



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2019

30 stp

Fakultet for landskap og samfunn

Suksesskriterier og barrierer for at fysisk aktivitet skal bli en del av behandlingstilbudet i døgnenheter for rus- og avhengighetsbehandling – ansattes perspektiv

Success criteria and barriers to physical activity becoming part of the treatment program in units for addiction treatment – staff perspective

Merete Holen Rimstad

Folkehelsevitenskap – natur og miljø, helse og livskvalitet

Forord

Arbeidet med masterstudien nærmer seg slutten og jeg kan se tilbake på en lærerik og arbeidskrevende tid. Gjennomføringen av studiet har latt seg realisere fordi det finnes velvillige, støttende og oppmuntrende mennesker som har vært til stor hjelp underveis.

Aller først vil jeg rette en stor takk til min snille, tålmodige og energiske veileder Lina Harvold Ellingsen-Dalskau, som har kommet med gode og konstruktive innspill og anbefalinger. Hun har utfordret meg til å bevege meg inn i fagområder som fra tidligere var lite kjent og bidratt til å forme oppgaven til det den er i dag.

Så vil jeg takke engasjerende og dyktige ansatte og forelesere ved NMBU for hyggelige og lærerike studieår i vakre omgivelser.

Tusen takk til medstudenter for hyggelig sosialt samvær, faglige samtaler og godt samarbeid.

Samtidig vil jeg takke min arbeidsgiver som har gitt meg muligheten til å studere og ledere som har godkjent og lagt til rette for gjennomføringen av studien.

Takk til alle deltakere i studien for engasjement, tålmodighet, velvillighet og tidsbruk i en travel hverdag med mange arbeidskrav.

En spesiell takk går til min gode kollega Toril Moe som har inspirert meg til arbeid med fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid og som på flere plan har lagt ned en iherdig innsats for faget.

En tankefull takk går til min biveileder Egil W. Martinsen som dessverre måtte trekke seg i oppstarten av studien. Hans bidrag til fagfeltet har vært til stor inspirasjon.

Og sist men ikke minst vil jeg vil rette en stor takk til min kjære mann som har fungert som limet i familien, støttet meg i gjennomføringen, lest korrektur og bidratt med oppmuntrende ord fra sidelinjen.

Merete Holen Rimstad, 16. desember 2019

Sammendrag

Rus- og psykiske lidelser er et stort folkehelseproblem i Norge og resten av verden. Noe av problemet er at psykiske lidelser ofte opptrer tidlig i livet og dette kan påvirke tidlig oppstart av rusmidler. Som følge av lidelsene samlet har denne gruppen økt forekomst av somatiske sykdommer og en lavere levealder enn befolkningen for øvrig. Et tiltak for å fremme helse er bruk av fysisk aktivitet som behandling. I forbindelse med innføring av pakkeforløp for somatisk helse og levevaner anbefales fysisk aktivitet som et integrert behandlingstilbud, men dette kan være vanskelig å få til i praksis. Formålet med denne studien er å kartlegge ansattes meninger om suksessfaktorer og barrierer for at fysisk aktivitet skal bli en integrert og varig del av behandlingstilbudet i enheter for rus- og avhengighetsbehandling. Ved å undersøke hvilke tanker og idéer de ulike yrkeskategoriene: ledere, behandlere og miljøpersonale har, vil funnene kunne benyttes i videre arbeid slik at fysisk aktivitet på sikt kan implementeres på en systematisk og målrettet måte. Ved å la ansatte med tverrfaglig bakgrunn være med på å utforme satsingsområder oppnås et større helhetsperspektiv og løsningene kan bli bedre tilpasset til enhetene.

For å besvare problemstillingen ble metoden Concept mapping (CM) benyttet. Metoden innbefatter brainstorming (idémyldring), strukturering, sortering og rangering av uttalelser, dataanalyse og tolkning av resultater. Ansatte ved 4 døgnenheter i avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Oslo universitetssykehus ble rekruttert til deltakelse. Studien ble inndelt i to faser der det i fase 1 ble rekruttert 20 ansatte til en brainstormingsprosess basert på et fokusspørsmål. Prosessen ble utført i to omganger med 10 ansatte per gang. I fase 2 ble 142 ansatte invitert til deltakelse i sortering og/eller rangering av de innkomne forslagene fra brainstormingsprosessen der viktighet og gjennomførbarhet ble rangert etter en 5 punktskala.

49 av 142 inviterte deltok i fase 2 med sortering og/eller rangering av uttalelsene. Dette utgjør en svarprosent på 34,5. 64 uttalelser fra brainstormingen og 8 klynger fra sorteringen ble benyttet med utgangspunkt i at fysisk aktivitet skulle bli et integrert og varig behandlingstilbud til pasientgruppen. Klyngene bestod av både suksessfaktorer og barrierer og temanavnene var: *Undervisning, Rammer og prioritering, Kompetanse, Kartlegging og informasjon, Tilrettelegging, Holdning og kultur, Ressurser og organisering og Struktur og planlegging*. *Struktur og planlegging* var den klyngen som deltakerne rangerte som viktigst og mest gjennomførbar og den høyest rangerte uttalelsen i denne klyngen var ...*det settes av*

faste tider til fysisk aktivitet i felles ukeplan. Resultatene ble drøftet med utgangspunkt i implementeringsteori og empiri.

Funn fra studien viser at utvikling av tydelige planer, tilrettelegging av personalressurser, tilrettelegge for fysisk aktivitet og kartlegging og informasjon rettet til pasientene var noe av det ansatte opplevde som mest viktig og gjennomførbart. Disse områdene kan være retningsgivende for en fremtidig utforming av intervensjoner i en implementeringsprosess. Involvering av ansatte med tverrfaglig bakgrunn og kartlegging av deres meninger om suksessfaktorer og barrierer medfører at intervensjoner kan skreddersys slik at fysisk aktivitet på sikt kan bli en integrert og varig del av behandlingstilbudet i enheter for rus- og avhengighetsbehandling.

Abstract

Drug abuse and mental illness is a major public health problem in Norway and the rest of the world. A part of the problem is that mental disorders often occur early in life, which may lead to an early onset of use of drugs. As a result of the sum of disorders, this group has an increased incidence of somatic diseases and a lower life expectancy than the general population. One measure to promote health is the use of physical activity as a treatment. In connection with the introduction of standardised clinical pathways (“pakkeforløp”) for somatic health and living habits, physical activity is recommended as an integrated treatment program, but this can be difficult to achieve in practice. The purpose of this study is to map staff’s opinions on success factors and barriers to physical activity becoming an integral and enduring part of the treatment offering at drugs and addiction treatment units. By examining the thoughts and ideas of the various staff categories: managers, practitioners and nursing staff (“miljøpersonale”), the findings can be used in further work so that physical activity can be implemented in a systematic and targeted manner in the long term. By enabling staff with a multidisciplinary background to design focus areas, a larger overall perspective is achieved, and the solutions can be better adapted to the units.

To answer the problem, the Concept mapping (CM) method was used. The method includes brainstorming, structuring, sorting and rating of statements, data analysis and interpretation of results. Staff at 4 units in the department for addiction treatment at Oslo University Hospital were recruited for participation. The study was divided into two phases where 20 staff members were recruited in phase 1 for a brainstorming process based on a focus question. The process was carried out in two sessions with 10 staff members at a time. In Phase 2, 142 staff members were invited to participate in the sorting and / or rating of the proposals received from the brainstorming process, where importance and feasibility were rated on a 5-point scale.

49 of 142 invited participants participated in phase 2 with sorting and / or rating of the statements. This represents a response rate of 34.5%. 64 statements from the brainstorming and 8 clusters from the sorting were used on the basis that physical activity should become an integrated and lasting treatment offering to the patient group. The clusters consisted of both success factors and barriers and the theme names were: *Teaching, Framework and Priority, Competence, Mapping and Information, Facilitation, Attitude and Culture, Resources and Organization* and *Structure and Planning*. *Structure and Planning* was the cluster that the

participants ranked as most important and feasible and the highest-ranked statement in this cluster was ... *fixed times for physical activity is set in the joint weekly schedule*. The results were discussed on the basis of implementation theory and empirical data.

Findings from the study show that development of clear plans, organization of human resources, facilitation of physical activity and surveys and information aimed at the patients were some of the areas the staff found most important and feasible. These areas can provide guidance for future design of interventions in an implementation process. Involvement of employees with interdisciplinary background and mapping of their opinions on success factors and barriers leads to interventions which may be tailored so that physical activity in the long term can become an integral and enduring part of the treatment in addiction treatment units.

Liste over figurer og tabeller

<i>Figur 1. Regnbuemodellen som viser folkehelse og påvirkningsfaktorer. Fra «Samfunnsutvikling for god folkehelse» (Helsedirektoratet, 2014b, s. 15).</i>	10
<i>Figur 2. Health Promotion Emblem. Fra “The Ottawa Charter for Health Promotion” (World Health Organization, 1986).</i>	12
<i>Figur 3. Stadier i implementeringsprosessen (egen figur basert på Fixsen et al., 2005; Roland, 2017).</i>	16
<i>Figur 4. Implementeringsrammeverk anvendt til å utvikle evidensbasert intervensjonspraksis innenfor organisasjoner. Fra “Implementation Research: A Synthesis of Literature” (Fixsen et al., 2005, s. 28).</i>	18
<i>Figur 6. Punktkart basert på deltakernes uttalelser.</i>	33
<i>Figur 7. Klyngekart med 8 klynger.</i>	34
<i>Figur 8. Klyngerangeringskart etter viktighet med 8 klynger inkludert nummererte punkter med uttalelser.</i>	35
<i>Figur 9. Klyngerangeringskart etter gjennomførbarhet med 8 klynger inkludert nummererte punkter med uttalelser.</i>	36
<i>Figur 10. Mønsterkart med viktighet hos alle yrkeskategorier.</i>	37
<i>Figur 11. Mønsterkart med gjennomførbarhet hos alle yrkeskategorier.</i>	38
<i>Figur 12. Go Zone-kart med oversikt over deltakernes rangering av viktighet og gjennomførbarhet.</i>	39
<i>Tabell 1. Deltakerdata innhentet fra brainstormings-, sorterings- og rangeringsdelen fordelt på yrkeskategorier.</i>	32

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	IV
Liste over figurer og tabeller	VI
Innholdsfortegnelse.....	VII
1 Innledning	1
1.1 <i>Studiens oppbygning og struktur</i>	1
2 Bakgrunn	2
2.1 <i>Psykiske helse</i>	2
2.2 <i>Psykiske lidelser og ROP-lidelser</i>	2
2.2.1 Forekomst av ROP-lidelser.....	3
2.2.1 Sammenhengen mellom rus- og psykiske lidelser.....	3
2.2.1 Utfordringer hos personer med ROP-lidelser	4
2.2.2 Somatisk helse og levevaner.....	5
2.2.3 Behandling i spesialisthelsetjenesten og innføring av pakkeforløp.....	6
2.3 <i>Fysisk aktivitet</i>	8
2.3.1 Anbefalinger for fysisk aktivitet.....	8
2.3.2 Viktigheten av fysisk aktivitet til personer med rus- og/eller psykiske lidelser	8
2.4 <i>Folkehelseperspektivet</i>	10
2.4.1 Helsefremmende arbeid	11
2.4.2 Forebyggende arbeid.....	13
3 Teori og empiri	14
3.1 <i>Implementering</i>	14
3.2 <i>Implementeringsprosessen</i>	15
3.3 <i>Implementeringsrammeverk</i>	17
3.3.1 Modell for implementering	17
3.4 <i>Implementering av fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid</i>	21
3.4.1 Helsepersonell og roller	21
3.4.2 Organisatoriske faktorer.....	23
4 Problemstilling	24
5 Metode	24
5.1 <i>Concept mapping</i>	24

5.2	<i>Forberedelser og planlegging</i>	25
5.2.1	Etiske vurderinger.....	25
5.2.2	Rekruttering av deltakere i fase 1 og 2	26
5.2.3	Utforming og pilot-testing av fokusspørsmålet	27
5.3	<i>Gjennomføring og datainnsamling</i>	28
5.3.1	Fase 1: Brainstorming.....	28
5.3.2	Strukturering av uttalelser.....	28
5.3.3	Fase 2: Sortering og rangering.....	29
5.4	<i>Bearbeiding av data</i>	29
5.4.1	Registrering og kontroll av data.....	29
5.5	<i>Analyse av data</i>	30
5.5.1	Fremstilling av kart.....	30
6	Resultater	31
6.1	<i>Presentasjon av kart</i>	33
6.1.1	Punktkart.....	33
6.1.2	Klyngekart og klyngerangeringskart.....	34
6.1.3	Mønsterkart.....	36
6.1.4	Go Zone-kart.....	39
7	Diskusjon	40
7.1	<i>Diskusjon av klyngene</i>	41
7.1.1	Struktur og planlegging.....	41
7.1.2	Ressurser og organisering.....	43
7.1.3	Tilrettelegging.....	44
7.1.4	Kartlegging og informasjon	45
7.1.5	Kompetanse.....	46
7.1.6	Undervisning.....	47
7.1.7	Rammer og prioritering.....	48
7.1.8	Holdninger og kultur.....	48
7.2	<i>Diskusjon av implementeringsrammeverk</i>	49
7.2.1	Kilden.....	50
7.2.2	Destinasjonen.....	50
7.2.3	Kommunikasjonsforbindelsen med implementeringsdrivere	51
7.2.4	Lojalitet.....	53
7.3	<i>Styrker og svakheter ved studien</i>	53
7.3.1	Validitet.....	54

7.3.2	Intern validitet kvalitativ metode (troverdighet).....	54
7.3.3	Intern validitet kvantitativ metode	55
7.3.4	Ekstern validitet kvalitativ metode (overførbarhet).....	57
7.3.5	Ekstern validitet kvantitativ metode (generalisering).....	57
7.3.6	Reliabilitet.....	57
7.3.7	Reliabilitet kvalitativ metode (pålitelighet)	57
7.3.8	Reliabilitet kvantitativ metode.....	58
7.3.9	Objektivitet (bekreftbarhet) og forforståelse	58
7.3.10	Øvrige funn.....	59
8	Konklusjon	59
8.1	<i>Hovedfunn.....</i>	60
8.2	<i>Oppsummering av teorediskusjon</i>	61
8.3	<i>Implikasjoner for praksis</i>	62
8.4	<i>Styrker og begrensninger i studien</i>	62
	Litteraturliste	64
	Vedlegg.....	73
	<i>Vedlegg 1. Invitasjonsskriv til deltakerne.....</i>	73
	<i>Vedlegg 2. Tabell med oversikt over klynger, uttalelser og gjennomsnittsverdier</i>	77
	<i>Vedlegg 3. Tabell med oversikt over endring av klyngenavn</i>	84
	<i>Vedlegg 4. Tabell med oversikt over rangeringer</i>	84

1 Innledning

Personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har en høyere forekomst av somatiske lidelser og høyere sykkelighet og dødelighet enn normalbefolkningen (Nordentoft et al., 2013). Derfor anbefaler Helsedirektoratet systematisk bruk av fysisk aktivitet til behandling av mennesker med rus- og avhengighetsproblematikk innlagt ved psykiatriske sykehus (Helsedirektoratet, 2014a). De som innlegges til rusbehandling har ofte redusert fysisk form, dårlig helse og en inaktiv livsstil med røyking og dårlig kosthold (Sjøholt, 2016, s. 130). Fysisk aktivitet har vist å ha en positiv effekt på den fysiske og psykiske helsen, i tillegg til at det kan redusere bruk av rusmidler og forebygge tilbakefall (Helsedirektoratet, 2009a). På verdensbasis er psykiske lidelser et stort folkehelseproblem (Evjen, Kielland, & Øiern, 2018, s. 89), og her i landet er angst, depresjon og ruslidelser de mest vanlige psykiske lidelsene (Folkehelseinstituttet, 2018b). Ruslidelser og psykiske lidelser forekommer ofte samtidig (Evjen et al., 2018), noe som kan medføre at både helse og livskvalitet reduseres (Tiffany, Friedman, Greenfield, Hasin, & Jackson, 2012).

Ansatte i enheter for rus- og avhengighetsbehandling har en sentral rolle ved forordning, tilrettelegging og utførelse av fysisk aktivitet med pasientene. Kartlegging av deres tanker og idéer vil være av avgjørende betydning ved utformingen av intervensjoner innen fysisk aktivitet. Målsetning med denne studien er derfor å bidra til økt bevissthet, kunnskap og innsikt om hva miljøpersonale, behandlere og ledere tenker må til for at fysisk aktivitet skal bli et integrert og varig behandlingstilbud til personer med samtidig rus- og psykiske lidelser slik at de på sikt kan oppnå en bedre helse og økt livskvalitet.

1.1 Studiens oppbygning og struktur

I bakgrunnsdelen presenteres rus- og psykiske lidelser, forekomst av lidelsene, somatiske utfordringer, risikofaktorer og pakkeforløp. Deretter omtales fysisk aktivitet generelt og etter det fysisk aktivitet rettet mot personer med rus- og psykiske lidelser. I delen med teori og empiri presenteres først implementeringsprosessen for å gi en oversikt over gangen i denne, deretter et implementeringsrammeverk som vil være hovedteorien i studien, for så å se på studier om implementering i praksis.

2 Bakgrunn

2.1 Psykiske helse

Begrepet psykisk helse innbefatter alt fra psykiske lidelser og plager til livskvalitet og god psykisk helse (Folkehelseinstituttet, 2018a, s. 10). God psykisk helse vil si å ha en meningsfull tilværelse der man får brukt sine evner, takler utfordringer i hverdagen og har en opplevelse av trivsel og god livskvalitet (Departementene, 2017, s. 9). God livskvalitet blir ofte sett på som det å oppleve trivsel og glede, tilhørighet og trygghet, vitalitet og tilfredshet, mestring, mening, interesse, autonomi og engasjement (ibid.). Psykiske plager er lettere tilstander av ubehag som oppleves belastende for personen og ikke kategoriserer for diagnostisering, mens når de psykiske symptomene er av en slik karakter at de oppfyller diagnostiske kriterier kan det sies å være en psykisk lidelse (ibid.). Alvorlige psykiske lidelser blir ofte definert som alvorlig depresjon, schizofrenispekter forstyrrelser og bipolar lidelse (Stubbs et al., 2018). I følge tall fra Folkehelseinstituttet vil 30 – 50% av befolkningen få en psykisk lidelse i løpet av livet (Departementene, 2017, s. 9). Og i løpet av et år vil forekomsten av psykiske lidelser hos den voksne befolkningen i Norge ligge på mellom 16 – 22%, der angst, depresjon og ruslidelser er mest vanlig (Folkehelseinstituttet, 2018b). Innen psykiske lidelser ansees depresjon, angst og ruslidelser som de store folkesykdommene både her i landet og internasjonalt (DALYs & Collaborators, 2016; Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001; Martinsen, 2018; Torvik et al., 2018). Hos pasienter som blir innlagt i psykisk helsevern er det høy forekomst av ruslidelser (Helsedirektoratet, 2012, s. 33). Den høyeste forekomsten finner man ved akutt- og sikkerhetsavdelinger der personer med ruslidelser utgjør omlag 40 – 60 % av de innlagte (ibid.).

2.2 Psykiske lidelser og ROP-lidelser

I denne studien fokuseres det på personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, der den psykiske lidelsen kan være både alvorlig og mindre alvorlig. Ruslidelser relateres til skadelig bruk, misbruk eller avhengighet av legale og illegale rusmidler samt kombinasjon av disse (blandingsmisbruk). I Norge kalles samtidig ruslidelse og psykisk lidelse for ROP-lidelser, mens internasjonalt benyttes ofte dobbeltdiagnose (*dual diagnosis*) eller samsykelighet (*concurrent disorder*) (Evjen et al., 2018). Begrepet ROP-lidelser gir en klar indikasjon på hvilke to lidelser som opptrer sammen og er et mer presist begrep enn dobbeltdiagnose eller samsykelighet (Helsedirektoratet, 2012, s. 16).

2.2.1 Forekomst av ROP-lidelser

I følge rapporten Psykisk helse i Norge 2018 er psykiske lidelser og rusbrukslidelser utbredt i befolkningen og bidrar til betraktelig reduksjon av helse og livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2018a, s. 6). Forbruk av alkohol er økende og det antas at alkohollidelser har steget som følge av dette (ibid.).

Rus- og avhengighetslidelser har en livstidsforekomst på 15 % på verdensbasis (Kessler et al., 2007) og i USA rammes omlag 20 % av befolkningen av ruslidelser (Weinstock, Farney, Elrod, Henderson, & Weiss, 2017). Det mest vanlige rusmiddelet er alkohol og alkoholbrukslidelser (alcohol use disorder) er en av de vanligste psykiatriske diagnosene og har en livstidsforekomst på 29,1% og en tolv måneders forekomst på 13,9% i USA (Grant et al., 2015).

I Norge finnes få gode studier om forekomsten av rus- og psykiske lidelser i befolkningen (Helsedirektoratet, 2012), men det er utført to undersøkelser som allikevel er verd å nevne. I 2001 ble det publisert en norsk epidemiologisk studie av den voksne befolkningen i Oslo, der livstidsforekomsten av alkoholmisbruk og avhengighet av rusmidler lå på ca. 23 % (Kringlen et al., 2001; A. Landheim, 2016). I 2006 ble det publisert en tilsvarende undersøkelse om befolkningen i Sogn og Fjordane der livstidsforekomsten lå på 9 % (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2006; A. Landheim, 2016). Når det gjelder misbruk og avhengighet av illegale rusmidler nevner de epidemiologiske undersøkelsene at det er en livstidsforekomst på 3,4 % i Oslo og 0,4 % i Sogn og Fjordane (Kringlen et al., 2001, 2006; A. Landheim, 2016). Dette viser at bruk av både alkohol og illegale rusmidler kan være høyere i byene enn i distrikts-Norge og at resultatet for landet for øvrig sannsynligvis vil ligge et sted imellom disse verdiene.

2.2.1 Sammenhengen mellom rus- og psykiske lidelser

Personer med psykiske lidelser har økt risiko for å starte med rusmidler og personer som starter med rusmidler har også økt risiko for å utvikle psykiske lidelser (Evjen et al., 2018). Og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto mer øker risikoen for å få en ruslidelse (Lien, 2013). Samtidig vet man at det er enkelte psykiske lidelser som for eksempel schizofreni og bipolar lidelse som har en høyere risiko for å benytte rusmidler sammenlignet med andre psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2012, s. 30). Hos personer med ruslidelser og schizofreni kan enkelte rusmidler utløse psykose ved inntak (ibid., s. 31). Ved en psykose påvirkes personens sanser og det kan oppstå vrangforestillinger med paranoide trekk, samt

angst og desorientering (Helsedirektoratet, 2013, s. 137). For personer med rus- og bipolar lidelse har personen svingninger mellom depresjon og mani, der de maniske periodene kan gå over i en psykotisk tilstand (Helsedirektoratet, 2012). Rus- og angstlidelser opptrer ofte sammen (ibid., s. 32) og sosial angst og posttraumatisk stresslidelse er ofte forbundet med rusavhengighet (Bakken, Landheim, & Vaglum, 2005; A. S. Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002). For personer som er til behandling for ruslidelser er depresjon vanlig, og kan variere fra lett til alvorlig (Evjen et al., 2018). Ruslidelser og personlighetsforstyrrelser forekommer også hyppig sammen og personer med blandingsmisbruk hadde den høyeste forekomsten (Stinson et al., 2005). ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) forekommer hyppigere blant personer med ruslidelser enn i normalbefolkningen og kjennetegnes med hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer (Helsedirektoratet, 2012). Hos personer med alvorlig spiseforstyrrelser som overspisingslidelse eller bulimi, kan det være høy risiko for rusmisbruk (Helsedirektoratet, 2012, s. 33).

2.2.1 utfordringer hos personer med ROP-lidelser

Personer med ROP-lidelser har ofte mange komplekse og sammensatte problemer og utfordringer. For enkelte starter bruk av rusmidler i ung alder, dette gjelder spesielt for personer som selv kommer fra hjem med rus eller vanskelige familiesituasjoner og som har blitt utsatt for omsorgssvikt og traumatiske opplevelser. Dette kan få uheldige konsekvenser da det kan påvirke mulighet for utdanning, problemer med økonomi, arbeidsledighet, vansker med å skaffe bolig og opprettholde sosiale nettverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 33). For eksempel antas det at omlag 25% av personer uten fast bolig tilhører kategorien med ROP-lidelser (Evjen et al., 2018, s. 166).

Det å ha et rusproblem kan for enkelte være vanskelig å erkjenne og det å søke hjelp sitter langt inne. Siden det kan være glidende overganger mellom alminnelig bruk av alkohol og misbruk kan det ta tid før problemet erkjennes og den enkelte innser behovet for hjelp. Samtidig medfører rusavhengighet skamfølelse og frykt for stigmatisering kan føre til at terskelen for å søke hjelp er høy.

De fleste starter med alkohol, og et høyt forbruk kan etterhvert medføre bruk av andre rusmidler (Helsedirektoratet, 2009b). Store mengder over tid kan også medføre økt toleranse der det må større mengder til for å oppnå samme effekt. Dette kan føre til at enkelte også kan ha manglende evne til å ivareta egen helse og av den grunn lar være å søke hjelp.

Avhengighet av rusmidler kan være ødeleggende og påvirker ikke bare personen selv, men

også de nærmeste (Martinsen, 2018, s. 99), og i noen tilfeller kan det være omgivelsene som presser på for at vedkommende skal få hjelp, mens i andre tilfeller kan det hele starte med en tvangsinnleggelse ved en akuttenehet.

Når personen søker hjelp ser man også ofte en sammenheng mellom ruslidelser og psykiske lidelser og hyppige tilbakefall (Hasin & Grant, 2015; Helsedirektoratet, 2012; Weinstock et al., 2017). For hjelpeapparatet ansees personer med ROP-lidelser som de det krever mest å hjelpe (Helsedirektoratet, 2012). De har ofte en dårligere behandlingsprognose med hyppige innleggelse og økt bruk av institusjonsplasser (Lien, 2013). Lien (2013) nevner videre at de ofte har gjentatte og korte innleggelse i psykiatriske akuttavdelinger og at de er mer ressurskrevende å behandle.

En av de mest alvorlige konsekvensene som kan tilstøte personer med ROP-lidelser er selvmord. Personer med ROP-lidelser er utsatt for både selvmordsforsøk og selvmord (Lien, 2013), og blant menn kan man se at de med lav utdanning har en høyere forekomst av selvmord enn de med høyere utdanning (Folkehelseinstituttet, 2018a, s. 121). I Norge dør omlag 500 – 600 personer årlig som følge av selvmord (Folkehelseinstituttet, 2018a). Selv om det er en viss usikkerhet og sannsynligvis også mørketall omkring tallene, kan man se at menn rammes mer enn dobbelt så hyppig som kvinner (ibid. s. 118).

2.2.2 Somatisk helse og levevaner

En av de store utfordringene hos personer med rus- og/eller psykiske lidelser er gapet i levealder sammenlignet med befolkningen for øvrig. Somatiske sykdommer og livsstil oppgis som sentralt og oppgaven vil dreie seg rundt denne utfordringen.

Mennesker med psykiske lidelser har økt forekomst av somatiske sykdommer og dør opptil 15 – 20 år tidligere enn normalbefolkningen og personer med rusavhengighet opptil 25 år tidligere (Nordentoft et al., 2013). Gapet i levealder skyldes i hovedsak hjerte- og karsykdommer der underliggende risikofaktorer er røyking, alkoholmisbruk, inaktiv livsstil, usunt kosthold, forhøyet blodsukker, fedme og metabolsk syndrom (Firth et al., 2016; Helsedirektoratet, 2018a; Nordentoft et al., 2013; Vancampfort et al., 2017). I tillegg er bivirkninger av psykiatriske medisiner, kreft, ulykkesrelaterte og voldelige dødsfall, høy forekomst av selvmord, genetiske disposisjoner og dårligere tilgang til somatiske helsetjenester enn den øvrige befolkningen også medvirkende årsaker til den reduserte levealderen (Andreassen et al., 2013; Thornicroft, 2011).

