å øke egen mestringstro ved å skape meningsfulle mestringsopplevelser. Å havne i en flyttilstand der man «er så engasjert i en aktivitet at en glemmer seg selv om sine bekymringer» kan være en måte å flytte fokus over på positive opplevelser og ressurser. Her vil igjen fysisk aktivitet være en mulig måte å oppnå dette på (Martinsen, 2004, s. 194).

På grunn av ROP-pasienters komplekse sykdomsbilde trenger de fleste hjelp og oppfølging for å komme i gang og opprettholde fysisk aktivitet. Gjennom at noen ser, stimulerer og tilpasser aktiviteten til hvert enkelt individs utgangspunkt, motivasjon og ressurser kan de etterhvert oppleve motivasjon og mestring (Martinsen, 2004, s. 198). Når behandlere engasjerer seg og gir positive tilbakemeldinger vil dette påvirke pasientens selvfølelse og mestringstro. Spenningsforholdet mellom motivering og press, tvang eller mas kan være en gråsoner. Å kjenne til hindringene for å gjennomføre fysisk aktivitet kan bidra til bevisstgjøring for både pasienter og behandlere, og gjør det lettere å jobbe med endringsprosessen når man tar utgangspunkt i dette. Martinsen skriver at «behandlere som har realistiske forventninger og tør å vise både hva de står for og det de selv ikke mestrer, bidrar til å skape tillit, bedre samarbeid og gode relasjoner» (Martinsen, 2004, s. 199). Motivasjon smitter og praktiseres best av de som selv er motiverte. Behandlers holdninger påvirker derfor pasientene, og et behandlingsklima med god motivasjon kan skape ringvirkninger som påvirker både pasientene, men også behandlerne.

Å finne riktig motivasjonsstrategi er viktig i motivasjonsarbeidet. En måte er å gjennomføre en motivasjonssamtale, for å kartlegge hva den enkelte vil, kan ha glede av, personens interesser og forutsetninger, i tillegg til ressurser og eventuelle tilpasninger. Inkludert i dette kommer også begrepet empowerment og brukermedvirkning. Brukermedvirkning handler om at personen har reell innflytelse på utformingen av en tjeneste, kan bidra til planleggingen og utførelsen. En forutsetning for dette er at personen får tilstrekkelig med informasjon og innsikt i sin situasjon og videre muligheter. Å finne ut av og høre på hva pasienten ønsker er med på å myndiggjøre og gjøre pasientene i stand til å bruke egne krefter, og ta mer kontroll og ansvar for eget liv (Martinsen, 2004, s. 200). Når personens holdninger og motivasjon er klarlagt er det lettere å starte en endringsprosess. En endring skal oppleves som viktig og

meningsfull for den personen det gjelder, og indre motivasjon basert på egne tanker, følelser og kunnskap er det som vil være med på å skape varige endringer (Martinsen, 2004, s. 202).

Behandlere må kjenne til hvilke faktorer som motiverer pasientene til å arbeide for bedre helse og livskvalitet. Pasienten trenger hjelp til å se sammenhenger mellom de problemene som vedkommende erfarer, og den hjelpen som tilbys. Helt sentralt er det at hjelpen oppleves forutsigbar og forståelig. Pasienten må få hjelp til å se og ta i bruk egne ressurser for å møte sine utfordringer. Det skjer når behandlerne arbeider med pasientene for å fremme pasientens opplevelse av håp og bedring. Reell brukermedvirkning gjennom involvering av pasientene som aktiv deltaker i egen behandling vil på denne måten stå sentralt i alt motivasjonsarbeid og alle bedringsprosesser. Behandling vil derfor handle både om behandlernes innsats for å understøtte pasientenes bedringsprosesser og om pasientenes egen innsats for å få det bedre (Gonzalez, 2020, s. 183).

4. Metode

4.1 Hva er metode?

Metode er, ifølge Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2020, s. 53) «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder». Metoden sier altså noe om hvordan vi går til verks for å tilegne oss kunnskap og etterprøve denne. For å tilegne seg den nødvendige kunnskapen samler man inn informasjon. Informasjon kan også kalles for data, og i vitenskapelig sammenheng kalles den innsamlende dataen empiri. Det er to spørsmål som må stilles som krav til dataen vi har samlet inn: hvilken relevans har data for problemstillingen? Hvor pålitelig er måten data er samlet inn på? (Dalland, 2020, s. 63).

Kvale et. al. (2009, s. 140) skriver at den opprinnelige betydningen av ordet metode er «veien til målet». Hvis man skal finne eller vise veien til målet må man vite hva målet er. Metoden er verktøyet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Det finnes et mangfold av ulike metoder som man kan ta i bruk for å innhente kunnskap om et tema. Metodene deles vanligvis inn i to hovedkategorier, kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitative metoder behandler data i målbare enheter og gir oss muligheter til å foreta matematiske analyser (Dalland, 2020, s. 54). Denne metoden får frem det som er felles og gjennomsnittlig. Derimot tar kvalitative metoder sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfestes eller måles (Dalland, 2020, s. 54). Dette kan være ulike typer intervjuer, observasjoner eller dokumentundersøkelser. Kvalitative metoder får frem det som er spesielt og særegent, og eventuelt avvikende, og søker å formidle forståelse. Da min oppgave skal se på hvordan fysisk aktivitet brukes i behandlingen av ROP-pasienter og hvordan det kan påvirke deres psykiske helse vil denne problemstillingen være hensiktsmessig å løse med en kvalitativ metode. Både kvalitative og kvantitative metoder bidrar på hver sin måte å skape en større forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2020, s. 54).

4.2 Valg av metode

Når man skal velge én bestemt metode er man nødt til å velge den som best egner seg til å belyse problemstillingen på en best mulig måte (Dalland, 2020, s. 53). Denne oppgavens problemstilling kan vanskelig løses med tall eller andre harde målbare enheter, da den sikter på å utforske menneskers opplevelser og erfaringer. Derfor vil en kvalitativ metode være

bedre egnet. Da jeg begynte med bacheloroppgaven synes jeg det var vanskelig å bestemme meg for litteraturstudie eller intervju. Etter hvert som jeg søkte etter litteratur og artikler fant jeg ut at det finnes mye forskning på fysisk aktivitet og psykisk helse, men ikke så mye spesifikt i forbindelse med behandling av ROP-pasienter. Derfor falt valget på en kvalitativ studie og intervju som metode.