Personer med ROP-lidelser har ofte en livsstil som forårsaker en rekke fysiske problemer/plager. I perioder med aktiv rus påvirkes fysisk og psykisk helse. Ved St. Olavs Hospital fant de at hjertekapasiteten kunne tilsvare formen til personer som er opptil 25 år eldre, samt at muskelstyrken var nedsatt (Flemmen & Heggelund, 2018). Ifølge Flemmen & Heggelund (2018) er pasienter med ROP-lidelser utsatt for livsstilssykdommer og hjerte- og karsykdommer, noe som kan skyldes en inaktiv livsstil, usunt kosthold og røyking.

Ernæringstilstanden hos personer med ROP-lidelser er også svært dårlig. En undersøkelse som var utført blant rusmisbrukere i Oslo vist at de hadde et svært høyt inntak av sukkerholdige produkter og svært lavt inntak av frukt, grønnsaker, fiber og proteiner sammenlignet med normalbefolkningen (Evjen et al., 2018, s. 87; Sæland et al., 2011; Sæland, Smehaugen, Eriksen, Barikmo, & Oshaug, 2002).

I en svensk 37 år lang oppfølgingsstudie av personer med illegalt rusmisbruk fremkom det at over 50 % hadde en redusert levealder med 25 – 30 år sammenlignet med normalbefolkningen og en gjennomsnittlig levealder på 47 år (Stenbacka, Leifman, & Romelsjo, 2010). De hyppigste dødsårsakene hos yngre rusmisbrukerne (15 – 24 år) var selvmord og ulykker og hos personer over 54 år dominerte svulster og hjerte- og karsykdommer (Stenbacka et al., 2010).

På bakgrunn av oversykkelighet og overdødelighet hos pasientgruppen, har fokus på somatisk helse og levevaner økt. Det etterspørres økt forebygging, behandling og mer systematisk tilnærming til livsstilsrelaterte sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). I 2017 ble rutinen «Hjertefrisk» innført ved flere helseforetak i Norge som er en metode for oppfølging og tiltak hos pasienter med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer med risiko for hjerte- og karsykdommer. Rutinen ble opprinnelig utviklet i Australia og er oversatt og innført i flere land (iphYs, 2015; Oslo universitetssykehus HF, 2017), der blant annet fysisk aktivitet inngår som et sentralt tiltak.

2.2.3 Behandling i spesialisthelsetjenesten og innføring av pakkeforløp

Spesialisthelsetjenesten, som blant annet omfatter sykehus, tilbyr tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling (TSB), der tilbudet innebærer fagkompetanse innen psykologi, medisin og sosialfag (Oslo universitetssykehus HF, 2019). I 2018 mottok 32 948 personer behandling innen TSB. Personer i alderen 30 – 49 (47,8%) er den største gruppen og omlag 2/3 er menn (Indergård, Fuglset, & Urfjell, 2019). Ved innleggelse i TSB ser man på begge

lidelser under ett, noe som gir en bedre mer effektiv behandling enn om man ser på lidelsene separat. Til tross for at mange oppfyller kriteriene for skadelig bruk, misbruk eller avhengighet av rusmidler, er det kun omlag 33 % av de med rus- eller psykiske lidelser som behandles i spesialisthelsetjenesten (Kringlen et al., 2001; A. Landheim, 2016, s. 31). Enkelte sliter med å få til en god relasjon til behandlingsapparatet da tilbudet kan være lite tilpasset gruppen, personalet ikke har tilstrekkelig kompetanse eller at personen har negative erfaringer med helsevesenet og ikke ønsker hjelp. Personer med ROP-lidelser kan også være vanskelig å behandle da det er mange som dropper ut av behandlingen. Andelen som dropper ut fra døgnbehandling innen rus- og avhengighet varierer mellom 17 – 57% (Brorson, Ajo Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Deane, Wootton, Hsu, & Kelly, 2012; Samuel, LaPaglia, Maccarelli, Moore, & Ball, 2011).

Personer med ROP-lidelser har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten noe som er sikret i lovverket i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I 2004 ble ansvaret for personer med rusproblemer overført til de statlige regionale helseforetakene og spesialisthelsetjenesten fikk ansvar for å legge til rette for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (Helsedepartementet, 2004, s. 4). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016 – 2020)* som kom i 2015 vektla å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for personer med ROP-lidelser for at disse skulle få mer forutsigbare, trygge og sammenhengende tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Fra januar 2019 innførte regjeringen tre pakkeforløp for psykisk helse og rus, der tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling (TSB) er et av disse. I pakkeforløpene har somatisk helse og levevaner fått et eget fokus med anbefaling om at fysisk aktivitet bør være et integrert behandlingstilbud (Helsedirektoratet, 2018a, 2018b). I pakkeforløpene beskrives prosedyrer for utredning, tiltak og oppfølging der det blant annet vektlegges at pasienter bør få tilbud om individuelt tilpasset og tilrettelagt fysisk aktivitet under innleggelse (Helsedirektoratet, 2018a). Andre sentrale fokus er kartlegging av pasientens fysiske aktivitetsnivå og at utforming og gjennomføring av fysisk aktivitet bør utføres av ansatte med relevant utdanning og fagkompetanse (ibid.). Videre oppgis nettressurser og verktøy til hjelp under behandlingsprosessen (ibid.).

Regjeringen ønsker å vektlegge økt bruk av fysisk aktivitet som tiltak i spesialisthelsetjenesten og vil arbeide for at fysisk aktivitet skal inngå i aktuelle faglige retningslinjer der det foreligger tilstrekkelig kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 59-60).

2.3 Fysisk aktivitet

Dagnes samfunn tilrettelegger i mindre grad for fysisk aktivitet enn for tidligere generasjoner. Det har medført økt grad av blant annet livsstilsrelaterte sykdommer der personer med ROP-lidelser er spesielt utsatt. I Norge er det ønskelig å redusere fysisk inaktivitet i befolkningen og det vil i 2020 bli utgitt en nasjonal handlingsplan for fysisk aktivitet (Folkehelseinstituttet, 2018, 17. september). Forskning har resultert i mer kunnskap om hva som fremmer god helse og reduserer risiko for livsstilssykdommer, og fysisk aktivitet kan da benyttes. Fysisk aktivitet er definert som: «enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i økt energiforbruk» (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985, s. 126, egen oversettelse).

2.3.1 Anbefalinger for fysisk aktivitet

De generelle norske faglige rådene for fysisk aktivitet, som er i tråd med de globale anbefalingene fra Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 2019), tilråder at voksne personer mellom 18 – 64 år er fysisk aktive minimum 150 minutter per uke i moderat intensitet eller minimum 75 minutter per uke med høy intensitet eller en kombinasjon av disse (Helsedirektoratet, 2019). Moderat intensitet vil si at man presser seg noe slik at man puster raskere enn vanlig som for eksempel ved rask gange, mens høy intensitet betyr at man presser seg forholdsvis hardt og har en betydelig raskere pust enn vanlig som for eksempel når man løper (Gjerset, Holmstad, Raastad, Haugen, & Giske, 2013; Helsedirektoratet, 2019, 29. april). I Norge er det kun 32% av den voksne befolkningen som oppfyller minimumsanbefalingene for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2016b). I tillegg til de generelle nasjonale faglige rådene for fysisk aktivitet er det også utformet spesielle faglige råd. Aktivitetshåndboken (2009), gir diagnosespesifikke anbefalinger for blant annet personer med avhengighet og misbruk av alkohol om fysisk aktivitet.

2.3.2 Viktigheten av fysisk aktivitet til personer med rus- og/eller psykiske lidelser

Fysisk aktivitet kan benyttes som behandling av psykiske symptomer hos personer med psykiske lidelser. Dette er godt dokumentert innen forskning (Firth, Cotter, Elliott, French, & Yung, 2015; Hansen, 2017; Helsedirektoratet, 2009a; Martinsen, 2018; Rosenbaum, Tiedemann, Sherrington, Curtis, & Ward, 2014; Rådet for psykisk helse & Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon, 2017; Weinstock et al., 2017). Av fysiske helsefordeler nevnes økt styrke og kondisjon, reduksjon i risiko for hjerte- og karsykdommer, redusert stress og anspenhet, mindre trøtthet og bedre søvn, økt livskvalitet, bedre konsentrasjon og bedre vektregulering (ibid.). Av psykiske helsefordeler er at det minsker angst og depresjon, bedrer

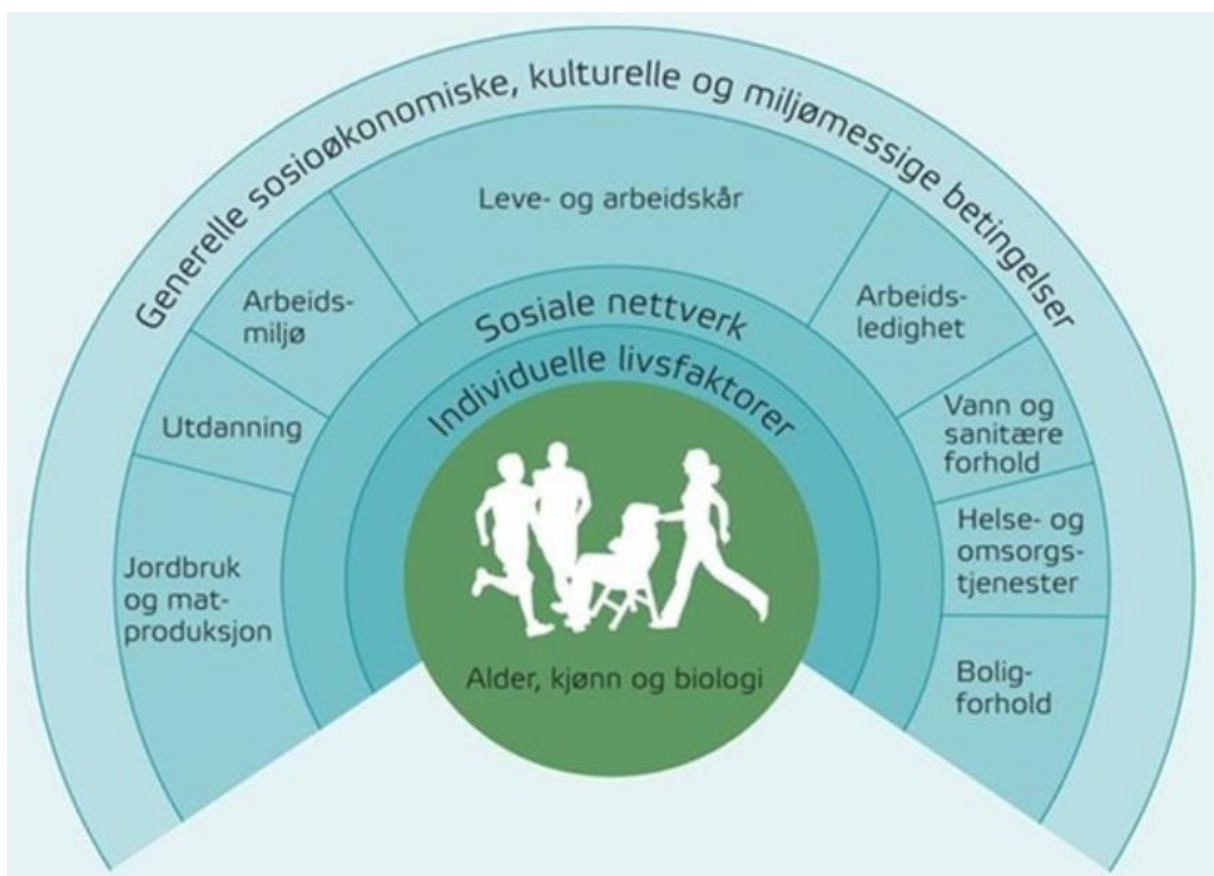
selvbilde, gir positive mestringsopplevelser, er en kilde til glede og livsutfoldelse, beskytter mot tilbakefall av rusmidler og reduserer suget etter rus (ibid.). Og ikke minst at det bidrar til inkludering og redusert ensomhet i forbindelse med gruppetrening (ibid.). Individuelt tilpasset fysisk aktivitet og naturopplevelser kan bidra til forebygging og behandling av en rekke sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Spesielt gjelder dette angst og depresjon som ofte rammer personer med ruslidelser (Helsedirektoratet, 2012). Fysisk aktivitet og trening bidrar til å redusere depresjon og har en angstdempende og beroligende effekt. Samtidig kan fysisk aktivitet være med på å fylle tomrommet etter bruk av rusmidler og styrke et sosialt nettverk utenfor rusmiljøet (Helsedirektoratet, 2012; Martinsen, 2018). Regelmessig bruk av fysisk aktivitet kan bidra til å redusere rustrang (Gråwe, 2016), dempe subjektive plager i abstinensfasen og redusere tilbakefall (Helsedirektoratet, 2009a, 2012). Andre studier viser at livsstilsendring med omlegging til et sunnere kosthold, og å komme i gang med fysisk aktivitet og trening kan bedre den fysiske helsen og bidra til å redusere for tidlig død (Firth et al., 2016; Stubbs & Rosenbaum, 2018; Vancampfort et al., 2017). I en norsk studie viste høyintensiv intervalltrening til pasienter med rus og psykiske lidelser en positiv effekt på hjerte- og karsykdommer, søvnløshet, angst og depresjon (Flemmen, 2016). Flemmen nevner også at konvensjonell behandling ikke er tilstrekkelig for å redusere risikoen for disse sykdommene og anbefaler at høyintensiv intervalltrening blir implementert som del av klinisk behandling. Man kan gjennom bruk av fysisk aktivitet som behandling ved rus- og psykiske lidelser, oppnå bedret funksjon og livskvalitet, og på sikt reduksjon i sykelighet og dødelighet relatert til livsstilssykdommer (Evjen et al., 2018). For å oppnå en varig livsstilsendring bør den fysiske aktiviteten opprettholdes over måneder og år (Helsedirektoratet, 2009a, s. 209), gjennomføres regelmessig og følge personen også etter utskrivelse fra sykehus. Lystbetont fysisk aktivitet under innleggelse vil også på sikt kunne øke muligheten for opprettholdelse etter endt opphold i institusjon (Gråwe, 2016). Regelmessig fysisk aktivitet kan også bidra til å redusere behovet for blant annet antidepressiva og beroligende medikamenter i følge fastlege Ole Petter Hjelle, som hevder at «fysisk aktivitet er blant våre mest potente medisiner» (Hofstad, 2018).

Folkehelseinstituttet gjorde i 2018 en kunnskapsoppsummering om effekt av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser på oppdrag fra Rådet for psykisk helse (Underland, Holte, & Vist, 2018). Ut ifra inklusjonskriteriene som lå til grunn ble få systematiske oversiktsartikler medregnet. Konklusjonen var at det ikke forelå noen sterke bevis på at fysisk trening hadde effekt på mennesker med alvorlige psykiske lidelser ut ifra

deres kriterier. Samtidig nevnte forfatterne at det heller ikke var grunn til å tro det motsatte. For å stryke bevisene for at fysisk trening har effekt på personer med alvorlige psykiske lidelser anbefalte forfatterne å gjenta studiene med økt antall deltakere.

2.4 Folkehelseperspektivet

I folkehelseloven § 3 defineres folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven, 2012), men som vist i Figur 1 er folkehelsearbeid svært komplekst og mange faktorer (helse-determinanter) inngår og påvirker helsen.



Figur 1. Regnbuemodellen som viser folkehelse og påvirkningsfaktorer. Fra «Samfunnsutvikling for god folkehelse» (Helsedirektoratet, 2014b, s. 15).

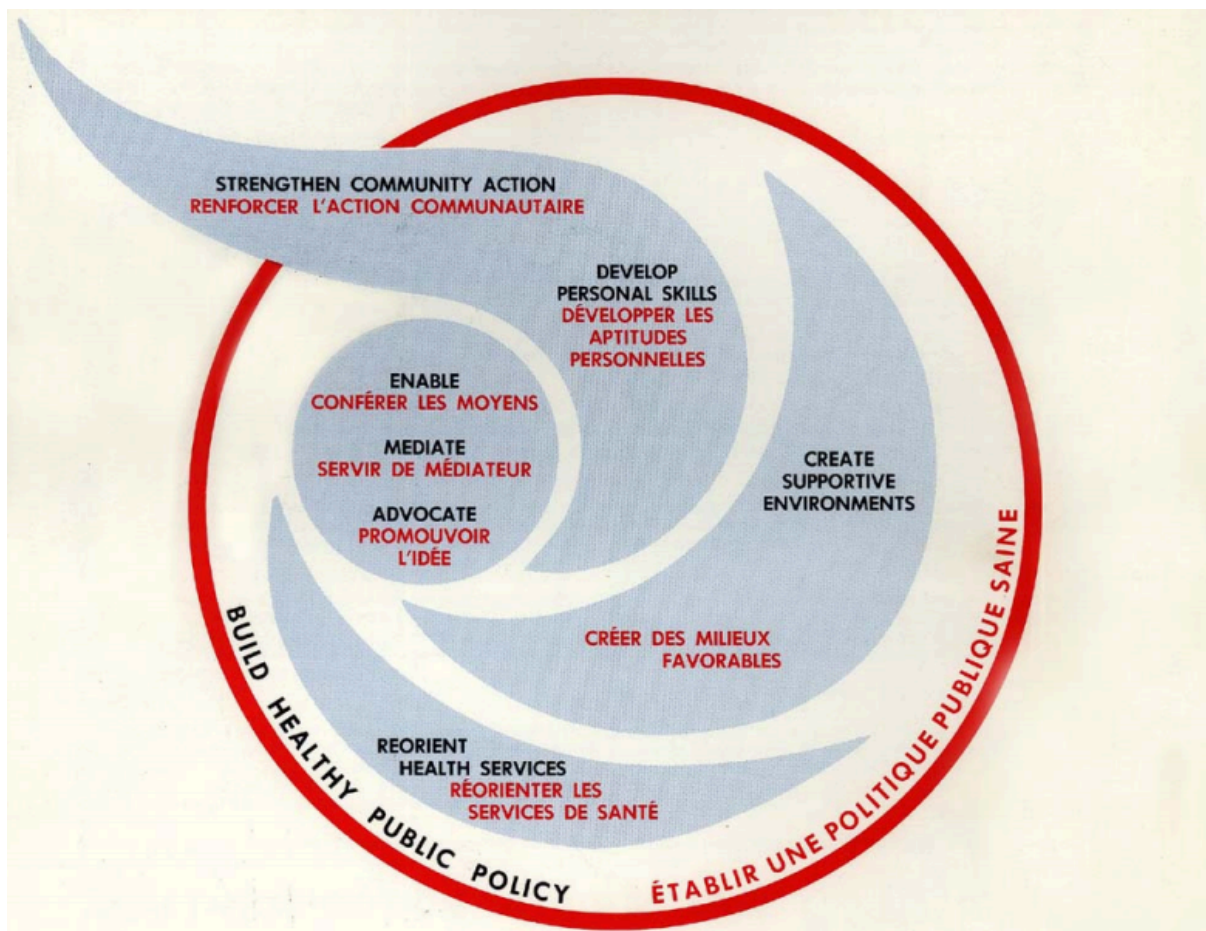
I Norge har vi et godt utbygget offentlig helsevesen, statlige helsemyndigheter som bidrar med opplysning om god helseinformasjon og vi har en høy levealder sammenlignet med verdens befolkning. Men til tross for en relativt god folkehelse er det fortsatt betydelige ulikheter i helse, levealder og sosioøkonomisk status (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a), og dette gjelder spesielt for personer med ROP-lidelser som ofte har en rekke

helseproblemer og en svært redusert levealder sammenlignet med befolkningen forøvrig. Vi vet også at inaktivitet, røyking og usunt kosthold forekommer oftere i grupper med lavere sosioøkonomisk status (Helsedirektoratet, 2016a). I de siste årene har det vært en økt satsing på rusfeltet, og i *Opptrappingsplanen for rusfeltet* (2015) ønsket man en økt satsing på levekår der blant annet bolig, arbeid, ernæring og sosiale forhold skulle prioriteres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Ved å iverksette tiltak som øker bruk av fysisk aktivitet til personer med ROP-lidelser vil man kunne arbeide med å imøtekomme to av underpunktene i FNs bærekraftsmål nr. 3. Disse går ut på å bedre psykisk helse og livskvalitet og redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer med 1/3 innen 2030 i form av forebyggende og behandlende tiltak samt øke innsatsen med forebygging og behandling av personer som sliter med rus- og avhengighet (Regjeringen, 2016). Et viktig virkemiddel i forebygging og behandlingssammenheng er regelmessig bruk av fysisk aktivitet i tråd med de nasjonale anbefalingene (Folkehelseinstituttet, 2018, 17. september).

2.4.1 Helsefremmende arbeid

Helsefremming kan defineres som «prosessen som gjør det mulig for mennesker å øke kontrollen over og forbedre egen helse» (World Health Organization, u.å.-a, egen oversettelse). Helsevesenet har i stor grad hatt fokus på behandling, men i de senere år har også perspektiver som forebygging og helsefremming kommet i fokus. Helsefremming fikk ytterligere fokus under den første internasjonale konferansen om helsefremming i Ottawa i 1986, initiert av verdens helseorganisasjon. Der ble Ottawa charteret utformet med fem hovedpunkter (se Figur 2) (World Health Organization, u.å.-b). To av hovedpunktene var å utvikle personlige ferdigheter og re-orientere helsetjenesten (ibid.). Dette kan forstås som det å utvikle sosial og personlig kompetanse gjennom informasjon og utdanning, og at nåværende helsetjeneste må orientere seg mer i retningen av helsefremming og den enkeltes helhetlige helsebehov (ibid).



Figur 2. Health Promotion Emblem. Fra “The Ottawa Charter for Health Promotion” (World Health Organization, 1986).

For å oppnå varige endringer er det viktig at pasienter tar del i avgjørelser som angår egen helse. Det å hjelpe pasienter med ROP-lidelser bør baseres på aksept, respekt og tillit, og i tillegg er det å ha en tilnærming som er basert på recovery-tenkning å foretrekke. Recovery vokste frem på 1970 – 1980-tallet i form av et paradigmeskifte med kritikk til det etablerte skolemedisinske perspektivet, der brukere og kritiske røster tok til orde for at personer med psykiske lidelser skulle ha rett til et eget liv (Evjen et al., 2018, s. 41). Den mest kjente definisjonen av recovery er:

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. (Anthony, 1993)

Recovery kan betraktes som en holdning eller filosofi som går ut på å fremme den enkeltes muligheter (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2018, 20. september). Det vil si at den enkelte skal være i stand til å kunne leve tilfredsstillende og meningsfulle liv til tross for sin ROP-lidelse (ibid.) og at hjelpen ikke bør måles i om pasienten blir kvitt sin lidelse (Evjen et al., 2018). Recovery-tenkningen baserer seg på at pasienten selv får bestemme målet og retningen i behandlingen og samtidig få støtte til å ta egne valg som fremmer identitet, håp og optimisme (ibid.). Toril Moe som har lang fartstid innen fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid uttrykker sine tanker om recovery og fysisk aktivitet slik:

-Fysisk aktivitet har så mange positive gevinster som vi ikke lenger kan unnlate å benytte oss av. Det handler om recovery, nemlig å finne frem til egne mål og ressurser. Dessuten, tilrettelagt fysisk aktivitet som behandling er billig og ressursbesparende, sier Toril Moe. (Rønning, 2018, 13. februar)

Fysisk aktivitet kan bidra til bedre helse og livskvalitet samtidig som det kan gi økt mestringsfølelse. Og deltakelse i faste gruppeaktiviteter kan medføre at man blir godt kjent med andre mennesker, føler tilhørighet og opplever sosial støtte fra denne gruppen. Jo mer en person med ROP-lidelser er i stand til å ivareta egen helse, desto mindre behov vil vedkommende ha for helsetjenester i fremtiden. Ved å hjelpe personer med rus- og/eller psykiske lidelser til å utvikle nye ferdigheter kan de oppleve glede, mestring, styrket selvbilde (B. Johannessen, 2018, s. 172) og økt livskvalitet. Bedring av fysisk form medfører økt mestring som igjen kan overføres til andre områder i livet og påvirke deres fremtidige helsevalg (Martinsen, 2018). Fysisk aktivitet kan også bidra til økt sosial kontakt med andre mennesker og redusere opplevelsen av ensomhet (Evjen et al., 2018).

Målet med forebyggende helsearbeid er å dø så frisk som mulig så seint som mulig.

(Peter F. Hjort referert i Martinsen, 2018, s. 39)

2.4.2 Forebyggende arbeid

Mens helsefremmende arbeid har fokus på livskvalitet, helse og velvære, og det å legge til rette for at folk skal oppleve glede og ha overskudd i hverdagen, baserer forebyggende arbeid seg på å oppdage tegn til sykdom, forebygge og redusere helsemessige risikofaktorer (Aglen, Olufsen, & Espnes, 2018; Helsebiblioteket, u.å.). Personer med ROP-lidelser har som nevnt en rekke helseplager fysisk, psykisk og sosialt. Ved å få hjelp til å oppdage og ta tak i

helseplagene vil personen ha mulighet for å bedre helsen. Dette kan for eksempel dreie seg om å iverksette tiltak med fysisk aktivitet som behandling.

3 Teori og empiri

Siden personer med ROP-lidelser har økt risiko for somatiske sykdommer og fysisk aktivitet kan bidra til å redusere denne risikoen, ligger utfordringen i hvordan man på sikt kan legge til rette for at fysisk aktivitet skal kunne bli et integrert og varig behandlingstilbud til pasientgruppen. Jeg vil nå se nærmere på implementeringsteori og empiri som kan være til hjelp i en slik prosess.

3.1 Implementering

“As anyone knows who has worked in the field, implementation of new practice is the biggest challenge of all.”

(Hollin & McMurrin, 2001, s. xvii)

Implementering vil si å iverksette, realisere eller utføre (Persvold, 2018, 18. november) og kan defineres som “et spesifikt sett med aktiviteter designet for å utføre en aktivitet eller et program av kjente dimensjoner i praksis” (Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman, & Wallace, 2005, s. 5, egen oversettelse). I denne studien kan det forstås som det å omsette kunnskap fra forskning til praksis. Intervensjon, som betyr å gripe inn (Helgesen, 2018, 2. juli), er *hva* som skal gjøres, mens implementering er *hvordan* det skal gjøres. I denne delen presenteres først implementeringsprosessen for å gi en oversikt over gangen i denne, deretter et implementeringsrammeverk som vil være hovedteorien i studien for så å se på studier om implementering i praksis.

Hensikten med studien er å få oversikt over hva ansatte tenker må til for at fysisk aktivitet skal bli et integrert og varig behandlingstilbud. En slik kartlegging kan deretter legge grunnlag for en fremtidig implementeringsprosess. Siden implementering kan være tidkrevende vil økt kjennskap til de ansattes tanker og idéer og kunnskap om implementeringsteori kunne medføre en bedre planlegging og en mer effektiv gjennomføring av en implementeringsprosess.

Implementering av intervensjoner kan være både komplekst og i mange tilfeller svært utfordrende. Fra forskning er tilgjengelig til den er implementert i kliniske rutiner kan det ta opptil flere år (Munk-Jørgensen et al., 2015). I følge Green (2008) tar det i gjennomsnitt 17 år

å omsette 14 % av forskningen til klinisk praksis (Green, 2008, s. i21). Som følge av dette implementerings-gapet kan man risikere at pasienter ikke får den beste behandlingen, noe som i neste omgang kan resultere i lengre sykeleie og økte behandlingstkostnader. For å minske gapet mellom forskning og praksis har implementeringsvitenskapen fått økende oppmerksomhet de senere årene (Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012).

Ifølge Lederman et al. (2017) står man overfor et implementerings-gap og ikke et kunnskaps-gap når det dreier seg om å omsette vellykkede fysisk aktivitetsstudier inn i rutinepraksis i psykisk helsearbeid (Lederman et al., 2017). Videre nevner Lederman et al. (2017) at det å erkjenne implementeringsgapet og legge til rette for fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid kan resultere i systemendring slik at fysisk aktivitet kan bli et integrert og varig behandlingstilbud. Ved å studere hvilke barrierer som ligger til grunn i systemet og hindrer implementering av fysisk aktivitetsintervensjoner, kan man på en mer systematisk måte arbeide for å overkomme disse (Lederman et al., 2017).

Det finnes mange ulike rammeverk og modeller for implementering som deler implementeringen opp i flere stadier eller steg. De fleste starter med planlegging, og da denne studien dreier seg om ansattes meninger om hva som skal til for å innføre fysisk aktivitet i behandlingen plasserer studien seg i dette tidlige stadiet. Selv om studien hører til et tidlig stadium i en implementeringsprosess er det nyttig å gå gjennom teori for implementering, da innsikt i hvordan resultatene kan anvendes videre gir en rikere kontekst og strukturer resultatene kan sees opp mot.

3.2 Implementeringsprosessen

Fra tid til annen oppstår behov for endring som for eksempel kan være i form av nye evidensbaserte behandlingsmetoder eller politiske føringer. For å gjennomføre en endringsprosess er det nyttig å kjenne til de ulike stadiene. I følge Fixsen et al. (2005, s. 15), inndeles implementeringsprosessen i 6 stadier (se Figur 3). Denne modellen av implementeringsprosessen gir en oversikt over hvilke stadier som inngår, hvilke oppgaver de inneholder og rekkefølgen på disse. Denne studien omhandler det første stadiet som derfor også vil utdypes mer enn de andre stadiene i implementeringsprosessen.



Figur 3. Stadier i implementeringsprosessen (egen figur basert på Fixsen et al., 2005; Roland, 2017).

I det første stadiet *utforsking og adopsjon*, vurderes blant annet organisasjonens behov (Fixsen et al., 2005). Roland (2017) anser det å involvere ansatte i en tidlig fase ansees som en av flere suksessfaktorer, og sier at dette er med på å gi de ansatte eierskap til prosjektet noe som igjen kan redusere faren for framtidige barrierer (Roland, 2017, s. 26). Dette er også noe av motivasjonen for denne studien der kartleggingen av de ansattes tanker og idéer i form av uttalelser er gjort før fysisk aktivitet skal implementeres, og resultatene vil kunne brukes i utforming og prioritering av fokusområder i en fremtidig planlegging og gjennomføring av implementeringen. Også Meyers, Durlak & Wandersmans (2012) starter i sin modell *the Quality Implementation Framework (QIF)*, med en behovsvurdering (Meyers et al., 2012). De inkluderer også spørsmål som kan stilles underveis i prosessen. Et eksempel fra deres første fase er *Passer denne intervensjonen til settingen?* I denne studien fikk ansatte være med på å si sin mening omkring hva som bør ligge til grunn for at fysisk aktivitet skal bli et integrert og varig behandlingstilbud ved sin enhet, samt ta stilling til hva de opplever som viktig og gjennomførbart. Denne informasjonen kan så brukes til å tilpasse utformingen av fysisk aktivitet (intervensjoner) til pasientgruppen og arbeidsstedet.

I Fixsens et al.s (2005) neste steg *Programinstallasjon* tas det stilling til ressurser i form av finansiering, ansattes tidsbruk og forventninger til utfallet (Fixsen et al., 2005; Roland, 2017). I tillegg kan det være behov for ekstra ressurser til for eksempel opplæring av ansatte i form av kurs/utdanning, innleie av ekstravakter og evt. forelesere. I den tredje fasen *Innledende implementering* skal intervensjonen omsettes til praksis. Implementering av en intervensjon forutsetter endringer, noe som påvirker personalgruppen på ulike vis og kan utfordre etablerte verdier og normer (Fixsen et al., 2005; Roland, 2017). Ansatte kan ha behov for tid til å modnes med endringene, da enkelte kan oppleve endringer som stressende (Fixsen et al., 2005). I steget *Full gjennomføring* har ansatte fått tid til å trene og tilegne seg nye ferdigheter og intervensjonen begynner å bli en del av den nye praksisen i organisasjonen (Fixsen et al.,

2005). Ansattes motivasjon for nye endringer kan styrkes dersom de opplever mestring av de nye oppgavene (Roland, 2012). Innovasjon kan forstås som fornyelse eller forandring (Ørstavik, 2019, 23. september) og i *Innovasjonssteget* er endringen etablert og oppleves av ansatte som en forbedring, i tillegg til at endringer også kan finne sted i etterkant (Roland, 2017, s. 27). Dette kan for eksempel dreie seg om lokale tilpasninger i enhetene etter at endringene er innført. Det siste steget *Bærekraftig videreføring* innebærer å vedlikeholde endringen og gjøre eventuelle justeringer etterhvert som konteksten endres over tid (Roland, 2017).

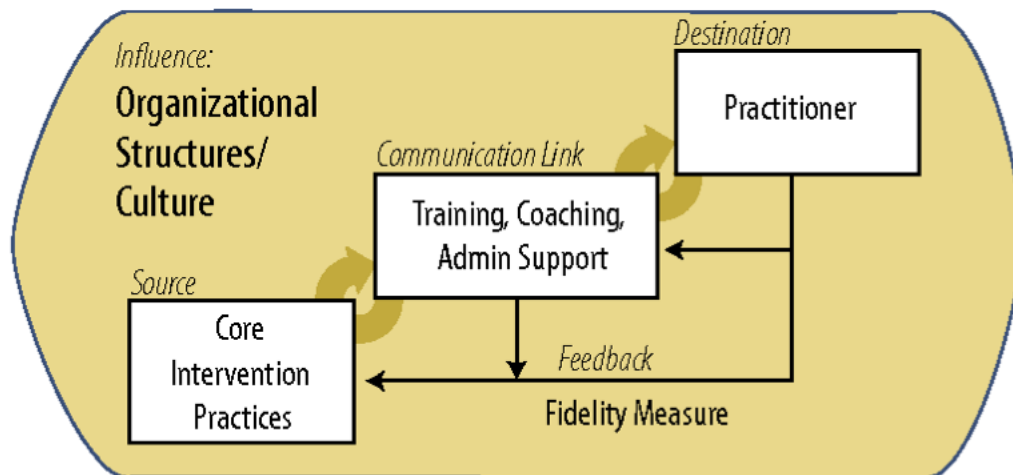
Fixsen et al. utførte i 2005 en grundig gjennomgang av implementeringslitteraturen der de presenterte prosessen som nevnt ovenfor, samt utviklet rammeverk for implementering. Rammeverkene gir oversikt over hvilke elementer og komponenter som inngår og hvilket forhold disse har til hverandre.

3.3 Implementeringsrammeverk

3.3.1 Modell for implementering

Implementeringsmodeller og rammeverk bidrar til en økt forståelse av implementeringsprosesser, og ved å benytte disse vil man kunne styre prosessen på en bedre måte. Modellen *Implementeringsrammeverk anvendt til å utvikle evidensbasert intervensjonspraksis innenfor organisasjoner* (Fixsen et al., 2005, s. 28), ansees som sentral for denne studien da den tar for seg implementering av intervensjoner innen organisasjoner (se Figur 4). Modellen er også relevant da den vil være til hjelp for å systematisere funnene som fremkommer av studien.

Implementation Framework Applied to Developing Evidence-based Intervention Practices within Organizations.



Figur 4. Implementeringsrammeverk anvendt til å utvikle evidensbasert intervensjonspraksis innenfor organisasjoner. Fra "Implementation Research: A Synthesis of Literature" (Fixsen et al., 2005, s. 28).

Kilden (Source) er selve intervensjonen som skal implementeres og består av kjernekomponenter som er hovedinnholdet i den forandringen som skal utføres (Roland, 2016, 14. desember). Dette kan være et definert evidensbasert program eller praksis (Fixsen et al., 2005, s. 28). For å kunne oppnå et godt resultat og en god gjennomføring er det viktig at kjernekomponentene er klart formulert (Blase, Dyke, Fixsen, & Bailey, 2012). Kjernekomponenter forekommer både i intervensjonen (Domitrovich et al., 2008) og i implementeringsprosessen (Blase et al., 2012; Fixsen, Blase, Naoom, & Wallace, 2009) og gir oversikt over hvilke av tiltakene som er vesentlige for å implementere endringer, samt å sørge for at disse opprettholdes over tid (Roland, 2017, s. 32).

Destinasjonen (Destination) er stedet der intervensjonen skal implementeres. Det vil si de fire enhetene på sykehuset, og de ansatte som skal omsette, innføre eller motta kjernekomponentene (Roland, 2016, 14. desember). Her vil ansatte kunne oppleve endring av rutiner og innføring av nye oppgaver eller andre måter å utføre behandling på ut ifra innholdet i intervensjonen. I endringsfaser vil ansatte ha behov for støtte og oppmuntring fra sine omgivelser for å opprettholde engasjementet over tid. Denne støtten kan ifølge House (1981, s. 24) kalles *emosjonell støtte* og ansees som den viktigste og uttrykkes ofte gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon som omsorg, empati og tillit. Samtidig er det viktig at ansatte opplever både mestring og har mestringstro når det gjelder utføring av nye oppgaver.

Mestring kan forstås som det å håndtere oppgaver og utfordringer i livet (Svartdal, 2018, 22. juli). Albert Bandura (1986) har utarbeidet en teori om mestring og mestringstro, der mestringstro kan beskrives som troen på å ha de evner som skal til for å kunne utføre et oppdrag med et vellykket resultat. Ved å ha tro på egne evner vil man i økt grad være i stand til å påvirke atferd og forventninger om å mestre de oppgaver man holder på med. Derimot vil liten mestringstro kunne medføre at man ikke klarer å lykkes med å komme i mål med egne ønsker (Bandura, 1986 sitert i Martinsen, 2018, s. 151).

Kommunikasjonsforbindelsen (Communication Link) er et uttrykk for implementeringsdrivere ifølge Roland (2016, 14. desember), og er for eksempel veiledning, trening eller administrativ støtte og handler om hvordan omsette kjernekomponentene inn til destinasjonen. Fixsen et al. (2005) betegner implementeringsdrivere, «som essensielle og uunnværlige komponenter i implementeringspraksis eller implementeringsprogrammer» (Fixsen et al., 2005, s. 24, egen oversettelse). *Trening* handler om hvordan ansatte ved enheten lærer og omsetter kjernekomponentene til praksis (Roland, 2017, s. 22), som for eksempel hvordan man skal dokumentere fysisk aktivitet i datasystemet eller motivere pasienter til å ta i bruk fysisk aktivitet. *Veiledning* vil kunne være tilbakemelding på hvordan kjernekomponentene utføres i praksis og eventuelle innspill til justeringer av disse (ibid.). *Administrativ støtte* handler om hvordan ledelsen både møter og legger til rette for gjennomføringen av intervensjonen med de ulike kjernekomponentene (ibid.). Dette kan dreie seg om for eksempel rammer, ressurser, økonomi, sosial støtte og avsette tid til å trene på nye oppgaver. En sterk og støttende ledelse er viktig og fungerer som en fremmer i implementeringsprosessen (Grønningsæter & Kiland, 2018, s. 390). Former for sosial støtte kan ifølge House (1981, s. 25) være *vurderings støtte* som for eksempel innebærer å få tilbakemelding og bekreftelse, mens *instrumentell støtte* handler om tilrettelegging av tid, arbeidskraft og penger.

De personene som aktivt arbeider for å implementere intervensjoner med tilhørende kjernekomponenter i praksis omtaler Fixsen et al. (2005) som «purveyors», som også kan omtales som endringsagenter (Fixsen et al., 2005; Roland, 2017, s. 23). Endringsagentene er involvert i alle fasene i implementeringsprosessen, har kjennskap til implementeringsteori og sørger for å iverksette trening, veiledning og administrativ støtte (ibid.).

Implementeringsdriverne inndeles av Blase et al. (2012) i tre grupper *kompetansedriverne*, *organisasjonsdriverne* og *ledelsesdriverne*. *Kompetansedriverne* består av de prosesser som bidrar til å forbedre, utvikle og opprettholde muligheten og troen på å implementere en intervensjon med lojalitet, som inkluderer valg av ansatte, trene på nye oppgaver, veiledning for å øke kompetansen og vurdering av prestasjoner (Blase et al., 2012, s. 22). For å kunne oppnå endringer er det nødvendig at ansatte får trene på de nye oppgavene slik at ferdigheter oppnås (Fixsen et al., 2005). For å gjennomføre en intervensjon i en implementeringsprosess er det behov for å rekruttere ansatte med erfaring innen fagfeltet og gjerne med akademisk bakgrunn (Roland, 2017, s. 33). *Organisasjonsdriverne* er ifølge Roland (2017, s. 34) «faktorer som skaper og opprettholder strukturer i organisasjonen som støtter og fremmer evnen til å gjennomføre intervensjoner». *Ledelsesdriverne* er de strategier ledelsen benytter for å oppnå gode avgjørelser, samt utføre nødvendig tilrettelegging i organisasjonen (Roland, 2017, s. 34). I følge Fixsen et al. (2005) skal ledelsen sørge for at beslutninger blir tatt og samtidig fungere som støttespiller gjennom hele prosessen slik at ansatte kan arbeide med å utføre fysisk aktivitet i tråd med intervensjonen.

Lojalitet er også et av elementene i modellen, og dersom man skal oppnå ønsket resultat i endringsprosessen hos de ansatte handler det om hvor *lojale* de er til innholdet i kjernekomponentene og de ulike implementeringsdriverne (Roland, 2016, 14. desember). For å oppnå god effekt er man avhengig av høy lojalitet. En god implementeringsprosess er avhengig av at man arbeider parallelt med både kjernekomponentene og implementeringsdriverne for å nå frem til de ansatte (Roland, 2016, 14. desember).

Elementene i denne modellen sees i sammenheng med organisasjonens *kontekst* og *påvirkningsfaktorer*. Påvirkningsfaktoren *organisasjonsstruktur* viser hvordan en organisasjon er bygget opp og kan også innebære en oversikt over hvem som gjør hva. For eksempel at fysioterapeuter eller idrettspedagoger er de som leder og har ansvar for fysisk aktivitet ved enhetene og om fysisk aktivitet står nedfelt i avdelingens dokumenter som et behandlingstilbud som skal benyttes. *Organisasjonskultur* handler om den kulturen som utvikles når ansatte arbeider sammen. Dette kan dreie seg om verdier som prioriteringer, normer på akseptabel atferd og holdninger (Sagberg, 2018, 15. februar). Her kan det for eksempel være snakk om ansattes holdninger til bruk av fysisk aktivitet i behandlingen.

3.4 Implementering av fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid

«Tilbud om trening vil kunne bidra til færre sykehusinnleggelse, redusert medisinbruk og mindre trykk på helsetjenestene».

(Oslo universitetssykehus, 2018, 7. august)

Dersom fysisk aktivitet skal bli et integrert og varig behandlingstilbud ved enheter for rus- og avhengighetsbehandling er det mange faktorer som spiller inn. Jeg vil nå se nærmere på empiri på hva som kan fremme og hemme implementering av fysisk aktivitet.

3.4.1 Helsepersonell og roller

Ansattes rolle i å fremme fysisk aktivitet til personer med psykiske lidelser er sentralt. I følge en samlestudie med 33 studier anså leger, treningsfysiologer og sykepleiere å ha en nøkkelrolle i å fremme og tilby fysisk aktivitet til personer med psykiske lidelser (Glowacki, Weatherson, & Faulkner, 2019). Samtidig var det svært få som anså at dette ikke var en del av deres oppgaver, men det ble ansett som en barriere for å fremme fysisk aktivitet til pasientene dersom de selv var i dårlig fysisk form (ibid.). Kunnskap hos helsepersonell om at fysisk aktivitet er god behandling for personer med psykiske lidelser, samt kunnskap om hvordan fremme fysisk aktivitet overfor pasienter ble ansett som suksessfaktorer (Glowacki et al., 2019), og dersom dette var fraværende ble det ansett som en barriere (ibid.). Dette støttes også av Martinsen og Moe (2011) som hevder at det er viktig at helsepersonell har faglig kunnskap og en positiv holdning når de skal tilrettelegge for fysisk aktivitet til pasienter da dette vil øke motivasjonen for deltakelse (Martinsen & Moe, 2011, s. 87). En systematisk undersøkelse av sykepleieres og legers fysisk aktivitetsvaner viste at desto høyere nivået på egen fysisk aktivitet var, desto større var sannsynligheten for at de fremmet fysisk aktivitet til pasientene (Fie, Norman, & While, 2013). Fra en systematisk undersøkelse om veiledning av fysisk aktivitet til personer med alvorlige psykiske lidelser kom det frem at de kunne se større effekt av den fysiske aktiviteten dersom den var ledet av kvalifisert personale og gjennomført med moderat til høy intensitet når det gjaldt personer med alvorlig depresjon (Stubbs et al., 2018). Ansatte med kompetanse innen fysisk aktivitet kan bidra til at fysisk aktivitets-intervensjoner blir mer effektive, engasjerende og at et mer optimalt intensitetsnivå sikres, slik at behandlingseffekten blir bedre og frafallet lavere (ibid.). Glowacki et al. (2019) nevner at det å ha tro på egne ferdigheter, samt kunnskap i form av å kunne foreskrive fysisk aktivitet, var viktige suksessfaktorer for helsearbeiderens atferd og innstilling. Samtidig ble det nevnt at fravær av disse ble ansett som en barriere.

Moe (2018) mener også at de som tilrettelegger for fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid bør ha aktivitetserfaring og kunnskap om motivasjonsstrategier og at det er viktig å ha en aktiv behandlingskultur når man vet hvilken helserisiko inaktivitet medfører (Moe, 2018, s. 156). Mens Lederman et al. (2017) nevner at det å benytte atferdsendringsteknikker for å undersøke hvor klar vedkommende er for endring og motiverende intervju er noen av nøkkelkomponentene i fysisk aktivitetsintervensjoner i psykisk helsearbeid. Samtidig er det viktig å individuelt tilpasse rådgivning omkring fysisk aktivitet, skreddersy aktiviteten til den enkelte og at den ledes av kvalifisert personale (ibid.). På denne måten reduseres også faren for å droppe ut.

Til hjelp i implementeringsarbeidet nevner Lederman et al. (2017) en rekke strategier som kan være til hjelp. Blant annet at det gjennom personalundervisning om effekter av fysisk aktivitet vil være mulig å skape en kulturendring innen psykisk helsearbeid. Utarbeidelse av forpliktende partnerskap med organisasjoner om samarbeid rundt bedret livsstil og økt fysisk aktivitet kan bedre utsiktene til en varig endring og bedring av tilstand i en sykdomsfase (ibid.).

Helsepersonell som er motivert og deltar aktivt sammen med pasientene bidrar til å skape trygghet og pasientene har en følelse av å bli anerkjent og sett (Moe, 2018, s. 156-157). Gode holdninger, motivasjon og engasjement hos personalet stimulerer og påvirker pasientene på en positiv måte (Moe, 2018, s. 157). Ved å ta hensyn til pasientens funksjonsnivå, interesser, ønsker, behandlingsmål og kostnadsrammer er det mulig å tilrettelegge for fysisk aktivitet (Moe, 2018, s. 157). Grønningsæter og Kiland (2018, s. 390) har undersøkt suksessfaktorer og barrierer ved implementering av fysisk aktivitet i skole og på arbeid. De kom frem til at en sterk og støttende ledelse og en god organisasjonskultur var suksessfaktorer ved implementering av fysisk aktivitet.

Integrering av fysisk aktivitet i klinikkens drift, informasjon og programmer for å fremme pasientenes helse og utdanning eller opplæring innen fysisk aktivitet ble ansett som suksessfaktorer ved implementering av fysisk aktivitet (Glowacki et al., 2019). Barrierer hos helsepersonell til å fremme fysisk aktivitet til pasienter kunne være knyttet til at de ikke hadde tro på at pasientene ville følge et treningsprogram, og at de ikke var overbevist om at fysisk aktivitet hverken var nyttig eller legitimt, men at dette kunne forverre tilstanden (ibid.).

Ansatte i helsesektoren er til stadighet utsatt for endringer og må tilpasse seg enten i form av å lære seg nye ferdigheter, utføre nye oppgaver eller forholde seg til endrede rutiner.

Atferdsendring kan være krevende i en hektisk arbeidshverdag og kan oppleves som både vanskelig og lite motiverende. I et skoleutviklingsprogram kom det frem at ansatte har behov for forståelse av hva som forventes for å kunne endre atferd, og at det vil kunne være nyttig å snakke om forventninger med kollegaer om ny praksis kontra nåværende, ifølge Midthassel (2006), (referert i Midthassel, 2017, s. 101-102).

3.4.2 Organisatoriske faktorer

For å kunne gjennomføre fysisk aktivitet i en enhet vil det være behov for å utvikle planer, både i forhold til det strukturelle planet som handler om enhetens organisering og det individuelle planet som handler om pasienten. Forskning omhandler i liten grad planer når det gjelder fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid, men i Pakkeforløp for somatisk helse og levevaner omtales det at fysisk aktivitet bør inngå i pasientens individuelle plan og behandlingsplan (Helsedirektoratet, 2018a). Det oppgis også som en suksessfaktor når man skal integrere fysisk aktivitet i behandlingen at det inngår i både behandlingsplan, og pasientens individuelle plan samt at det står på timeplanen til enheten (Helsedirektoratet, 2010). For å kunne motivere pasienter til fysisk aktivitet hevder Moe (2018, s. 156) at det er viktig at helsepersonell er lojale mot mål som er oppsatt i pasientens individuelle plan.

I en gjennomgang av systematiske litteraturstudier omkring implementering av fysisk aktivitet på skolen og i arbeidslivet kom det frem at mangel på ressurser og tid var ansett som barrierer (Grønningsæter & Kiland, 2018, s. 390). Når det gjaldt suksessfaktorer var kompetanse, tilslutning og deltakelse, motivasjon og eksistensen av endringsagenter sentralt (ibid.). I samlestudien til Glowacki et al. (2019) ble mangel på opplæring innen fysisk aktivitet, mangel på ressurser, tilgang til utstyr, økonomi og personale, og mangel på støtte fra organisasjonen ansett som barrierer. Lederman et al. (2017) mener at fysisk aktivitetsintervensjoner er kostands-effektivt med tanke på å redusere risiko for hjerte- og karsykdommer, derfor nevnes viktigheten av et samarbeide med de som styrer med det økonomiske. I følge Glowacki et al. (2019) bør man fokusere på utvikling av fysisk aktivitetsprogrammer, organisatorisk og strukturell støtte, målrettet finansiering, pågående utdanning og opplæring av ansatte dersom fysisk aktivitet skal få en bredere støtte i behandling av personer med psykiske lidelser.

Lederman et al. (2017) nevner videre at nye programmer bør evalueres og resultater formidles for å øke forståelsen av hva som virker i klinisk praksis. I en undersøkelse utført i Sveits av 46 behandlingsklinikker for personer innlagt med rusavhengighet kom det frem at treningsintervensjoner var implementert, men ikke evaluert (Colledge, Brand, Pühse, Holsboer-Trachsler, & Gerber, 2018).

Implementering er et stort fagfelt som ofte involverer mange personer i ulike faser. Vi vet at det også er tidkrevende og krever god planlegging i tillegg til at personalet trenger tid til omstilling. Diskusjonsdelen vil ta opp igjen tråden der implementering vil bli sett i sammenheng med funnene i resultatdelen.

4 Problemstilling

Ansatte i avdeling for rus- og avhengighetsbehandling er den viktigste ressursen ved utøvelse av fysisk aktivitet til pasientgruppen. Ved å involvere ansatte med tverrfaglig bakgrunn fra forskjellige yrkeskategorier kunne jeg få frem ulike synspunkter om temaet og et felles bilde av hvordan ansattgruppen tenker, samt hvilke ressurser og muligheter som ligger i samspillet. Svarene ville også kunne gi nyttig kunnskap i det videre arbeidet med implementering av fysisk aktivitet. Studiens problemstilling ble:

Hva mener ansatte i døgnheter for rus- og avhengighetsbehandling er suksesskriterier og barrierer for at fysisk aktivitet skal bli en integrert og varig del av behandlingstilbudet?

5 Metode

I denne studien ønsket jeg å kartlegge ansattes meninger om hva som bør til for at fysisk aktivitet skal bli et integrert og varig behandlingstilbud i fire enheter for rus- og avhengighetsbehandling ved Oslo universitetssykehus. Metoden Concept mapping ble valgt da den var egnet til å samle inn og strukturere data fra ansatte og gi en oversikt over uttalelser, sammenhenger og prioriteringer i form av kart med klynger som representerer forskjellige tema. Kartene kan på sikt være et grunnlag for videre planlegging av implementering av fysisk aktivitet som del av behandlingstilbudet ved enhetene.

5.1 Concept mapping

Concept mapping (CM) er en metode som kan brukes når en gruppe mennesker ønsker å komme fram til et konseptuelt rammeverk for evaluering eller planlegging, der rammeverket

fremstilles visuelt i form av bilder og kart over gruppens uttalelser (W. M. K. Trochim, 1989). CM er en blandingsmetode (*mixed method*) som består av både kvalitativ og kvantitativ metode. Fordelen med en blandingsmetode er at det kan gi en større forståelse av det man ønsker å undersøke, da metodene benytter ulike tilnærminger. Trochim (1989) definerte CM til å bestå av seks steg: forberedelser, brainstorming, strukturering av uttalelser, fremstille uttalelsene i kart, tolking av kart og bruk av kart.

Brainstormingen er den kvalitative delen av metoden, og kvalitative metoder legger vekt på å forstå fenomener og tar sikte på å beskrive deltakernes opplevelser og erfaringer (Helsebiblioteket, 2016, 7. juni). Kvalitative data innhentes ofte fra få deltakere der man ønsker å studere fenomener i dybden fremfor bredden. Strukturering av uttalelsene er den kvantitative delen, der deltakerne først sorterer uttalelsene fra brainstormingen i temabunker før de rangerer dem på en eller flere skalaer, i dette tilfellet viktighet og gjennomførbarhet, på en Likert-skala i et spørreskjema. Kvantitativ metode kjennetegnes ved at data kan tallfestes som for eksempel gjennom måling (Laake, Hjartåker, Thelle, & Veierød, 2007), og metoden egner seg ved innsamling av data fra et stort antall deltakere. Framstilling av kart er den matematiske behandlingen av de strukturerte dataene, og kan dermed sees på som en integrert del av den kvantitative delen av CM.