Kvale et. al. (2009, s. 18) skriver at «samtales er en grunnleggende form for menneskelig samspill. Gjennom samtaler lærer vi folk å kjenne, får vite noe om deres opplevelser, følelser, holdninger og den verden de lever i». For å vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt på må man snakke sammen og stille spørsmål. I et intervju får man mulighet til å stille spørsmål og lytte til hva folk forteller om sin livsverden, sine oppfatninger og meninger (Kvale et. al., 2009, s. 18). Forskjellige former for intervjuer tjener ulike formål. Journalistiske intervjuer brukes til å registrere og rapportere viktige begivenheter, terapeutiske samtaler har som mål å forbedre menneskers livssituasjon, og forskningsintervjuet har som mål å produsere kunnskap (Kvale et. al., 2009, s. 21). Ved å bruke intervju som metode får man et unikt datamateriale og kan gjøre nye og uventende funn i løpet av arbeidet. For å få et innblikk i behandleres erfaringer med bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode har jeg valgt å ta i bruk individuelle intervju som kvalitativ metode. Intervju kan gjennomføres på flere måter; fra lite strukturert til sterkt strukturert. Jeg har valgt en middelvei, et semistrukturert intervju, som betyr at jeg har forberedt en del spørsmål jeg ønsker å stille, basert på teori og annen forskning, men lar informantene snakke fritt om det de mener er viktig å belyse i forbindelse med problemstillingen. På den måten sikrer jeg å få stilt de spørsmålene jeg anser som viktige, informantene kan tilføye annen relevant informasjon, jeg slipper å være slavisk opptatt av spørsmålene jeg har forberedt og flere av svarene kan bli besvart spontant underveis.

4.3 Valg av informanter

Når man gjør et utvalg er det viktig at de valgte enhetene – i dette tilfellet de menneskene jeg intervjuer – kan gi meg interessant og god informasjon som svarer på problemstillingen. Jeg har derfor valgt å gjøre et strategisk utvalg. Å velge ut informanter på denne måten kalles strategisk fordi man tror de har noe å fortelle om akkurat det fenomenet man vil vite mer om (Dalland, 2020, s. 60). For å kunne besvare oppgaven er det viktig for meg å intervju noen som har kunnskap om fysisk aktivitet, psykisk helse og behandling av ROP-pasienter. Jeg

velger å bruke begrepet informant om de jeg skal intervju, da disse har særegne kunnskaper og får en rolle som eksperter i denne sammenhengen (Kvale et. al., 2009, s. 123).

Jeg har siden praksisperioden på studiet tenkt at veilederen eller andre ansatte på praksisplassen min kunne være relevante informanter for å besvare problemstillingen min. Jeg ønsket også å ha en informant til som kunne bidra til å svare på problemstillingen. Jeg undersøkte om det fantes flere rus- og psykiatrinstitusjoner som satte fysisk aktivitet høyt i behandlingen. Jeg var heldig og fant fort en annen institusjon som på sine hjemmesider fremmet fysisk aktivitet som et behandlingstilbud. Jeg tok derfor kontakt med de to behandlingsinstitusjonene, som ligger på ulike steder i landet, og fikk en informant fra hvert sted. Jeg anså det som en styrke for oppgaven å kunne snakke med noen som har erfaring og kunnskap innen feltet, uavhengig om det var lederen eller ansatte. Jeg har valgt å kalle informantene mine for informant 1 og informant 2 for å bevare personvernensynet og anonymiteten.

Informant 1 er en mannlig sosionom og behandler på institusjonens poliklinikk, og har jobbet der i flere år. Informanten har ingen formell utdanning eller kursing i fysisk aktivitet, men fordi informanten er behandler og følger opp pasientene sine kontinuerlig i deres endringsprosess har han kunnskap og erfaringer med hvordan fysisk aktivitet kan spille en rolle i behandlingen av ROP-pasienter. Informant 2 er en mannlig fysioterapeut med videreutdanning i ernæring og motiverende intervju. Han har flere år med relevant arbeidserfaring, og jobber nå med de fysiske aktivitetstilbudene med pasienter fra alle de ulike behandlingsavdelingene på institusjonen.

4.4 Fremgangsmåte for intervju

I starten av mars meldte jeg prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Jeg var meldepliktig til NSD da jeg hadde planlagt å ta opp intervjuene på lydopptaker. Til tross for at navnene til informantene ikke kommer frem av lydopptaket, regnes stemmer som personidentifiserende og er dermed persondata. Jeg utformet et informasjonsskriv der en samtykkeerklæring var vedlagt (vedlegg 1) og en intervjuguide (vedlegg 2). I slutten av mars fikk jeg søknaden godkjent av NSD, og kunne da planlegge gjennomføringen av intervjuene.

Jeg sendte informasjonsskrivet og samtykkeskjema til informantene, og fikk tilbake signerte samtykkeskjema før jeg hadde intervjuene. Intervjuene ble gjennomført den siste uken i mars

over videosamtale på zoom. Intervju med informant 1 varte i 30 minutter og intervju med informant 2 varte i 20 minutter. Begge informantene oppholdt seg på eget kontor og framsto rolige og avslappet når de svarte på spørsmålene mine. Jeg brukte intervjuguiden for å forsikre meg om at viktigste spørsmålene jeg ønsket svar på ble besvart, men enkelte tema og spørsmål varierte på intervjuene. Dette var på initiativ av informantene og deres kompetanse om temaet, og er forventet i et semistrukturert intervju.

Intervjuene ble tatt opp på applikasjonen Nettskjema-diktafon, og transkribert over på datamaskinen uten navn og personopplysninger. Begge informantene mine hadde dialekt, men intervjuene ble skrevet om til bokmål for leservennlighetens skyld. Når jeg gjorde dette var jeg veldig opptatt av å bevare innholdet i de svarene de ga, til tross for at de er oversatt til bokmål. Selve lydopptaket ble slettet etter jeg var ferdig med å transkribere intervjuene.

4.5 Analyse

Dalland (2020, s. 94) skriver at analysen skal «hjelp oss å finne ut av hva intervjuet har å fortelle». I tolkningen av analysen søker vi meningen i det vi har fått vite, og formålet med analysen er blant annet å få fram innholdet i intervjuet på en mest mulig saklig måte, finne underliggende tendenser og forstå ting på nye måter ved å gå inn i det på detaljnivå. Videre skriver Dalland at det kan være en fordel å tenke over hvordan intervjuene skal analyseres, før de blir utført. Det vil være med på å styre forberedelsene, innholdet i intervjuguiden, gjennomføringen av selve intervjuet og etterarbeidet (Dalland, 2020, s. 94). På bakgrunn av dette delte jeg derfor spørsmålene inn i ulike hovedtema allerede i intervjuguiden, basert på teorien og forskning jeg hadde lest. Flere av svarene jeg fikk overlappet hverandre, og informantene mine kom ofte inn på flere temaer i hvert svar. For å analysere empirien jeg samlet inn har jeg forsøkt å fargekode svarene, og organisert dem etter teori eller tema, hvor hvert tema bygger til dels på teori og til dels på empiri. Å fargekode svarene gjør det lettere å få oversikt og senere kunne drøfte funnene mine på en ryddig måte. Før intervjuene hadde jeg et utvalg av teorier som var med på å angi temaer og gi meg noen pekepinner, men jeg var allikevel forberedt på at det kunne dukke opp helt andre tema, som det i noen grad gjorde. En slik oppdeling av intervjuet i mindre deler vil hjelpe oss til å få tak i det ulike delene av det informantene har sagt (Dalland, 2020, s. 94). Analysen av empirien min er induktiv, som vil si at jeg har tatt utgangspunkt i datamaterialet mitt når jeg har analysert.