5.2 Forberedelser og planlegging

5.2.1 Ethiske vurderinger

I tråd med gjeldende anbefalinger fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble standardskjema for personvern fylt ut direkte på internett. Min undersøkelse inneholdt ikke personopplysninger og var å regne som anonym og dermed ikke søknadspliktig til hverken *Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (REK) eller *Norsk senter for forskningsdata* (NSD). Informasjonsskriv til ansatte ble utformet etter veiledende mal fra NSD. De som deltok under brainstormingen ga skriftlig samtykke til deltakelse, mens de som deltok i rangering og sortering av data i datasystemet CS Global Max™ ga elektronisk samtykke. De som svarte manuelt på papir fikk skriftlig og muntlig informasjon om at det var frivillig å delta. Ut ifra gjeldende praksis ble personvernombudet ved egen institusjon kontaktet da alle forskningsprosjekter skulle registreres og arkiveres. Ledelsen bekreftet på e-post at prosjektet var godkjent og jobbrelatert. Ifølge det interne kurset på sykehuset *Personvern og informasjonssikkerhet for forskning* (PIFF) (Universitetet i Oslo & Oslo universitetssykehus, u. å.) er data fra grupper på flere enn fem å regne som anonyme (Oslo

universitetssykehus, u. å.). Kurset PIFF og *Personvern og informasjonssikkerhet i praksis* (PIIP), også et internt kurs, ble gjennomført og bestått før oppstart, noe som er et krav fra arbeidsgiver til alle som skal forske. I tillegg ble forenklet meldeskjema for student og mastergradsprosjekter fylt ut og sendt inn.

I klinikken der jeg er ansatt arbeider om lag 3300 ansatte. Selv om min tilhørighet var under en annen avdeling enn de jeg ønsket å rekruttere fra, kjente jeg noen av de ansatte ved de aktuelle enhetene. Jeg ba derfor, ved forespørsel om deltakelse i studien, enhetsleder kontakte ansatte med informasjons- og samtykkeskjema og presisere at deltakelse var frivillig (Norsk senter for forskningsdata, 2018, 16. oktober). Slik ble forutsetningene for å fremstå som objektiv i rollen som forsker bedret. Prosjekt- og fremdriftsplan ble utarbeidet i forkant av oppgaveskrivingen og ble benyttet som arbeidsverktøy samt ved forespørsel til ledelsen om godkjenning til gjennomføring av studien. Personvernombudet ved sykehuset ble kontaktet for råd og veiledning. Godkjenninger var gitt før oppstart av studien. To kontaktpersoner ble utnevnt av Avdelingsleder. De ble kontaktet for møte med orientering om studien, omfanget av denne, tidsbruk for ansatte, fremdriftsplan og hva de kunne forvente å få ut av deltakelsen. Tidsbruk for ansatte, innspill og forslag til endringer ble drøftet og tatt hensyn til. Det ble samtidig avklart antall deltakere og at jeg ønsket et utvalg av ansatte med ulik faglig bakgrunn til brainstormingen. Informasjon om studien ble sendt med e-post til lederne som videresendte dette til sine ansatte. Prosjektet ble presentert på personalmøte ved den ene enheten, da de var interessert i mer informasjon. To invitasjonsskriv (med og uten samtykke-del) om deltakelse i forskningsprosjekt ble utformet etter mal fra Norsk senter for forskningsdata. Skrivene var tilpasset deltakere til brainstormingen, som krevde skriftlig samtykke og sorterings- og rangeringsdelen som ikke hadde krav om skriftlig samtykke (se Vedlegg 1). Mitt prosjekt ble opprettet i datasystemet CS Global Max™ for å kunne samle inn og bearbeide data.

5.2.2 Rekruttering av deltakere i fase 1 og 2

Deltakerne bestod av ansatte fra 4 psykiatriske døgnenheter innen rus- og avhengighetsbehandling for unge og voksne personer fra 18 – 65 år. Ansatte ved disse enhetene står ofte i de samme utfordringene og har noen av de samme erfaringene rundt bruk av fysisk aktivitet til pasientgruppen. CM la opp til datainnsamling i to faser der det ble rekruttert ansatte til hver av fasene. Fase 1 brainstormingsdelen og fase 2 sorterings- og rangeringsdelen. Til fase 1 brainstormingsdelen, gjorde lederne et strategisk utvalg av ansatte og ikke et tilfeldig utvalg, siden jeg ønsket å belyse de ulike yrkeskategorienes perspektiver.

Dette var ønskelig da det på den måten ble frembrakt et rikt og variert datamateriale og for at problemstillingen skulle bli best mulig belyst (Malterud, 2017, s. 58). Dermed ble inklusjonskriteriene til denne fasen; ansatte med ulik motivasjon og erfaring med bruk av fysisk aktivitet til pasienter innen yrkeskategoriene miljøpersonale, behandlere og ledere. Totalt ble 20 ansatte rekruttert til denne fasen av sine ledere på e-post. Brainstormingen ble gjennomført i to omganger med 10 ansatte per gang. Kane & Trochim anbefaler gruppestørrelser på 40 eller færre med 10 som en nedre grense for å sikre meninger og gode gruppediskusjoner, samt at større grupper ville bli vanskelig å planlegge (Kane & Trochim, 2007b). Det var viktig at alle yrkeskategoriene ble representert i begge omgangene for å belyse deres perspektiver. Til fase 2, sorterings- og rangeringsdelen, ble 142 ansatte, det vil si alle ansatte innen de 3 yrkeskategoriene ved de fire enhetene, invitert til deltakelse av sine ledere via e-post. Til begge fasene fikk ansatte informasjonsskriv der det fremgikk at deltakelsen var frivillig og anonym.

5.2.3 Utforming og pilot-testing av fokusspørsmålet

CM benytter et fokusspørsmål for å innhente uttalelser fra deltakere. Spørsmålet er formulert som en halv setning der deltakerne skal fullføre setningen med egne ord under en brainstormingsprosess. Fokusspørsmålet ble formulert for å besvare problemstillingen på best mulig måte. Fokuset var i forhold til hva som måtte til for at fysisk aktivitet skulle bli et integrert og varig behandlingstilbud, og spørsmålet ble utformet slik deltakerne kunne besvare både positivt og negativt, det vil si hva som «bør» og hva som «bør unngås».

Fokusspørsmålet ble testet av fire ansatte fra tre enheter for å sjekke at det var forståelig, at det ville bli produsert meningsfulle uttalelser, samt kvalitetssikre at problemstillingen ble besvart (Kane & Trochim, 2007b). Utvelgelsen av ansatte ble foretatt av enhetsledere på bakgrunn av kunnskap og kjennskap til bruk av fysisk aktivitet til personer med rus- og avhengighetsproblematikk. Pilottestingen ble gjennomført i to omganger på 15 minutter. I hver runde fikk de ansatte kort informasjon om prosjektet, hvordan brainstormingen var tenkt gjennomført og instruksjoner på hvordan fokusspørsmålet var tenkt besvart. Utkast til fokusspørsmål ble delt ut og deltakerne fikk en kort tenkepause før de produserte uttalelser. Deretter ble de produserte uttalelsene formidlet, tanker rundt fokusspørsmålet delt og kritiske tanker til formuleringen av fokusspørsmålet fremmet. I første runde kom det ikke frem forslag til endringer av spørsmålet, men i den andre runden kom det frem forslag til endringer. Etter tilbakemeldingene ble fokusspørsmålet:

For at fysisk aktivitet skal bli en integrert og varig del av behandlingstilbudet til pasienter ved din enhet bør.....

5.3 Gjennomføring og datainnsamling

5.3.1 Fase 1: Brainstorming

Brainstorming blir også omtalt som idédugnad, idémyldring eller idéblomstring (Gundersen, 2018, 20. februar). Brainstormingen ble gjennomført i to omganger, og totalt en time ble avsatt til gjennomføringen inkludert informasjon og avrunding. 5 minutter gikk med til innledning og informasjon om gjennomføringen. Deretter ble fokusspørsmålet lest opp og delt ut til deltakerne. 10 minutter ble avsatt til nedtegning av tanker og idéer i form av uttalelser. Deretter fikk de 40 minutter til å dele uttalelsene rundt bordet. Deltakerne kunne dele en uttalelse hver under hver av de systematiske rundene rundt bordet. Ved andre runde falt flere av de nedskrevne uttalelsene fra deltakerne bort da de var oppgitt av andre. Gruppen ble oppmuntret til å dele alle sine uttalelser, og enkelte deltakere fikk nye tanker og idéer til uttalelser da de hørte hva de andre i gruppen kom med. Uttalelser med dobbel mening ble delt opp, like uttalelser slått sammen og uttalelser som lå utenfor problemstillingen ble fjernet i samråd med gruppen. Uttalelsene ble notert direkte på PC med oppkoblet prosjektor slik at gruppen fikk kvalitetssikret innholdet fortløpende. De siste 5 minuttene gikk med til avrunding og avslutning. Etter hver brainstormingsrunde ble resultatene gjennomgått og små endringer ble foretatt i form av å kvalitetssikre at uttalelsene var konkrete, ga mening og at de lå innenfor problemstillingen. Ordlyden på enkelte uttalelser ble også justert for å bedre meningsinnholdet. Siden de største endringene ble gjort med deltakerne til sted ble det her kun utført små endringer der setninger ble kortet ned for bedre å få frem poengene. Tilsammen fra de to brainstormingsrundene kom det inn 86 (37 + 49) uttalelser.

5.3.2 Strukturering av uttalelser

Uttalelsene fra de to brainstormingsrundene ble sammenstilt. Det ble også kontrollert at uttalelsene ikke overlappet hverandre. 64 uttalelser ble til slutt registrert i datasystemet CS Global Max™ slik at de kunne benyttes i neste fase, sorterings- og rangeringsdelen. Uttalelsene er presentert i Vedlegg 2.

5.3.3 Fase 2: Sortering og rangering

Uttalelsene ble sortert i grupper etter likhet i tema eller meningsinnhold. Dette ble gjort ved at deltakerne plasserte uttalelser de syntes passet sammen i forskjellige grupper og ga gruppene passende titler. Deltakerne valgte selv antall grupper. I tillegg ble uttalelsene rangert etter viktighet og gjennomførbarhet på en 5-punktsskala fra (1) svært lite viktig til (5) svært viktig, og fra (1) svært lite gjennomførbart til (5) svært gjennomførbart. Totalt 142 ansatte fikk e-post med en klikkbar lenke til datasystemet CS Global Max™. Instruksjon ble gitt på norsk og ved innlogging ble et system-genererte brukernavn og passord tildelt (Concept Systems Inc., 2017, s. 28). Deltakerne fikk 4 uker til å besvare undersøkelsen, men ved utløpet av denne perioden hadde kun 7 personer fullført undersøkelsen. I samtale med enhetsledere kom det frem at ansatte opplevde undersøkelsen som omfattende, tidkrevende og vanskelig. Ansatte opplevde at de ikke hadde tid, mens andre ikke hadde rukket å lese mail med invitasjon og informasjon. For å øke deltakelsen ble vi enige om å gjennomføre undersøkelsen manuelt og dele oppgaven i to for å minske arbeidsmengden, slik at de ansatte kunne utføre enten sorterings- eller rangeringsdelen. Sorterings- og rangeringsdelen ble omgjort til papirversjoner som ble besvart manuelt og svarfristen ble utvidet med ytterligere 3 uker. Etter utløpet av denne fristen var det kommet inn totalt 63 besvarelser.

5.4 Bearbeiding av data

5.4.1 Registrering og kontroll av data

Totalt 44 besvarelser ble manuelt registrert i datasystemet CS Global Max™ og 19 hadde registrert seg fra tidligere. De 63 besvarelsene ble gjennomgått og sjekket. Det var 14 besvarelser som måtte slettes fordi 10 deltakere kun hadde logget seg inn, men ikke registrert noe. Siden det var et krav om at minimum 75% av uttalelsene måtte være sortert for å bli godkjent måtte tre deltakere slettes da de ikke hadde sortert tilstrekkelig antall uttalelser (Concept Systems Inc., 2017, s. 36). En deltaker ble også tatt ut fordi vedkommende hadde rangert nesten kun femmere. Tilsammen 49 besvarelser ble benyttet i det videre arbeidet med analysen. Totalt 19 deltakere besvarte sorteringsdelen, 38 deltakere besvarte rangering av viktighet og 33 besvarte rangering av gjennomførbarhet. Inkludert i dette var det 7 deltakere som hadde gjennomført alle oppgavene. Miljøpersonale var den største yrkeskategorien med 32 deltakere, etterfulgt av 7 behandlere og 7 ledere. Av 142 inviterte utgjorde dette en svarprosent på 34,5%.

5.5 Analyse av data

CS Global Max™ ble benyttet ved analyse og fremstilling av kartene (Kane & Trochim, 2007a, s. 5). Gjennom analysen ble det utført avanserte statistiske beregninger i flere steg på bakgrunn av deltakernes data fra brainstormingen, sorteringen og rangeringen. Analyse og fremstillingsprosessen til kartene er presentert i dette kapittelet, mens de visuelle kartene er presentert i resultatdelen.

5.5.1 Fremstilling av kart

For å kunne fremstille et *Punktkart* benyttet datasystemet en likhetsmatrise, som er en oversikt over hvor mange ganger de ulike uttalelsene er blitt sortert sammen av deltakerne. Likhetsmatrisen danner grunnlag for den multidimensjonale skaleringen som er den prosessen som gjør at punkter får en gitt plassering på kartet. Punkter som ligger nærme hverandre på kartet har blitt sortert sammen oftere, mens punkter som ligger lengre fra hverandre på kartet har blitt sortert sammen sjeldnere (Concept Systems Inc., 2017; W. M. K. Trochim, 1989). Det vil si at punkter som klynger seg sammen også har en nærhet i tema.

For å filtrere ut «støy» under fremstillingen av punktkartet, kan man benytte en cutoff-verdi (avskjæringsverdi). Denne brukes til å filtrere ut sorteringer som få deltakere har gjort (Concept Systems Inc., 2017, s. 55). En cutoff-verdi på 1 vil filtrere ut sorteringer som kun er gjort av en person, altså at det kun er en person som har sortert to uttalelser sammen. I praksis betyr dette at verdier lavere enn eller lik cutoff-verdien fjernes fra likhetsmatrisen før fremstillingen av punktkartet.

Klyngekart ble fremstilt på bakgrunn av punktkartet ved hjelp av klyngeanalyse, og grupperer nærliggende punkter i klynger. Klyngeløsninger fra 4 og gradvis opp til 14 ble vurdert for å se hva som best fremstilte punktene med uttalelser. Få klynger gjorde det vanskelig å velge en treffende tittel siden innholdet i disse ble sprikende, mens mange klynger fort ble små og overlappende i innhold. 8 klynger ble valgt, noe som også passer godt med gjennomsnittlig antall grupper fra deltakerne på 8,05 grupper. Datasystemet kom med forslag til klyngenavn basert på deltakernes klyngenavn og disse ble kontrollert opp mot innholdet og justert slik at de skulle passe bedre til klyngen de representerte (se Vedlegg 3). Klyngene består av punkter med uttalelser som representerer egne konseptuelle domener (Burke et al., 2005, s. 1401).

I tillegg ble det fremstilt to *Klyngerangeringskart* med oversikt over de sorterte klyngene og hvordan deltakerne har rangert disse etter viktighet og gjennomførbarhet.

Mønsterkart (Pattern Match) ble fremstilt for å kunne se på hver enkelt yrkeskategori separat ut ifra rangering av viktighet og gjennomførbarhet av klyngene. For å se på forskjellene mellom de ulike yrkeskategoriene ble også parallelle mønsterkart fremstilt.

Forskjeller og sammenhenger mellom yrkeskategorier kan beregnes ved hjelp av korrelasjon (samvariasjon/samsvar), som er et statistisk mål for styrken og retningen mellom to målbare variabler og er angitt som r i figurene. Graden av samsvar angis med et tall mellom -1 og 1 som blir kalt *korrelasjonskoeffisienten* (Frøslie, 2018, 21. mars). Hva som er en høy korrelasjon avhenger av hva man undersøker og forventet styrke på den (A. Johannessen, Tuft, & Christoffersen, 2016, s. 305). Når man kommer nærmere 1 vil det si at det er en positiv korrelasjon der økning i en variable er assosiert med økning i en annen variabel (ibid., s. 304). En høy verdi reflekterer derfor at deltakere fra de forskjellige yrkeskategoriene er mer enige. Til grunn for tolkning av korrelasjonskoeffisienten ligger Choen og Hollidays (1982) tabell med følgende forslag: en veldig svak korrelasjon indikerer spennet fra 0 – 0,19, svak fra 0,2 – 0,39, moderat fra 0,4 – 0,69, høy fra 0,7 – 0,89 og meget høy fra 0,9 – 1 (referert i A. Johannessen et al., 2016, s. 306).

Go Zone-kartet ble fremstilt på bakgrunn av deltakernes rangering av viktighet og gjennomførbarhet og sammenstiller disse i en todimensjonal graf med 4 kvadranter. I kartet er deltakernes rangering av viktighet oppgitt langs x-aksen og gjennomførbarhet langs y-aksen. Kvadrantene inndeles etter hver variabls gjennomsnittsskår (Kane & Trochim, 2007a).

6 Resultater

Resultatene består av data innsamlet gjennom den kvalitative brainstormingsprosessen i fase 1 og den kvantitative sorterings- og rangeringsprosessen i fase 2. I fase 1 deltok 20 ansatte og i fase 2, 49 ansatte, samt at 8 ansatte deltok i både sorterings- og rangeringsdelen. I Tabell 1 vises deltakerdata fordelt på yrkeskategorier.

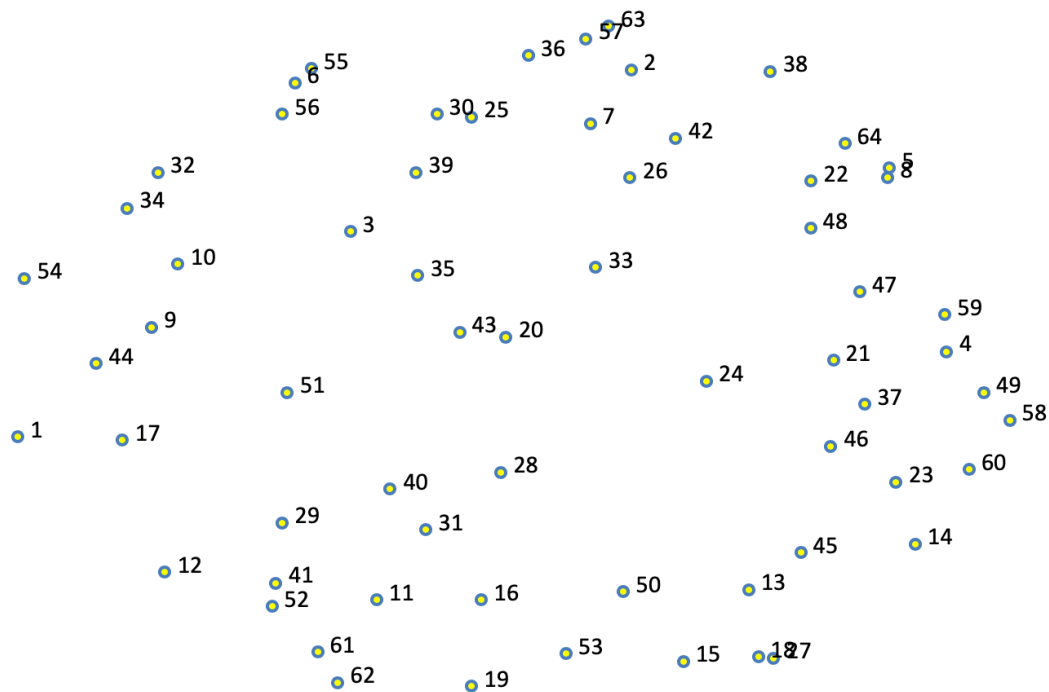
Tabell 1. Deltakerdata innhentet fra brainstormings-, sorterings- og rangeringsdelen fordelt på yrkeskategorier.

Deltaker- data	Fase 1		Fase 2					
	Brainstorming		Sortering		Rangering 1		Rangering 2	
Yrkes- kategori	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Leder	5	25.00	3	15.79	6	15.79	5	15.15
Behandler	3	15.00	2	10.53	6	15.79	6	18.18
Miljø- personale	12	60.00	11	57.89	26	68.42	22	66.67
Ikke oppgitt			3	15.79	0	0.00	0	0.00
Sum	20	100.00	19	100.00	38	100.00	33	100.00

6.1 Presentasjon av kart

6.1.1 Punktkart

Uttalelsene fra brainstormingen ble presentert som atskilte punkter i et *Punktkart* (se Figur 5). Hvert punkt er nummerert fra 1 – 64 og representerer en uttalelse (se Vedlegg 2).



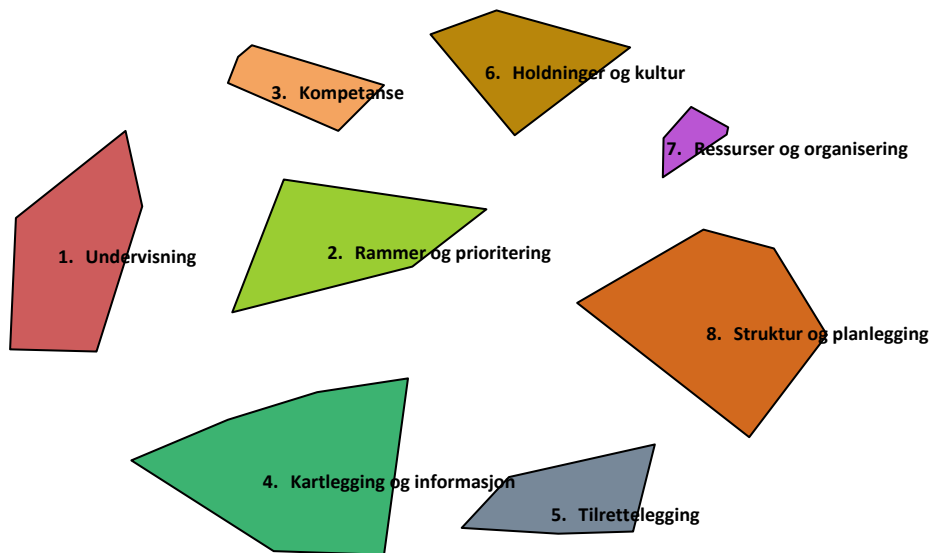
Figur 5. Punktkart basert på deltakernes uttalelser.

Av kartet ser vi for eksempel at uttalelsene nr. 57 *...alle ansatte bidra aktivt til gjennomføring av fysisk aktivitet* og nr. 63 *...ansatte oppmuntre hverandre til gjennomføring av fysisk aktivitet* (øverst i midten på kartet) ble sortert hyppig sammen av deltakerne og ligger dermed også tett sammen på kartet. Derimot ble punkt nr. 19 *...man gi pasienten informasjon om bekleddning i forhold til aktivitet og årstid* sortert lengre unna (nederst i midten på kartet) da de er lengre fra hverandre i tema og sortert sjeldnere sammen av deltakerne.

Endelig stressverdi i denne analysen var på 0.2981. Stressverdien var akseptabel da den lå under den kritiske verdien på 0.38 (Sturrock & Rocha, 2000).

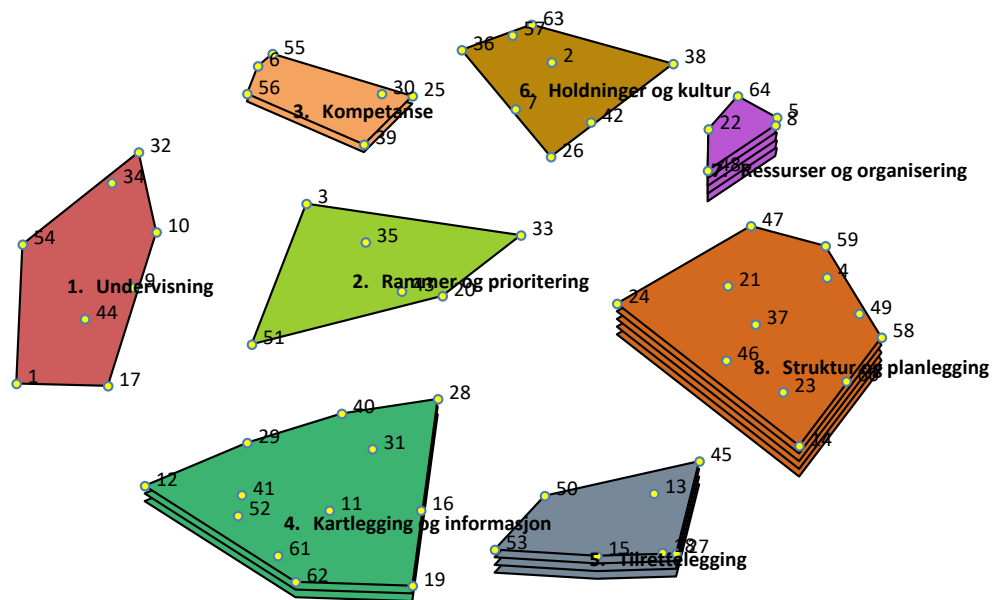
6.1.2 Klyngekart og klyngerangeringskart

I gjennomsnitt sorterte deltakerne uttalelsene i 8,05 grupper, med en spennvidde på 4 – 14 grupper. *Klyngekart* ble fremstilt på bakgrunn av deltakernes sortering der 8 klynger ble valgt (se Figur 6).



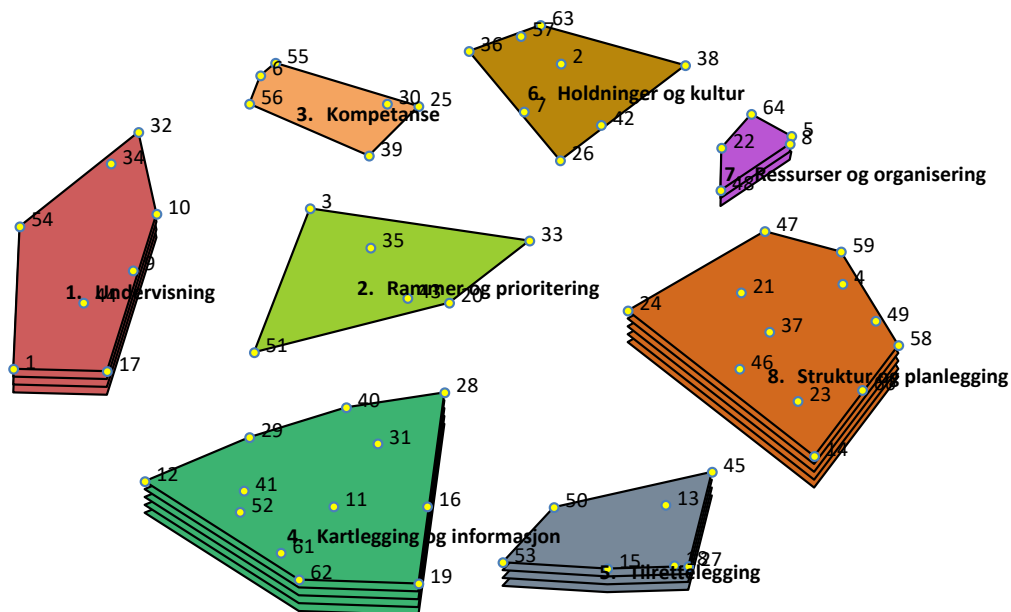
Figur 6. Klyngekart med 8 klynger.

To *Klyngerangeringskart* viser de sorterte klyngene og gjennomsnittet av hvordan deltakerne har rangert uttalelsene i hver klynge etter viktighet og gjennomførbarhet. Dette vises som antall lag på kartet. Mange lag indikerer gjennomsnittlig høy viktighet eller gjennomførbarhet og få lag lavere gjennomsnittlig viktighet eller gjennomførbarhet (se Figur 7 og Figur 8).



Figur 7. Klyngerangeringskart etter viktighet med 8 klynger inkludert nummererte punkter med uttalelser

På kartet i Figur 7 ser vi at uttalelsene i klyngene *Ressurser og organisering* og *Struktur og planlegging* ble rangert som viktigst, mens uttalelsene i klyngene *Undervisning*, *Rammer og prioritering* og *Holdning og kultur* ble rangert som minst viktig. Antall lag på kartet representerer intervall for gjennomsnittsverdiene for viktighet for punktene i klyngen. Ett lag betyr at gjennomsnittsverdien ligger mellom 4,09 og 4,17, to lag fra 4,17 – 4,25, tre lag fra 4,25 – 4,33, fire lag fra 4,33 – 4,41 og fem lag fra 4,41 – 4,49.



Figur 8. Klyngerangeringskart etter gjennomførbarhet med 8 klynger inkludert nummererte punkter med uttalelser.

Figur 8 viser deltakernes rangering av gjennomførbarhet. Uttalelsene i klyngene *Struktur og planlegging* og *Kartlegging og informasjon* ble høyest rangert av deltakerne, mens uttalelsene i klyngene *Kompetanse*, *Holdning og kultur* og *Rammer og prioritering* ble lavest rangert. Antall lag på kartet representerer intervall for gjennomsnittsverdiene for gjennomførbarhet for punktene i klyngen. Der ett lag betyr at gjennomsnittsverdien ligger mellom 3,60 – 3,70, to lag fra 3,70 – 3,80, tre lag fra 3,80 – 3,90, fire lag fra 3,90 – 4,00 og 5 lag fra 4,00 – 4,10. Tallene viser at det var en gjennomsnittlig lavere skår på gjennomførbarhet enn på viktighet.

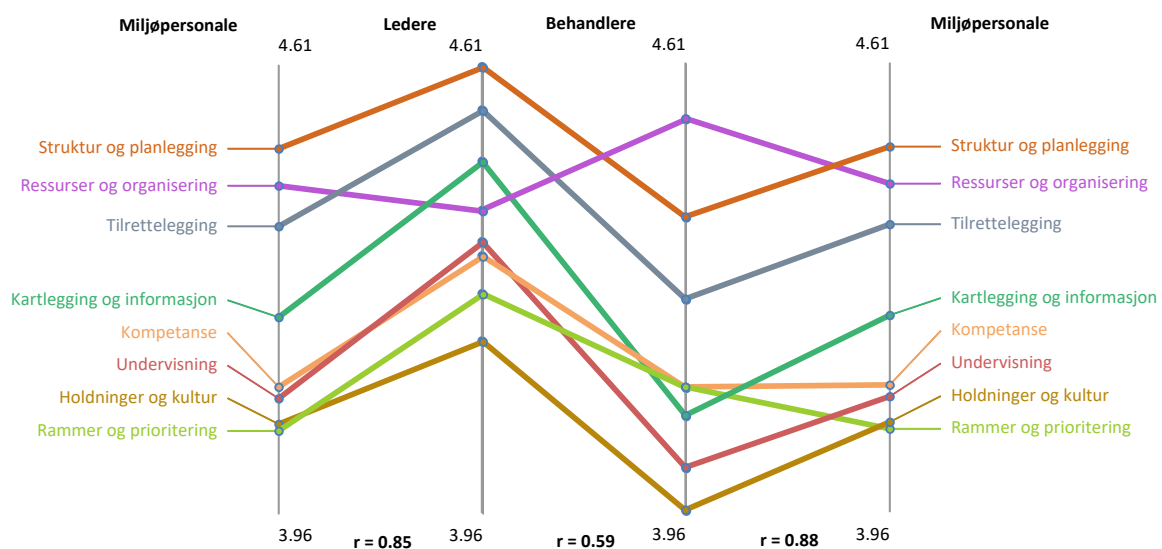
Se også Vedlegg 4 for detaljert oversikt over klynger med antall uttalelser og lag, minimums- og maksimumsverdier, gjennomsnittsverdi og median. På bakgrunn av lagene fra klyngerangeringskartene, som er basert på viktighet og gjennomførbarhet, er det laget en prioritert liste over klyngene som er nevnt i siste kolonne i tabellen.

6.1.3 Mønsterkart

For å kunne sammenligne miljøpersonale mot både ledere og behandlere ble deres mønsterkart satt inn to ganger, det vil si først og sist i Figur 9 og Figur 10. Ved å illustrere

dette visuelt var det lettere å få en oversikt over forskjeller og likheter mellom yrkeskategoriene.

Tallene i toppen og bunnen på figurene viser spennet i de gjennomsnittlige rangeringsverdiene. Som vi ser spenner dette fra 3,96 – 4,61 (viktighet) og 3,48 – 4,32 (gjennomførbarhet), som begge er i den øvre delen av skalaen. Dette viser at deltakerne samlet sett ikke har benyttet hele skalaen og betyr at de opplever temaet og uttalelsene som kom frem som både viktige og gjennomførbare.

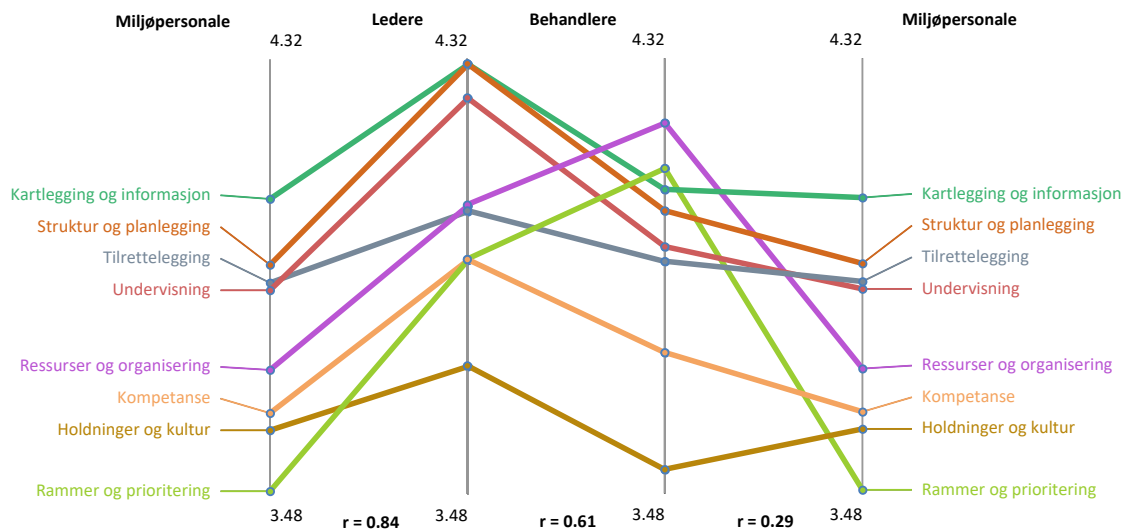


Figur 9. Mønsterkart med viktighet hos alle yrkeskategorier

I Figur 9 kan vi se at klyngen *Kartlegging og informasjon* spriker mest mellom yrkeskategoriene når vi ser på gjennomsnittlig rangeringsverdi av viktighet. Dersom vi ser på prioritering er klyngen *Ressurser og planlegging* blitt prioritert som den viktigste hos behandlere, nest viktigst hos miljøpersonale og som den fjerde viktigste klyngen hos ledere. Det viser at de har et ulikt syn på viktigheten av klyngen.

I Figur 9 oppgis en positiv korrelasjon der korrelasjonskoeffisienten varierer mellom 0,59 og 0,88. Mellom «miljøpersonale og ledere» og «behandlere og miljøpersonale» var det en høy korrelasjon på viktighet med henholdsvis 0,85 og 0,88. Mens mellom «ledere og behandlere» var denne på 0,59 noe som tilsvarer en moderat korrelasjon.

Av Figur 9 kan vi se at ledere generelt oppga en høyere gjennomsnittsskår på rangeringen enn både miljøpersonale og behandlere, samt at behandlere var den yrkeskategorien som oppga de laveste gjennomsnittsskårene.



Figur 10. Mønsterkart med gjennomførbarhet hos alle yrkeskategorier

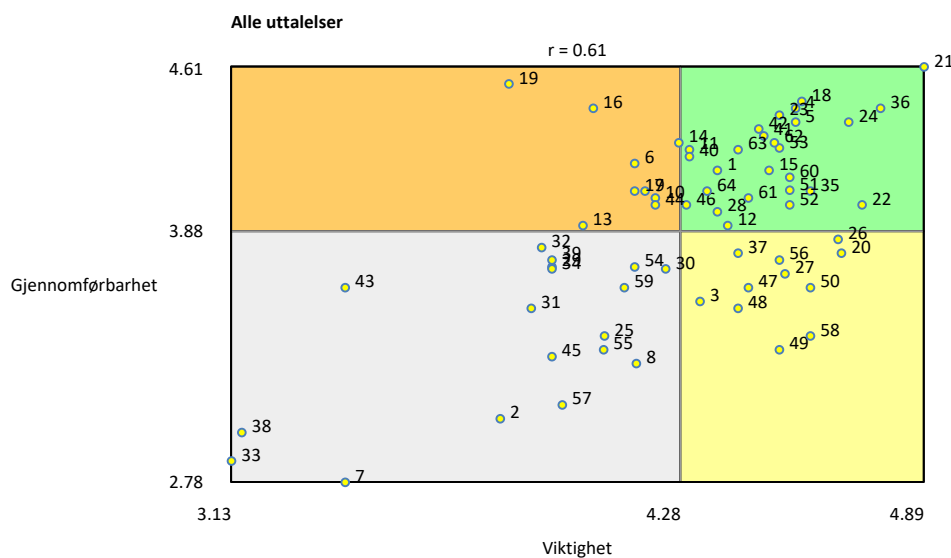
I Figur 10 kan vi se at klyngen *Rammer og prioritering* spriker mest mellom yrkeskategoriene når det gjelder gjennomsnittlig rangeringsverdi av gjennomførbarhet. Dersom vi ser på prioritering er det klyngen *Rammer og prioritering* som skiller seg mest ut da behandlere har rangert den som nummer 2, miljøpersonale som nummer 8 og ledere som en delt 6 – 7. plass.

I Figur 10 ser vi også at det er en positiv korreksjon der korrelasjonskoeffisienten varierer mellom 0,29 til 0,84. På gjennomførbarhet var det en høy korrelasjonen mellom miljøpersonale og ledere på 0,84, mens mellom ledere og behandlere var den på 0,61 som tilsvarer en moderat korrelasjon. Den laveste korrelasjonsverdien var mellom behandlere og miljøpersonale på 0,29 og tilsvarer en svak korrelasjon. Dette betyr at det var minst samsvar i rangeringene mellom disse yrkeskategoriene når det gjelder gjennomførbarhet.

Av Figur 10 kan vi se at ledere også her oppga en høyere gjennomsnittsskår på rangeringen enn både miljøpersonale og behandlere, mens her var det miljøpersonalet som var den yrkeskategorien som oppga de laveste gjennomsnittsskårene.

6.1.4 Go Zone-kart

Kvadrantene i Go Zone-kartet inndeles etter hver variabels gjennomsnittsskår der viktighet hadde et gjennomsnitt på 4,28 og gjennomførbarhet på 3,88 (Kane & Trochim, 2007a).



Figur 11. Go Zone-kart med oversikt over deltakernes rangering av viktighet og gjennomførbarhet

I Figur 11 vises det i nedre venstre kvadrant (grå) uttalelser som deltakerne har rangert lite viktig og lite gjennomførbart. For eksempel var uttalelse nummer 33 *...fysisk aktivitet prioriteres på bekostning av andre tilbud* den lavest rangerte blant deltakerne med en gjennomsnittlig rangeringsskår på viktighet på 3,13 og gjennomførbarhet 2,88.

I øvre venstre kvadrant (orange) befinner det seg punkter som av deltakerne oppleves lett å gjennomføre, men lite viktig. Punkt 19 er den uttalelsen som oppleves mest gjennomførbart med *...man gi pasienten informasjon om bekledning i forhold til aktivitet og årstid* med en gjennomsnittsskår på viktighet på 3,84 og gjennomførbarhet på 4,53.

I nedre høyre kvadrant (gul) presenteres punkter som er oppgitt som viktig, men mindre gjennomførbart der punkt 20. *...fysisk aktivitet stille på lik linje med andre behandlingstilbud* med en gjennomsnittsskår på viktighet på 4,68 og gjennomførbarhet på 3,79.

Siste kvadrant øverst til høyre (grønn) er selve «Go Zone» og er av deltakerne oppgitt som mest viktig og mest gjennomførbart. Punkt 21. *...det settes av faste tider til fysisk aktivitet i*

felles ukeplan med en gjennomsnittsskår på viktighet på 4,89 og var den uttalelsen som ble oppgitt av deltakerne som både viktigst og mest gjennomførbar med 4,61. To andre uttalelser som deltakerne rangerte høyt på både viktighet og gjennomførbarhet var punkt 36. ...*ansatte vise gode holdninger og godt humør til aktiviteten i møte med pasienten* og punkt 24. ...*det utarbeides en helhetlig plan der fysisk aktivitet har en tydelig plass*. For fullstendig oversikt over punktene med uttalelser i Go Zone se Vedlegg 2.

7 Diskusjon

Studien har hatt til hensikt å kartlegge hva ansatte tenker må til for at fysisk aktivitet skal bli et integrert og varig behandlingstilbud i psykiatriske enheter for rus- og avhengighetsbehandling. Studien resulterte i et klyngekart med 8 klynger som ble kalt for (1) *Undervisning*, (2) *Rammer og prioritering*, (3) *Kompetanse*, (4) *Kartlegging og informasjon*, (5) *Tilrettelegging*, (6) *Holdninger og kultur*, (7) *Ressurser og organisering* og (8) *Struktur og planlegging*.

Innholdet klyngene dreide seg om pasient og ansattundervisning, at fysisk aktivitet burde sidestilles med andre behandlingstilbud, samt at det burde være kompetent personale og kompetanseheving. Andre tema var pasientinformasjon, kartlegging av pasientens interesser og brukermedvirkning, at det burde tilrettelegges for lystbetonte, lette og varierte aktiviteter og ansatte burde støtte og oppmuntre hverandre til gjennomføring av fysisk aktivitet og respektere den avsatte tiden.

Klyngene til høyre på kartet *Ressurser og organisering* og *Struktur og planlegging* handler om struktur og tilpasning på arbeidsplassen, mens klyngene nederst på kartet *Tilrettelegging* og *Kartlegging og informasjon* er mer rettet mot pasientene. Til venstre og mot toppen av kartet dreier klyngene *Undervisning* og *Kompetanse* seg mer om personalet. Mens helt øverst på kartet handler klyngen *Holdninger og kultur* mer om kulturen ved enhetene. Klyngen i midten på kartet *Rammer og prioritering* dreier seg om fysisk aktivitet sin rolle i behandlingen. Plasseringen av klyngene på kartet er ikke tilfeldig, men sier noe om hvordan de henger sammen. Det vil si at klynger som ligger nærme hverandre på kartet også har nærhet i tema.

Ansatte rangerte klyngene (8) *Struktur og planlegging* og (7) *Ressurser og organisering* og (5) *Tilrettelegging* som de viktigste klyngene. Og de rangerte klyngene (8) *Struktur og planlegging*, (4) *Kartlegging og informasjon*, (5) *Tilrettelegging* og (1) *Undervisning* som de

mest gjennomførbare. Det var mest samsvar mellom miljøpersonale og behandlere når det gjaldt viktighet, mens det var minst samsvar mellom miljøpersonale og behandlere når det gjaldt gjennomførbarhet. Behandlere skåret klyngen *Ressurser og organisering* som den viktigste og mest gjennomførbare, noe som skiller seg fra de andre yrkeskategoriene. Lederne er den yrkeskategorien som har den høyeste gjennomsnittsskåren når det er snakk om viktighet og gjennomførbarhet, bortsett fra klyngene *Ressurser og organisering* og *Rammer og prioritering* der behandlerne rangert disse klyngene høyest på gjennomførbarhet.

7.1 Diskusjon av klyngene

Først blir klyngene presentert etter prioritet basert på viktighet og gjennomførbarhet og diskutert opp mot empiri. Deretter vil resultater bli sett i sammenheng med implementeringsteorien. For til slutt å se på styrker og svakheter ved studien i en metodediskusjon.

7.1.1 Struktur og planlegging

I klyngen *Struktur og planlegging* dreide hovedinnholdet seg om struktur på fysisk aktivitetstilbudet med gode planer for gjennomføring. I tillegg ble temaene midler, tilrettelegging og tilgjengelighet også nevnt. Ansatte mente det burde være tydelige planer for fysisk aktivitetstilbudet med faste tider nedtegnet i felles ukeplan. De uttalte også at det burde utarbeides en plan for praktisk gjennomføring av felles og individuelt tilpassede tilbud og ønske om langsiktig planlegging i form av årshjul. Planer medfører bedre oversikt, gir mer forutsigbarhet og bidrar til en god struktur på fysisk aktivitetstilbudet. Skal man utbreide gode planer bør flere yrkeskategorier delta, blant annet for at planene ikke skal kollidere med andre fastsatte tilbud. Det er først når vi har et mål det vil være mulig å nedtegne en plan. Derfor er det å sette seg et fremtidig mål et viktig element i arbeidet med fysisk aktivitet.

Den høyeste rangerte uttalelsen på både viktighet og gjennomførbarhet befant seg i denne klyngen og var at ansatte mente det burde avsettes faste tider til fysisk aktivitet i felles ukeplan. En felles ukeplan gir oversikt for alle yrkeskategoriene og det vil være mulig å kunne planlegge andre oppgaver ut ifra denne. Samtidig kan det være så tett program av aktiviteter at det kan være vanskelig for behandlere å finne tid til behandlingssamtaler. For å lettere kunne planlegge med pasientene vil en individuell ukeplan kunne gi mer oversikt for personalet som følger opp pasienten.

Dette var også klyngen som ble vurdert som viktigst og mest gjennomførbar og vil være klyngen som bør ha den høyeste prioriteten i arbeidet med at fysisk aktivitet skal bli et integrert og varig behandlingstilbud. Årsaken til at denne klyngen var så høyt rangert kan være mange, men en av grunnene kan ha vært at tilbudet per i dag ikke har god nok struktur, samtidig som det mangler gode planer over tilbudet. Det kan også tenkes at ansatte har god erfaring med planer, men at de mangler dette innen fysisk aktivitet. Forskning innen fysisk aktivitet og psykisk helse nevner i liten grad struktur og planer. I Pakkeforløp for somatisk helse og levevaner anbefales bruk av behandlingsplan og individuell plan og det samme kommer også frem i et tips-hefte for helsepersonell (Helsedirektoratet, 2010, 2018a). Gjennom dokumentasjon i elektroniske behandlingsplaner vil tiltak bli synlig for alle som er involvert i pasientens behandling, noe som vil medføre at det vil vær større sannsynlighet for at det blir fulgt opp. Samtidig vil det kunne bidra til at primærgruppen/teamet rundt pasienten også kan justere og evaluere tiltaket etter behov. I en individuell plan (som i dette tilfellet tolkes som pasientens personlige plan), vil pasienten ha oversikt over egne avtaler i forhold til fysisk aktivitet nedtegnet i fellesskap med ansatte eventuelt i form av en ukeplan. Når pasienten selv har vært med på å utforme ønsker for fysisk aktivitet og gjort en avtale om dette med ansatte, vil det være mer forpliktende enn om ingen avtaler var inngått. Da kunne deltakelse vært mer basert på tilfeldigheter og dagsform.

Omkring planer anser ansatte at flere elementer må være på plass for å kunne gjennomføre fysisk aktivitet på en god måte. Blant annet at det må være en plan for hvordan man praktisk gjennomfører både felles og individuelt tilpassede aktiviteter. Dette er viktig da ansatte ofte rullerer i hvem som er på vakt på grunn av at de går i turnus, samtidig som det skal avvikles ferier, permisjoner med mer. Dersom det er en fastsatt plan med struktur vil de som skal følge opp dette være mer forberedt samtidig som de vet hva som skal gjøres. I tillegg vil det gi rom for å endre planer på bakgrunn av hvilken kunnskap og kompetanse den ansatte som har ansvar for opplegget har.

Uttalelsen der ansatte skal følge opp et fysisk aktivitetsopplegg med den enkelte pasient og for gruppen som helhet er avhengig av å ha en plan både som tydelig signaliserer at det skal være aktivitet, støtte fra ansatte om å følge opp pasientene slik at de møter til fysisk aktivitet og bidra til at fysisk aktivitet blir gjennomført. Ifølge House (1981) kan denne støtten kalles for emosjonell støtte og dreier seg om å vise omtanke og omsorg for hverandre. Samtidig vil man også ha behov for instrumentell støtte i form av tid og arbeidskraft (House, 1981).

Ansatte uttrykte også at det var viktig å ha midler til innkjøp av nødvendig utstyr og midler til å kunne gjennomføre aktiviteter. For å kunne tilby et variert og tilrettelagt tilbud forutsetter dette at man har utstyr som kan benyttes. Da vil det være behov for støtte fra leder til å kunne avsette midler i budsjettet. Midler i form av penger blir gjerne omtalt som instrumentell støtte ifølge House (1981).

Behandlingen av pasienter er basert på behandlingsplaner og ansatte må i hovedsak forholde seg til disse. Derfor er det viktig hva som faktisk inngår i disse planene fordi det legger føringer for hva ansattes skal følge opp. Dersom dette ikke er på plass hjelper det lite med gode holdninger eller tilgjengelige ressurser.

At denne klyngen har så høy prioritet hos ansatte kan skyldes at det er her de opplever det største behovet. Med en god struktur og oversiktlige planer vil fysisk aktivitet få en tydeligere plass og være mer forutsigbart både for pasienter og ansatte.

7.1.2 Ressurser og organisering

I klyngen *Ressurser og organisering* legges det blant annet vekt på tid og personal-ressurser. De tre høyest rangerte uttalelsene i klyngen dreide seg om at ansatte påpekte viktigheten av å ha faste ansatte med ansvar for planlegging og tilrettelegging av behandlingstilbudet, samtidig som de fikk frigjort tid og ble fritatt for andre oppgaver. Dette peker på nødvendighetene av å ha faste personer som tar ansvar og har dette som sin faste oppgave. Ved å nedfelle dette i en stillingsinstruks blir det også mer forpliktende, samtidig som det viser at ledelsen ønsker å sette dette tydeligere på kartet.

Å sikre ressurser som tid er også et sentralt element for at det skal bli lettere å planlegge og gjennomføre fysisk aktivitet av god kvalitet. Mangel på tid og ressurser kan oppleves som en barriere når det ikke er tilstede (Glowacki et al., 2019; Grønningsæter & Kiland, 2018).

Spesielt er det viktig at den som har ansvar for fysisk aktivitet ikke har andre sammenfallende oppgaver som stjeler fokus fra det man holder på med eller at man må skynde seg med å bli ferdig slik at man rekker alt det andre man er satt til å gjøre.

Av mønsterkartet på viktighet ser vi at både miljøpersonale og behandlere har rangert denne klyngen høyt. På gjennomførbarhet tenker behandlerne at dette også er lett å gjennomføre, mens miljøpersonale har en lavere rangering. Dette kan skyldes at de innehar ulike posisjoner der behandlere kan oppleve å få lettere gjennomslag for sine synspunkter enn det miljøpersonale opplever.

7.1.3 Tilrettelegging

I klyngen *Tilrettelegging* og også neste klynge *Kartlegging og informasjon* er innholdet mer rettet mot et pasientfokus og disse to klyngene ligger derfor også nærme hverandre på kartet (se Figur 6). I tillegg er det i denne klyngen et fokus på hva personalet mener bør til for å tilrettelegge for økt deltakelse i fysisk aktivitet. Det var tre uttalelser som skilte seg ut i rangeringen, og disse handlet om at aktivitetene burde være lystbetonte, at det fysiske aktivitetstilbudet skulle være enkelt slik at det var lett å delta, og at fysisk aktivitet ble introdusert tidlig i behandlingsforløpet.

Ansatte ønsker å introdusere pasientene for fysisk aktivitet tidlig i behandlingsforløpet da de ser nødvendigheten av fysisk aktivitet for å bedre helsen og erfaringsmessig er også pasientene mer mottakelige for endring i starten av et behandlingsforløp. Samtidig kan fysisk aktivitet bidra til økt konsentrasjon (Hansen, 2017, s. 72) som kan være nyttig i behandlingssamtaler.

Ansatte synes også at det er viktig å legge til rette for lystbetonte aktiviteter da det vil være lettere å motivere pasientene til å delta og på den måten kunne bidra til at fysisk aktivitet blir et integrert og varig behandlingstilbud.

Å skulle tilpasse et gruppetilbud til pasienter når det er sprikende interesser, form og ferdigheter stiller store krav til den som skal lede den fysiske aktiviteten. Derfor er det viktig at den som skal lede gruppetilbud har kunnskap og kompetanse om fysisk aktivitet og pasientgruppen. Ansatte mener også at det er viktig å legge til rette for individuell tilpasning av fysisk aktivitet for hver pasient, som viser at det er nødvendig å kunne se hver enkelt pasient og deres behov. Jo bedre tilpasset den fysiske aktiviteten er til pasienten desto bedre. Dette hevder også Moe (2018, s. 157) som mener at det å ta hensyn til funksjonsnivå, ønsker og interesser vil gjøre tilretteleggingen for fysisk aktivitet enklere.

Videre påpekte ansatte viktigheten av å tilrettelegge for et variert fysisk aktivitetstilbud for å kunne bidra til at flere benytter seg av tilbudet. For å kunne tilby varierte aktiviteter vil det være behov for at flere ansatte deltar i å gjennomføringen av aktivitetene, da få personer ikke nødvendigvis vil kunne dekke opp for en stor bredde aktiviteter.

Ansatte mente også at det var viktig at pasienten fikk beskjed om å ta med nødvendig utstyr før innleggelse slik at de kunne delta i fysisk aktivitet. Dersom pasienten har dette med fra

starten av vil det også være lettere å kunne delta. Dersom pasientene mangler dette vil det kunne oppleves som en barriere.

7.1.4 Kartlegging og informasjon

I klyngen *Kartlegging og informasjon*, dreide innholdet seg også om et pasientfokus samt hvilken posisjon fysisk aktivitet burde ha ved enhetene. I denne klyngen lå også uttalelsen ansatte anså som den mest gjennomførbare med at pasienten bør informeres om bekledning i forhold til aktivitet og årstid.

Ansatte anså det som både viktig og gjennomførbart at fysisk aktivitet burde være et obligatorisk behandlingstilbud for pasientene. Moe hevder at fysisk aktivitet er enklere å gjennomføre dersom det er et obligatorisk tilbud (Moe, 2018, s. 165). Dersom et tilbud er obligatorisk kan det være lettere å oppfatte det som en del av behandlingen på lik linje med andre behandlingstilbud som for eksempel medisiner og samtaler. Og dersom også ansatte står sammen om at dette er obligatorisk og signaliserer dette til pasientene vil det være lettere å gjennomføre enn om det kun er for eksempel ildsjeler som fronter tilbudet.

Andre uttalelser som ansatte anså som viktige og gjennomførbare var at både de som henviser og pasienten selv bør informeres om at fysisk aktivitet er et integrert behandlingstilbud ved enhetene. Dette henger også sammen med uttalelsen om at fysisk aktivitet bør være obligatorisk. Dersom pasienten allerede ved henvisning vet at fysisk aktivitet er obligatorisk vil dette ikke være noen overraskelse ved innleggelse.

Ansatte mente også at det var viktig å kartlegge hvorfor pasienter ikke møter til fysisk aktivitet og gjennomføre en oppfølgingssamtale om fraværet. Dersom ansatte vet hva som ligger til grunn for fraværet vil de ha mulighet for å kunne avdekke ulike former for barrierer eller manglende motivasjon hos pasienten og arbeide med dette slik at pasienten på sikt kan delta.

Et annet punkt som ansatte uttrykte var viktig var at pasienten skulle få informasjon om viktigheten av fysisk aktivitet ved innkomst. Ansatte ønsker at pasienter skal vite om de gode helsefordelene allerede i starten av oppholdet for å kunne nyttiggjøre seg behandlingen på en god måte.