4.6 Studiens troverdighet

Dalland (2020, s. 43) skriver at kravene til validitet og relabilitet må være oppfylt for at metoden skal gi troverdig kunnskap. Validitet er et begrep som brukes om relevans og gyldighet, og det som måles må derfor ha relevans og være gyldig for fenomenet som undersøkes. Validitet i samfunnsvitenskap handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Kvale et. al., 2009, s. 276). Et annet ord for relabilitet er pålitelighet, og handler om at målinger er korrekt utført, og at eventuelle feilkilder oppgis (Dalland, 2020, s. 43).

4.6.1 Validitet og relabilitet

For å oppfylle kravet til relabilitet må funnenes mening vektlegges gjennom de tre sentrale stadiene i forskningsprosessen: intervjuene, transkriberingen og analysen. I forbindelse med oppgavens utvalgt av informanter vill det antageligvis vært flere egnede informanter jeg kunne kontaktet. Likevel valgte jeg å kontakte akkurat de to jeg gjorde, da jeg anså de som relevante informanter som satt med relevant kunnskap og kompetanse til å besvare problemstillingen. Jeg forsøkte å stille de samme spørsmålene til begge informantene, noe som kan etterprøves ved å høre på lydopptaket. Fordi jeg hadde et semistrukturert intervju hadde jeg i tillegg mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål underveis og la informantene komme med egne innspill.

Når man skal vurdere validitet må man også vurdere overføringsverdien studien har til andre populasjoner og settinger (Dalland, 2020, s. 43). At studien min kun har to informanter kan kritiseres for å gjøre overføringsverdien mindre enn om jeg hadde hatt flere informanter. Dette kan svekke studiens validitet, men jeg vil likevel argumentere for at studien har nytteverdi da den belyser et tema i behandlingen av ROP-pasienter som er viktig. Begge informantene min hadde god erfaring med fysisk aktivitet som behandlingstilbud til denne gruppen, og har i tillegg mye kunnskap om rusmiddelavhengige og psykiske lidelser. Til tross for at denne oppgaven har fokusert på ROP-pasienter kan kunnskap og kompetanse om fysisk aktivitet være viktig i behandlingen med andre grupper i samfunnet, for eksempel barn og voksne med andre type utfordringer. Som vist i oppgaven kan fysisk aktivitet være en nyttig behandlingsmetode som blant annet kan være med på å forebygge og redusere en rekke ulike livsstilssykdommer og øke livskvaliteten til den enkelte.

4.6.2 *Kritiske bemerkninger og etisk refleksjon*

Det kreves etisk refleksjon i de fleste av forskningsprosessens stadier; under planleggingen til intervjuene må man innhente informantenes informerte samtykke og sikre anonymitet, under selve intervjuet må man ta hensyn til eventuelle konsekvenser intervjuet kan ha for informantene og under behandling og transkribering av intervjuene må man igjen sikre anonymiteten og gjengi det de svarte på en korrekt måte (Kvale et. al., 2009, s. 97).

Oppgaven har noen svakheter, blant annet at jeg kun har intervjuet to personer. Som nevnt intervjuet jeg kun to personer da oppgavens omfang er begrenset, og intervju som metode er tidkrevende. Dette kan føre til at jeg ikke har innhentet tilstrekkelig mengde og bredde av informasjon som kunne vært med på å belyse andre perspektiver av problemstillingen. Dette er et dilemma man står overfor i alle kvalitative forskningsprosjekt. Jeg velger likevel å anse mine informanter som tilstrekkelige og at deres erfaringer er av nytteverdi som kan være med på å gi et godt innblikk i hvordan fysisk aktivitet i behandling oppleves av andre behandlere. På bakgrunn av teori og forskning jeg har lest ser det ut til å være stor enighet om bruken av fysisk aktivitet, og det ikke sikkert at flere intervjuer med andre informanter hadde gitt meg ny eller bedre data enn det mine to informanter ga meg.

Jeg har gjennom utformingen av intervjuguiden prøvd å være forsiktig med å stille spørsmål der informantene mine må uttale seg på vegne av ROP-pasienter. Allikevel er det noen spørsmål som oppfordrer til å reflektere over hvordan fysisk aktivitet som behandlingstilbud påvirker ROP-pasientenes psykiske helse. Jeg har prøvd å tolke svarene på disse spørsmålene på en kritisk måte, med bevissthet over problemene det medfører å få informanter til å «svare på andres vegne». I drøftingen har jeg valgt å bruke disse spørsmålene som informantenes opplevelser av hva ROP-pasientene har gitt uttrykk for overfor dem.

5. Presentasjon av funn og drøfting

I dette kapittelet vil funnene fra intervjuene bli presentert og drøftet etter tema. Temaene kom jeg fram til gjennom mine valgte teorier og fra analysen jeg gjorde etter intervjuene. I intervjuene var mye av fokuset til informantene å komme med begrunnelser for hva forskning sier og hvorfor de anser fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter som nyttig og effektiv. Dermed ble det første tema «begrunnelse for bruk av fysisk aktivitet i behandling». Videre la informantene vekt på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse. Temaet «sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse» vil drøfte hvordan dette har ringvirkninger på flere områder i pasientenes liv, og bruke teori fra den biopsykososiale modellen. Motivasjon og brukervedvirkning var temaer som kontinuerlig ble tatt opp i intervjuene og som også utgjør en stor del av teorien min. Temaet om «motivasjon og brukervedvirkning» belyser behandlerens erfaringer og fokus på nettopp dette i behandlingen. Avslutningsvis vil behandlerens erfaringer og opplevelser bli presentert i temaet «behandlerens opplevelser og vurderinger», da dette er hva problemstillingen min er ute etter. Selv om alle temaene i oppgaven er basert på informantenes erfaringer har jeg valgt å kalle det siste temaet helt spesifikt for «opplevelser og vurderinger», da temaet fokuserer mer på informantenes generelle vurderinger av bruk av fysisk aktivitet.