En annen viktig uttalelse var at fysisk aktivitet burde sees opp mot mål i den individuelle behandlingsplanen til pasienten. Ved å se på målene til pasienten opp mot fysisk aktivitet vil

man ha mulighet for å arbeide mer systematisk for å kunne nå disse. Uttalelsen om at man bør evaluere erfaringer og utbytte av fysisk aktivitet for pasienten sammen med vedkommende ble også ansett som både viktig og gjennomførbar. At ansatte har prioritert denne uttalelsen høyt kan komme av at de gjennom en felles evaluering vil ha muligheten til å kunne gjøre justeringer dersom det skulle være behov for dette.

7.1.5 Kompetanse

I denne klyngen dreier de fleste uttalelsene seg om å øke kompetansen til de ansatte, blant annet gjennom kurs, møteserier og praktisk erfaring. Denne klyngen var rangert som nummer 5 når vi ser på viktighet og gjennomførbarhet samlet. Klyngen ble ansett som mindre viktig og mindre gjennomførbar av ansatte og ingen av punktene i denne klyngen var med i Go Zone-kartets grønne sone (det vil si over de viktigste og mest gjennomførbare se Figur 11). Det vil ikke i seg selv si at de ikke er viktige, men at de betraktes som mindre viktige enn klyngene som nevnt over. Når vi ser på Mønsterkartene (Figur 9 og Figur 10), kan vi se at denne klyngen er plassert i den nedre halvdel av kartene.

Det å ha kompetanse når man skal lede fysisk aktivitet, både teoretisk kunnskap og handlingskompetanse, støttes av blant Lederman et al. (2017) som også mener at fysisk aktivitet bør ledes av kvalifisert personale, noe som også kan medføre redusert frafall. Stubbs et al. (2018), hevder også at ansatte med kompetanse kan bidra til at fysisk aktivitetsintervensjoner blir mer effektive, engasjerende og at et mer optimalt intensitetsnivå sikres, slik at behandlingseffekten blir bedre og frafallet lavere. Hvis ansatte skal lede fysisk aktivitet er det viktig å ha tro på egne ferdigheter og vite hvordan dette skal kunne omsettes i praksis (Glowacki et al., 2019). Om ikke vil det kunne oppleves som en barriere (ibid.). Bandura (1986) hevder også at mestringstro er vesentlig for å kunne utføre et oppdrag med et vellykket resultat (Bandura, 1986 sitert i Martinsen, 2018, s. 151). I samlestudien til Glowacki et al. (2019) kom det frem at mangel på kunnskap påvirket atferden til den ansatte. Slike hensyn er viktig å ta da man ikke vil prestere spesielt godt dersom man ikke opplever å mestre dette på en god måte. Det vil også i neste omgang påvirke pasientenes entusiasme og deltakelse. Dersom man har personale som opplever mestring med å planlegge og utføre i tillegg til kompetanse vil det utstråle en annen energi som også vil smitte over på pasientene. Samtidig vil det gi en økt kvalitet på tilbudet dersom den som leder dette har god kunnskap og kompetanse. I følge Glowacki et al. (2019) var det også nevnt at mangel på selvtillit til å fremme fysisk aktivitet ble opplevd som en barriere.

En annen uttalelse i denne klyngen var at ansatte burde få opplæring i at fysisk aktivitet kan være et godt alternativ til medisinbruk. Dersom ansatte har kunnskap om dette vil de også kunne gi råd og anbefalinger om temaet til pasienten.

Dersom man skal kunne oppnå økt deltakelse i fysisk aktivitetstilbudene er det flere komponenter som bør være til stede, som for eksempel at ansatte bør få tid til å arbeide med pasientens motivasjon for fysisk aktivitet. Skal man kunne motivere pasienter til deltakelse vil det avhenge både av at man har en god relasjon, at man har tid til å motivere pasientene og kompetanse i motivasjonsarbeid. Moe (2018) hevder at de som tilrettelegger for fysisk aktivitet bør ha kunnskap om motivasjonsstrategier. Dette støttes også av Lederman et al. (2017) som mener at bruk av atferdsteknikker som motiverende intervju for å undersøke hvor klar en pasient er for endring er en av nøkkelkomponentene i fysisk aktivitetsintervensjoner. Når det gjelder tidsaspektet vil det å benytte tid til å motivere øke kvaliteten på motivasjonen og bidra til at pasienten både blir sett og føler seg tatt på alvor.

I uttalelsene om at det bør være fokus på fysisk aktivitet over lang tid gjennom jevnlig tema på møter med de ansatte og at alle ansatte bør gjennomføre kurs om nytten av fysisk aktivitet, kan det se ut til at et langvarig fokus på temaet fysisk aktivitet og et kollektivt løft der alle ansatte får økt kunnskap om hvilke positive effekter det kan gi, vil være noe som kan bidra til at fysisk aktivitet skal få en tydeligere plass og større aksept blant ansatte.

7.1.6 Undervisning

I klyngen *Undervisning* var temaene knyttet til ansatt- og pasientundervisning i tillegg til hvordan undervisning kan anvendes opp mot pasientbehandling. I resultatdelen kom det frem at undervisning ble ansett som mindre viktig i forhold til de andre klyngene, men forholdsvis lett å gjennomføre ut ifra ansattes gjennomsnittsrangeringer. Dersom vi ser på klyngen undervisning mot de tre yrkeskategoriene var det lederne som hadde den høyeste gjennomsnittsskåren på viktighet, mens behandlerne hadde den laveste gjennomsnittsskåren på dette området. Når det gjaldt gjennomførbarhet hos de tre yrkeskategoriene var det lederne som også her hadde den høyeste gjennomsnittsskåren, mens behandlerne og miljøpersonale hadde en lavere gjennomsnittsskår og ikke skilte seg i særlig grad fra hverandre. Selv om lederne hadde en høy skår i forhold til de andre yrkeskategoriene, lå denne klyngen rangert som nummer 6 av 8 klynger.

Ansatte mente at de burde ha jevnlig undervisning om forskning på fysisk aktivitet og kognitiv terapi samt at ledergruppen bør ha kurs/undervisning om nytten av fysisk aktivitet. Personalundervisning nevnes som et godt virkemiddel i følge Lederman et al. (2017). Glowacki et al. (2019), hevder at dersom ansatte ikke er klar over den positive effekten fysisk aktivitet har på mentale lidelser vil det være en barriere, men dersom de er klar over dette ansees dette som en suksessfaktor (Glowacki et al., 2019).

7.1.7 Rammer og prioritering

I klyngen *Rammer og prioritering* er temaene mer sammensatte. Noe av innholdet dreier seg om hvilken prioritet fysisk aktivitet skal ha, evaluering av fysisk aktivitetstilbudet og hvordan ansatte skal jobbe sammen. Årsaken til at klyngen har så sammensatte uttalelser kan skyldes at den ligger i midten mellom alle de andre klyngene og fungerer som en slags bro mellom klyngene. Denne klyngen er rangert lavere enn flere av de andre klyngene på viktighet og gjennomførbarhet. Allikevel skiller uttalelsen om at fysisk aktivitet stille på lik linje med andre behandlingstilbud, seg fra de andre uttalelsene i klyngen når det gjelder viktighet. Den er skåret til 4,68, mens på gjennomførbarhet er den skåret til 3,79. Den plasseres derfor på Go Zone-kartet i den gule sonen som betyr høy viktighet og lav gjennomførbarhet i forhold til de andre punktene. Fra mønsterkartene kan man se at behandlerne har skåret denne klyngen høyere prioriteringsmessig både på viktighet og gjennomførbarhet, noe som skiller seg fra de to andre yrkeskategoriene.

Jevnlig evaluering av aktivitetstilbudet ble rangert høyt av ansatte. Hvorvidt dette gjøres i dag er uvisst, men å ta utgangspunkt i dagens situasjon og kartlegge hvordan tilbudet fungerer kan gi et utgangspunkt for en fremtidig evaluering. Ifølge Colledge et al. (2018) blir treningsintervensjoner sjelden evaluert når de blir implementert. I minst halvparten av tilfellene i denne studien var trening integrert i behandlingsplanene og ofte var treningen obligatorisk, men effektene var ikke blitt evaluert, derfor var anbefalingen å utvikle evalueringsprogrammer som måler rusrelaterte effekter av trening (ibid.). Dette støttes også av Lederman et al. (2017) som mener at nye programmer bør evalueres og resultater formidles for å øke forståelsen av hva som virker i klinisk praksis (Lederman et al., 2017).

7.1.8 Holdninger og kultur

Klyngen *Holdninger og kultur* inneholdt temaer om ansattes roller og holdninger og var den klyngen som ble ansett som den minst viktige og minst gjennomførbare av de ansatte. Allikevel inneholdt klyngen den nest høyeste rangerte uttalelsen på viktighet som dreide som

om at ansatte burde vise gode holdninger og godt humør til aktiviteten i møte med pasienten. To andre uttalelser som også ble rangert høyere enn de andre i klyngen var at de som leder fysisk aktivitet burde se på det som en konkret arbeidsoppgave og at ansatte burde oppmuntre hverandre til gjennomføring av fysisk aktivitet.

I uttalelsen om at tiden som er satt av til fysisk aktivitet burde respekteres av alle ansatte, kan det se ut til at fysisk aktivitet kan komme i konflikt med andre tilbud. Det kan være at ansattgruppen ikke har fullstendig oversikt over hvilke gjøremål pasienten har og av den grunn planlegger noe annet som for eksempel samtaler, møter etc. På den annen side kan det også være at tilbudet er kjent, men at det ikke respekteres. For å minske risikoen for at fysisk aktivitet blir nedprioritert vil det kunne hjelpe med tydelige planer som er synlig for alle faggrupper, samt å informere eller undervise personalgruppen i nødvendigheten og nytten av fysisk aktivitet som behandling. Lederman et al. (2017) nevner også at det gjennom personalundervisning om effekter av fysisk aktivitet vil være mulig å skape en kulturendring innen psykisk helsearbeid. Å snu en etablert trend slik at det fører til en endring vil kunne ta tid, samtidig som det er nødvendig at det er en viss lojalitet i ansattgruppen til den nye praksisen.

En annen uttalelse i klyngen gikk ut på at alle ansatte burde bidra aktivt til gjennomføring av fysisk aktivitet. Gjennom en aktiv behandlingskultur der ansatte er motivert og deltar sammen med pasientene øker pasientenes trygghet og følelse av å bli sett og anerkjent samtidig som helsen bedres (Moe, 2018). Gode holdninger, motivasjon og engasjement hos personalet stimulerer og påvirker pasientene på en positiv måte (Moe, 2018, s. 157). Samtidig mener Glowacki et al. (2019) at dersom ansatte selv er i dårlig fysisk form vil det være en barriere for å fremme fysisk aktivitet. Det kan da også tenkes at de også vil synes det er en barriere å delta i fysisk aktivitet med pasientene.

7.2 Diskusjon av implementeringsrammeverk

Klyngene er nå blitt diskutert opp mot forskning på feltet, jeg vil nå se nærmere på klyngene opp mot implementeringsteori. For å kunne sikre en god implementering kan det være nyttig å benytte de ansattes perspektiv inn i planleggingen. I tillegg må man nedsette en gruppe ansatte som skal arbeide med å implementere intervensjonene. Implementeringsrammeverket til Fixsen et al. (2005) oppgir 5 elementer. Disse består av (1) kilden, (2) kommunikasjonsforbindelsen, (3) destinasjonen, (4) lojalitet, (5) organisasjonsstruktur og

organisasjonskultur. Nedenfor vil klyngene som var basert på ansattes uttalelser bli sett opp mot rammeverket.

7.2.1 Kilden

Som nevnt i teorikapittelet er *kilden* selve intervensjonen som skal implementeres og består av kjernekomponenter som er hovedinnholdet i den forandringen som skal utføres (Roland, 2016, 14. desember). Basert på ansattes erfaringer og meninger om dette reflekterer klyngene at planer, personalressurser, rom for å tilrettelegge, undervisning og kompetanse bør være en del av intervensjonen som egne komponenter. Ansatte omtalte at faste tider til fysisk aktivitet i felles ukeplan, frigjøring av tid til planlegging og fritak fra andre oppgaver for å sikre god kvalitet på tilbudet, samt en helhetlig plan der fysisk aktivitet har en tydelig plass ble ansett som spesielt viktig. Ser vi på behandlerne som egen yrkeskategori syntes de det viktigste og mest gjennomførbare var at fysisk aktivitet burde gjøres enkelt slik at det var lett å delta.

7.2.2 Destinasjonen

Destinasjonen, som tidligere beskrevet, er stedet der intervensjonen skal implementeres og de ansatte som skal omsette, innføre eller motta kjernekomponentene (Roland, 2016, 14. desember). Utvalget som består av ansatte ved de ulike enhetene representerer destinasjonen for en fremtidig intervensjon og det vil være de som vil oppleve endringene. Ifølge Roland (2017, s. 26) ansees det å involvere de ansatte i en tidlig fase som en av flere suksessfaktorer, og at dette er med på å gi de ansatte eierskap til prosjektet noe som igjen kan redusere faren for framtidige barrierer. Klyngen *Kartlegging og informasjon* ble høyere rangert på viktighet hos ledere enn både miljøpersonale og behandlere. Og klyngen *Ressurser og organisering* ble rangert høyere på viktighet av både miljøpersonale og behandlere enn ledere. Slike forskjeller bør løftes frem når intervensjoner skal utformes. Dette vil kunne skape økt forståelse for hva som prioriteres og forhåpentlig vil det også være større aksept for beslutningene som tas om hva som skal satses på. Når det gjaldt gjennomførbarhet var de største forskjellen mellom miljøpersonale og behandlere i klyngene *Ressurser og organisering* og *Rammer og prioritering*, der miljøpersonale hadde rangert klyngene atskillig lavere enn behandlerne, mens lederne befant seg et sted imellom de to yrkeskategoriene.

Når endringer skal gjennomføres vil det være behov for tilstedeværelse av leder i form av emosjonell støtte og oppmuntring som kan uttrykkes gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon, omsorg, empati og tillit (House, 1981). Dette vil av ansatte oppleves som trygt og vil kunne bidra til at de fortsetter å gjennomføre de nye endringene med lojalitet.

Samtidig er det viktig at ansatte opplever å mestre de nye oppgavene i endringen. Når ansatte opplever mestringstro vil de i økt grad kunne påvirke egen atferd som i neste omgang også påvirker resultatet positivt (Bandura, 1986 sitert i Martinsen, 2018, s. 151).

7.2.3 Kommunikasjonsforbindelsen med implementeringsdrivere

Kommunikasjonsforbindelsen er et av elementene i modellen til Fixsen et al. (2005), og er et uttrykk for implementeringsdrivere som nevnt i teoridelen. Her inngår i følge Fixsen et al. *veiledning, trening og administrativ støtte*. Som beskrevet i teoridelen kan man i følge Blase et al. (2012) inndele implementeringsdrivere i tre grupper *kompetansedrivere, ledelsesdrivere* og *organisasjonsdrivere*. Fixsen et al. sine drivere vil i denne delen av diskusjonen plasseres under Blase et al. sine grupper, der trening og veiledning vil bli plassert under kompetansedrivere og administrativ støtte under ledelsesdrivere.

Kompetansedrivere er, som beskrevet i teoridelen, de prosessene som skal bidra til å kunne implementere intervensjonen og går ut på *utvelgelse av ansatte, trening og veiledning* i følge Blase et al. (2012, s. 22). Ansatte uttalte at det burde være faste gruppeledere som fikk tilpasset turnus og nedfelt oppgavene i sin stillingsinstruks. Derfor vil utvelgelse av ansatte som skal utføre intervensjonen være basert på personer som per i dag har kunnskap om fagfeltet være en kompetansedriver. Disse ressurspersonene vil være sentrale når intervensjoner skal utføres. Dette støttes også av Roland (2017) som hevder at det vil være behov for å rekruttere ansatte med erfaring innen fagfeltet og gjerne med akademisk bakgrunn som er motivert for oppgaven og eventuelt har erfaringer med intervensjoner. I klyngen *Undervisning* kom det frem at ansatte anså pasientundervisning som viktig. For å kunne tilby pasientundervisning vil personale ha behov for personalundervisning som også inngikk i uttalelsene. Undervisning vil dermed kunne inngå som en kompetansedriver der ansatte får tilegnet seg kunnskap og deretter få trene på å utforme og fremføre undervisning for pasientene. I følge Fixsen et al. (2005) er trening på å oppnå nye ferdigheter viktig for å få til en endring. I klyngen *Kompetanse* fremgikk det at ansatte anså kompetanseheving som viktig og at dette derfor burde inngå som del av en kompetansedriver. Spesielt gjaldt dette at alle ansatte burde få opplæring i at fysisk aktivitet var et godt alternativ til medisinbruk som var høyt rangert av ansatte. Når ansatte etterhvert skal trene på nye ferdigheter vil de ha behov for råd og veiledning for at endring skal skje (Fixsen et al., 2005; Roland, 2017, s. 33).

Ledelsesdrivere er som tidligere beskrevet de strategier ledelsen benytter for å oppnå gode avgjørelser, samt utføre nødvendig tilrettelegging i organisasjonen (Roland, 2017, s. 34). For

at alle skal kunne arbeide med et fast opplegg og at tiden til fysisk aktivitet skal respekteres forutsettes det at beslutninger om dette blir tatt. I følge Fixsen et al. (2005) er det ledelsen som skal sørge for dette og samtidig fungerer som støttespiller gjennom hele prosessen slik at ansatte kan arbeide med å utføre fysisk aktivitet i tråd med intervensjonen (Fixsen et al., 2005). Av ledelsesdrivere anså ansatte det som viktig med tilpasning i form av tid til å utforme tydelige planer og midler til innkjøp og gjennomføring av aktiviteter. Ansatte mente at fysisk aktivitet burde få en større prioritet og en tydeligere plass i enhetene. I form av beslutningsstøtte fra leder vil avgjørelser kunne tas og fungere som en ledelsesdriver i prosessen.

Organisasjonsdrivere er som nevnt tidligere «faktorer som skaper og opprettholder strukturer i organisasjonen som støtter og fremmer evnen til å gjennomføre intervensjoner» (Roland, 2017, s. 34). I ansattes uttalelser kom det frem at det burde være fast personale som stod for den fysiske aktiviteten ved enhetene, der fast personale kan være en organisasjonsdriver.

Noe annet kan være de faste planene som ligger til grunn for enhetene som for eksempel turnusplan. I denne er det fastlagt hvem som er på vakt når og eventuell tilpasning i turnusplanen vil kunne sikre at gruppeledere er på arbeid når fysisk aktivitet står på programmet slik det kom frem i den ene uttalelsen fra ansatte. Dermed kan også planer kunne fungere som en organisasjonsdrivere.

Organisasjonsstruktur og organisasjonskultur kan også være organisasjonsdrivere og er samtidig elementer i modellen til Fixsen et al. (2005). Der organisasjonsstruktur og handler om hvordan organisasjonen er bygget opp og organisasjonskultur sikter mer til kulturen på enhetene. Ved et sykehus er ingen dager like. Ansatte går i turnus, har ferier og permisjoner, og noen blir i perioder sykemeldte hvor ekstravakter leies inn. Derfor vil det aldri være en total stabilitet i hverdagen. Dette setter også større krav til å skulle innføre endringer, da man aldri vil kunne nå alle i informasjonsmøter. Erfaringsmessig er det heller ikke alle som leser e-post. Dermed vil det å kunne samarbeide tett med ressurspersoner og leder være avgjørende i en implementeringsprosess når intervensjoner skal innføres. I tillegg vil hovedvekten av ansatte være opptatt med pasientbehandling og dermed vil det å skulle innføre endringer avhenge av en god planlegging, med tilrettelegging slik at ansatte har tid til å lære, forstå og trene på endringene. Erfaringsmessig vil det man planlegger ha større mulighet for å bli gjennomført derfor anser trolig ansatte planer som svært viktig. Organisering av arbeidshverdagen, hvem som er på vakt når og hvilket program som skal utføres er nedfelt i

planer ved enhetene, noe som er viktig for å få dagen til å gå opp. Derfor er trolig klyngen *Struktur og planlegging* rangert såpass høyt av ansatte. Som ansatte må man også være forberedt på at det kan bli endringer i de oppsatte planene på grunn av akutte hendelser ved enheten. Da kan ansatte bli overført til andre gjøremål som har høyere prioritet.

Ved sykehuset vil det også være ulike holdninger og erfaringer til bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode. Hvilken kultur som er rådende kan påvirke prosessen den ene eller andre veien. I klyngen *Holdninger og kultur* var et av temaene at ulike profesjoner også burde delta i fysisk aktivitet uavhengig av form. Dette kan sitte langt inne hos enkelte ansatte og dette ble også rangert lavt på gjennomførbarhet. Det kan bety at det sannsynligvis vil ta lang tid å få til dersom man skal ha en intervensjon som omhandler dette.

7.2.4 Lojalitet

Lojalitet som også er et av elementene i modellen til Fixsen et al. (2005) handler om i hvilken grad ansatte er lojale mot kjernekomponentene og de ulike implementeringsdriverne (Roland, 2016, 14. desember). Lojalitet er sentralt da en intervensjon ikke vil bli tatt i bruk dersom ansatte ikke finner den viktig eller gjennomførbar. Derfor er det en god start å ta hensyn til hva ansatte tenker og denne studien kan bidra til å øke ansattes lojalitet så sant man klarer å benytte informasjonen i den videre planleggingen. Det vil også være viktig å følge opp ansatte i prosessen og ha løpende dialog, som igjen vil kunne øke muligheten for at fysisk aktivitet skal bli et integrert og varig behandlingstilbud.

7.3 Styrker og svakheter ved studien

Concept mapping blander kvalitativ og kvantitativ metode på en utfyllende måte som benyttes under flere av stadiene i prosessen (Rosas & Kane, 2012). Den kvalitative delen bestod av brainstormingen, mens den kvantitative delen bestod av sortering og rangering av uttalelsene.

I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere validitet og reliabilitet i Concept mapping i forhold til både den kvalitative og kvantitative delen. Til slutt vil jeg diskutere objektivitet og forforståelse.

Innen kvantitativ forskning benyttes ofte begrepene validitet, intern validitet, ekstern validitet, reliabilitet og objektivitet, mens dette kan innen kvalitativ forskning forstås som gyldighet, troverdighet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftbarhet (Fangen, 2011; Kvale & Brinkmann, 2015).

7.3.1 Validitet

Validitet eller gyldighet sier noe om i hvilken grad studien har målt det den hadde til hensikt å måle (Laake et al., 2007, s. 63). Det vil si om resultatene stod i forhold til problemstillingen i studien og at en kan trekke gyldige slutninger (Dahlum, 2018, 20. februar). Det er også vanlig å skille mellom intern og ekstern validitet. Validitet defineres noe forskjellig for kvalitative og kvantitative metoder.

7.3.2 Intern validitet kvalitativ metode (troverdighet)

For kvalitative metoder kan intern validitet forstås som troverdighet og kan i følge Guba og Lincoln (1998) defineres som «en vurdering av om forskningen utføres på en tillitvekkende måte» (referert i Fangen, 2011, s. 237).

Verktøyet Concept mapping kom med beskrivelse på hvordan den kvalitative delen, brainstormingen, skulle foregå slik at prosessen og dataene skulle bli hensiktsmessig.

Beskrivelsen ble fulgt under gjennomføringen og blir også omtalt i kapittel 7.3.9.

Brainstormingen la opp til at alle deltakerne skulle få komme med et utsagn hver og vi gikk systematiske runder rundt bordet der alle fikk lagt frem sine tanker og idéer, noe som bør ha resultert i at alle kom til orde uavhengig av bakgrunn. Antall runder rundt bordet der de kunne uttrykke seg ble gjort inntil det ikke var noen flere tanker eller idéer igjen. I tillegg var deltakelsen fulltallig under begge brainstormingsprosessene, noe som ga et bredt grunnlag å bygge den videre prosessen på. Totalt fra de to brainstormingsrundene deltok 12 miljøpersonale, 3 behandlere og 5 ledere, noe som til en viss grad reflekterte det totale antall ansatte i de forskjellige yrkesgruppene.

Under brainstormingen fikk begge gruppene uttrykt alle sine uttalelser og det var ingen som vi fikk kjennskap til som ikke fikk sagt det de hadde nedtegnet. Allikevel kan det være at dersom undersøkelsen var gjennomført på et annet tidspunkt kunne andre temaer kommet opp da deltakerne ofte formidler det de opplever der og da samt det de har med seg av erfaringer fra fagfeltet. Sannsynligvis ville det også vært noen av de samme temaene som kom opp da ansatte arbeider tett på hverandre, står i mange av de samme utfordringene og at endringer ved sykehusenheter ofte tar lang tid.

Under brainstormingen var ledere, behandlere og miljøpersonale i samme gruppe. Dette kan ha medført at deltakere lot være å komme med uttalelser når leder var til stede. Et alternativ kunne vært å utføre brainstormingsprosessen med de tre yrkeskategoriene separat, men på

grunn av at det er få ledere og behandlere ville det ikke vært mulig å fylle kravet til minimum 10 personer. Gruppene ble også opplyst om at dersom de hadde uttalelser som de ikke ønsket å fremme i plenum kunne dette gjøres i etterkant på mail til meg. I begge gruppene kom det frem en stor bredde av uttalelser og inntrykket var at de ikke lot seg hemme av leders tilstedeværelse. Dette står også i samsvar med observasjoner i en annen CM-studie (Ruud, 2015).

7.3.3 Intern validitet kvantitativ metode

For kvantitative metoder er intern validitet hvorvidt resultatene fra studien er gyldige for den gruppen utvalget er trukket fra (Laake et al., 2007, s. 41). Det vil si om resultatene er gyldige for alle ansatte ved de 4 enhetene. Rosas og Kane (2012) mener at intern validitet for Concept mapping skal forstås som hvorvidt sluttresultatet (kartene) representerer deltagernes sortering og rangeringer på en god måte. I denne studien var antall deltakere i sorteringen på 19 personer. I samlestudien til Rosas og Kane (2012) fant de at antall personer som hadde sortert lå på mellom 6 – 90 personer, med et gjennomsnitt på 24,62. Metoden anbefaler at minst 10 deltar i sorteringen, og i denne studien deltok 19 som var innenfor de kvalitetsmessige kravene (Jackson & Trochim, 2002, s. 314).

Plasseringen av punktene på kartet vil aldri bli en eksakt representasjon av likhetsmatrisen. Stressverdien sier noe om hvor godt samsvar det er mellom punktkartet og likhetsmatrisen. En lav stressverdi indikerer at det er godt samsvar, mens en høy stressverdi indikerer at det er dårligere samsvar. Verdien «0» oppgis som perfekt samsvar, mens verdien «1» oppgis som dårlig samsvar (Lebel et al., 2011). Stressverdien som ble beregnet i dette studiet var på 0,2981. En meta-analyse som undersøkte CM-prosjekter anslo en gjennomsnittlig stressverdi på 0,285 med 0,04 i standardavvik (William M. K. Trochim, 1993). Det vil si at med et 95% konfidensintervall vil stressverdien variere fra 0,205 – 0,365 (Kane & Trochim, 2007a, s. 15). Antall deltakere i denne studien var på høyde med studier fra samlestudien til Rosas og Kane (2012) når det gjelder antall som sorterte. Av de 19 deltakerne i sorteringsdelen var 11 miljøpersonale, 2 behandlere og 3 ledere, noe som kan ha medført at fremstilling av klynger og valg av klyngeavn representerer miljøpersonale i større grad. På den annen side reflekterer deltakersammensetningen det totale antall ansatte i de forskjellige yrkeskategoriene.

Under rangeringsdelen fikk ikke ansatte beskjed om å benytte hele skalaen ved registrering. Samtidig vil mange synes det er vanskelig å rangere noe som uviktig når det i utgangspunktet handler om et tema de synes er viktig. Det medførte at de kun benyttet øvre del av skalaen slik at gjennomsnittskårene ble høye hos alle yrkeskategoriene og derfor blir det små nyanser i dataene. Rangering ble gjennomgått og sjekket etter kriterier nevnt i metoddelen. I rangeringsdelen deltok 38 personer i rangering av viktighet (R1) og 33 personer i rangering av gjennomførbarhet (R2). Sammenlignet med samlestudien som nevnt over var det gjennomsnittlige antall deltakere på 81,77 ved R1 og på 65,82 ved R2. Ifølge Rosas og Kane (2012) er det vanlig at R2 er lavere enn R1 da deltakerne ofte er slitne etter R1. Ifølge Rosas og Kane (2012) er antall deltakere i denne studien en god del lavere når det gjelder antall som rangerte. I rangering av viktighet deltok 26 miljøpersonale, 6 behandlere og 6 ledere, mens i rangering av gjennomførbarhet deltok 22 miljøpersonale, 6 behandlere og 5 ledere. Siden det også her var overvekt av miljøpersonale vil dette kunne påvirke resultatene der deres rangering tillegges mest vekt. Samtidig ville det vært vanskelig å balansere forholdet da dette gjenspeiler den faktiske størrelsen på yrkeskategoriene i praksis. Antall inviterte til sortering og rangering samlet var på 142 ansatte, hvorav 49 deltok. Dette representerer som tidligere beskrevet en svarprosent på 34,5. Her kan man ikke vite om det er forskjeller på de som har svart og ikke svart og dermed vil det være vanskelig å si noe om det er representativt for alle ansatte ved enhetene.

Erfaringer fra denne studien var at deltakelsen økte når oppgaven ble delt ut på papir. Dette står i motsetning til erfaringer fra en samlestudie utført om Concept Mapping (Rosas & Kane, 2012). Dette kan delvis skyldes at de synes dataprogrammet var vanskelig og oppgaven omfattende. En rekke deltakere registrerte seg i datasystemet, men endte opp med å ikke utføre noen av oppgavene. Det kan tyde på at det å sette seg inn i nye ting, når man har mange andre gjøremål i hodet kan ha opplevdes som en barriere. I tillegg var de nødt for å notere ned brukernavn og passord, noe som kan ha medført at enkelte glemte dette og ga opp. Det å ikke kunne sitte sammenhengende og registrere kan også ha medført at noen besvarelser kun ble delvis registrert. I tillegg kan det å stadig bli avbrutt, ført til manglende gjennomføring. Tilgangen til PC er begrenset da det er mange som må dele på den samme, det var da også vanskelig å blokkere en PC i påvente av å kunne komme tilbake og fortsette registreringen. Enkelte kan også ha vegret seg for å delta da de ikke opplever at de har så store datakunnskaper. Ved å omgjøre det hele til papirversjon og samtidig ha ledere som oppmuntret til deltakelse, samt at jeg fikk presentert dette for ansatte på et personalmøte,

medførte økt oppslutning. Ved personlig fremmøte der jeg viste frem arkene og hva de skulle gjøre virket som ansatte forstod at det ikke var vanskelig og at barrierene for å delta minsket.

7.3.4 Ekstern validitet kvalitativ metode (overførbarhet)

Ekstern validitet i kvalitativ metode omtales som overførbarhet ifølge Fangen (2011), og handler om i hvilken grad tolkninger av observasjoner kan overføres til andre tilsvarende sammenhenger (s. 255). I kvalitative studier er ikke overførbarhet et mål i seg selv da dette i større grad handler om å beskrive en mening i den settingen der undersøkelsen ble utført (i følge Thangaard, 1998, referert i Fangen, 2011, s. 255). I denne studien vil det si om de produserte uttalelsene er overførbare til å gjelde andre lignende enheter, men siden det er det totale resultatet, det vil si kartene og tolkningen av disse som er vesentlige i denne sammenheng blir ikke dette punktet ytterligere diskutert.

7.3.5 Ekstern validitet kvantitativ metode (generalisering)

Ekstern validitet er hvorvidt resultatene er generaliserbare utover gruppen utvalget er trukket fra (Laake et al., 2007, s. 41). For den kvantitative delen handler det mer om hvorvidt sorteringen og rangeringen er generaliserbare utover enhetene de er produsert ved. Resultatene fra sorteringen gjenspeiler noen av funnene fra forskningen når det gjelder tema, og av den grunn kan de derfor tenkes å være generaliserbare også ved andre psykiatriske enheter. Når det gjelder rangeringen vil det mer komme an på yrkesbakgrunn, lengde på erfaring, kultur for fysisk aktivitet ved enhetene med mer, dermed vil dette være noe mer usikkert om det vil kunne generaliseres til andre enheter innen rus- og avhengighet eller psykiatriske enheter.

7.3.6 Reliabilitet

Reliabilitet vil si pålitelighet og sikter til i hvilken grad man kan stole på de data som studien frembringer. Dette innebærer hvor nøyaktige dataene er, hvilke data som benyttes og hvordan data har blitt innsamlet og bearbeidet (A. Johannessen et al., 2016).

7.3.7 Reliabilitet kvalitativ metode (pålitelighet)

For kvalitative metoder er synet på reliabilitet sammensatt, men Lincoln & Guba (1985) referert i Golafshani (2003) mener at reliabilitet for kvalitative metoder kan forstås som pålitelighet, noe som blant annet innebærer at metoden som er valgt passer til problemstillingen og at metoden er sporbar og veldokumentert. I forkant av brainstormingsprosessene hadde fokusspørsmålet blitt kvalitetssikret av ansatte gjennom

pilot-testing i to omganger for å sjekke at spørsmålet var forståelig og at det ville produsere svar som kunne besvare problemstillingen på en god måte. Ansatte ble håndplukket av sine ledere til deltakelse i de to brainstormingsprosessene ut fra kriteriet om at de skulle ha ulik motivasjon og erfaring med bruk av fysisk aktivitet til pasientgruppen. Dette sikret at ulike synspunkter ble belyst, noe som gjenspeilet seg i de produserte uttalelsene. Antall deltakere i denne delen stod også i forhold til oppsatte kvalitetskrav. Samtidig var alle yrkeskategorier representert under de to brainstormingsrundene, noe som ga et større helhetsperspektiv. De to brainstormingsprosessene ble forsøkt gjennomført så likt som mulig, og uttalelsene som kom fram ble fortløpende registrert på en PC og vist direkte på en prosjektor. Dermed kunne alle deltagerne ha oversikt over registrerte uttalelser, og de ble oppfordret til å korrigere uttalelsene fortløpende dersom de var feilaktig registrert.

7.3.8 Reliabilitet kvantitativ metode

For kvantitative metoder omtales reliabilitet som presisjon, og i hvor stor grad gjentatte målinger gir samme resultat (Laake et al., 2007, s. 41). Ifølge Rosas og Kane (2012) brukes Cronbach's alpha-koeffisient og andre statistiske verdier for å estimere reliabiliteten til rangeringene som inngår i samleanalysen. CS Global Max™ regner ikke ut noen av disse, og det har derfor ikke blitt gjort for denne studien. Av de fem forskjellige reliabilitetsestimatene for sortering nevnt i Rosas og Kane (2012) regner CS Global Max™ kun ut stressverdien. For denne studien ble stressverdien beregnet til 0,2981, noe som ifølge Sturrock & Rocha (2000) er en akseptabel verdi da den er under 0,38. I samleanalysen til Rosas og Kane (2012) var gjennomsnittlig stressverdi 0,28 med et standardavvik på 0,04, så reliabiliteten til sorteringen i denne studien er på linje med andre studier som benytter Concept mapping. For Concept mapping mener Rosas og Kane (2012) at reliabilitet består av tre elementer der det ene, konsistens i uttalelser, kan vurderes ut fra de to andre; reliabiliteten til rangeringene og sorteringene. CS Global Max™ regner kun ut en statistisk reliabilitetsverdi for sorteringene, så vi har ikke grunnlag for å si noe om den samlede reliabiliteten.

7.3.9 Objektivitet (bekreftbarhet) og forforståelse

I den kvalitative delen av datainnsamlingen, brainstormingen, kan man legge ulike kriterier til grunn. Et av disse kriteriene er objektivitet som ofte forstås som hvorvidt kunnskapen man samler inn er kontrollert og etterprøvd og i liten grad påvirket av egne fordommer og holdninger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 273). I studiens brainstormingsprosess valgte vi at veileder fra Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) ledet denne og jeg

fungerte som «sekretær» med å nedtegne de innkomne uttalelsene på PC. Bakgrunnen for dette var at veileder ikke kjente til enhetenes fagfelt eller de ansatte fra tidligere og dermed kunne fremstå som mer objektiv i rollen, til tross for at også hun hadde sin egen forforståelse. Da kunne også elementer som ikke var selvsagt utenom enhetenes fagmiljø bli fanget opp og bli uttrykt tydeligere. Det er viktig å være bevisst på dette og reflektere over hva man som forsker tar med seg under en kunnskapsproduksjon. Dette er ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 273) den refleksive objektivitet. Forforståelse vil si hva man som forsker har med seg av kunnskap, oppfatninger og erfaringer som kan påvirke hvordan observasjoner tolkes og tillegges vekt (A. Johannessen et al., 2016). Med min bakgrunn som klinisk spesialsykepleier kunne jeg risikere å fremstå som mer subjektiv i rollen da jeg ville ha en bakgrunnsforståelse for de ansattes erfaringer. I tillegg har jeg med meg erfaring med bruk av fysisk aktivitet i arbeid med psykiatriske pasienter og samarbeid med flere yrkesgrupper som også ligger til grunn for min forforståelse. Dette kan ha vært med på å påvirke valg av tema samt vinkling og tolkning av resultater.

7.3.10 Øvrige funn

Generelt er alle klyngene rangert høyt fordi deltakerne har benyttet øvre del av skalaen. Dette viser at deltakerne opplevde alt som både viktig og gjennomførbart. Derfor må klyngene forstås i forhold til hverandre som små nyanser. 26 av 64 uttalelser ble plassert i Go-Zone-kartets grønne firkant og ansees av ansatte som mest viktig og gjennomførbart. 6 av uttalelsene lå i klyngen *Struktur og planlegging*.

8 Konklusjon

Studien har hatt som formål å kartlegge ansattes suksessfaktorer og barrierer for at fysisk aktivitet skal bli en integrert og varig del av behandlingstilbudet i døgnenheter for rus- og avhengighetsbehandling.

Personer med rus- og psykiske lidelser har sammensatte problemer og sammenlignet med befolkningen forøvrig har de økt sykkelighet som følge av livsstil og høyere dødelighet på grunn av somatiske sykdommer. Fysisk aktivitet kan benyttes for å fremme helse og på sikt kunne bidra til å redusere sykkelighet og minske gapet i levealder. I enheter for rus- og avhengighetsbehandling har ansatte en sentral rolle når det gjelder å tilrettelegge for å utføre fysisk aktivitet med pasientene. For å undersøke deres meninger om suksessfaktorer og barriere ble metoden Concept mapping benyttet. Datainnsamling ble foretatt i to faser. Først

ble brainstorming gjennomført der deltakerne produserte uttalelser, og deretter sorterte og rangerte deltakerne uttalelsene. I analysefasen ble kart fremstilt på bakgrunn av uttalelsene, sorteringene og rangeringene til deltakerne. 8 klynger ble valgt som representerte temaene fra sorteringene på en god måte. Klyngenavn ble valgt ut ifra forslagene til deltakerne fra sorteringen, men justert for å representere innholdet i dem på best mulig måte. Resultatene viste hvordan klyngene ble plassert i forhold til hverandre, hvilke klynger deltakerne opplevde som viktige og gjennomførbare, hvordan de ulike yrkeskategoriene skilte seg fra hverandre under rangeringen av klynger og hvilke uttalelser som ble ansett for de viktigste og mest gjennomførbare. Resultatene ble diskutert opp mot implementeringsteori og empiri og styrker og svakheter ved studien ble presentert.

8.1 Hovedfunn

Funn fra studien viste at ansatte anså alle de 8 klyngene som både viktige og gjennomførbare. *Struktur og planlegging* var ansett som det viktigste og mest gjennomførbare området. Det var spesielt planer der fysisk aktivitet har en tydelig plass som ble vektlagt. Og ved frigjøring av tid til planlegging og nedtegning av planer til bruk for enheten og pasienten i et kortids- og langtidsperspektiv vil fysisk aktivitetstilbudet kunne få en enda tydeligere plass. Et annet viktig og gjennomførbart område var *Ressurser og organisering*, der ansatte mente det burde være kvalifisert personale som hadde ansvaret for planlegging og gjennomføring av fysisk aktivitetstilbudet og at det ble avsatt ressurser i form av tid, slik at ansvarspersonene kunne arbeide systematisk og målrettet for å nå den enkelte pasient sitt aktivitetsmål. Dette vil også kunne redusere faren for at pasienter dropper ut fra fysisk aktivitet. Samtidig vil ressurser kunne sikre at nødvendig utstyr og gjennomføring av aktiviteter blir realisert. Videre anså ansatte at *Tilrettelegging* for tidlig introduksjon av fysisk aktivitet var sentralt. Blant annet kan fysisk aktivitet gi økt konsentrasjon som vil være gunstig under samtaleterapi. Samtidig var det vektlagt at tilbudet bestod av lette og lystbetonte aktiviteter som ville kunne medføre økt deltakelse fra pasientene. *Kartlegging og informasjon* var også et vesentlig område, der det blant annet ble tatt opp at både henviser og pasienten skulle være klar over at fysisk aktivitet var et integrert behandlingstilbud ved enheten. Ansatte mente også at fysisk aktivitet burde være et obligatorisk behandlingstilbud, noe som kan påvirke pasientenes holdninger til deltakelse. Det var denne klyngen som sprikte mest mellom yrkeskategoriene i form av gjennomsnittlig rangering av viktighet. Et annet område var *Kompetanse* med kompetanseøkning i form av kurs, opplæring, møter og praktisk kompetanse. Økt kompetanse vil kunne bidra til en høyere kvalitet på tilbudet, større effekt av fysisk aktivitet og redusert

fravall for pasientene. Dersom den som ledet fysisk aktivitet også hadde tro på egne ferdigheter i form av mestringstro ville det kunne bidra til et mer vellykket resultat og økt deltakelse. I klyngen *Undervisning* var temaene knyttet til ansatt- og pasientundervisning. Denne klyngen ble ansett som mer gjennomførbar enn viktig, noe som kan tyde på at det er andre områder som bør prioriteres før dette. I klyngen *Rammer og prioritering* ble det fremhevet viktigheten at tiden til fysisk aktivitet ble respektert på linje med andre tilbud og at det fysiske aktivitetstilbudet skulle evalueres jevnlig for å kunne se hva som hadde effekt i praksis. Dette var også klyngen som sprikte mest mellom yrkeskategoriene når det gjaldt gjennomsnittlig rangeringsverdi av gjennomførbarhet, der ledere anså dette som lettere å gjennomføre enn behandlere og miljøpersonale. Til slutt kom klyngen *Holdninger og kultur* som handlet om ansattes rolle og holdning til fysisk aktivitet og støtte fra kollegaer var essensielt i gjennomføring var områder som skilte seg ut i klyngen som mer viktig. Dette var også sentrale tema som kom frem i Go Zone-kartets grønne sone. Øvrige uttalelser i klyngen ble rangert lavt noe som bidro til at klyngen ble ansett som den minst viktige og minst gjennomførbare. Gjennom god planlegging (som nevnt under den høyest rangerte klyngen) kan man unngå at fysisk aktivitet kolliderer med andre tilbud og av den grunn kan tiden bli enklere å respektere for alle yrkeskategoriene, noe som også ble ansett som viktig av ansatte.

Den største korrelasjonen ble sett mellom behandlere og miljøpersonale når det gjelder gjennomsnittlig rangeringsverdi av viktighet i klyngen *Kompetanse*. Det vil da si at samvariasjonen er god når det gjelder viktighet, men ikke når det gjelder gjennomførbarhet. Det mest overraskende funnet var den lave korrelasjonen mellom behandlere og miljøpersonale når det var snakk om gjennomførbarhet. De to områdene som skilte seg mest ut mellom yrkeskategoriene var *Rammer og prioritering* og *Ressurser og organisering*.

8.2 Oppsummering av teoridiskusjon

Sett i lys av implementeringsteorien kan funnene benyttes i den videre planleggingen med utforming av intervensjoner. På tvers av yrkeskategoriene var temaer som ble oppfattet som spesielt viktig og som kan benyttes som egne komponenter at fysisk aktivitet blir prioritert gjennom faste tider i nedfelte planer og at personale får frigitt til å planlegge samt at de blir fritatt fra andre oppgaver. Hos yrkeskategoriene er det forskjeller i hvordan de har prioritert klyngene. Slike forskjeller bør løftes frem for å øke forståelsen og samtidig aksepten for de beslutninger som fattes. Når fysisk aktivitetsintervensjoner er blitt utformet og disse skal omsettes ved enhetene vil dette kunne medføre endringer hos de ansatte. Da vil de kunne ha

behov for emosjonell støtte og oppmuntring gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon fra omgivelsene i form av omsorg og tillit. Samtidig er det viktig at ansatte som skal utøve endringer opplever at de har de evnene som skal til og har tro på at de skal mestre de nye oppgavene for at resultatet skal bli vellykket.

Av implementeringsdrivere ble utvelgelse av kompetente ansatte til å planlegge og utføre fysisk aktivitet, personalundervisning og kompetanseheving kunne være aktuelle kompetansedrivere vektlagt. Tid til utforming av tydelige planer, midler til innkjøp og gjennomføring av aktiviteter samt beslutningsstøtte fra leder kunne være aktuelle ledelsesdrivere. Tydelige planer og god struktur på fysisk aktivitetstilbudet vil kunne fungere som organisasjonsdrivere. Organisasjonsstrukturen gjør at det vil bli viktig å samarbeide tett med ressurspersoner og ledere. Dette fordi arbeidshverdagen på et sykehus er svært skiftende ut ifra hvem som er på arbeid og hva som skjer under pasientbehandling og dermed må opplæring og informasjon planlegges godt. Organisasjonskultur vil preges av ansattes holdninger til bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode. Når ansatte anså det som lite viktig og lite gjennomførbart at alle profesjoner burde delta i fysisk aktivitet med pasientene kan det være et signal om at kompetent og motivert personale burde benyttes. Dersom ansattes meninger blir tatt i betraktning når intervensjoner blir utformet vil ansattes lojalitet være høyere og sannsynligheten for en vellykket implementering vil kunne øke.

8.3 Implikasjoner for praksis

Ifølge Roland (2017) ansees det å involvere ansatte i en tidlig fase som en suksessfaktor. I denne studien kom ansatte med egne meninger om hva som skal til for på sikt å kunne få til et integrert og varig tilbud til pasientgruppen. De som deltok hadde ulik faglig bakgrunn og ulik erfaring med fysisk aktivitet som behandling, noe som ga en god bredde og variasjon i datamaterialet, og også medførte fokus på områder som kanskje ellers ikke ville blitt belyst. Resultatene fra studien kan brukes som grunnlag for å utforme og skreddersy fremtidige intervensjoner til enhetene, noe som kan øke sannsynligheten for en vellykket implementering.

8.4 Styrker og begrensninger i studien

Noen av styrkene i studien var at alle yrkeskategorier var representert under brainstormingsprosessen. Deltakerne kunne korrigere uttalelsene underveis og alle fikk

komme med sine bidrag til uttalelser. Studien fulgte den strukturerte metoden til Concept mapping. Under sorterings- og rangeringsdelen var også alle yrkeskategorier representert.

Selv om dette er en liten studie fra 4 enheter innen rus- og avhengighetsbehandling, som kan ansees som en svakhet, var alle yrkeskategorier representert og resultatene kan dermed ha overføringsverdi til andre tilsvarende enheter. Med en svarprosent på 34,5 ville et større antall deltakere kunne styrket studien ytterligere. Mer forskning på området vil kunne stryke funnenes gyldighet.

Siden implementering kan være både utfordrende og tidkrevende vil det å ha innsikt og kunnskap om prosessen og tilhørende elementer kunne bidra til en bedre og raskere gjennomføring. Studien har satt søkelyset på et område som tidligere ikke har blitt så godt belyst innen helseforskningen, og for fremtidig forskning anbefales det derfor å undersøke *hvordan* fysisk aktivitetsintervensjoner bør implementeres.

Funn fra studien legger grunnlag for å utforme fremtidige intervensjoner i en implementeringsprosess som sammen med ansatte, ressurspersoner og ledere kan bidra til at fysisk aktivitet blir et integrert og varig behandlingstilbud som er individuelt tilpasset, forutsigbart, planlagt og kvalitetsmessig godt for pasienter med rus- og avhengighetslidelser.

Om man på sikt lykkes med å få et integrert og varig behandlingstilbud til pasienter med rus- og avhengighetslidelser vil man kunne oppnå lavere risiko for utvikling av somatiske lidelser, en lavere sykelighet og forhåpentlig legge grunnlag for en økning i levealder. Hvis pasienter også får tilbud om hjelp til endring av livsstil som for eksempel sunnere kosthold og røykeslutt vil dette samlet kunne gi en enda større helsegevinst med økt livskvalitet, noe som er gunstig sett i et folkehelseperspektiv.

Litteraturliste

Litteraturliste

- Aglen, B. S., Olufsen, V., & Espnes, G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. Retrieved from <https://sykepleien.no/forskning/2018/05/helsefremming-og-sykdomsforebygging-er-ikke-sider-av-samme-sak>
- Andreassen, O. A., Djurovic, S., Thompson, W. K., Schork, A. J., Kendler, K. S., O'Donovan, M. C., . . . Dale, A. M. (2013). Improved detection of common variants associated with schizophrenia by leveraging pleiotropy with cardiovascular-disease risk factors. *Am J Hum Genet*, *92*(2), 197-209. doi:10.1016/j.ajhg.2013.01.001
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *16*(4), 11–23. doi:<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Bakken, K., Landheim, A. S., & Vaglum, P. (2005). Substance-dependent patients with and without social anxiety disorder: Occurrence and clinical differences. A study of a consecutive sample of alcohol-dependent and poly-substance-dependent patients treated in two counties in Norway. *Drug and Alcohol Dependence*, *80*, 321–328.
- Blase, K. A., Dyke, M. V., Fixsen, D. L., & Bailey, F. W. (2012). Implementation Science. Key Concepts, themes, and evidence for practitioners in educational psychology. In B. Kelly & D. F. Perkins (Eds.), *Handbook of Implementation Science for Psychology in Education*. N.Y.: Cambridge University press. N.Y.
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev*, *33*(8), 1010-1024. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Burke, J. G., O'Campo, P., Peak, G. L., Gielen, A. C., McDonnell, K. A., & Trochim, W. M. K. (2005). An introduction to concept mapping as a participatory public health research method. *Qual Health Res*, *15*(10), 1392-1410. doi:10.1177/1049732305278876
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, *100*(2), 126-131. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3920711>
- Colledge, F., Brand, S., Pühse, U., Holsboer-Trachsler, E., & Gerber, M. (2018). In inpatient substance use disorder treatment in Switzerland, exercise programs are implemented but not evaluated – A missed opportunity for improving treatment. *Mental Health and Physical Activity*, *2018*(15), 7-10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.05.001>
- Concept Systems Inc. (2017). The Concept System® Global Max™ Software Guide. In (pp. 155). New York: Concept Systems Incorporated.
- Dahlum, S. (2018, 20. februar). Validitet. In *Store norske leksikon*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- DALYs, G. B. D., & Collaborators, H. (2016). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, *388*(10053), 1603-1658. doi:10.1016/S0140-6736(16)31460-X
- Deane, F. P., Wootton, D. J., Hsu, C. I., & Kelly, P. J. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *J Stud Alcohol Drugs*, *73*(2), 216-225. doi:10.15288/jsad.2012.73.216

- Departementene. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Oslo: Departementene Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Poduska, J. M., Hoagwood, K., Buckley, J. A., Olin, S., . . . Ialongo, N. S. (2008). Maximizing the Implementation Quality of Evidence-Based Preventive Interventions in Schools: A Conceptual Framework. *Adv Sch Ment Health Promot*, 1(3), 6-28. doi:10.1080/1754730x.2008.9715730
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser*. (4. utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget
- Fangen, K. (2011). *Deltakende observasjon* (2 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fie, S., Norman, I. J., & While, A. E. (2013). The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health-promotion practice: A systematic review. *Health Education Journal*, 72(1), 102-119. doi:10.1177/0017896911430763
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 45(7), 1343-1361. doi:10.1017/S0033291714003110
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorcezynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881. doi:10.1017/S0033291716001732
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19(5). doi:10.1177/1049731509335549
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasé, K. A., Friedman, R. M., & Wallance, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of Literature*. Florida:: USF University of South Florida.
- Flemmen, G. (2016). *Clinical treatment of patients with substance use disorder: The role of physical health*. (Doctoral theses at NTNU). Retrieved from <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmli/bitstream/handle/11250/2404186/Grete%20Flemmen.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Flemmen, G., & Heggelund, J. (Writers). (2018). Den gode hjertebanken - trening som behandling. In Rådet for psykisk helse (Producer). Norge: Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin. St. Olavs Hospital HF, Trondheim. YouTube.
- Folkehelseinstituttet. (2018a). *Psykisk helse i Norge*. Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2018b). Psykiske lidelser hos voksne. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/#forekomst-av-psykiske-lidelser-hos-voksne>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 17. september). *Ny handlingsplan skal få folk opp av sofaen*. Retrieved from <https://www.fhi.no/nyheter/2018/ny-handlingsplan-skal-fa-folk-opp-av-sofaen/>
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Frøslie, K. F. (2018, 21. mars). Korrelasjon. In *Store norske leksikon*.
- Gjerset, A., Holmstad, P., Raastad, T., Haugen, K., & Giske, R. (2013). *Treningslære* (4 ed.). Oslo: Gyldendal.