Problemstillingen til oppgaven er som tidligere nevnt «*Hvilke erfaringer og opplevelser har behandlere med bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter?*». På bakgrunn av bacheloroppgavens omfang og regler for personvern kunne jeg ikke intervju pasienter, og valgte derfor å ha en problemstilling som behandlere kan svare på uten at det går på bekostning av andres personvern. Denne mer åpne problemstillingen har gjort at jeg likevel har kunnet skrive en mest mulig informativ oppgave.

5.1 Begrunnelse for bruk av fysisk aktivitet i behandling

Informant 1 peker på hvordan fysisk aktivitet påvirker hjernen vår. Han sier:

«Det er gjort ganske store studier på hjernens påvirkning når den utsettes for stimuli av trening, hvor for de aller fleste så får man en form for dopaminutløsning, som også er forbundet med rusmidler. (...) Det er jo noe med at utløsningen av dopamin gir en velværefølelse, det gir en form for glede og mestringsfølelse.»

Informant 1 sin uttalelse kan støttes av Ole Petter Hjelle, førstelektor og med en doktorgrad i nevrologi, som skriver i boken sin «Sterk hjerne med aktiv kropp» at dopaminutskillelsen påvirker belønningssenteret vårt i hjernen, og denne påvirkningen gjør at vi blir mer oppmerksomme, får bedre hukommelse og den gir en umiddelbar lystfølelse, nærmest en rus (Hjelle, 2019, s. 12). Disse følelsene og belønningene er med på å styre og forsterke de gunstige atferdsmønstrene vi har, og påvirker oss til å gjenta de gode handlingene som førte til følelsen av velvære. Fysisk aktivitet er en av disse handlingene som setter i gang prosesser i kroppen som blant annet påvirker humør, glede, mestring og selvfølelse. Motsatt vil for lite dopamin være en av årsakene til nedstemthet og tiltaksløshet (Hjelle, 2019, s. 108). Den biologiske komponenten, hjernen, aktiveres og påvirker vår psykologiske komponent. Dette fører oss tilbake til den biopsykososiale modellen og viser at vi må ta hensyn til flere sider ved oss mennesker samtidig. Videre er det ikke slik at alle opplever samme mengde dopaminutskillelse da vi er disponert forskjellig, og det er derfor viktig å ikke legge for mye i dette i behandlingen. Informant 1 påstår at:

«(...) både rusbehandling og behandling i psykisk helse snubler litt, for jeg tror nok veldig mange legger veldig stor vekt på dopaminet i det, og kanskje ikke helt forstår hva det kan bety for den enkelte.»

Informant 1 mener at uavhengig av hvilken grad dopaminutskillelsen og lykkefølelsen spiller en rolle for den enkelte, er fysisk aktivitet likevel viktig. Han sier at fysisk aktivitet blant annet kan gjøre kroppen sterkere, man blir mer robust, får mer stolthet og kan oppleve mestring og økt selvfølelse. Som vist tidligere i oppgaven kan fysisk aktivitet føre til økt livskvalitet og lengre levealder. Dette setter informant 2 særlig fokus på når han snakker om hva inaktivitet, som følge av rusavhengighet, gjør med denne utsatte gruppen: «Vi har jo forskning på at levealderen til den her pasientgruppa er veldig sterkt redusert, inntil 15-20 år sammenlignet med normalbefolkningen». Dette finner vi igjen i boken til Hjelle som sier at inaktivitet er det største globale folkehelseproblemet i det 21. århundret, og kan føre til blant annet fedme, økt risiko for sykdom og motoriske problemer (Hjelle, 2019, s. 58). Dette er alle faktorer for redusert levealder. Videre sier informant 2 at fysisk aktivitet spiller en rolle for «(...) mindre risiko for å utvikle livsstilssykdommer, mindre risiko for tidlig død, og det fører til gunstige effekter i forhold til det psykiske». Som vist tidligere i oppgaven kan fysisk aktivitet være med på å forebygge og behandle over 30 livsstilssykdommer, og er en effektiv og billig behandlingsmetode.

Dette sier informant 1 noe om når han begrunner hvorfor de bruker fysisk aktivitet som behandlingsmetode: *«fysisk aktivitet i våres behandling er en av de mest sentrale behandlingsformene, for den er ganske billig, og den har også vist seg å være veldig markant (...)»*. Fysisk aktivitet kan gjøres hvor som helst og når som helst, og naturen er et godt eksempel på et egnet sted å gjøre nettopp dette, og som Martinsen (2004) sier kan naturen gi flere positive effekter utover den fysiske aktiviteten (s. 204). Blant annet vil lyder, lukter, dyr og fine omgivelser kunne skape gode opplevelser og føre til en distraksjon fra andre tanker og følelser som ROP-pasienter ellers har. Den restorative opplevelsen av å være ute i naturen er likeså ikke noe som alle ønsker eller nødvendigvis opplever som nyttig. Informant 1 forteller at de som behandlere er *«(...) er veldig tydelige på at det er greit at pasientene ikke løfter tunge vekter eller går på fjelltopper, men at du er i fysisk aktivitet gjennom en dag»*. Anbefalingene fra Folkehelseinstituttet bygger på WHO's anbefalinger og råd, og sier at 150 til 300 minutter med fysisk aktivitet i løpet av uke vil gi gunstige effekter, både fysisk og psykisk. Dette tilsvarer omtrent 30 minutter per dag og kan gjennomføres på mange måter, tilpasset den enkelte (Folkehelse rapporten, 2018a, s. 34).

5.2 Sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse

Begge informantene uttrykker at fysisk aktivitet er med på å forbedre pasientenes psykiske helse. I hvor stor grad hadde verken av de statistikk på, men av erfaring opplevde de at pasientene hadde nytte av fysisk aktivitet utover de fysiske og kroppslige endringene. Informant 2 sier blant annet at fysisk aktivitet er med på å øke den generelle kapasiteten i hverdagen, og at *«(...) fysisk aktivitet kan fremme og på en måte påvirke at det kan komme mer ut av individuell samtaleterapi da, at det fungerer både på den fysiske og den psykiske planen»*. Den biopsykososiale modellen viser hvordan de biologiske, psykologiske og sosiale komponentene påvirker hverandre, og understreker viktigheten av en helhetlig tilnærming. I løpet av teoridelen har jeg referert til at endringer på et område vil kunne føre til endringer på andre områder. Dette kommer særlig til uttrykk mellom den biologiske og psykologiske komponenten, i denne konteksten mellom fysisk aktivitet og psykisk helse.

At fysisk aktivitet kan påvirke hvor stort utbytte en pasient kan ha av individuell samtaleterapi viser hvor tett de tre komponentene henger sammen. Igjen viser Hjelle (2019, s. 70) til at fysisk aktivitet gir oss overskudd, bedre oppmerksomhet og økt konsentrasjonsevne, som kan være en faktor i at pasientene blir i bedre stand til å reflektere og ta innover seg hva som blir snakket om i samtaleterapien. Dette har også overføringsverdi til andre områder i

livet. God psykisk helse gir overskudd i hverdagen, og kan gjøre det enklere å holde på gode relasjoner, være i arbeid, delta på aktiviteter m.m. En studie av livskvalitet beskrevet i boken til Hjelle (2019, s. 200) viser at gode relasjoner er den klart viktigste faktoren for et godt og langt liv, og viktigheten av disse relasjonene må ikke undervurderes. Dersom pasientene har overskudd til å ta vare på gode relasjoner vil disse kunne bidra til motivasjon og inspirasjon til å fortsette i behandlingen. Gode relasjoner, fysisk aktivitet og psykisk overskudd blir noen av mange ringvirkninger som viser hvordan den sosiale, biologiske og psykologiske komponenten henger sammen.

Avslutningsvis i intervjuet med informant 1 spør han om jeg kan gjenta problemstillingen min, og han svarer da: *«jeg skal ha vanskelig for å tro at du ikke får en positiv korrelasjon til (rus)mestring og trening»*. De positive effektene fysisk aktivitet har på ulike områder i livene til ROP-pasientene kan komme til uttrykk blant annet ved bedre følelsesregulering, stolthet, mestringstro til egne prestasjoner og ferdigheter, økt selvfølelse, mestringsopplevelser og videre motivasjon til å opprettholde denne atferden.

5.3 Motivasjon og brukervedvirkning

I løpet av oppgaven har det kommet fram at fysisk aktivitet er en arena der mange kan oppleve nettopp dette. Informant 1 forteller at *«(...) uttalelser som «når jeg kom hit klarte jeg bare å gå de korte turene, men nå klarer jeg å gå de lengste», det er vanlige uttalelser å få når pasientene opplever mestring og stolthet»*. I presentasjonen av selvbestemmelsesteorien kommer det frem at motivasjon vil være med på å fremme selvutvikling, vekst og velvære. I beskrivelsen av SDT fokuseres det på at vi søker å tilfredsstillere våre psykologiske behov, kompetanse, tilhørighet og autonomi. Behovet for kompetanse tilfredsstilles når vi lykkes med oppgaver eller opplever mestring. Behovet for tilhørighet handler om å etablere og opprettholde relasjoner som er betydningsfulle og hvor man føler seg trygg. Dette kan tilfredsstilles på en institusjon der pasientene deltar på ulike gruppetimer, har mange av de samme erfaringene og kan kjenne seg igjen i hverandres situasjoner.

Det siste behovet, behovet for autonomi, kan tilfredsstilles når man opplever frihet, en indre kontroll og muligheten til å ta egne valg. På begge institusjonene utarbeides det en behandlingsplan i samarbeid mellom pasient, behandler og øvrig miljøpersonale. Dette er med på å fremme brukervedvirkning, samtidig som pasienten får være med å ta kontroll over eget liv og egne ønsker. Informant 2 sier at:

«Behandling er jo på en måte individuelt tilpassa, (...) også samtidig som vi jobber med regelmessigheten, at man skal møte opp, jobber med det her med ansvarliggjøring og deres egen rolle i behandlingen».

Dette sier også informant 1 noe om: *«Vi jobber kontinuerlig med en bevissthet på hvilke valg har du tenkt til å gjøre for ditt eget liv (...)».* Å komme til behandling uten å kunne ha innflytelse på hva du skal gjøre for å skape en endring støtter ikke opp under behovet for autonomi og det kan diskuteres i hvor stor grad og effekt dette vil ha på livet etter behandling. Brukermedvirkning er en viktig del av autonomistøtte fra behandlere på en institusjon. Informant 1 anser brukermedvirkning som *«essensielt for å egentlig skulle oppnå god behandling, for det fungerer veldig dårlig å bestemme på andre sine vegne».* Brukermedvirkning skal i utgangspunktet være med på å sikre pasientene reell innflytelse på egen behandling, så lenge behandlerne hører på og overholder pasientenes ønsker. Dette er igjen med på å myndiggjøre pasienten og hjelpe pasienten til å ta tilbake kontroll over eget liv.

Når jeg spør informant 1 om de benytter seg av noen metoder for å motivere pasientene sine forteller han at de *«(...) jobber aktivt med motivasjon gjennom bevisstgjøring, og da er jo motiverende intervju den metoden som kanskje har blitt forsket mest på og som er god for å jobbe rundt motivasjonsspørsmål».* Som nevnt tidligere kan det i løpet av en endringsprosess oppstå ambivalens (Diseth, 2019, s. 43). Da kan autonomistøtte og motivasjonssamtaler være nyttig. Motivasjonssamtaler, eller motiverende intervju (MI), er tidligere beskrevet som en samtalemetode som har til hensikt å løse opp i ambivalens og motivere for endring.

Videre i den presenterte motivasjonsteorien deles motivasjon opp i ytre og indre motivasjon. Da jeg spurte informantene mine om de er opptatt av dette skillet svarte begge to at de til en viss grad er bevisste på det, men at det i det store bildet ikke spiller en stor rolle. Informant 1 sier at *«(...) her er all motivasjon god motivasjon, så lenge det på en måte sikrer seg videre».* Han påstår også at den ytre motivasjonen nødvendigvis ikke trenger å være en dårligere inngangsport til motivasjon i behandling, og at statistikken for både frivillig- og tvangsbehandling er tilnærmet like gode. Denne uttalelsen har jeg ikke lest noe om i tidligere teori om motivasjon og det kan stilles spørsmål om å skille indre og ytre motivasjon egentlig har en hensikt i det store bildet. I løpet av intervjuet kommer det frem et eksempel som handler om at pasientene ofte kan ha et ønske om å bli bedre på vegne av andre, for eksempel

familie, og informant 1 sier at *«det er mulig at du er i krysningspunktet mellom det som blir indre motivasjon og det som blir ytre»*. Videre tilsier hans erfaringer at hvor motivasjonen stammer fra ikke alltid er av så stor betydning og det nødvendigvis ikke er de med sterkest indre motivasjon som kommer til å få det best etter endt behandling.

Informant 2 sier at de ønsker at motivasjonen skal komme innen ifra, og forteller videre mer om den ytre motivasjonen og hvordan de prøver å ha et bevisst forhold til ros og belønning:

«(...) men selvsagt må vi spe litt på med ytre motivasjon liksom, (...) jeg tenker ihvertfall at ytre motivasjon ofte kan overskygge den indre da, altså hvis man kommer inn fra sidelinjen og begynner å gi mye belønning og mye positiv feedback så kan det bli mer verdt da, enn den indre gnisten som kanskje har vært der».

Ytre motivasjon er som tidligere beskrevet styrt av konsekvensene som følge av en handling. De handlingene som gir positive følger gjentas og opprettholdes, mens de handlingene som gir negative følger vil helst unngås. Ros og belønning fra behandlere er et eksempel på positive konsekvenser som følge av en handling, og kan være et godt utgangspunkt for å kunne utvikle en indre motivasjon og drivkraft. Den indre motivasjonen utvikles som følge av at en handling oppleves som nyttig, viktig, at den gir glede og skaper mestringsfølelse. Som nevnt anses den indre motivasjonen som mer stabil og varig, og når jeg spør informant 1 om dette svarer han *«(...) det er mye kraft i den her motivasjonen, men jeg tror du har rett i, at over tid så kanskje den indre motivasjonen er viktigere»*. Indre motivasjon er i stor grad med på å utvikle det som Bandura presenterer som «self-efficacy», eller mestringsstro (Martinsen, 2004, s. 191). Denne mestringsstroen gjør oss i stand til å bestemme valg av handling, mål og målsettinger, innsats og motivasjon, forventninger til oss selv og følelsene vi knytter til handlingen. Informantene har begge to satt lys på at fysisk aktivitet i behandling skal være med på å skape mestrings, stolthet og gode opplevelser. Dersom pasientene opplever dette vil de på mange måter kunne bruke denne mestringsopplevelsen på andre livsområder. Informant 2 sier at *«(...) mange bruker jo trening som et redskap i forhold til følelsesregulering»*. Trening kan være en god mestringsstrategi, og som vist her kan det brukes til følelsesregulering. For å unngå at denne formen for mestringsstrategi ikke utvikler seg i negativ retning, til en treningsavhengighet, er det viktig å ha et bevisst forhold til trening. Dette kommer jeg tilbake til senere i oppgaven.

5.4 Behandlers opplevelser og vurderinger

Min inngang og forforståelse til oppgavens problemstilling var at fysisk aktivitet vil være positivt i behandlingen av ROP-pasienter, og at både deres fysiske og psykiske helse vil bedres som følge av dette. Dette stilte informantene mine seg også positive til, da de begge hadde gode erfaringer og opplevelser ved bruk av fysisk aktivitet som behandlingstilbud.

Informant 1 forteller:

«Våres erfaringer er jo utelukkende gode, tror vi har mange pasienter som, mange får høstet veldig gode erfaringer med at når dem er slitne i hodet så hjelper det å komme seg ut, det hjelper å være på tur eller trene, det gir jo også ny mestring, mye stolthet for de fleste».

Informant 1 sine gode erfaringer støttes av informant 2 som sier at *«(...) de pasientene som er ferdig her og som kommer tilbake på brukerstyrte plasser, og som det går bra med, dem har fysisk aktivitet som en del av hverdagen da»*. Begge informantene opplever at de pasientene som har fysisk aktivitet som en del av sin nye hverdag har bedre rusmestring, bedre følelsesregulering og står sterkere i møte med utfordringer. Når kroppen er sterkere er hodet også på mange måter sterkere.

Informant 1 påpeker likevel at:

«(...) hvor stor del fysisk aktivitet har spilt inn i den bedringen er ikke så enkelt å si, men av hvilken kunnskap vi har, sånn hjernestrukturelt, så går et ikke an å komme forbi at fysisk aktivitet også har spilt en rolle i pasienten sin bedring».

Fysisk aktivitet er bare et av mange behandlingstilbud, da begge institusjonene tilbyr en rekke ulike behandlingstilbud og har fokus på en helhetlig og tverrfaglig behandling. Som nevnt tidligere kan dopaminutskillelsen ha noe å si for hvordan og hvor mye den enkelte opplever fysisk aktivitet som nyttig, givende og om de opplever mestring og gode opplevelser. Det er flere ganger i teorien og i mine data viset til at fysisk aktivitet har mange fordeler og positive effekter.

På tross av min forforståelse, som er svært positiv til fysisk aktivitet, var jeg allikevel klar over at det kunne finnes mindre gode erfaringer og ulemper. Jeg hadde derfor forberedt to

spørsmål som belyser de mindre gode sidene. Det første spørsmålet handlet om eventuelle barrierer ved bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode. Informant 1 forteller at:

«Ja, de fleste barrierene er naturligvis selvpåført, det er veldig mange pasienter som kommer hit som ikke er vandt med å bruke kroppen sin, når de får litt sånn muskelstøhet, som er veldig vanlig med oppstart av fysisk trening, så blir de redd for at dem er syke da».

Videre sier han at de er veldig opptatt av individuell tilrettelegging og brukermedvirkning i disse tilfellene, og at pasientene kan gjøre andre aktiviteter dersom de føler terskelen for å delta på behandlingsopplegget blir for høy, så lenge de gjør noe. Likeså er det mange av pasientene som har høye forventinger til seg selv og *«(...) det er mange som vegrer seg for å være med på tur fordi de er redd for at de ikke klarer å holde følge eller redd for at de ikke kommer til å klare det»*. Informant 1 sier at hans inntrykk er at det er flest damer som gir uttrykk for disse barrierene og som *«(...) tror at de må være toptrente for å begynne å trene»*. Informant 1 sine uttalelser viser tilbake til Banduras mestringstro og frykten for å nettopp ikke mestre de oppgavene som skal utføres. Tilhørighet er som nevnt et av de tre psykologiske komponentene i selvbestemmelsesteorien, og sier noe om hvordan tilhørighet til andre og gode relasjoner kan være med på å støtte og gjøre oss tryggere i møte med utfordringer.

Informant 2 sine erfaringer med barrierer til fysisk aktivitet kommer til uttrykk ved at mange har problemer med å være i grupper eller overholde tidspunkter og avtaler. Han forteller at:

«(...) for noen kan det å være i en treningsgruppe litt enklere og greiere enn det å for eksempel være med i en rusmestringsgruppe, enkelte formidler at dem føler seg mer, på en måte, enda mer synlig, men det kan selvfølgelig være helt motsatt og, det kommer jo an på hvem man møter».

«Også er det litt ut ifra kognitiv funksjon og, der kan jo være noen som har problemer med å holde tidsskjema, møte til avtaler, selv om dem absolutt vil, men de får det rett og slett ikke til».

Videre sier informant 2 at de løser disse barrierene ved å lage avtaler om å oppsøke pasienten på forhånd, enten for å følge dem til en time slik at de møter opp til rett tid, eller for å lage en

plan for dagen og planlegge hvordan pasienten på best mulig måte kan gjennomføre for eksempel en gruppetime.

Det andre spørsmålet jeg ønsket å stille var et spørsmål om fysisk aktivitet, og trening spesielt, kan utvikle seg til å bli en ny avhengighet. Før jeg rekker å stille spørsmålet til informant 1 har han allerede begynt å sirkle seg inn på akkurat dette. Informant 1 sier at:

«En annen viktig side av trening er jo også det at mange kan ende opp med å erstatte en avhengighet av noe annet da, så hvis man ikke er riktig klar over å holde tunga beint i munn så har vi en del pasienter som også kommer til meg som er overtrent».

Han forteller videre at flere av disse er overtrente som følge av at trening er den måten og metoden de har benyttet for å regulere følelser på og at disse *«kanskje tilhører den gruppa som får veldig høyt dopaminutslipp da, sånn at dem da kanskje får litt sånn eufori, litt sånn ruseffekt»*. Som vist tidligere i oppgaven gir dopamin en lykkefølelse som på mange måter kan minne om følelsen man får av rusmidler. Informant 2 forteller også at *«(...) trening kan absolutt misbrukes»*. Videre sier han at behandlernes oppgave dermed blir å fungere som en brems:

«(...) og prøve å få treningen ned på et lavere nivå og se hvordan reguleringa av treninga, altså om treninga har blitt brukt som eventuelt misbruk eller som regulering, eventuelt hva som kommer fram hvis den blir tonet litt ned».

Teori og forskning om fysisk aktivitet kan kritiseres for å ikke ta hensyn til denne negative siden av fysisk aktivitet. Trening og fysisk aktivitet er positivt for de aller fleste av oss, men for noen kan det brikke over til en ny avhengighet og sykdom. Dette gjelder ikke bare ROP-pasienter, men også andre med andre psykiske lidelser eller utfordringer i livet.

Når jeg avslutningsvis spør om behandlerne er bevisste på dette potensielle problemet og om de har en balansert tilnærming til trening og aktivitet svarer informant 1 noe jeg selv ikke hadde reflektert over:

«(...) psykologisk sett er det ganske komplisert for det er litt som faktorene som jeg beskrev, de får den her sterke gode velværefølelsen av å gjøre noe som er lovlig og som også egentlig blir høyt ansett i samfunnet da, å være trent og i tillegg oppleve mestring med det, så det kan være litt komplisert å balansere i det, så om vi lykkes det er både ja og nei».

Når behandlere sterkt fremmer fysisk aktivitet både i og utenfor behandling vil det selvsagt være vanskelig å gjøre det motsatte dersom en pasient har utviklet eller er i ferd med å utvikle en treningsavhengighet. Balansen mellom en sunn og usunn tilnærming til fysisk aktivitet er ikke lett og kan være svært skjør for mange, da de mange fordelene og begrunnelsene for fysisk aktivitet stiller sterkt.

6. Oppsummering og konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvilke erfaringer og opplevelser behandlere har med bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter. På grunn av oppgavens omfang og med hensyn til pasientenes sårbarhet har jeg intervjuet to behandlere på to ulike institusjoner om deres erfaringer, og ikke ROP-pasienter direkte. Oppgaven er derfor basert på deres uttalelser og vurderinger som de opplever i arbeidet med deres pasienter på rus- og psykiatrinstitusjonene de er ansatte ved. Problemstillingen er videre en åpen problemstilling som på denne måten får frem hvilke begrunnelser det er for bruk av fysisk aktivitet, hvilke effekter dette har og hvordan behandlerne opplever denne behandlingsmetoden.

Jeg utforsket oppgavens problemstilling gjennom bakgrunnsteppet, den egenvalgte teorien og intervjuene. Når det kommer til hvilke begrunnelser informantene har for å bruke fysisk aktivitet som behandlingsmetode peker de på flere grunner. Informantene forklarer hvilken betydning utskillelsen av dopamin har for den lykkefølelsen mange opplever som følge av økt fysisk aktivitet. De setter også fokus på at fysisk aktivitet har flere fordeler rent fysiologisk, at kroppen blir sterkere, og at dette har flere positive ringvirkninger. Økt selvfølelse og mestringstro er konsekvenser de peker på. Likeså er mental styrke en av effektene flere kan oppleve av fysisk aktivitet. Å klare å stå bedre og tryggere i vanskelige situasjoner er noe begge informantene trekker frem som viktig.

Gjennom oppgaven har mye av fokuset vært på motivasjon, brukermedvirkning og ansvar for eget liv. ROP-pasienter er en sårbar gruppe hvor mange har behov for et helhetlig behandlingstilbud. Informantene mener at fysisk aktivitet kan være med på å gi pasientene overskudd i hverdagen og som kan hjelpe de til å delta og fullføre andre behandlingstilbud, for eksempel samtalerapi. En endringsprosess vil for mange være krevende, og det å opprettholde motivasjon kan skape utfordringer for fremgangen. Motivasjonsteori påstår at den indre motivasjonen er den beste motivasjonen over tid, fordi det er en indre drivkraft. Begge informantene var enige i at dette kan være tilfelle i det lange løp, men understreker også at all motivasjon er god motivasjon for denne gruppen, og at det for mange vil være like nyttig å være drevet av ytre motivasjon i form av ros og belønning.

Videre erfarte informantene at de som hadde fysisk aktivitet som en del av «den nye hverdagen» var de som hadde best rusmestring. Det må nevnes at ROP-pasienter stort sett mottar et helhetlig behandlingstilbud med flere behandlingsformer, som gruppeterapi eller

individuelle terapisaamtaler. Når delen av livet som inneholdt rus blir borte oppstår det ofte et tomrom og tid til overs, og fysisk aktivitet er et godt alternativ til å fylle dette rommet med. Informantene var tydelige på at det ikke nødvendigvis trenger å innebære intensiv og hard trening, men at aktivitet, på en eller annen måte, var bedre enn ingenting. Som nevnt vil det å være i aktivitet påvirke dopaminutskillelsen og lykkefølelsen vil i mange tilfeller øke. Dette kan igjen ha en positiv påvirkning på den psykiske helsen og for mange bidra til bedre livskvalitet generelt. Informantene mine hadde mange gode opplevelser og vurderinger av hvordan fysisk aktivitet påvirket pasientene som en del av et behandlingsforløp, og de påstod begge at dette var utelukkende positivt.

I empirien min har jeg funn som jeg ikke forventet å finne, og som jeg heller ikke har lest noe om i teori og forskning. Det kommer blant annet fram at pasienter ofte har ulike barrierer for å delta på og være i fysisk aktivitet. Begge informantene mine peker på at barrierer som for eksempel frykten for å bli syk, å ikke mestre aktiviteten og å ikke være i god nok form til å være med på tur og dermed falle utenfor gruppen. Disse barrierene er noe behandlere kan jobbe videre med på institusjonene. Videre har informantene også vist til at å skille mellom indre og ytre motivasjon ikke er så viktig for denne pasientgruppen, da all motivasjon er god motivasjon og et steg fremover. På bakgrunn av dette kan det stilles kritiske spørsmål til motivasjonsteoriens fokus på indre og ytre motivasjon.

Alt i alt er det mye som tyder på at behandlere har gode erfaringer med bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen til ROP-pasienter. Allikevel er ikke mine funn ensbetydende med at det er slikt for alle, og heller ikke et svar man kan sette to streker under. Denne oppgaven er ment for å utforske om behandlere erfarer og vurderer fysisk aktivitet som nyttig, og som kan være en av mange behandlingstilbudene som kan tilbys ROP-pasienter. Videre steg i oppgaven kunne vært å utvide datagrunnlaget og sett på flere sider av fysisk aktivitet i kombinasjon med de mer tradisjonelle behandlingsmetodene. Å utforske behandlernes erfaringer og opplevelser med bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter har vært en givende oppgave, og det blir spennende å se om denne typen behandlingsform får enda større plass i norsk behandling i tiden fremover.

Litteraturliste

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal. (s. 17-261*)

Diseth, Å. (2019). *Motivasjonspsykologi: Hvordan behov, tanker og emosjoner fremmer prestasjoner og mestring*. (1.utg). Gyldendal Akademisk. (s. 21-53*)

Fellesorganisasjonen (2017). *Global definisjon av sosialt arbeid*. (s. 3-8*)

https://www.fo.no/getfile.php/1315392-1552640737/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Global%20definisjon%20av%20sosialt%20arbeid_NO.pdf

Fellesorganisasjonen (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere* (s. 3-15*)

<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Folkehelseinstituttet.no. (2018a). *Folkehelse rapporten kortversjon – Helsetilstanden i Norge 2018*.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>

Folkehelseinstituttet.no. (2018b). *Psykisk helse i Norge 2018*.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf

Gonzalez, M. T. (2020) *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. Gyldendal. (177-186*)

Hjelle, O. P. (2019) *Sterk hjerne med aktiv kropp*. Kagge forlag. (s. 10-26, 57-77, 103-128*)

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg). Gyldendal akademisk. (s.18-276*)

Martinsen, E. W. (2004) *Kropp og sinn: fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi*. Fagbokforlaget. (s. 15-185*)

Moe, T. (red.), Martinsen, E. W., Borge, L. (2011) *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Fagbokforlaget. (s. 20-30, 76-96*)

NHI.no. (2021). *Rus og psykiatri (ROP-lidelse)*.

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/rus-og-psykiatri-rop-lidelse/>.

Regjeringen.no. (2014) *Verdens helseorganisasjon*.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2017) *Self-determination Theory: Basic psychological needs in motivation, development and wellness*. Guilford Press. (s. 3-20*)

Svalastog, A. L., Kristoffersen, N. J. & Lile, H. S. (2019) *Psykososialt arbeid: kunnskap, verdier og samfunn*. Gyldendal. (s. 230-250*)

Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykkeskjema**Vil du delta i forskningsprosjektet
«Fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske behandleres opplevelser og erfaringer med bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne bacheloroppgaven er å utforske hvilke erfaringer og opplevelser behandlere har med bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter. Oppgaven ønsker spesielt å finne mer ut av hvordan fysisk aktivitet som behandlingstilbud er med på å påvirke dere psykiske helse, og hvordan behandlere tilrettelegger for blant annet motivasjon og brukermedvirkning.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i dette prosjektet på bakgrunn av dine erfaringer og kunnskaper med bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du/dere velger å delta i prosjektet innebærer det at jeg intervjuer deg over telefon eller videosamtale. Intervjuet vil ta deg ca. 30 min, og vil bli tatt opp på lydopptaker. Etter intervjuet er ferdig vil opptaket bli transkribert og anonymisert, og selve opptaket vil bli slettet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Da intervjuet skal anonymiseres, vil det du sier i intervjuet ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som student og min veileder på Universitet i Stavanger som vil ha tilgang til personopplysninger.

Det transkriberte intervjuet kommer ikke til å inneholde navnet ditt.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når intervjuet transkriberes. Innholdet i intervjuet kommer kun til å være tilgjengelig for meg som student og min veileder.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller 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 Universitet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan du finne ut mer?

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

- Universitet i Stavanger ved Brita Gjerstad (brita.gjerstad@uis.no)
- Vårt personvernombud kan nåes på epost: personvernombud@uis.no

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

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

Med vennlig hilsen

Brita Gjerstad
(Veileder)

Anne Strand Lyngdal
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Fysisk aktivitet i behandling av ROP-pasienter» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

-----/-----/-----

(Sted

/dato

/prosjektdeltakers signatur)

Vedlegg 2: Intervjuguide*Innledning***Problemstilling**

Hvilke erfaringer og opplevelser har behandlere med bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av ROP-pasienter?

Introduksjon

- Presentere meg selv
- Informere om prosjektet
- Gjennomgang av hvordan intervjuet dokumenteres og anonymisering
- Informere om samtykke og formidle retten til å avbryte prosessen hvis informant ønsker

Informasjon om informant

- Rolle på arbeidsplassen
- Informasjon om arbeidsplassens formål/verdier/visjon
- Utdanning/eventuelle kurs

*Hoveddel***Behandling generelt**

- Hvilke behandlingstilbud har dere?
- Hvordan jobber dere? Tverrfaglig?
- Hvordan ser en hverdag med behandlingstilbud ut?
- Hvordan fremmer dere brukermedvirkning i behandlingen?

Fysisk aktivitet/trening spesielt

- Hvilken betydning har fysisk aktivitet for deres pasienter?
- Begrunnelser for å bruke fysisk aktivitet i behandlingen?
- Fordeler/ulemper?
- Hvilke fysisk aktivitetstilbud har dere?
- Hvilke barrierer er det for deres pasienter å begynne/fortsette med fysisk aktivitet?
- Hvordan motiverer dere pasientene deres?

Effekter/resultater

- Hva er deres erfaringer med fysisk aktivitet som behandlingstilbud?
- Generelle opplevelser om fysisk aktivitet i møte med deres pasienter
- Oppfatter dere en bedring av psykisk helse blant deres pasienter?
- Langtids/korttidseffekter?

- Har dere erfaringer med at fysisk aktivitet går over til å bli en ny avhengighet?
- Er arbeidsplassen oppmerksom på balansen/ha en sunn tilnærming til aktivitet?
- Hvordan motiverer/har dere fokus på motivasjon mtp. fysisk aktivitet i behandlingen?

Avslutning

- Oppsummer
- Er det noe jeg ikke har spurt om, som du synes kan bidra til å belyse problemstillingen min?