- Glowacki, K., Weatherson, K., & Faulkner, G. (2019). Barriers and facilitators to health care providers' promotion of physical activity for individuals with mental illness: A scoping review. *Elsevier Ltd.*, 16, 152 - 168.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.10.006>
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., . . . Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA psychiatry*, 72(8), 757-766. Retrieved from <Go to ISI>://MEDLINE:26039070
- Green, L. W. (2008). Making research relevant: if it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence? *Family Practice*, 25, 20-24.
- Grønningsæter, H., & Kiland, C. (2018). Implementering av fysisk aktivitet. In M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen, & S. A. Anderssen (Eds.), *Fysisk aktivitet og helse. Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (pp. 390-410). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Gråwe, R. W. (2016). *Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykiske lidelser. Kunnsapsbaserte behandlingstiltak innen rus- og avhengighetsmedisin* Fagbokforlaget
- Gundersen, D. (2018, 20. februar). Brainstorm In *Store norske leksikon* Universitetet i Oslo
- Hansen, A. (2017). *Hjernesterk, hvordan fysisk aktivitet styrker hjernen* (H. Larsen, Trans.): Cappelen Damm.
- Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(11), 1609-1640. doi:10.1007/s00127-015-1088-0
- Helgesen, J. E. (2018, 2. juli). Intervensjon. In: *Store norske leksikon*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) (Prop. 15 S. 2015–2016)*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). Kvalitativ metode. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
- Helsebiblioteket. (u.å.). Helsefremmende og forebyggende tiltak. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helsefremmende-og-forebyggende-tiltak>
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>
- Helsedirektoratet. (2009a). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (R. Bahr Ed.). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009b). *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from https://www.udir.no/globalassets/upload/brosjyrer/5/fra-bekymring-til-handling_enk.pdf

- Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse - et tipshefte for helsepersonell om tilrettelgging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykose>
- Helsedirektoratet. (2014a). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Behandling%20og%20rehabilitering%20av%20rusmiddelproblemer%20og%20avhengighet.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014b). *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse/Samfunnsutvikling%20for%20god%20folkehelse.pdf/_attachment/inline/7bfe0795-9370-4fbf-af77-8be0e9b9d62f:79fbdd582d69872f95ecad2fefe3159c6dfed46a/Samfunnsutvikling%20for%20god%20folkehelse.pdf
- Helsedirektoratet. (2016a). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet*. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sosial-ulikhet-i-alkoholbruk-og-alkoholrelatert-sykelighet-og-dodelighet/Sosial%20ulikhet%20i%20alkoholbruk%20og%20alkoholrelatert%20sykelighet%20og%20dodelighet.pdf/_attachment/inline/3fba9cab-c9a3-477d-89ab-27cac9eece35:14614cf3c85e5f0c63a7b67f169781b9495280a6/Sosial%20ulikhet%20i%20alkoholbruk%20og%20alkoholrelatert%20sykelighet%20og%20dodelighet.pdf
- Helsedirektoratet. (2016b). *Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (gjelder fra 1. januar 2019)*. Pakkeforløp. IS-2642. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Somatisk%20helse%20og%20levevaner%20-%20Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Rusbehandling (TSB)*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rusbehandling-tsb-pakkeforlop>
- Helsedirektoratet. (2019). *Fysisk aktivitet for voksne og eldre*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-voksne-og-eldre#voksne-og-eldre-bor-vaere-fysisk-aktive-i-minst-150-minutter-med-moderat-intensitet-eller-75-minutter-med-hoy-intensitet-per-uke>
- Helsedirektoratet. (2019, 29. april). *Voksne og eldre bør være fysisk aktive i minimum 150 minutter med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet per uke, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-voksne-og-eldre/voksne-og-eldre-bor-vaere-fysisk-aktive-i-minst-150-minutter-med-moderat-intensitet-eller-75-minutter-med-hoy-intensitet-per-uke>

- Hofstad, E. (2018, 3. desember). Trener bort pillene. *Sykepleien*. Retrieved from <https://sykepleien.no/2018/10/trener-bort-pillene>
- Hollin, C., & McMurrin, M. (2001). Series editors' preface. In G. A. Bernfeld, D. P. Farrington, & A. W. Leschied (Eds.), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending* (pp. xvii). London: Wiley.
- House, J. S. (1981). *Work, stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Indergård, P. J., Fuglset, A. S., & Urfjell, B. (2019). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2018*. Helsedirektoratet
- iphYs. (2015). The algorithm and adaptations. Retrieved from <https://www.iphys.org.au/algorithm-and-adaptations>
- Jackson, K. M., & Trochim, W. M. K. (2002). Concept Mapping as an Alternative Approach for the Analysis of Open-Ended Survey Responses. *Organizational Research Methods*, 5(4), 307–336.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4 ed.): Abstrakt.
- Johannessen, B. (2018). Praktiske erfaringer med trening for mennesker med psykiske lidelser. In E. W. Martinsen (Ed.), *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3 ed., pp. 172-185). Bergen Fagbokforlaget
- Kane, M., & Trochim, W. M. K. (2007a). Concept Mapping Analysis. In M. Kane & W. M. K. Trochim (Eds.), *Concept Mapping for Planning and Evaluation* (pp. 87-111). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Kane, M., & Trochim, W. M. K. (2007b). Preparing for Concept Mapping. In M. Kane & W. M. K. Trochim (Eds.), *Concept Mapping for Planning and Evaluation* (pp. 28-49). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., . . . Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168–176. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/>
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*, 158(7), 1091-1098. doi:10.1176/appi.ajp.158.7.1091
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(9), 713-719. doi:10.1007/s00127-006-0080-0
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Trans. 3 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Landheim, A. (2016). Rusmiddelbruk - forekomst, forløp og faktorer for recovery. Hva viser forskningen? In A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl, & S. Biong (Eds.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmissbruk og psykiske helseproblemer* (pp. 30-44). Oslo: Gyldendal.
- Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). S sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), 309-318.
- Lebel, A., Cantinotti, M., Pampalon, R., Thériault, M., Smith, L. A., & Hamelin, A.-M. (2011). Concept mapping of diet and physical activity: Uncovering local stakeholders perception in the Quebec City region. *Social Science & Medicine*, 72(3), 439-445. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.013
- Lederman, O., Suetani, S., Stanton, R., Chapman, J., Korman, N., Rosenbaum, S., . . . Siskind, D. (2017). Embedding exercise interventions as routine mental health care:

- implementation strategies in residential, inpatient and community settings. *Australasian Psychiatry*, 25(5), 451-455. doi:10.1177/1039856217711054
- Lien, L. (Writer). (2013). ROP - Forekomst, kjennetegn, forløp og behov. In: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S., & Veierød, M. B. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi* Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W., & Moe, T. (2011). Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaletterapi. In (pp. 76-96). Bergen: Fagbokforlaget.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *Am J Community Psychol*, 50(3-4), 462-480. doi:10.1007/s10464-012-9522-x
- Midthassel, U. V. (2017). Skoleleders rolle og implementeringsprosessen. In P. Roland & E. Westergård (Eds.), *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis* (pp. 101-118). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. In E. W. Martinsen (Ed.), *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*. (3 ed., pp. 155-171). Bergen: Fagbokforlaget
- Munk-Jørgensen, P., Blanner Kristiansen, C., Uwawke, R., Larsen, J. I., Okkels, N., Christiansen, B., & Hjorth, P. (2015). The gap between available knowledge and its use in clinical psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*, 132(6), 441-450. doi:10.1111/acps.12512
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2018, 20. september). Recovery. Retrieved from <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hallgren, J., Westman, J., Osby, U., Alinaghizadeh, H., . . . Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*, 8(1), e55176. doi:10.1371/journal.pone.0055176
- Norsk senter for forskningsdata. (2018, 16. oktober). Forske på egen arbeidsplass. Retrieved from http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.htm
- Oslo universitetssykehus. (2018, 7. august). Fysisk aktivitet som tilbud i behandlingen. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/verktoy-for-fagutvikling/opplering-og-implementering/handboker-og-manualer/fysisk-aktivitet-som-tilbud-i-behandlingen>
- Oslo universitetssykehus. (u. å.). Anonymisering av helse- og personopplysninger. Retrieved from <https://ehandboken.ous-hf.no/document/112192/fields/23>
- Oslo universitetssykehus HF. (2017). HJERTEFRISK – Hjelpemiddel for oppfølging og tiltak hos pasienter med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer i kardiometabolsk risikogruppe. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/hjertefrisk-hjelpemiddel-for-oppfolging-og-tiltak-hos-pasienter-med-psykiske-lidelser-eller-rusmiddelproblemer-i-kardiometabolsk-risikogruppe>
- Oslo universitetssykehus HF. (2019). Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Persvold, A. Z. (2018, 18. november). Implementere. In *Store norske leksikon*
- Regjeringen. (2016). *FNs bærekraftsmål*. Oslo: Regjeringen Retrieved from https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/utviklingssamarbeid/sdg_oversikt/i_d2505654/
- Roland, P. (2012). *Implementering av skoleutviklingsprogrammet Respekt*. (Doktorgrad Doktorgradsavhandling). Universitetet i Stavanger, (156)
- Roland, P. (2016, 14. desember). Pål Roland om implementering. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=1rcVPFRr0Dg>
- Roland, P. (2017). Hva er implementering? In P. Roland & E. Westergård (Eds.), *Implementering. Å omsette teorier aktiviteter og strukturer i praksis* (pp. 19-39). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rosas, S. R., & Kane, M. (2012). Quality and rigor of the concept mapping methodology: a pooled study analysis. *Eval Program Plann*, 35(2), 236-245. doi:10.1016/j.evalprogplan.2011.10.003
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 75(9), 964-974. doi:10.4088/JCP.13r08765
- Ruud, M. P. (2015). *Kostholds faktorer i norske omsorgsboliger. Concept Mapping av de ansattes mulighet til å fremme et sunt kosthold blant mennesker med mild til moderat psykisk utviklingshemming*. (Masteroppgave). Norges miljø- og biovitenskapelige universitet Ås
- Rønning, A. K. (2018, 13. februar). -Fysisk aktivitet reduserer psykiske plager, likevel ordinerer en rekke behandlere det ikke. Retrieved from <https://www.napha.no/content/22230/-Fysisk-aktivitet-reduserer-psykiske-plager-likevel-ordinerer-en-rekke-behandlere-det-ikke>
- Rådet for psykisk helse, & Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon. (2017). *Den gode hjertebanken. Fysisk aktivitet som et tilbud i behandlingen*. Retrieved from <https://www.psykiskhelse.no/nyheter/ny-brosjyre-fysisk-aktivitet>
- Sagberg, I. (2018, 15. februar). Organisasjonskultur. In: *Store norske leksikon*.
- Samuel, D. B., LaPaglia, D. M., Maccarelli, L. M., Moore, B. A., & Ball, S. A. (2011). Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. *Am J Addict*, 20(6), 555-562. doi:10.1111/j.1521-0391.2011.00174.x
- Sjøholt, R. (2016). Fysisk aktivitet. In R. W. Gråwe (Ed.), *Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus og psykisk lidelse: Kunnskapsbaserte behandlingstiltak innen rus- og avhengighetsmedisin* (pp. 127-152). Bergen: Fagbokforlaget.
- Stenbacka, M., Leifman, A., & Romelsjo, A. (2010). Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up. *Drug Alcohol Rev.*, 29(1), 21– 27. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00075.x>
- Stinson, F. S., Grant, B. E., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B., & Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 105-116. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.03.009
- Stubbs, B., & Rosenbaum, S. (2018). *Exercise-based interventions for mental illness. Physical Activity as Part of clinical Treatment* (Vol. 347): ELSEVIER & Academic Press
- Stubbs, B., Vancampfortc, D., Hallgrend, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., . . . Kahl, K. G. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness:

- a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Elsevier - European Psychiatry*, 54, 124 - 144.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.004>
- Sturrock, K., & Rocha, J. (2000). A Multidimensional Scaling Stress Evaluation Table. *Sage Publications, Inc., Vol. 12, No. 1*, 49–60.
- Svartdal, F. (2018, 22. juli). Mestring. In *Store norske leksikon*.
- Sæland, M., Haugen, M., Eriksen, F.-L., Wandel, M., Smehaugen, A., Böhmer, T., & Oshaug, A. (2011). High sugar consumption and poor nutrient intake among drug addicts in Oslo, Norway. *British Journal of Nutrition*(105), 618–624.
doi:10.1017/S0007114510003971
- Sæland, M., Smehaugen, A., Eriksen, F.-L., Barikmo, I., & Oshaug, A. (2002). *Mat i kampen for et verdig liv ved rusmiddelavhengighet*. Retrieved from Bekkestua:
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry*(199), 441–442.
doi:10.1192/bjp.bp.111.092718
- Tiffany, S. T., Friedman, L., Greenfield, S. F., Hasin, D. S., & Jackson, R. (2012). Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction*, 107(4), 709-718. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03581.x
- Torvik, F. A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenstrom, T. H., Bramness, J. G., Gillespie, N., . . . Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatr Scand*, 137(1), 54-64. doi:10.1111/acps.12829
- Trochim, W. M. K. (1989). An introduction to Concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12(1), 1–16. Retrieved from <https://www.socialresearchmethods.net/research/epp89/Trochim1.pdf>
- Trochim, W. M. K. (1993). The Reliability of Concept Mapping. Retrieved from <https://socialresearchmethods.net/research/Reliable/reliable.htm>
- Underland, V., Holte, H. H., & Vist, G. E. (2018). *Effekt av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter*. Oslo: Folkehelseinstituttet Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/effekt-av-fysisk-trening-for-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser-rapport-2018.pdf>
- Universitetet i Oslo, & Oslo universitetssykehus. (u. å.). PIFF (Personvern og informasjonssikkerhet i forskning). Retrieved from <http://meddev.uio.no/elaring/ansattkurs/piff/index.shtml>
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., . . . Stubbs, B. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308-315. doi:10.1002/wps.20458
- Weinstock, J., Farney, M. R., Elrod, N. M., Henderson, C. E., & Weiss, E. P. (2017). Exercise as an Adjunctive Treatment for Substance Use Disorders: Rationale and Intervention Description. *Journal of Substance Abuse Treatment*, (72), 40-47.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.09.002>
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>
- World Health Organization. (2019). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Physical Activity and Adults. Recommended levels of physical activity for adults aged

18 - 64 years. Retrieved from
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/
World Health Organization. (u.å.-a). *Health promotion*. Retrieved from
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
World Health Organization. (u.å.-b). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved
from
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
Ørstavik, F. (2019, 23. september). Innovasjon. In: Store norske leksikon.

Vedlegg

Vedlegg 1. Invitasjonsskriv til deltakerne

Vil du delta i forskningsprosjektet:

Hvilke suksessfaktorer og barrierer opplever ansatte ved avdelinger for rus- og avhengighetsbehandling ved implementering av fysisk aktivitet for innlagte pasienter?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge opplevde suksessfaktorer og barrierer hos ansatte ved implementering/innføring av fysisk aktivitet til personer med rus- og avhengighetsproblematikk. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er ansatt i Forsknings- og utviklingsavdelingen i Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus og tar også en masterstudie i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU). Som ledd i studiet skal jeg gjennomføre en masteroppgave ved din enhet.

Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble innført 1. januar 2019. Der har fysisk aktivitet et eget fokus. Fysisk aktivitet er identifisert som en viktig faktor for å bedre fysisk og psykisk helse hos personer med rus- og psykiske lidelser.

Mitt inntrykk er at deres enheter er godt i gang med bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode. Å studere suksessfaktorer som ligger til grunn for å få det til vil være av stor interesse. Samtidig vil det være spennende å høre om det finnes barrierer som gjør at fysisk aktivitet kan være vanskelig å få til på en god måte.

Studien vil kunne ha relevans utover involverte parter og vil kunne brukes til undervisning i og utenfor sykehuset, samt eventuelle skriftlige arbeider.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Lina Harvold Ellingsen-Dalskau ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU), Fakultet for landskap og samfunn, Institutt for folkehelsevitenskap er ansvarlig for prosjektet. Egil W. Martinsen ved Forsknings- og utviklingsavdelingen i Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus er involvert som veileder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Som ansatt i en døgnenhet med rus- og avhengighetsproblematikk innehar du viktig kunnskap om hvilke suksessfaktorer og barrierer som kan ligge til grunn ved implementering og gjennomføring av fysisk aktivitet til inneliggende pasienter. Gjennom din enhetsleder er du blitt rekruttert til å delta i studien ut ifra din yrkesfaglige bakgrunn og at du kan ha viktige synspunkter på dette temaet. 20 personer vil bli rekruttert til å delta i en brainstormingsprosess og alle ansatte vil bli invitert til å delta i sortering av de innkomne idéene etter tema og rangering etter viktighet og gjennomførbarhet.

Før oppstart skal jeg innhente tillatelse fra ledelsen i din avdeling og Personvernombudet.

Hva innebærer det for deg å delta?

20 ansatte med tverrfaglig bakgrunn og ledere fra 4 enheter ved avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Klinikk psykisk helse og avhengighet vil bli invitert til en brainstormingsprosess. Prosessen er tenkt gjennomført i to omganger med minimum 10 deltagere per gang. I denne prosessen kommer de ansatte med idéer som blir nedtegnet underveis. Det vil ta 1 time. Deretter vil jeg registrere idéene inn i et datasystem. I etterkant vil deltakerne motta en mail med link til datasystemet der man blir forespurt om å sortere idéene samt rangere hvor viktig og gjennomførbar hver idé er. Resultatene vil bli presentert for deltakerne i etterkant.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger som blir oppgitt er anonyme. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun veiledere av oppgaven og jeg som vil ha tilgang til uttalelser og eventuelt mailadressene. Idéene vil bli lagret i datasystemet CS Global MAX™ med kodelås. Der vil det bli opprettet et prosjekt hvor kun inviterte får tilgang. I min oppgave vil det kun fremkomme tre yrkeskategorier som kan kobles mot temaer.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.19. Data tilhørende studiet vil senest bli slettet 31.12.20.

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), og
- 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.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Merete Holen Rimstad ved Oslo universitetssykehus på epost mehori@ous-hf.no eller telefon: 22 02 91 92 evt. mobil: 980 24547
- Hovedveileder og prosjektansvarlig: Lina Harvold Ellingsen-Dalskau ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet på epost lina.dalskau@nmbu.no eller
- Biveileder Egil W. Martinsen ved Oslo universitetssykehus på mail: e.w.martinsen@medisin.uio.no eller egimar@ous-hf.no

- Vårt personvernombud: Avdeling for informasjonssikkerhet og personvern | Stab pasientsikkerhet og kvalitet, **Oslo universitetssykehus HF**, Telefon: 22 11 80 80, epost: personvern@oslo-universitetssykehus.no
Eventuelt se: www.oslo-universitetssykehus.no/personvern

Med vennlig hilsen

Lina Harvold Ellingsen-Dalskau
Prosjektansvarlig og veileder

Merete Holen Rimstad
Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvilke suksessfaktorer og barrierer opplever ansatte ved avdelinger for rus- og avhengighetsbehandling ved implementering av fysisk aktivitet for innlagte pasienter?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppebrainstormingsprosess med bruk av Concept mapping som metode
- å delta i sortering av idéer og rangering av disse etter viktighet og gjennomførbarhet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, senest innen 31. desember 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2. Tabell med oversikt over klynger, uttalelser og gjennomsnittsverdier

Tabell med oversikt over klynger, punktnummer, uttalelser, gjennomsnittsverdi på viktighet og gjennomførbarhet. Uthevede uttalelser er med i Go-Zones grønne sone.

Klynger	Punkt- nummer	Uttalelser	Gj. snitt viktighet	Gj. snitt gjennom- førbarhet
1. Undervisning				
	1.	...det gis regelmessig pasientundervisning om helsegevinstene til fysisk aktivitet	4,37	4,15
	9.	...man kunne se på fysisk aktivitet som en innfallsvinkel til sosial trening	4,18	4,06
	10.	...man se nytten av å bruke situasjoner som oppstår under fysisk aktivitet inn i den generelle behandlingen	4,21	4,03
	17.	...fysisk aktivitet knyttes opp mot andre livsstils-temaer som kosthold, ernæring og røyking	4,16	4,06
	32.	...lederguppen ha kurs/undervisning om nytten av fysisk aktivitet	3,92	3,81
	34.	...det gis praktisk og konkret opplæring til ansatte i innholdet i aktivitetsplanen	3,95	3,72
	44.	...det fokuseres på det terapeutiske målet med fysisk aktivitet fremfor bare fysisk form	4,21	4,00
	54.	...man ha jevnlig undervisning om forskning på fysisk aktivitet og kognitiv terapi	4,16	3,73

2. Rammer og prioritering				
	3.	...alle jobbe med et fast opplegg for å kunne motivere pasientene	4,32	3,58
	20.	...fysisk aktivitet stille på lik linje med andre behandlingstilbud	4,68	3,79
	33.	...fysisk aktivitet prioriteres på bekostning av andre tilbud	3,13	2,88
	35.	...tiden som avsettes til fysisk aktivitet i timeplanene prioriteres på lik linje med øvrige gruppetilbud	4,61	4,06
	43.	...fysisk aktivitet gis status som en del av terapien ved å bytte navn fra fysisk aktivitet til fysisk aktivitetsterapi	3,42	3,64
	51.	...fysisk aktivitetstilbudet evalueres jevnlig	4,55	4,06
3. Kompetanse				
	6.	...de som leder fysisk aktivitet ha praktisk kunnskap om hvordan man lærer andre å bruke kroppen	4,16	4,18
	25.	...målarbeidet i fysisk aktivitet følges opp av alle faggrupper	4,08	3,42
	30.	...ansatte få tid til å arbeide med pasientens motivasjon for fysisk aktivitet	4,24	3,72
	39.	...det være fokus på fysisk aktivitet over lang tid gjennom jevnlig tema på møter med de ansatte	3,95	3,76
	55.	...alle ansatte gjennomføre kurs om nytten av fysisk aktivitet	4,08	3,36

	56.	...ansatte få opplæring i at fysisk aktivitet kan være et godt alternativ til medisinbruk	4,53	3,76
4. Kartlegging og informasjon				
	11.	...enheten opplyse til den som henviser pasienten at fysisk aktivitet er en integrert del av behandlingen	4,30	4,24
	12.	...den som henviser informere pasienten om at fysisk aktivitet er et integrert behandlingstilbud ved enheten	4,39	3,91
	16.	...man kartlegge pasientens tidligere erfaringer og interesser ved innleggelse	4,05	4,42
	19.	...man gi pasienten informasjon om bekledning i forhold til aktivitet og årstid	3,84	4,53
	28.	...fysisk aktivitet være et obligatorisk behandlingstilbud for pasientene	4,37	3,97
	29.	...det være pasientrepresentanter med i planleggingen av fysisk aktivitet	3,95	3,73
	31.	...man fokusere på behandlingsmålet med fysisk aktivitet fremfor interesser og dagsform hos pasienten	3,89	3,55
	40.	...fysisk aktivitet knyttes opp mot mål i individuell behandlingsplan for pasientene	4,30	4,21
	41.	...man evaluere erfaringer og utbytte av fysisk aktivitet for	4,49	4,30

		pasienten sammen med vedkommende		
	52.	...det kartlegges hvorfor pasienter ikke møter til fysisk aktivitet	4,55	4,00
	61.	...det gjennomføres en oppfølgingssamtale med pasienten om fraværet fra fysisk aktivitet	4,45	4,03
	62.	...pasienten få informasjon om viktigheten av fysisk aktivitet ved innkost	4,51	4,27
5. Tilrettelegging				
	13.	...pasienten få beskjed om å ha med nødvendig utstyr for å kunne delta i fysisk aktivitet før de blir innlagt	4,03	3,91
	15.	...aktivitetene være lystbetonte	4,50	4,15
	18.	...man gjøre fysisk aktivitet enkelt så det er lett å delta	4,58	4,45
	27.	...aktivitetene være varierte for å treffe en stor og ulik pasientgruppe	4,54	3,70
	45.	...enheten sikre at pasienten har klær og sko for å gjennomføre fysisk aktivitet	3,95	3,33
	50.	...det gis mulighet for individuell tilrettelegging av fysisk aktivitet for hver pasient	4,61	3,64
	53.	...pasientene introduseres for fysisk aktivitet tidlig i behandlingsforløpet	4,53	4,25
6. Holdninger og kultur				

	2.	...ansatte i ulike profesjoner og ulik fysisk form delta i fysisk aktivitet med pasientene	3,82	3,06
	7.	...personalet oppfordres til å utøve fysisk aktivitet sammen med pasientene i arbeidstiden utover de faste rammene	3,42	2,78
	26.	... tiden som er satt av til fysisk aktivitet respekteres av alle ansatte	4,68	3,85
	36.	...ansatte vise gode holdninger og godt humør til aktiviteten i møte med pasienten	4,78	4,42
	38.	...alle ansatte rullere med å delta i fysisk aktivitet med pasientene i tillegg til gruppeleder	3,16	3,00
	42.	...de som leder fysisk aktivitet se på det som en konkret arbeidsoppgave	4,47	4,33
	57.	...alle ansatte bidra aktivt til gjennomføring av fysisk aktivitet	3,97	3,12
	63.	...ansatte oppmuntre hverandre til gjennomføring av fysisk aktivitet	4,42	4,24
7. Ressurser og organisering				
	5.	...det være en fast gruppe ansatte som har ansvar for å planlegge og tilrettelegge behandlingstilbudet	4,57	4,36
	8.	...det være nok personale til å håndtere vanskelige situasjoner som kan oppstå under fysisk aktivitet	4,16	3,30

	22.	...den som er ansvarlig for fysisk aktivitet få frigjort tid og fritas for andre oppgaver for å sikre god kvalitet på tilbudet	4,74	4,00
	48.	...turnus tilpasses slik at man kan ha faste gruppeledere på dager med fysisk aktivitet	4,42	3,55
	64.	...noen ansatte ha ansvar for fysisk aktivitet i sin stillingsinstruks	4,34	4,06
8. Struktur og planlegging				
	4.	...det utarbeides en tydelig plan over tilbudet innen fysisk aktivitet til pasientgruppen	4,57	4,42
	14.	...det legges til rette for fysisk aktivitet utendørs	4,27	4,27
	21.	...det settes av faste tider til fysisk aktivitet i felles ukeplan	4,89	4,61
	23.	...fasiliteter som benyttes til fysisk aktivitet være tilgjengelig i nærheten	4,53	4,39
	24.	...det utarbeides en helhetlig plan der fysisk aktivitet har en tydelig plass	4,70	4,36
	37.	...det være en plan for hvordan praktisk gjennomføre både felles og individuelt tilpassede aktiviteter til pasientene i fysisk aktivitet	4,42	3,79
	46.	...det være en fast struktur på fysisk aktivitets-tiden i forhold til rutiner for oppmøte og fravær	4,29	4,00

	47.	...det sikres at den som er ansvarlig for fysisk aktivitet er på arbeid de dagene det er fysisk aktivitet	4,45	3,64
	49.	...enheten ha midler til å kjøpe nødvendig utstyr	4,53	3,36
	58.	...det være midler til å kunne gjennomføre aktiviteter	4,61	3,42
	59.	...man ha rom for å legge langsiktige planer (årshjul)	4,13	3,64
	60.	...det utarbeides en målrettet og konkret plan over innholdet i fysisk aktivitetstilbudet	4,55	4,12

Vedlegg 3. Tabell med oversikt over endring av klyngenavn

Tabell med oversikt over endring av klyngenavn

Klynge- nummer	Opprinnelige klyngenavn	Nye klyngenavn
1.	Pasient undervisning	Undervisning
2.	Rammer	Rammer og prioritering
3.	Utførelse: Tilrettelegge	Kompetanse
4.	Kartlegging og informasjon	Kartlegging og informasjon
5.	Tilrettelegge	Tilrettelegging
6.	Felles personalansvar	Holdning og kultur
7.	Ressurser	Ressurser og organisering
8.	Struktur	Struktur og planlegging

Vedlegg 4. Tabell med oversikt over rangeringer

Tabell med oversikt over rangering av viktighet og gjennomførbarhet, klynger med antall uttalelser og lag, minimums- og maksimumsverdier, median og prioritet.

Klynge	Ant. uttal- elser	Ant. lag	Min. verdi	Maks. verdi	Gj.snitts- verdi	Median	Pri- oritet
1. Undervisning	8	V*: 1 G**: 4	3,92 3,72	4,37 4,15	4,14 3,95	4,04 3,94	6
2. Rammer og prioritering	6	V: 1 G: 1	3,13 2,88	4,68 4,06	4,12 3,67	3,87 3,47	7
3. Kompetanse	6	V: 2 G: 1	3,95 3,36	4,53 4,18	4,17 3,70	4,09 3,74	5
4. Kartlegging og informasjon	12	V: 3 G: 5	3,84 3,55	4,55 4,53	4,26 4,10	3,92 3,64	4
5. Tilrettelegging	7	V: 4 G: 4	3,95 3,33	4,61 4,45	4,39 3,92	4,54 3,70	3
6. Holdninger og kultur	8	V: 1 G: 1	3,16 2,78	4,78 4,42	4,09 3,60	3,97 3,71	8
7. Ressurser og organisering	5	V: 5 G: 3	4,16 3,30	4,74 4,36	4,45 3,85	4,74 4,00	2
8. Struktur og planlegging	12	V: 5 G: 5	4,13 3,36	4,89 4,61	4,48 4,00	4,36 3,89	1

V* = viktighet og G** = gjennomførbarhet.



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway