

Victoria Andersson

Specialistsjuksköterskeexamen inom psykiatrisk vård, 60 hp

Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKAEXA, VT2016

Avancerad nivå

Handledare: Åke Grundberg, Anette Erdner fr.o.m 2016

Examinator: Mats Ewertzon

Att ersätta ett beroende

Sjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter av fysisk aktivitet i alkoholvården

REPLACING AN ADDICTION

Nurses' perceptions and experiences of physical activity in alcohol treatment

Sammanfattning

- Bakgrund:** Alkoholkonsumtion bidrar till sjukdom, funktionsnedsättning och tidig död världen över. Behandlingsalternativ för den med problematiska alkoholvanor är främst medicinska- och/eller terapeutiska åtgärder. Återfall i det problematiska bruket är dock relativt vanligt. Det föreligger därför ett behov att fortsätta utveckla den vård som ges till personer inom alkoholvården. Fysisk aktivitet är en omvårdnadsåtgärd som sjuksköterskan kan använda för att främja hälsa och lindra sjukdom. Det finns inledande forskning kring den positiva effekt som fysisk aktivitet har för patienter med skadligt alkoholbruk och alkoholberoende men det saknas forskning kring huruvida åtgärden används i det kliniska arbetet.
- Syfte:** Att beskriva sjuksköterskans uppfattningar och erfarenheter av fysisk aktivitet för patienter med skadligt alkoholbruk och alkoholberoende.
- Metod:** Kvalitativ design där semistrukturerade intervjuer genomfördes med sju sjuksköterskor verksamma på mottagningar inom beroendevårdens öppenvård. Som analysmetod användes kvalitativ innehållsanalys.
- Resultat:** Sjuksköterskorna beskrev fysisk aktivitet som en grundläggande del av hälsa och som en nödvändighet i patientens vardag. Fysisk aktivitet var ett sätt för patienten att bryta vanor förknippade med alkohol. Den fysiska aktiviteten ansågs lindra flera av de tillstånd som skadligt alkoholbruk och alkoholberoende för med sig, ökade patientens självkänsla och var ett sätt för patienten att självständigt påverka sin hälsa. Sjuksköterskorna sökte informera och motivera patienten till rätt nivå av fysisk aktivitet. Det saknas struktur för användandet i den kliniska vardagen och sjuksköterskorna efterfrågade praktiska möjligheter och bättre riktlinjer inom verksamheten för att underlätta främjandet av fysisk aktivitet hos patienterna.
- Diskussion:** Resultatet diskuteras utifrån Orems egenvårdsteori samt relevant forskning.

Nyckelord: Alkoholberoende, egenvård, fysisk aktivitet, omvårdnad.

Abstract

Background: Alcohol consumption contributes to disease, disability and increased morbidity worldwide. Treatment options for those with problematic alcohol use are primarily medical- and/or therapeutic interventions. Relapse in the problematic behaviour is relatively common. There is therefore a need to continue to develop the care provided to people undergoing alcohol treatment. Physical activity is a nursing intervention that the nurse can use to promote healthy lifestyles and alleviate disease. There is preliminary research on the positive impact that physical activity have for patients with alcohol use disorders but no research is to be found on whether the intervention is used in the clinical practice.

Aim: To describe nurses' perceptions and experiences of physical activity for patients with alcohol use disorders.

Method: Qualitative design with semi-structured interviews was conducted with seven nurses working at outpatient dependence clinics. Qualitative content analysis was used to analyse the data.

Results: The nurses described the physical activity as a fundamental element of health and as a necessity in the patient's everyday life. Physical activity was a way for the patient to break habits associated with alcohol. Physical activity was considered to decrease many of the comorbid conditions related to alcohol use, increased the patient's self-esteem and was a way for the patient to independently affect their health. The nurses searched to inform and motivate the patient to the right level of physical activity. There was a lack of structure in the everyday clinical practice and nurses demanded practical possibilities and better guidelines within the organization to facilitate the promotion of physical activity to patients.

Discussions: The results are discussed from Orem's self-care theory and relevant research.

Keywords: Alcohol use disorder, nursing, physical activity, self-care.

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| 1. INLEDNING | 1 |
| 2. BAKGRUND | 1 |
| 2.1 ALKOHOL OCH OHÄLSA | 1 |
| 2.2 BEHANDLING VID SKADLIGT BRUK AV ALKOHOL | 3 |
| 2.3 ÅTERFALL OCH PREVENTION | 3 |
| 2.4 FYSISK AKTIVITET OCH HÄLSA | 4 |
| 2.5 FYSISK AKTIVITET I ALKOHOLVÅRDEN | 5 |
| 2.6 SJKSKÖTERS KANS ROLL OCH ANSVAR INOM PSYKIATRISK VÅRD | 6 |
| 3. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT | 7 |
| 4. PROBLEMFÖRMULERING | 8 |
| 5. SYFTE | 8 |
| 6. METOD | 8 |
| 6.1 URVAL | 9 |
| 6.2 DATAINSAMLING | 9 |
| 6.3 DATAANALYS | 10 |
| 7. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN | 11 |
| 8. RESULTAT | 12 |
| 8.1 FYSISK AKTIVITET SOM GRUND FÖR HÄLSA | 12 |
| 8.1.1 Grundpelaren till hälsa | 12 |
| 8.1.2 Kroppen och själen | 14 |
| 8.1.3 Möjligheten till egenvård | 14 |
| 8.2.1 FYSISK AKTIVITET FÖR ATT MINSKA OHÄLSA | 15 |
| 8.2.2 Att ersätta alkoholen | 15 |
| 8.2.3 Kroppens egen medicin | 16 |
| 8.2.4 Anpassad för individen | 17 |
| 8.2.5 Möjligheter i praktiken | 20 |
| 9. DISKUSSION | 21 |
| 9.1 METODDISKUSSION | 21 |
| 9.1.1 Trovärdighet | 21 |
| 9.1.2 Pålitlighet | 22 |
| 9.1.3 Konfirmerbarhet | 23 |
| 9.1.4 Överförbarhet | 23 |

| | |
|--|-----------|
| 9.2 RESULTATDISKUSSION..... | 23 |
| 9.2.1 <i>Fysisk aktivitet som grund för hälsa</i> | 24 |
| 9.2.2 <i>Fysisk aktivitet för att minska ohälsa</i> | 26 |
| 9.3 KLINISKA IMPLIKATIONER..... | 29 |
| 9.4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING | 29 |
| 10. SLUTSATS | 30 |
| REFERENSFÖRTECKNING | 31 |
| BILAGA 1. INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEF | 37 |
| BILAGA 2. INFORMATIONSBREV TILL INFORMANTER | 38 |
| BILAGA 3. SKRIFTLIGT SAMTYCKE | 39 |
| BILAGA 4. INTERVJUGUIDE..... | 40 |
| BILAGA 5. EXEMPEL DATAANALYS | 41 |

1. Inledning

"Nu när jag tränar vill jag inte dricka massa alkohol"

Citatet kommer från en patient jag hade under behandling och som under denna period började träna regelbundet på en boxningsklubb. Patienten hade en svår grad av beroende till både droger och alkohol, men svårast för patienten var att avstå alkohol och återfallen i alkoholkonsumtion var frekventa. Parallellt med den sedvanliga behandlingen på mottagningen började jag rikta motiverande samtal kring fysisk aktivitet. Med tiden märktes en betydande förändring gällande återfall i alkoholbruk för patienten. Även inställningen till den egna hälsan, upplevelsen av den egna kroppen och vad som påverkar den förändrades. Fenomenet är inte helt ovanligt. I min kliniska vardag möter jag ofta patienter som förutom en önskan att förändra sina alkoholvanor även önskar bli mer fysiskt aktiva. En vilja att förändra flera vanor samtidigt för att uppnå en bättre hälsa.

Att införa en god vana kan däremot vara nästintill lika svårt som att ta bort en dålig. Flera patienter har svårt att initiera och upprätthålla den fysiska aktiviteten. Inom den somatiska vården söker vårdpersonal stötta patienten till fysisk aktivitet och används som åtgärd både för att främja hälsa och behandla olika sjukdomstillstånd. En fråga som väcks är om fysisk aktivitet används som åtgärd inom alkoholvården och vilken betydelse den har utifrån ett sjuksköterskeperspektiv.

2. Bakgrund

2.1 Alkohol och ohälsa

Bruk av alkoholhaltiga drycker i för stor mängd och/eller för ofta kan resultera i såväl hälsoproblem likväl som problematik i relationer med närstående och/eller i arbetet. Skadligt alkoholbruk och beroende är beräknat på sjukdomsburden den fjärde mest förekommande av de psykiatriska sjukdomstillstånden (The World Health Organization, [WHO], 2014). Till följd av alkoholens negativa konsekvenser har WHO (2014) satt upp det globala målet att minska det bruk av alkohol, som innebär hälsorelaterade- och/eller sociala konsekvenser för den enskilde individen och dennes omgivning. Inom hälso- och sjukvården i Sverige används diagnossystemen International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10 (WHO, 2016) respektive Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) för att bedöma en persons grad av alkoholproblematik. Några vanligt förekommande uttryck för att definiera bruket är *skadligt bruk*, där bruket av substansen lett till skador på hälsan, dessa skador kan vara såväl fysiska som psykiska (WHO, 2016). Diagnosen *beroende* som omfattar ett starkt sug eller begär att ta substansen, problem att kontrollera användandet och fortsatt användande trots skadliga konsekvenser samt ökad tolerans och ibland fysisk abstinens (a.a.). Den nyare diagnosen *substanssyndrom* är en skala med elva kriterier, dessa kriterier omfattar dels beroendekriterier men belyser även social problematik till följd av substansbruket, exempelvis en upprepad användning av alkohol som lett till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet (American Psychiatric Association, 2013). Diagnosen substanssyndrom är utformad som ett kontinuum och graderar problematiken från lätt till svår beroende på hur många kriterier som uppfylls. Den tidigare diagnosen missbruk är borttagen och bör således inte användas längre. Förutom risken för de fysiologiska, kognitiva och beteendemässiga problem alkohol kan orsaka är alkohol utifrån ICD-kriterier en bidragande faktor till mer än 200 medicinska tillstånd (WHO, 2014).

Vid genomgång av epidemiologisk litteratur med syftet att finna orsakssamband mellan alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade sjukdomar fann Corrao, Bagnardi, Zambon och La Vecchia (2004) evidens för att alkoholkonsumtion ökade risken för en rad sjukdomar. Totalt inkluderades 156 studier i denna metaanalys och ett signifikant samband stod att finna mellan alkohol och en rad sjukdomar såsom levercirros, kronisk pankreatit, hjärt- kärlsjukdom, högt blodtryck och stroke. Författarna fann även att alkohol ökar risken för olika cancerformer, bland annat bröstcancer men även cancer i mun, svalg och tarm. Likaså fann Lai, Cleary, Sitharthan och Hunt (2015) i sin metaanalys ett starkt samband mellan alkohol och psykiatriska sjukdomar såsom depression och olika ångesttillstånd. Det finns även beskrivet att personer med skadligt bruk av alkohol är i fysiskt dåligt skick. Liangpunsakul, Crabb och Qi (2010) undersökte relationen mellan alkoholintag, kroppsfett och fysisk aktivitet och fann att personer med skadligt bruk av alkohol var mindre fysisk aktiva i jämförelse med nykterister eller de som hade ett måttligt intag av alkohol. Enligt beräkningar resulterar alkoholrelaterade sjukdomar tillsammans med våldsrelaterade skador och suicid i samband med alkoholintag i 3,3 miljoner dödsfall per år världen över (WHO, 2014).

I Sverige uppskattas omkring 20 procent av männen och 13 procent av kvinnorna ha en riskkonsumtion av alkohol, det vill säga där bruket av alkohol är av den omfattningen att det föreligger hälsorisker (Folkhälsomyndigheten, 2014) och omkring 4,0 procent av den vuxna befolkningen bedöms vara alkoholberoende enligt DSM-IV kriterier (Andréasson, Danielsson

& Hallgren, 2013). Därutöver rapporteras att närmare 1,1 miljoner personer i vuxen ålder påverkas negativt av att någon i deras närhet dricker för mycket alkohol (Ramstedt & Sundin, 2015) och cirka 380 000 barn lever med en förälder som har ett riskbruk av alkohol (Statens Folkhälsoinstitut, 2008). Utifrån dessa beräkningar är det påtagligt att finns en stor grupp i samhället som på ett eller annat sätt drabbas av alkoholrelaterade skador och konsekvenser. Dessa beräknas kosta det svenska samhället ca 49 miljarder kronor per år (Statens offentliga utredningar, 2011).

2.2 Behandling vid skadligt bruk av alkohol

Den fråga som uppstår är vilka behandlingsalternativ som erbjuds personer med alkoholproblematik och som önskar hjälp. En metaanalys av 361 kliniska prövningar har funnit att psykosocial behandling såsom exempelvis Motivational Enhancement Therapy (MET), Kognitiva Beteendeterapeutiska Interventioner (KBT), Community Reinforcement Approach (CRA) samt läkemedelsbehandling (Akamposat, Naltrexon, Disulfiram) är effektiv behandling för personer med alkoholproblem (Miller & Willbourne, 2002).

Enligt Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende ska hälso- och sjukvården erbjuda individer med begynnande till tydliga alkoholproblem dessa behandlingsinsatser (Socialstyrelsen, 2014). Samtidigt som farmakologisk och psykologisk behandling finns är däremot risken för att återfalla i en problematisk konsumtion relativt hög. En metaanalys av behandlingsutfall med dryga 8000 patientfall inkluderade indikerade att ca två tredjedelar har mindre till mer kvarstående alkoholproblem ett år efter behandling (Miller, Walters & Bennet, 2001).

2.3 Återfall och prevention

Eftersom återfall i det problematiska bruket av alkohol är relativt vanligt är det av relevans att titta på vilka faktorer som kan påverka detta. Brownell, Marlatt, Lichtenstein och Wilson (1986) definierar återfall, genom att förklara *fall* som snedsteg eller misstag in i substansbruket och som kan avhjälpas genom att personen använder sig av olika strategier för att återfinna balansen. Återfall kännetecknas av en kontinuerlig konsumtion som leder till upplevd kontrollförlust och där den pågående rehabiliteringsprocessen går förlorad. Vem som hamnar i ett återfall varierar från person till person men faktorer som kan påverka fann författarna vara av typen *intrapersonella*, exempelvis negativ emotionell status såsom oro, ilska, frustration och depression. Individens *copingstrategier* samt tilltro till den egna

förmågan att hantera olika situationer, *self-efficacy*. Det *fysiska beroendet* som omfattar grad av sug/begär efter substansen samt eventuell abstinens och slutligen den *sociala miljön* där miljöer förknippade med substansen kan leda till att personen återfaller.

För att minska risken för återfall är det därför av nytta att ringa in den eller de faktorer som kan komma att utgöra patientens hinder för den önskvärda förändringen gällande alkoholkonsumtion. När dessa väl är funna kan individen börja utveckla strategier för att hantera riskerna. Marlatt och Donovan (2005) och Marlatt och Gordon (1985) påtalar vikten av att uppmuntra och stödja individen att återuppta eller påbörja intressen som är i alkoholfria miljöer och att ersätta substansberoendet med icke destruktiva vanor. Här menar författarna att ökad fysisk aktivitet är en livsstilsförändring som kan bidra till balans och ge långtidsverkan på stämningsläge och hälsa. Utöver detta kan fysisk aktivitet vara en bra copingstrategi för att minska risken för återfall i problematiska alkoholvanor.

2.4 Fysisk aktivitet och hälsa

För att kunna sätta fysisk aktivitet i relation till hälsa behöver begreppet fysisk aktivitet klargöras. Fysisk aktivitet kan definieras som all kroppsrörelse som till följd av skelettmuskulaturens sammandragningar leder till ökad energiförbrukning utöver den i vila (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Denna definition används även i skriften Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (Jansson, Hagströmer & Anderssen, 2015). I stort sett all rörelse vi gör kan räknas till fysisk aktivitet och omfattar bland annat aktiviteter såsom promenader, cykling, friluftsliv, motion/fysisk träning, idrott och trädgårdsarbete (a.a.). När det hänvisas till fysisk aktivitet för att ”främja hälsa, minska risk för kroniska sjukdomar, förebygga förtida död samt för att bevara eller förbättra fysisk kapacitet som kondition och styrka” (Jansson, Hagströmer & Anderssen, 2015, s. 2) lyder rekommendationen från Statens Folkhälsoinstitut att en vuxen person, 18 år och uppåt, bör vara aktiv minst 150 minuter i veckan fördelat på minst tre dagar. Den fysiska aktiviteten bör vara av minst måttlig intensitet och medföra en ökning av puls och andning, exempelvis en rask promenad (a.a.). Det föreligger otvistliga bevis för att regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för en rad kroniska sjukdomstillstånd och minskar förtida död. Därutöver påvisar Warburton, Nicol & Bredin (2006) i sin litteraturoversikt att den största hälsovinsten görs hos dem som blivit fysisk aktiva efter att varit fysiskt inaktiva.

På senare tid har hälsoproblem relaterade till fysisk inaktivitet uppmärksammas. Fysisk inaktivitet innebär att ovanstående rekommendationer inte uppfylls. Otillräcklig fysisk

aktivitet medför en förhöjd risk för sjukdom och bidrar till sjukdomstillstånd som hjärt-kärlsjukdom, diabetes och cancer. Fysisk inaktivitet rapporteras vara den fjärde största orsaken till förtida död (WHO, 2010).

2.5 Fysisk aktivitet i alkoholvården

Flera effektstudier har bidragit med inledande men begränsat stöd för att fysisk aktivitet kan förbättra behandlingsresultaten av sedvanlig alkoholbehandling (Brown et al., 2010, 2014; Weinstock, Barry & Petry, 2008). En systematisk litteraturstudie vars syfte var att utvärdera effekten av fysisk aktivitet på substansrelaterade sjukdomar gjord av Zschucke, Heinz och Ströhle (2012) fann att fysisk aktivitet minskar antalet dryckesperioder, minskar alkoholsug samt ökar antalet dryckesfria dagar. Resultatet visade även att fysisk aktivitet hade effekt på de sjukdomstillstånd som är relaterade till skadliga alkoholvanor såsom stress, oro, ångest och depression. Ytterligare en översikt där både teoretisk och empirisk litteratur ingick påvisade att en viktig faktor i vidmakthållandet av ändrade alkoholvanor är möjligheten till socialt umgänge i en alkoholfri miljö, vilket fysisk aktivitet i grupp kan erbjuda (Read & Brown, 2003). Effekten av fysisk aktivitet har med andra ord potential att påverka flera av de faktorer som kan leda individen in i ett återfall.

Read et al., (2001) genomförde en studie där patienter under behandling för alkoholmissbruk/-beroende tillfrågades om deras attityder till fysisk aktivitet och fann att patienter var positiva till att erbjudas fysisk aktivitet som en del av alkoholbehandlingen. Liknande resultat står att finna i en amerikansk studie av Stoutenberg, Warne, Vidot, Jimenez och Read (2015) där de i en enkätundersökning tillfrågade patienter undergående alkoholbehandling gällande deras attityder och preferenser kring fysisk aktivitet. Båda dessa studier visade att patienterna upplevde vinster som förbättrad hälsa, ökat självförtroende och ökad upplevd självförmåga som ett resultat av den fysiska aktiviteten. Brist på motivation och kostnader visade sig vara de största hindren för att patienten skulle initiera någon form av fysisk aktivitet.

Statens Folkhälsoinstitut har skrivit rekommendationer för hur sjukvården på ett strukturerat sätt kan använda fysisk aktivitet som behandling till patienter med alkoholberoende eller alkoholmissbruk (Proschanka, 2008). Fysisk aktivitet på recept [FaR®] kan användas både i abstinensfasen, med lättare fysisk träning som promenader 15-20 minuter tre till fyra gånger i veckan, och i efterföljande behandling med medelintensiv till högintensiv träning exempelvis cykling, löpning och/eller bollspel i genomsnitt tre till fyra gånger i

veckan. Uppföljning och utvärdering av den fysiska aktiviteten görs med hjälp av både objektiva och subjektiva mätningar, vilka även kan användas som motivationshöjande element i syftet att få till stånd en stadigvarande livsstilsförändring hos patienten (Kallings, 2011).

Det finns även beskrivet tillstånd där fysisk aktivitet är kontraindicerat vid alkoholbehandling, exempelvis vid grav hjärtinsufficiens, okontrollerad arytni, nyligen genomgången hjärtinfarkt och svår neuropati (Prochazka, 2008). Att erbjuda fysisk aktivitet som ett tillägg till befintlig behandling ska dock ses som ett behandlingsalternativ med få risker och verksamt i att motverka flera av de problem som alkohol för med sig (Linke & Ussher, 2014).

2.6 Sjuksköterskans roll och ansvar inom psykiatrisk vård

Alkoholbehandling som utförs av landstingen i Sverige ligger inom den psykiatriska vårdens verksamhetsområde. Inom den psykiatriska vården arbetar både grundutbildade sjuksköterskor såväl som specialistutbildade med inriktning inom psykiatrisk vård. Den specialistutbildade sjuksköterskan ska trygga att den omvårdnad som ges har en vetenskaplig kunskapsgrund som bas för de bedömningar och de val av åtgärder som ges till patienten (Wiklund-Gustin, Rydenlund & Kulzer, 2010). Den centrala målsättningen för både den grundutbildade- och den specialistutbildade sjuksköterskan är att främja hälsa och motverka ohälsa hos patienten utifrån ett holistiskt synsätt där individperspektivet betonas. Genom sitt förhållningssätt och olika omvårdnadsåtgärder ska sjuksköterskan därefter ge stöd för att främja goda levnadsvanor samt lindra sjukdom och lidande hos patienten (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). Författarna Jormfeldt och Svedberg (2010) betonar att den psykiatriska vården särskilt bör ställa sig frågan om patienten verkligen får stöd i att stärka sin hälsa eller om de åtgärder som ges endast inriktas på att minska sjukdom. Vidare påtalas att hälsofrämjande insatser bör ges utifrån ett salutogent perspektiv. Där åtgärder syftar till att ta hänsyn till individens personliga förutsättningar, både utifrån personens hälsa men även dennes miljö och på detta sätt underlätta för individen att ta kontroll över sin egen hälsa.

Kompetensbeskrivningen för sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård belyser att utgångspunkten för psykiatrisk omvårdnad är människans möjlighet att utvecklas (Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Insatserna riktas därför till att stödja individens förmåga att växa och uppnå självständighet. Vidare betonas att omvårdnad ska ges ur ett

helhetsperspektiv med hänsyn till de hälsoprocesser som medverkar och bidrar till hälsa. Genom att erbjuda åtgärder som på ett positivt sätt kan bidra till att patienten stärker sin egen förmåga till egenvård och återhämtning gynnas patientens oberoende och vårdbehovet minskas.

3. Teoretisk utgångspunkt

Vald teoretisk utgångspunkt för att diskutera studiens resultat är Dorothea Orem's (2001) teorier om egenvårdsbrist, egenvård och omvårdnadssystem. Denna teori bygger på antaganden om individens kapacitet och möjlighet att uppfylla sina hälsobehov och de omvårdnadsbehov som eventuellt bör tillgodoses. Orem's definition av hälsa utgår från WHO's definition som "the state of being whole or sound" (2001, s.184). Där *sound* står som begrepp för kraft och styrka och *whole* för att inget har utelämnats eller ignorerats. Det är utifrån denna Orem belyser att den enskildes hälsa påverkas av det vårdssystem som samhället använder sig av. Ett fungerande system bygger på rådande kunskapsläge om samhället och dess invånare i förhållande till hälsa och ohälsa. Utöver det faktum att samhällets ekonomiska- och materiella resurser påverkar både vårdens kapacitet och vårdpersonalens insatser, bidrar den enskildes hälsovanor och dennes egenvård i hög grad till att påverka individens hälsa (a.a.).

Egenvård definieras som den personliga vård som individen kräver för att klara sin egen funktion och utveckling. Innebärande de handlingar och aktiviteter en vuxen person normalt och frivilligt engagerar sig i för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Den som är sjuk kan behöva assistans genom direkt hjälp, information eller vägledning för att initiera eller utföra dessa egenvårdshandlingar (Orem, 2001). Egenvård bygger dock på en insikt och förståelse för att ett behov finns och är därför avhängig kunskap och information.

Orem (2001) menar att alla människor har förmåga till egenvård, detta innebär dock inte att alla tar initiativ till att utföra det. Egenvårdsbrist innebär att individen på grund av olika faktorer misslyckas i att tillgodose sina egenvårdsbehov. Dessa brister kan bero på bland annat ålder, miljö, sjukdom eller bristande kunskap. Sjuksköterskans kompetensområde omvårdnad innebär organiserade insatser för att hjälpa personer att fylla sitt eget egenvårdsbehov. Omvårdnadssystemet innebär sjuksköterskans färdighet att avgöra om det finns omvårdnadsbehov som bör tillgodoses, det vill säga; bär patienten på egenvårdsbrister som kräver en eller flera omvårdnadsåtgärder i form av exempelvis stödjande och/eller

undervisande insatser. Målet är att stärka patientens förmåga att själv kunna påverka sin egen hälsa.

4. Problemformulering

Det skadliga bruket av alkohol bidrar till sjukdom, funktionsnedsättning och förtida död världen över. Förutom negativ påverkan på hälsan leder skadlig konsumtion av alkohol till socioekonomiska konsekvenser på både individ- och samhällsnivå. De behandlingsalternativ som ges till personer med problematiska alkoholvanor är främst medicinska och/eller terapeutiska åtgärder. Återfall i den problematiska alkoholkonsumtionen är dock relativt vanligt. Det föreligger därför ett behov att fortsätta utveckla den vård som ges till personer inom alkoholvården.

Fysisk aktivitet är en omvårdnadsåtgärd som sjuksköterskan inom området för sin profession kan använda sig av för att främja goda levnadsvanor, lindra sjukdom och som förutom detta även stärker patientens möjlighet till egenvård. Forskning indikerar att fysisk aktivitet är ett bra komplement till sedvanlig alkoholbehandling med positiv effekt på både alkoholsug, alkoholintag och abstinens men framförallt på de psykiska sjukdomstillstånd som en hög alkoholkonsumtion medför. Trots forskning kring den potential fysisk aktivitet kan ha som behandlingsalternativ för patienter med skadligt alkoholbruk och alkoholberoende finns inget skrivet kring huruvida åtgärden används i det kliniska arbetet. Utifrån att fysisk aktivitet är en omvårdnadsåtgärd är det av intresse att studera om och på vilket sätt fysisk aktivitet främjas hos patienter med alkoholproblematik. Ett sätt att göra detta är att studera det utifrån sjuksköterskans perspektiv.

5. Syfte

Att beskriva sjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter av fysisk aktivitet för patienter med skadligt alkoholbruk och alkoholberoende.

6. Metod

För att söka individperspektivet kring det givna syftet med studien och beskriva erfarenheter kring ett fenomen valdes kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer som metod.

Enligt Polit och Beck (2012) syftar kvalitativa studier till att söka en djupare förståelse gällande ett fenomen för att ge en bredare bild än vad kvantitativ forskning kan ge, särskilt när det inte finns så stort kunnande om ett ämne. Intervjun ger forskaren möjlighet att i dialog med informanten undersöka ett ämne där frågor och följdfrågor anpassas utefter samtalets gång och förhoppningsvis mynnar ut i rikliga beskrivningar kring ämnet. Forskningsintervjun är dock inte ett samtal mellan två gelikar vilket Kvale och Brinkmann (2014) påpekar, utan ska ses som ett professionellt samtal där forskaren leder samtalet och genom strukturerade frågor och noga lyssnande arbetar sig fram till den intervjuades erfarenheter.

6.1 Urval

Valda inklusionskriterier var sjuksköterska verksam på mottagning inom beroendevårdens öppenvård, med erfarenhet att möta patienter med skadligt alkoholbruk eller alkoholberoende. Kontakt togs med verksamhetssekreteraren för beroendevården i en större svensk stad. Via denne kunde sedan ett skriftligt samtycke inhämtas från ansvarig verksamhetschef (*Bilaga 1*). Via e-post kontaktades därefter chefssjuksköterskor på beroendemottagningar inom öppenvården, med förfrågan om hjälp att sprida det bifogade informationsbrevet till mottagningarnas sjuksköterskor (*Bilaga 2*). En förfrågan utgick även till chefssjuksköterskorna om undertecknad kunde komma ut på plats och informera anställda sjuksköterskor om möjlighet att delta. Avsikten var från start att inte fastställa antal intervjupersoner utan att datainsamlingen skulle fortgå fram till dess syftet var besvarat (Kvale & Brinkmann, 2014). Men med hänsyn till att intervjuerna förlades under arbetstid och därmed påverkade befintlig verksamhet togs beslutet att försöka rekrytera sex till åtta informanter. Sammantaget rekryterades sju sjuksköterskor i åldersspannet 34-59 år. Sex kvinnor och en man med fem månader upp till 23 års erfarenhet inom beroendevården. Samtliga informanter fick skriva på ett informerat samtycke omarbetad utifrån mall för forskningspersonsinformation och informerat samtycke framtagen av Etikprövningsnämnderna och Nationella Biobanksrådet (Uppsala Biobank, 2012) (*Bilaga 3*). För att förenkla för sjuksköterskornas deltagande förlades intervjuerna till deras arbetsplatser, där den utfördes i ett avskilt rum utsett av informanten.

6.2 Datainsamling

Som metod för datainsamling användes semistrukturerade intervjuer, detta är enligt Kvale och Brinkmann (2014) ett sätt för forskaren att styra intervjuerna så att insamlad data håller sig

inom området för syftet av studien. En intervjuguide användes för att säkerställa att intervjun höll sig inom det område som skulle studeras (*Bilaga 4*). Polit och Beck (2012) anser att frågor som ger ”ja” och ”nej” svar ska undvikas och att öppna frågeställningar istället ska eftersträvas, detta för att få ett så rikt material som möjligt kring det fenomen som ska studeras. Även följdfrågor användes, som exempelvis: På vilket sätt? Kan du ge ett exempel? Kan du berätta mer? Efter två provintervjuer diskuterades frågeguiden med en kollega varvid den kom att revideras något för att bättre fånga det tänkta syftet. Samtliga intervjuer pågick under våren 2016 under en period om sammanlagt tre veckor. Intervjuerna pågick mellan 12 och 35 minuter.

Avgörande för utgången av en intervju är hur den inleds (Kvale & Brinkmann, 2014). För att informanten skulle känna sig väl till mods gavs en kort introduktion till syftet med intervjun och denne tillfrågades huruvida det fanns några frågor inledningsvis. Mot slutet av intervjun rundades den av med en återkoppling till informanten med det viktigaste som framkommit och informanten tillfrågades om det fanns något ytterligare som denne ville ta upp. Detta kan leda till ytterligare material från informanten (a.a.). En arbetsjournal användes för att löpande notera svårigheter och nya insikter under datainsamlingen för att sedan kunna vara till hjälp under analysen, verifieringen och rapporteringen av undersökningen. Varje inspelad intervju transkriberades ordagrant för att fenomenet lättare skulle kunna analyseras (a.a.).

6.3 Dataanalys

Det insamlade materialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (Elo & Kyngäs, 2007). Analysen baserades på texter av informanternas erfarenheter och generella slutsatser drogs utifrån specifika fynd i texten. Teman och mönster i insamlat datamaterial identifierades genom att bryta ner data i mindre enheter. Dessa kodades och namngavs enligt innehållet de representerade (a.a.).

Elo och Kyngäs (2007) nämner tre steg i analysfasen, dessa är förberedelse, organisering och rapportering. Förberedelsen innebar ställningstagande kring huruvida texten skulle ha induktiv eller deduktiv ansats samt vilka delar i texten som skulle analyseras. Eftersom det inte stod att finna någon tidigare forskning inom området ansågs den induktiva ansatsen vara bättre lämpad (a.a.). Endast det manifesta innehållet i texten transkriberades, således utelämnades exempelvis tystnad och skratt från analysprocessen. För att bli väl bekant med texten lästes den flera gånger (a.a.).

Första steget i att organisera insamlad data var den öppna kodningen. Enligt Elo och Kyngäs (2007) ska tankar, idéer och ställningstaganden som identifieras i texten koder och noteras i marginalen på den transkriberade texten. För att underlätta detta moment färgmarkerades meningsbärande enheter i den transkriberade texten för att därefter koder. De meningsbärande enheterna överfördes tillsammans med koderna till ett separat kodblad. Koderna särskildes från varandra varefter grupperingen påbörjades genom att sammanföra de koder som ansågs passa ihop. För att skapa kategorier och på så sätt skapa förståelse och kunskap för fenomenet, abstraherades grupperna genom att föra samman de grupper som hörde ihop. Slutligen namngavs grupperna efter innehåll. Sammantaget bildades sju underkategorier som sedan grupperades under två huvudkategorier. Elo och Kyngäs (2007) påtalar att rapporteringen innebär att på ett trovärdigt och transparent sätt redogöra för hur data analyserats för att nå ett resultat. Analysprocessen exemplifieras därför enligt matris (Bilaga 5).

7. Forskningsetiska överväganden

I den kvalitativa intervjun inhämtas kunskap genom en interaktion mellan intervjuare och den som blir intervjuad. Etiska riktlinjer för nordisk omvårdnadsforskning (Vård i Norden, 2003) belyser fyra principer som forskaren bör ta hänsyn till: principen om autonomi, principen om att göra gott, principen att inte skada och principen om rättvisa. Dessa principer omfattar områden som Vetenskapsrådet (2002) och Kvale & Brinkmann (2014) diskuterar vara viktiga för en forskare. Dessa är *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*.

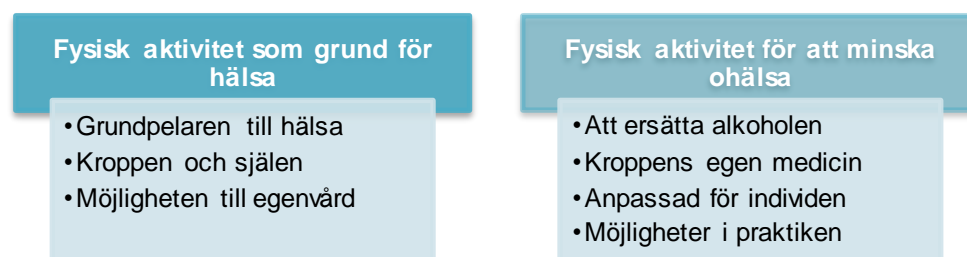
Samtyckeskravet uppfylldes genom att inhämta ett godkännande från verksamhetschefen, att få tillfråga och genomföra intervjuer på sjuksköterskor verksamma inom klinisk öppenvård. Därefter informerades informanterna om upplägget av studien samt det frivilliga deltagandet som innebär att denne när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien. Ett informerat samtycke gavs för underskrift till deltagarna. I det informerade samtycket ingår uppgifter kring anonymitet, samt på vilket sätt intervjumaterialet kommer användas.

Konfidentialitetskravet uppfylldes i den mån att inspelat material förvarades på så sätt att obehörig inte kunde ta del av det samt genom att det i resultatet inte går att härleda uppgifter till någon informant. I avrapporteringen går det således inte att identifiera uppgiftslämnaren. Informanternas person- och kontaktuppgifter fanns tillgängliga för forskaren men på ett sätt att obehöriga inte kunde ta del av dem. Något som beaktades inför datainsamlingen var

beslutet att genomföra intervjuerna på informanternas arbetsplatser, eftersom detta kan äventyra informanternas anonymitet gentemot exempelvis kollegor. Efter genomgång av undersökningsområdet var dock bedömningen att ämnet eller frågorna i föreliggande studie inte är av sådan karaktär att informanterna skulle riskera löpa skada. *Nyttjandekravet* uppfylldes genom att insamlad data endast användes för forskningsändamål, vilket informanterna informerades om i det skriftliga samtycket.

8. Resultat

Dataanalysen resulterade i två huvudkategorier och sju underkategorier vilka presenteras enligt figur nedan.



Figur 1: Huvudkategorier och underkategorier

8.1 Fysisk aktivitet som grund för hälsa

Alla informanter hade erfarenhet av att samtala med sina patienter om fysisk aktivitet, både för den kroppsliga och den psykiska hälsan men även för den inre upplevelsen av att må bra och öka sitt välbefinnande.

8.1.1 Grundpelaren till hälsa

Sjuksköterskorna var av uppfattningen att det i professionen ingick att ta fram det friska hos patienten och förde därför samtal om fysisk aktivitet som en grundläggande del i att ta hand om sin kropp, sin hälsa och sitt välmående. Att ta fram det friska innebar även att kunna lyfta patientens fokus bort från de negativa konsekvenser som alkoholkonsumtionen fört med sig. Som en informant påpekade var det betydelsefullt att behandlingen inte enbart innebar att grotta ner sig i sådant som inte fungerar.

Fysisk aktivitet beskrevs som en grundpelare till hälsa, något som naturligt bör finnas med i livet och vardagen hos patienten. Det var ett fundament för att må bra och att de med

alkoholproblematik behövde detta basala, ibland mer än andra, eftersom det fanns en erfarenhet att patienter med skadligt alkoholbruk/alkoholberoende inte ägnade sig åt fysisk aktivitet i adekvat omfattning. Tillsammans med kost och sömn ansågs den fysiska aktiviteten utgöra en grundläggande faktor för patientens hälsa och för att upprätthålla den.

Jag jobbar som sjuksköterska på beroendemottagningen och jag möter patienter som försöker dricka måttligt eller bli helnyktra och då, då har jag det här också. Man ska sova man ska äta man ska röra på sig. Det är grundpelarna. För att må bra. (Informant 5).

Det vardagliga livet med rutiner var ett begrepp som sjuksköterskorna ansågs vara av vikt för patienten. Enligt informanterna hade deras patienter stora brister i detta, ofta som en följd av alkoholvanorna. Att förändra sina alkoholvanor ingick därför i kontexten livsstilsförändring. Den fysiska aktiviteten var här ett viktigt moment i att hitta tillbaka till det dagliga livet med en strukturerad vardagsrytm, där en god kosthållning, sömn och motion bidrog till hälsa och kunde påskynda tillfrisknandet. De olika levnadsvanorna ansågs ha en inbördes positiv påverkan på varandra. På så sätt kunde den fysiska aktiviteten påverka de övriga levnadsvanorna och därigenom hälsan och de dagliga rutinerna i positiv riktning. Informanterna påtalade att patienterna ofta led av sömnbesvär och hade dålig kosthållning vilket påverkade alkoholintaget och vice versa. Den fysiska aktiviteten kunde bidra till en bättre sömn och aptit.

Det kan vara att man sover bättre. Att man blir naturligt trött. Man blir också gladare, att välmåendet höjs. Man kan få bättre aptit. Äta bättre. Att det blir flera positiva effekter av den fysiska aktiviteten. (Informant 3)

Det fanns en salutogen medvetenhet hos informanterna, där fysisk aktivitet och dess bidrag till att främja hälsa var genomgående. Samtal kring huruvida patienten var fysiskt aktiv kom därför förr eller senare alltid på tal. Men fysisk aktivitet som en del av patientens vardag kunde även ha en annan innebörd. En informant poängterade att en viss grupp av patienter med problematiska alkoholvanor även tränade fysisk aktivitet regelbundet.

Tycker jag har träffat på bra många (...) och då att man använder alkoholen antingen, eller motionen antingen för att rättfärdiga sitt drickande så att säga... jag har sprungit en mil så kan jag unna mig att dricka så att säga och så länge jag kan springa så här mycket så, så, så behöver jag inte göra någonting åt min alkoholkonsumtion. (Informant 1)

En annan informant påtalade också detta fenomen och kopplade samman beteendet med ätstörningen anorexi samt ortorexi, en typ av tvångsmässig fixering vid kost och motion, och beskrev att en del individer har en tendens att ha flera negativa beteenden.

8.1.2 Kroppen och själen

Informanternas beskrivning var genomgående holistisk, där det fysiska och psykiska ansågs vara beroende av varandra gällande aspekten hälsa och välmående. Att kroppen och själen hör ihop och att fysisk aktivitet hade en viktig roll i denna balans. Patienterna ansågs vara i behov av att stärka sig själva både psykiskt och fysiskt och målet med den fysiska aktiviteten var bland annat dess bidrag till ett lugn i både kropp och själ.

Alltså allting hör ihop. Kropp och själ tror jag. Vi människor är skapta att röra på oss. Sitter vi stilla länge så mår vi inte bra. (Informant 4)

Att tänka på helheten och sammanlänka kroppen med själen påtalades av flera informanter. En informant belyste att är kroppen inte glad är inte själen det heller. Den fysiska aktiviteten med dess positiva inverkan ansågs bland annat påverka känsloläget och kunde på så sätt hjälpa patienten att må bättre om han eller hon var arg eller ledsen.

Samtidigt som fysisk aktivitet ansågs vara en grundpelare och bidrog till tillfrisknande innebar det holistiska synsättet en förståelse för att den fysiska aktiviteten inte kunde prioriteras alla gånger utan där andra åtgärder fick komma före, exempelvis sociala insatser. För att tillfriskna behövde hela människan ses i hela sitt sammanhang, utifrån den fysiska, psykiska och den sociala kontexten. En informant påpekade att det inte är så lätt att sluta dricka och träna om ekonomin är i kaos.

8.1.3 Möjligheten till egenvård

Majoriteten av informanterna beskrev att fysisk aktivitet kunde vara ett sätt för patienten att självständigt påverka sin egen hälsa i positiv riktning. Att vara fysisk aktiv ansågs kunna ge en relativt snabb belöning, dels i ett välbefinnande direkt efter träning och i förlängningen en belöning i en stark kropp och stabilt psyke. Detta var av betydelse då det fanns en erfarenhet av att patientgruppen ofta hade låg tilltro till den egna kapaciteten. Den fysiska aktivitetens effekt på kroppen ansågs var lätt för patienten att uppleva både i ökad kondition men även i ökad fysisk styrka. Resultatet kunde utmynna i en ökad nöjdhet med sig själv, något alla informanter ansåg att patienterna var i behov av.

Men jag tänker också för personer med alkoholberoende, alkoholproblem så blir det ju extra viktigt med den fysiska aktiviteten för att hitta tillbaka, alltså känna sig nöjdare med sig själv kanske. Att man gör någonting aktivt för att må bra. Man gör någonting för sig själv och att man ganska direkt får en positiv upplevelse. En positiv effekt av den fysiska aktiviteten. (Informant 3)

Att patienten skulle hitta tillbaka till det liv och den person han eller hon hade varit innan alkoholen fick ta för stor plats beskrevs vara av vikt utav flera sjuksköterskor. Här kunde den fysiska aktiviteten bidra genom att patienten aktivt beslutade att genomföra något som kunde resultera i hälsovinster, gav vardagsrutiner och en ökad tilltro till att vara kapabel. Detta gav makt över sitt eget liv och bidrog som en informant påtalade till att stärka autonomin. Den fysiska aktivitetens positiva effekter på hälsan kunde även bidra till att minska patientens behov av insatser från vården.

Dels för att minska den farmakologiska behandlingen. Att få bort ångesten kanske på ett naturligt sätt. Och att det är ju också är någonting som patienten kan påverka och styra, och att slippa mediciner är ju också en frihet för patienten. Att det blir en egen makt över sitt eget liv då. Autonomi. (Informant 3)

Ytterligare en effekt av den fysiska aktiviteten var att den ansågs kunna ge patienten ett snabbt mätbart resultat och något att glädjas åt. En sjuksköterska uttryckte att förändringen av alkoholvanor var lite av en ökenvandring där den positiva effekten av att avstå alkohol först kom efter några månader. Den snabba effekten av den fysiska aktiviteten kunde då underlätta den i jämförelse långsamma process det är att uppnå positiva effekter av förändrade alkoholvanor.

8.2.1 Fysisk aktivitet för att minska ohälsa

Alla informanter använde sig av fysisk aktivitet som en omvårdnadsåtgärd i behandlingen av patienterna. Under patientsamtalen sökte de fråga, informera och motivera patienten kring den fysiska aktiviteten. Strukturen för hur och när detta skulle ske i samtalet formades av sjuksköterskorna själva. Mycket av insatserna gällande den fysiska aktiviteten innebar att hjälpa patienten att hitta något att ersätta alkoholen med. Det framgick även att det var av stor vikt att hjälpa patienten till att hitta rätt nivå på den fysiska aktiviteten.

8.2.2 Att ersätta alkoholen

Alla sjuksköterskor hade erfarenhet av att patienternas vardag kretsade kring tankar och beteenden kopplade till alkohol och att det upptog mycket av deras tid. Alkoholen bidrog till

och underhöll ett minskat socialt liv, minskat fritidsintresse och obalans i dagliga rutiner. För att lättare uppnå och upprätthålla förändrade alkoholvanor i en vardag som kunde sakna aktiviteter ansåg informanterna att det kunde vara till hjälp för patienten att fylla tomrummet efter alkohol med något annat. Informanterna belyste att patienterna ofta hade svårigheter att hitta ett sådant alternativ. Här undersökte sjuksköterskorna huruvida fysisk aktivitet kunde vara patienten till hjälp. Informanterna resonerade kring behovet att byta ut alkoholen mot något annat.

Men jag tyckte... tänker mycket att det handlar om att man ska hitta ett alternativ till att dricka. För det är ofta det som är problemet för patienterna. (Informant 2)

Det är väl ofta så man har ett beteende som och så ska man sluta med någonting så kan det vara svårt att bara sluta och då är det väl bra att hitta någonting annat nytt att göra, och då kan jag tänka mig att fysisk aktivitet är en bra sak. (Informant 3)

Några informanter poängterade att fysisk aktivitet var en lösning, men kanske inte nödvändigtvis en enskild sådan och inte för alla. Alla livets pusselbitar ansågs behöva fungera utan alkohol och att öka den fysiska aktiviteten kunde vara ett alternativ av flera. Men att aktivera sig genom fysisk aktivitet, få struktur i vardagen, minska oro och ångest ansågs vara av vikt för att kunna bryta beteende och motverka återfall.

Ja, det kan man gott säga att man märker att dom som, som rör på sig mycket, promenerar, går på gym och sådär får lite struktur istället. Dom måste ersätta alkoholen med något annat. Och gör dom det så lyckas dom bättre med att inte ta ett återfall. Det är min erfarenhet. (Informant 7)

Patienterna upplevdes behöva lära sig att ställa om fokus och se möjligheter till sådant som de kunde göra och inte bara fokusera på sådant som de inte fick göra, det vill säga dricka alkohol. Här ansåg informanterna att fysisk aktivitet kunde underlätta även den processen. Att därtill få de positiva effekter som den fysiska aktiviteten kunde ge och dessutom relativt snabbt ansågs gynna patienten.

8.2.3 Kroppens egen medicin

Informanterna berättade om den fysiologiska effekten av fysisk aktivitet och dess effekt på patientens ohälsa. Sjuksköterskornas kliniska erfarenhet gjorde gällande att patienter med skadligt alkoholbruk/alkoholberoende ofta led av depressions och ångestbesvär.

Informanterna hade kunskap om att fysisk aktivitet bidrog till att höja hjärnans dopamin- och

serotoninnivåer och på så sätt kunde lindra dessa tillstånd hos patienten. Genom att vara fysiskt aktiv kunde patienterna även skingra obehagliga tankar och ångest, exempelvis med en promenad istället för med alkohol.

Sjuksköterskorna beskrev att patienterna kunde uppleva ett alkoholsug eller en stark längtan efter alkohol. Här kunde den fysiska aktiviteten bidra till att patienten kunde hantera denna längtan efter alkohol bättre och lättare. Informanterna framhöll även att fysisk aktivitet aktiverade kroppens eget belöningssystem, med frisättning av endorfiner, som på ett naturligt sätt kunde ge en känsla av välbehag och välmående hos patienten. Detta var av vikt eftersom alkohol hade påverkat hjärnans belöningssystem negativt.

Men då pratar vi ju det som, alltså det här med lyckohormoner och att det är kroppens egen, egna drog som man kan frigöra genom motionen. (Informant 2)

Den fysiska aktiviteten var ett sätt för patienten att bygga upp kroppen igen, att bli starkare fysiskt och uppleva ett psykiskt välbefinnande. En informant beskrev att flera patienter var missnöjda med att de gått upp i vikt på grund av alkohol, dålig kosthållning och inaktivitet. Patienter som då initierade någon form av fysisk aktivitet hade lättare att gå ned i vikt och komma i bra form igen. De kroppsliga positiva effekterna av den fysiska aktiviteten ansågs vara ett effektivt incitament för patienten att inte återuppta den problematiska alkoholkonsumtionen igen eftersom de då riskerade förstöra det som de för egen kraft byggt upp.

8.2.4 Anpassad för individen

Det förekom ett patientcentrerat förhållningssätt gentemot patienterna där sjuksköterskorna påtalade betydelsen av att patienten gjordes delaktig i beslut kring val av fysisk aktivitet. De tillfrågade ansåg att det var av stor vikt att patienten valde en motionsform som de tyckte om vilket kunde vara olika från individ till individ. Det var av betydelse att sjuksköterskan inte utgick från sig själv vid rådgivningen kring patientens val av fysisk aktivitet. Valet skulle utgå från patientens kapacitet och vad fysisk aktivitet innebar för just den personen.

Han sa det, att nu känner jag så fort jag liksom känner att det är lite jobbigt, då går jag och tränar. Då går han på gym, det är hans melodi. Men alla har ju olika. Vissa går och simmar. Vissa tar en promenad så att det är lite olika. (Informant 7)

Som olika alternativ av fysisk aktivitet nämndes promenader, cykling, simning, löpning eller att gå på gym. Här ansåg sjuksköterskorna att vårdandet bestod i att tillsammans med patienten väcka idéer och motivera kring olika alternativ för att hitta en lämplig träningsform som också blir av. Det fanns en erfarenhet hos informanterna att de flesta patienter vid något tillfälle i livet varit fysisk aktiva och det framhölls att patienten i flera fall minskat eller slutat helt sin fysiska aktivitet till följd av det alltmer ökade alkoholintaget. Att återväcka intresse kring patientens tidigare erfarenheter av fysisk aktivitet framhölls som ett bra sätt att motivera patienten och då återväcka positiva minnen kring hur den fysiska aktiviteten påverkat personen fysiskt, psykiskt och socialt.

- Ja, jag simmade mycket.

- Jaha, simmade mycket. Gör du ingenting nu?

- Näe.

- Längtar du inte?

- Joo.

(...) Men det kommer liksom tillbaka... väcka de här gamla minnena av att vara vältränad, att vara i sammanhang. Känslan av hur man mådde då.

(Informant 6)

Alla sjuksköterskor beskrev att det kunde vara svårt att få patienten till att initiera aktiviteten trots att där fanns en önskan. Informanternas kliniska erfarenhet var av den att det fanns en igångsättningsproblematik av olika anledningar. Ofta handlade det om motivationen, att ta steget till att komma igång. En sjuksköterska påtalade att det kunde ta flera motiverande samtal innan den där den där cykeln slutligen togs fram från förrådet. Det kunde även finnas en bakomliggande depression och/eller nedstämdhet hos patienten vilket kunde påverka initiativförmågan negativt eller att de övriga grundpelarna kost och sömn var i obalans vilket resulterade i energilöshet.

Sjuksköterskorna var av uppfattningen att det fanns en del patienter som var lättare att motivera till fysisk aktivitet än andra. Till dem hörde de som hade tidigare erfarenhet av att vara fysisk aktiva. Det upplevdes som svårare att motivera de som inte alls hade denna erfarenhet. Ibland hade patienten helt enkelt ett ointresse trots att sjuksköterskan förmedlat hälsovinster av fysisk aktivitet, då var det viktigt att vara lyhörd inför detta. Flera informanter nämnde att den aktivitet patienten visade intresse för kunde kosta pengar och att individens ekonomiska situation då kunde vara ett hinder till att påbörja aktiviteten. Sjuksköterskorna sökte då motivera till alternativ som inte kostade något, exempelvis promenader eller stadens gratis utegym.

En annan viktig aspekt var att patienten hittade en lämplig träningsnivå. Detta var av betydelse för att det skulle bli en kontinuitet i träningen och framförallt för att patienten inte skulle känna att det blev övermäktigt. Rätt nivå handlade både om rätt intensitet på träningen men även om hur ofta den skulle utföras. Även här var utgångsläget individanpassat, att det som passar för en kanske inte passar för en annan. Att börja i lagom skala för att sedan öka på succesivt ansågs vara viktigt för vidmakthållandet.

Det är ju för att personen ska känna att dom klarar av det. Att det inte blir övermäktigt. Att liksom ha som ambition att springa en mil om dagen kan bli ett misslyckande. Att man inte orkar det kanske direkt utan att man behöver öka succesivt sin fysiska aktivitet. (Informant 3)

Att börja på rätt nivå sågs särskilt viktigt då personer med skadligt alkoholbruk/alkoholberoende uppfattades bära på en låg självkänsla och dåligt självförtroende. En sjuksköterska uttryckte det som självförakt. Att då av egen vilja och styrka göra något för att påverka hälsan var något positivt. Flera informanter uttryckte vikten av att patienten klarade av att genomföra uppsatta mål gällande den fysiska aktiviteten. Rätt nivå på den fysiska aktiviteten bidrog till ökad självkänsla.

Att man rör på sig och bara den här känslan av att dom, man åstadkommer någonting. Man kan känna sig lite stolt över sig själv efteråt. För det är ju någonting som patienterna... dom har ju ofta väldigt dålig självkänsla, känner sig misslyckade. (Informant 2)

Patientens vardag fick sätta ramarna gällande aktivitetsnivån. En del patienter var vana vid inaktivitet och vad som kunde räknas som fysisk aktivitet var därför olika. Det fanns hos patienterna stora individuella skillnader och referensramarna för fysisk aktivitet kunde vara väldigt olika.

Ja man måste gå in i rätt nivå till patienten och motivera på rätt sätt så att dom inte känner sig dåliga va för då blir det ju inte något resultat. Hon var jätteglad när jag tyckte att hon var duktig. Då hon hade gått 200 meter. Hon har suttit hemma i två år framför tv:n och ja, bara druckit. (Informant 7)

Visade patienten intresse till att vara fysiskt aktiv var det viktigt att följa upp och bekräfta de framsteg som gjordes, detta kunde påverka patientens motivation till fortsatt träning i positiv riktning. Det fanns också tillfällen då fysisk aktivitet inte passade och flera av informanterna ansåg inte att det var lämpligt att patienten var fysiskt aktiv under abstinensfasen, då var det viktigt att patienten vilade.

8.2.5 Möjligheter i praktiken

Rent praktiskt hade informanterna ingen tydlig struktur för när och på vilket sätt under behandlingens gång som samtal kring fysisk aktivitet ägde rum. Det skilde sig dessutom åt mellan informanterna. En informant förde det alltid på tal vid anamnesen men de övriga påtalade att det brukade falla sig naturligt någon gång under ett behandlingssamtal.

Ingen informant hade tänkt på att använda sig av Fysisk aktivitet på recept (FaR®) i sitt kliniska arbete med patienten. Sjuksköterskorna beskrev att när fysisk aktivitet väl ordinerades var detta något som läkarna gjorde men det ansågs också vara ett outnyttjat verktyg inom verksamheten. Informanterna såg en viss potential i att använda FaR® dels för att konkretisera den fysiska aktiviteten för patienten och dels för att det gav möjlighet till subventionerad träning. Det var övergripande att det saknades ett tydligt uppdrag inom verksamheten att använda sig av fysisk aktivitet som åtgärd i behandlingen.

Det är nog upp till oss själva hur vi hanterar det. Det finns ingen riktlinje så, ingen annan riktlinje. Tror inte det. (Informant 5)

Jo men jag tänker nog lite... alltså det hade ju varit tydligare om man hade jobbat liksom på en överviktsenhet eller någonting det är ett tydligare uppdrag. (Informant 2)

Det efterfrågades även rent praktiska möjligheter att erbjuda patienterna fysisk aktivitet som organiseras inom själva verksamheten. Detta ansågs kunna underlätta arbetet i att ha ett mer strukturerat upplägg och det fanns en tro på att fler patienter skulle bli fysiskt aktiva om detta kunde erbjudas. Det framkom flera idéer kring att ordna hälsogrupper på mottagningarna för information kring levnadsvanorna fysisk aktivitet, kost och sömn. Dit kunde patienter bjudas in för information samt ges en möjlighet till att skapa kontakt med andra och på så sätt finna gemensamma intressen inom ramen för fysisk aktivitet. Flera informanter såg även en möjlighet i att ha motionsgrupper som anordnades av mottagningen för exempelvis promenader i grupp. Här gav en sjuksköterska förslaget att anordna stegtävlingar för patienterna med syfte att öka deras motivation. Även idén att som sjuksköterska ha möjlighet att föra behandlingssamtal med patienten under en promenad istället för på mottagningsrummet framkom.

Ja dels kan jag tänka mig att det faktiskt finns patienter som kanske skulle må bättre av att man skulle ha en walk och talk session, istället för att sitta som vi gör nu. (Informant 6)

Åsikter kring vem som rent praktiskt skulle hålla i organiserad fysisk aktivitet inom verksamheten skilde sig åt mellan informanterna. Det framkom även andra förslag än att intresserade sjuksköterskor skulle hålla i den, såsom sjukgymnaster och hälsopedagoger.

9. Diskussion

9.1 Metoddiskussion

Studiens tillförlitlighet diskuteras utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet, konfirmerbarhet och överförbarhet enligt Lincoln och Guba (1985, refererad i Polit & Beck, 2012).

9.1.1 Trovärdighet

Trovärdighet innebär tillförlitligheten till att läsaren kan lita till korrektheten i insamlad data samt forskarens analys av den. Genom att utförligt beskriva metod i förhållande till studiens frågeställning och syfte ökar studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2012). Föreliggande studie har en kvalitativ design, vilket lämpade sig väl för att kontextualisera förståelse av sjuksköterskornas beskrivningar av sina kliniska erfarenheter. Av samma skäl valdes inte kvantitativ design eftersom fenomenet inte kan redovisas med kvantifierbara mått (Kvale & Brinkman, 2014).

Urvalet omfattande både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor, vilket troligtvis gynnade svarsresponsen för att medverka i studien. Det drog ut på tiden att finna intresserade informanter, detta hade troligtvis dröjt ännu längre om urvalet begränsat sig till exempelvis endast specialistutbildade sjuksköterskor. Dessutom ansågs det inte vara av relevans att särskilja urvalsgruppen eftersom båda professioner representerar den kliniska vardagen inom verksamheten.

Kvalitativ datainsamling ska enligt Kvale och Brinkman (2014) fortgå fram till syftet är besvarat. Avsikten var således att från start inte fastställa antal intervjupersoner men med tanke på att intervjuerna skedde under arbetstid kändes det lämpligt att i förväg informera verksamhetschefen kring hur många informanter som söktes. Sju stycken respondenter kan tyckas få, men materialet som erhöles av informanternas berättelser ansågs redan vid den sjätte intervjun uppfylla datamättnad. För att säkra mättnad av data påtalar Polit och Beck (2012) att forskaren kan inkludera en till två intervjuer extra även om det uppstått redundans, det vill säga när information upprepar redan etablerad information. Kvale och Brinkman

(2014) poängterar vidare att analysen av insamlad data är av större betydelse än antalet intervjuade informanter.

Datansamlingen genomfördes med enskilda semistrukturerade intervjuer. De enskilda intervjuerna möjliggjorde att varje informant fick tid att utveckla sina svar utan påverkan av andra. En alternativ datansamlingsmetod är fokusgruppsintervjuer, där data samlas genom att informanterna för en diskussion med varandra i grupp. Forskaren tar här rollen som moderator för att alla ska komma till tals (Polit och Beck, 2012). Detta övervägdes som alternativ men valdes bort då det kan kräva en mer erfaren intervjuare.

Ett viktigt moment i att öka studiens trovärdighet är att utförligt beskriva analysprocessen och resultatet och på så sätt synliggöra samband mellan insamlad data och resultat (Elo & Kyngäs, 2007). Transparens har eftersträvat genom att ge läsaren en tydlig beskrivning över bildandet av kategorier och för att synliggöra och exemplifiera analysprocessen finns denna bifogad i bilaga. För att ytterligare bestyrka resultatet och öka transparensen har autentiska citat vävt in i resultatet.

9.1.2 Pålitlighet

Studiens pålitlighet utgår från frågeställningen om samma resultat skulle uppnåtts om undersökningen genomfördes vid ett annat tillfälle, med samma eller liknande urval i samma eller liknande kontext (Polit & Beck, 2012). Intervjuteknik är något som förutom teoretisk kunskap och noga planerande behöver praktiseras. Ju mer praktisk erfarenhet desto skickligare blir intervjuaren på att erhålla kunskap. Det går därför inte att utesluta att en intervjuare med mer erfarenhet av intervjusituationer hade fått ett annat resultat. Två provintervjuer genomfördes innan själva datansamlingen påbörjades, förutom att intervjuguiden bearbetades gav dessa även möjligheten att praktisera intervjuteknik. Kvale och Brinkmann (2014) påtalar att fördelen med den kvalitativa forskningsintervjun är informantens möjlighet till flera svarsmöjligheter samt möjligheten att förkasta de premisser som frågorna ställs på. Detta leder till en reflektion kring de följdfrågor som uppstår i samband med intervjutillfället eftersom de inte garanterar förutsättningarna för varje intervju. Intervjuerna genomfördes dock med ambition att skapa liknade förutsättningar för alla informanter.

9.1.3 Konfirmerbarhet

Konfirmerbarhet innebär hur väl resultatet motsvarar informanternas beskrivning av fenomenet och huruvida två eller fler forskare skulle få liknade resultat. Detta kriterium omfattar bland annat transparens samt hur forskaren hanterar bias som exempelvis sin egen förförståelse (Polit & Beck, 2012). Eftersträvan av transparens gjordes som beskrivits tidigare, genom att exemplifiera analysprocessen samt genom att belysa resultatet genom citat från informanterna.

I denna studie har förförståelsen, så som den presenteras i inledningen, reflekterats över både under datainsamling samt analysfasen för att inte påverka resultatet. Stora delar av författarens förförståelse bekräftades vid tematiseringen, det vill säga vid den litteraturgenomgång som krävdes för att skapa en teoretisk förståelse för fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2014). Huruvida detta påverkat resultatet är svårt att svara på eftersom förförståelsen samtidigt är nödvändig för att relevanta frågor ska kunna ställas och sättas i ett sammanhang. Polit och Beck (2012) påtalar att forskaren kontinuerligt under undersökningen bör reflektera kring de tankar och känslor som väcks för att inte påverka resultatet. Genom att notera tankar och svårigheter under och efter intervjutillfällena i en arbetsjournal söktes denna självreflektion. Resultatet presenterade dock nya fynd, exempelvis erfarenheten av att en del patienter med problematiska alkoholvanor tränade regelbundet. Detta indikerar att förförståelsen ändå hanterats på ett adekvat sätt.

9.1.4 Överförbarhet

Polit och Beck (2012) beskriver att en studies överförbarhet representerar huruvida den går att applicera till andra grupper eller sammanhang. Överförbarhet är en gemensam strävan där forskaren söker förse läsaren detaljerad information för att den senare ska kunna dra slutsatser om att extrapolera, det vill säga överföra resultaten till andra sammanhang. Genom en tydlig redogörelse av studiens kontext, urval av informanter, metodval, datainsamling samt analysprocess ges läsaren möjlighet att själv avgöra denna studies överförbarhet till en annan kontext (a.a.).

9.2 Resultatdiskussion

För att öka förståelsen för studiens resultat i förhållande till det givna syftet: *Att beskriva sjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter av fysisk aktivitet för patienter med skadligt alkoholbruk och alkoholberoende* kommer resultatet diskuteras utifrån de två

huvudkategorierna. Informanterna berättade om sina erfarenheter av fysisk aktivitet för den med skadligt alkoholbruk och alkoholberoende utifrån två perspektiv. Dels det hälsofrämjande, att fysisk aktivitet är bra för hälsa och välmående utifrån ett grundläggande egenvårdsbehov. Det andra perspektivet är utifrån att patienterna har symptom som bör behandlas och där fysisk aktivitet kan ha en aktiv roll i patientens tillfrisknande. Diskussionen förs i relation till ny litteratur samt studiens teoretiska utgångspunkt, Orem's egenvårdsmodell från 2001.

9.2.1 Fysisk aktivitet som grund för hälsa

Det faktum att kost, motion och sömn är av stor betydelse för patientens hälsa och tillfrisknande har anor långt bak i tiden. Hippokrates, läkekonstens fader, lär ha sagt ”*Om man kunde ge varje individ en passande mängd näring och motion, icke för lite, icke för mycket, skulle man ha den säkraste vägen till hälsa*” (Hippokrates, 400 f.Kr, refererad i Michels, 2003). Att människan behöver äta, sova och röra på sig regelbundet för att må bra betonades av majoriteten av informanterna med det framkom också att detta var något patienterna hade svårt att upprätthålla. Detta styrks av tidigare studier där det framkommit att det finns en generell uppfattning bland sjuksköterskor inom psykiatrisk vård att patienter med psykisk ohälsa är i dåligt fysisk skick (Happell, Scott Platania-Pung, & Nankivell, 2012; Erdner & Magnusson, 2011).

Orem (2001) belyser i sin teori om egenvård att människan har grundläggande behov som hon naturligt behöver tillgodose för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande och som sjuksköterskan bör ombesörja eller stödja individen till om han eller hon själv saknar möjlighet. Däribland *upprätthållande av balans mellan aktivitet och vila*. Detta grundläggande behov är kopplat till begreppet levnadsvanor som per definition utgör ett specifikt beteende i vardagliga aktiviteter som individen själv kan påverka (Orem, 2001; Socialstyrelsen, 2009). Begreppet återkom i informanternas beskrivning av fysisk aktivitet och andra beteenden som patienten på ett balanserat sätt dagligen bör aktivera sig i.

Sverige har med stöd i hälso- och sjukvårdslagen upprättat tydliga riktlinjer gällande sjukvårdens hälsofrämjande insatser för befolkningens med särskilt fokus på individens levnadsvanor eftersom de har samband med en rad sjukdomar. Insatserna bör genomsyra hela sjukvården och borde vara självklar i all vård och behandling. Det har dock visat sig att detta inte är lika väl implementerat inom hälso- sjukvårdens specialistvård (HSL, 1982:763,

Socialstyrelsen, 2011). Det är därför ett positivt fynd i studien att alla sjuksköterskor hade detta i åtanke i mötet med patienterna.

Sjuksköterskorna i studien beskrev att fysisk aktivitet var ett sätt att ta fram det friska hos patienten och på så sätt flytta patientens fokus från det som var negativt. Sett ur ett hälsofrämjande perspektiv innebär detta att möjliggöra för individen att se möjligheter och ta kontroll över sin hälsa. Detta styrks av en studie gjord av Cullen och McCann (2015) som utifrån ett patientperspektiv undersökte den roll fysisk aktivitet har för personer med psykisk ohälsa. Respondenterna i denna studie ansåg att fysisk aktivitet var en meningsfull aktivitet bortom diagnoser och ett sätt att komma in i en daglig rutin som kunde hjälpa deras tillfrisknande.

Orem (2001) betonar att hälsa bygger på ett system där basala villkorade faktorer påverkar och integrerar med varandra, vilka omfattas av individen, miljön och samhället. Dessa faktorer påverkar inte bara en individs egenvårdsbehov och egenvård utan även de insatser som sjukvården bör ge. Orem's teori om människans grundläggande behov gör därför gällande att sjuksköterskans roll är att stödja patienten till någon form av fysisk aktivitet om där föreligger en brist.

Omvårdnad ska ses som åtgärder som bidrar till att beakta patientens hälsoprocesser (Wiklund-Gustin, 2014). Svedenberg (2007) beskriver i sin avhandling betydelsen av hälsofrämjande omvårdnad inom psykiatrisk vård. Hennes studier visade att patientens hälsa främjas genom interaktion, uppmärksamhet och utveckling och där en god allians med patienten är av betydelse för de hälsofrämjande processerna. Utvecklingen av dessa processer gynnas genom att bekräfta patientens goda kvalitéer och uppmuntra denne att se nya möjligheter, bland annat genom information och visa på alternativ för att patienten själv ska kunna fatta beslut som främjar den egna hälsa. Med detta som utgångspunkt blir det inte främmande att informanterna framhöll vikten av att se helheten och ta fram det friska hos patienten. Happell, Scott, Platania-Pung & Nankivel (2012) genomförde fokusgruppsintervjuer med 38 sjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Utifrån studiens resultat framhölls att sjuksköterskan inom psykiatrisk vård bör ha en holistisk syn på individen utifrån det fysiska, psykiska och sociala och där den fysiska aktiviteten med dess sammantagna effekt på hälsan kan vara en strategi att förbättra individens totala hälsa. Detta belyser även Wand och Murray (2008) som i sin litteraturöversikt studerade fördelar med fysisk aktivitet inom psykiatrisk vård. Sammantaget överensstämmer fynden kring holistisk vård överens med Orem's (2001) definition av hälsa som "the state of being whole or sound".

Eftersom fysisk aktivitet är en levnadsvana som individen själv kan påverka framhålls det av informanterna som ett verktyg patienten kan använda för att påverka sin egen hälsa. Detta överensstämmer väl med Orem's teori om egenvård. Där människan regelbundet bör utföra vissa handlingar för att främja sin fysiska och psykiska hälsa i syfte att överleva, ha hälsa och välmående. En sådan process bör därför stödjas hos patienten. Enligt Orem ökar egenvård också möjligheten att ta kontroll över sin hälsa och på så sätt minska vårdbehovet. Vilket även påtalades av flera informanter i denna studie.

Ett fynd i studien, som går emot den gängse synen på att fysisk aktivitet bidrar till andra sunda levnadsvanor, är att en informant framhöll att vissa patienter med problematiska alkoholvanor tränade mycket och intensivt. Detta har tidigare presenterats i en epidemiologisk studie där data samlad mellan 2001-2005 jämförde prevalens av hård träning med prevalens av psykiatriska sjukdomar (Dakwar et al., 2012). Studien fann att intensiv träning korrelerade med alkoholberoende. En teori, vilket också påtalades av en informant, är att dessa individer tillhör den patientgrupp som förutom alkoholproblematik även har någon form av ätstörning och använder fysisk aktivitet för att kontrollera sin vikt. Detta samband fann Barry och Piazza-Gardner (2012) som med data från en amerikansk nationell studie, med drygt 22000 personer inkluderade, undersökte om fysisk aktivitet och ätstörningar kunde förutsäga dryckesvanor bland college studenter. Detta bör i så fall beaktas vid stödjande insatser kring fysisk aktivitet.

9.2.2 Fysisk aktivitet för att minska ohälsa

Den forskning som finns idag har bidragit till inledande stöd för att fysisk aktivitet kan medverka till att minska flera av de symptom som problematiska alkoholvanor kan medföra (Manthou et al., 2016; Stoutenberg, Rethorst, Lawson & Read, 2015; Hallgren, Romberg, Bakshi & Andréasson, 2014). Författarna hänvisar bland annat till dess positiva effekt på depressions- och orostillstånd, kognitiva förmågor samt individens egna upplevda hälsa. Informanterna var väl medvetna om dessa effekter och lyfte bland annat att minskad oro, stress, ångest och minskat alkoholsug som positiva effekter av den fysiska aktiviteten. De påtalade de fysiologiska effekterna på dopamin- och serotoninnivå och att den fysiska aktiviteten aktiverar kroppens egna endorfiner med effekter som ett ökat välbefinnande och välmående. Att sjuksköterskor inom den psykiatriska vården har en bred kunskap kring effekter av fysisk aktivitet och ställer sig positiva till den som åtgärd bekräftas av studier där

betydelsen av fysisk aktivitet studerats bland vårdpersonal (Faulkner & Biddle 2002; Erdner & Magnusson, 2011).

Det som främst lyftes i föreliggande studie var dock den fysiska aktivitetens roll som copingstrategi, det vill säga en effektiv hjälp för patienterna att bryta tidigare vanor och ersätta alkoholen. Den tid som tidigare ägnats åt alkoholintag kunde patienten använda till fysisk aktivitet och stärka kroppen och själen istället. Stöd för detta finns i studier som funnit att ökad medverkan i drogfria aktiviteter, bland annat fysisk aktivitet, bidrog till minskad substansanvändning och substansrelaterat beteende (Correia, Benson & Carey, 2005; Stoutenberg, Rethorst, Lawson & Read, 2015). Sammantaget blir dessa fynd av relevans för alkoholvården eftersom negativa emotioner och avsaknad av effektiva copingstrategier ökar risken för att individen hamnar i ett återfall.

Sjuksköterskornas beskrivningar av de åtgärder som utfördes i samband med att de sökte stödja patienten till att bli mer fysiskt aktiva stämmer mycket väl överens med den teori av omvårdnadssystem som Orem (2011) utvecklat gällande riktade insatser för att hjälpa patienter att tillgodose sina egenvårdsbehov. Första steget är att identifiera huruvida individen uppfyller sitt behov av fysisk aktivitet genom att lyfta frågan. Utifrån detta konstateras även om det föreligger en egenvårdsbrist och om så är fallet är det sjuksköterskans roll att informera och utbilda patienten om effekter på hälsotillståndet. Därefter kan sjuksköterskan tillsammans med patienten väcka idéer och motivera kring olika alternativ för att hitta en lämplig träningsform. Orem poängterar vidare att individens individuella förutsättningar bör stå i förgrunden för de åtgärder som senare tas. Sjuksköterskan bör här ställa sig frågan vilka individens hinder och förutsättningar är för att kunna utföra den fysiska aktiviteten. Orem menar att patienten genom rätt information och rätt stöd därefter frivilligt kan engagera sig i sin egenvård.

Resultatet visar dock på att det ofta förelåg en igångsättningsproblematik hos patienterna. Orsaker till detta beskrevs vara brist på motivation, en bakomliggande depression eller brister i övriga levnadsvanor som resulterade i energilöshet. Detta resultat bekräftas i en studie av Abrantes et al., (2011) där patienter med substansberoende under behandling i öppenvård tillfrågades om träningspreferenser. Författarnas resultat visade att majoriteten av de tillfrågade patienterna var fysiskt inaktiva och att de största hindren till igångsättning var brist på motivation och energilöshet.

Att hjälpa patienten att överkomma igångsättningssvårigheter beskrev informanterna vara tidskrävande och innebar ofta ett gediget motiveringsarbete. Förslag på hälsogrupper och

promenader i grupp inom den egna verksamheten framkom som sätt för att både underlätta sjuksköterskans arbete och öka patienternas fysiska aktivitet. Utifrån ett patientperspektiv presenterade Abrantes et al., (2011) dock ett resultat där 50 procent av de tillfrågade informanterna helst ville utföra individuell träning med rådgivning och där endast en liten grupp, 10 procent, önskade ett träningsprogram inom behandlingsverksamheten. Tidigare studier har dock funnit det motsatta och bekräftar föreliggande studies resultat (Stoutenberg, Warne, Vidot, Jimenez & Read, 2015). Utifrån dessa skilda resultat kan endast konstateras att val av träningsmetod är högst individuellt och bör utföras utifrån den enskildes preferenser.

Ett annat fynd i studien är informanternas fokus på att patienten hittade rätt nivå på sin träning, både för själva upprätthållandet av den fysiska aktiviteten och för den egna självkänslan. Rätt träningsnivå kunde ha stora variationer. En del patienter rörde knappt på sig alls och som en informant påtalade, tar som mest taxi till systembolaget. Andra var vana vid att vara lite mer aktiva. Som exempel på aktivitet nämndes promenader, cykling, simning, löpning eller att gå på gym. Utifrån det resultat som Abrantes et al., (2011) presenterade är dessa alternativ även de som patienter önskar involvera sig i med promenader som största preferens.

Som tidigare nämnts visade föreliggande studie även på att rätt nivå var av vikt för patientens självkänsla. En aspekt som sjuksköterskorna lyfte var att patienten behövde hjälp att sätta en realistisk nivå och mål på träningen för att få uppleva känslan av att ha presterat något. En persons upplevda självförmåga, self-efficacy, och dess samband med fysisk aktivitet har studerats av McAuley och Blissmer (2000). Deras resultat visade på att fysisk aktivitet höjer individens self-efficacy, både direkt efter genomförd aktivitet men ännu mer vid regelbunden träning. Detta blir intressant utifrån att tidigare studier påvisat att self-efficacy är en stark påverkansfaktor gällande återfall i den problematiska alkoholkonsumtionen. Rätt nivå innebär att hjälpa patienten till att hitta en nivå på träningsformen som inte slutar i ett misslyckande utan leder till ökad självupplevd förmåga.

Det verkar inte finnas någon tydlig struktur för hur sjuksköterskorna främjar fysisk aktivitet hos sina patienter. Majoriteten beskrev att det skedde naturligt någon gång under samtal när de sökte information kring hur patientens vardagliga liv såg ut. Faulkner och Biddle (2002) fann ett liknade resultat där tillfrågade sjuksköterskor inom den allmänpsykiatriska vården inte heller hade en tydlig struktur för detta. Detta kan höra samman med att det saknas klara direktiv inom verksamheten att arbeta med fysisk aktivitet som en del i behandlingsarbetet. Trots folkhälsopolitiska beslut om att hälso- sjukvården ska arbeta

hälsofrämjande och använda sig av evidensbaserade metoder för att lindra sjukdom (SFS, 2014:821) saknas tydliga riktlinjer på verksamhetsnivå för hur fysisk aktivitet bör användas inom alkoholvården. En rapport framtagen i syfte att identifiera viktiga aspekter vid implementering av kliniska riktlinjer i hälso- och sjukvård, belyser att en framgångsrik implementering behöver nödvändiga resurser och stöd från ledningen för att kunna passa förutsättningar i den kliniska vardagen (Kardakis, Sundberg, Nyström, Garvare & Weinehall, 2001). Även om all legitimerad personal har rätt att förskriva fysisk aktivitet på recept, FaR®, användes det inte av informanterna. Detta är dock inget nytt. Det har inom sjukvården utvärderats huruvida skriftlig ordination för fysisk aktivitet används eller inte och utvärderingen gör gällande att FaR® inte används i den mån det är befogat. Anledningar till detta tros vara kunskapsmässiga (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). Sjuksköterskorna i denna studie önskade mer praktiska möjligheter och bättre riktlinjer för hur fysisk aktivitet kan främjas hos patienterna inom själva verksamheten.

9.3 Kliniska implikationer

Fysisk aktivitet har bevisade hälsofrämjande- och sjukdomslindrande egenskaper. För den med skadligt alkoholbruk/alkoholberoende är det en möjlig egenvårdsåtgärd med flera positiva effekter både ur ett rent grundläggande hälsoperspektiv men även utifrån att den kan lindra symtom relaterade till den problematiska alkoholkonsumtionen. Resultatet visar att det ur ett omvårdnadsperspektiv är naturligt att ta fram det friska hos patienten och hjälpa denna att hitta något att ersätta alkoholen med. Genom att informera och motivera till rätt nivå på den fysiska aktiviteten är målet att patienten slutligen självmant ska tillgodose sitt eget egenvårdsbehov. Det saknas dock riktlinjer från ledning och praktiska möjligheter för att underlätta processen. Föreliggande studie kan användas i syfte att väcka frågan kring fysisk aktivitet som en kompletterande omvårdnadsåtgärd för sjuksköterskor verksamma inom beroendevårdens öppenvård. Detta skulle kunna leda till att synliggöra för organisationen eventuella behov som upplevs finnas i den kliniska vardagen gällande främjandet av fysisk aktivitet för personer med skadligt alkoholbruk/alkoholberoende.

9.4 Förslag till fortsatt forskning

Föreliggande studie indikerar att sjuksköterskor både har uppfattningen och erfarenheten av att fysisk aktivitet har en hälsofrämjande- och sjukdomslindrande effekt på patienter med skadligt alkoholbruk/alkoholberoende. Det behövs fördjupad forskning både utifrån ett

patient- och behandlarperspektiv kring betydelsen av åtgärden i den kliniska vardagen. Detta för att finna eventuella framgångsfaktorer gällande främjandet av fysisk aktivitet för patienter inom alkoholvården. Det framkom att det saknades riktlinjer och praktiska möjligheter inom verksamheten för att främja fysisk aktivitet hos patienterna. Forskning kring strategier och åtgärder för att underlätta tillämpningen av denna omvårdnadsåtgärd skulle kunna bidra till ökad användning och kunskap.

10. Slutsats

Patienter med skadligt alkoholbruk eller alkoholberoende upplevs ha svårigheter att upprätthålla flera grundläggande egenvårdsbehov kopplade till levnadsvanor. Däribland fysisk aktivitet. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv kan detta försvåra patientens tillfrisknande. Mycket tyder på att fysisk aktivitet har en gynnsam effekt på patienter med skadligt alkoholbruk eller alkoholberoende. De positiva effekterna beskrivs vara både hälsofrämjande och sjukdomslindrande. Sjuksköterskorna var positiva till användandet av åtgärden och ser fysisk aktivitet som en möjlig kompletterande åtgärd. Genom sjuksköterskans insatser kan patienten stödjas till rätt nivå på den fysiska aktiviteten och därigenom kan det bli en effektiv egenvårdsåtgärd. Ett tydligare uppdrag med riktlinjer och fler praktiska möjligheter inom verksamheten skulle underlätta för sjuksköterskorna att främja fysisk aktivitet hos patientgruppen.

Referensförteckning

- Abrantes, A. M., Battle, C. L., Strong, D. R., Ing, E., Dubreuil, M. E., Gordon, A., & Brown, R. A. (2011). Exercise preferences of patients in substance abuse treatment. *Mental Health Physical Activity, 4*(2), 79-87. Doi:10.1016/j.mhpa.2011.08.002.
- American Psychiatric Association. (2013). 5e upplagan. *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders. Substance Related and Addictive disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Andréasson, S., Danielsson, A.-K., & Hallgren, M. (2013). Severity of alcohol dependence in the Swedish adult population: Association with consumption and social factors. *Alcohol, 47*, 21-25.
- Barry, A. E., & Piazza-Gardner, A. K., (2012). Drunkorexia: Understanding the Co-occurrence of Alcohol Consumption and Eating/Exercise Weight Management Behaviors. *Journal of American College Health, 60*(3), 236-243.
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Minami, H., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J. M., ... Stuart, G. L. (2014). A preliminary, randomized trial of aerobic exercise for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 47*, 1-9.
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, D. R., Oakley, J. R., ... Gordon, A. A. (2010). A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental Health and Physical Activity, 3*, 27-34.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and Preventing Relaps. *American Psychologist, 41*(7), 765-782.
- 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 reports, 100*(2), 126-131.
- Correia, C. J., Benson, T.A., & Carey, K. B. (2005). Decreased substance use following increases in alternative behaviors: A preliminary investigation. *Addictive Behaviors, 30*, 19-27.
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., & La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine, 38*. 613-619.
- Cullen, C., & McCann, E. (2015). Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22*, 58-64.

- Dakwar, E., Blanco, C., Lin, K.-H., Liu, S.-M., Warden, D., Trivedi, M., & Nunes, E. V. (2012). Exercise and Mental Illness: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of Clinical Psychiatry*, *73*(7), 960-966. Doi:10.4088/JCP.11m07484
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, *62*(1), 107-115. Doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Erdner, A., & Magnusson, A. (2011). Caregivers' difficulties in activating long-term mental illness patients with low self-esteem. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*, 140-145. Doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01766.x
- Faulkner, G., & Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psycatric and Mental Health Nursing*, *9*, 659-665.
- Folkhälsomyndigheten (2014). *Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2014*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Hallgren, M., Romberg, K., Bakshi, A-S., & Andréasson, S. (2014). Yoga as an adjunct treatment for alcohol dependence: A pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*, *22*, 441-445.
- Happell, B., Platania-Pung, C., & Scott, D. (2011). Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, *20*, 310-318.
- Happell, B., Scott, D., Platania-Pung, C., & Nankivell, J. (2012). Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, *5*, 4-12.
- Jansson, E., Hagfströmer, M., & Anderssen, S. A. (2015). *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2010). Vårdande vid psykisk ohälsa: På avancerad nivå. I L. Wiklund-Gustin (Red.), *Perspektiv på hälsa och ohälsa i psykiatrisk omvårdnad* (s. 63-85). Lund: Studentlitteratur.
- Kallings, L. (2011). *FAR- Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

- Kardakis, T., Sundberg, L., Nyström, M. E., Garvare, R., & Weinehall, L. (2011). Utveckling och implementering av kliniska riktlinjer för hälso- och sjukvården: en litteraturöversikt. (Public Health Report Series 2011:1) Umeå: Umeå Universitet. Från http://www.phmed.umu.se/digitalAssets/67/67998_2011-03-14c-kardakis-et-al--utv-och-impl-av-kliniska-riktlinjer-fr-hlso--och-sjukv--en-litt-versikt.pdf.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). 3e upplagan. *Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur*: Lund.
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *154*, 1-13.
- Liangpunsakul, S., Crabb, W. D., & Qi, R. (2010). Relationship Among Alcohol Intake, Body Fat, and Physical Activity: A Population-Based Study. *Annals of Epidemiology*, *20*, 670–675.
- Linke, S. E., & Ussher, M. (2014) Exercise-based treatments for substance use disorders: evidence, theory, and practicality. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1097-9891. Doi:10.3109/00952990.2014.976708.
- Manthou, E., Georgakouli, K., Fatouros, I. G., Gianoulakis, C., Theodorakis, Y., & Jamurtas, A. Z. (2016). Role of exercise in the treatment of alcohol use disorders (Review). *Biomedical reports*, *4*, 535-545.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.
- McAuley, E., Blissmer, B. 2000. Self-efficacy determinants and consequences of physical activity. *Exercise and Sport Science Review*, *28*, 85–88.
- Michels, K. B. (2003). Nutritional epidemiology: past, present, future. *International Journal of Epidemiology*, *32*, 86–488. Doi: 10.1093/ije/dyg216
- Miller, W. R., Walters, S. T., & Bennet, M. E. (2001). How Effective Is Alcoholism Treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, *62*, 211-220.
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, *97*(3), 265-277.

- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Proschanika, H. (2008). *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). Statens folkhälsoinstitut.
- Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Från http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar/publikationer/kompetensbeskrivning_sjukskoterska_psykiatri.2014.pdf
- Ramstedt, M., & Sundin, E. (2015). Negativa konsekvenser av andras bruk av alkohol, tobak och narkotika. *Alkohol och Narkotika, 1*, 18-21.
- Read, J. P., Brown, R. A. (2003). The role of physical exercise in alcoholism treatment and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice, 14*(1), 49-56.
- Read, J. P., Brown, R. A., Marcus, B. H., Kahler, C. W., Ramsey, S. E., Dubreuil, M. E., ... Francione, C. (2001). Exercise attitudes and behaviours among persons in treatment for alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21*, 199-206.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 14 maj, 2016, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 14 maj, 2016, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Socialstyrelsen. (2009). *Termbanken*. Hämtad 26 juni, 2016, från Socialstyrelsen, <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=415>
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>

- Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende missbruks- och beroendevård: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf>.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2008). *Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem: Omfattning och analys*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut. Från http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21547/R200828Barn_till_missbrukare_0809.pdf
- Statens Folkhälsoinstitut. (2010). *Slutredovisning av regeringsuppdraget: Nationell utvärdering av receptförskrivnen fysisk aktivitet (FaR®)*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut. Från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12414/A-2010-5-Nationell-utvardering-FAR.pdf>
- Statens offentliga utredningar 2011:6. *Missbruket, Kunskapen, Vården: Missbruksutredningens forskningsbilaga*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Från <http://data.riksdagen.se/fil/64A71D11-382D-4ED8-A14C-4C9E1F9650EF>
- Stoutenberg, M., Rethorst, C. D., Lawson, O., & Read, J. P. (2015). Exercise training – A beneficial intervention in the treatment of alcohol use disorders? *Drug and Alcohol Dependence, 160*, 2–11.
- Stoutenberg, M., Warne, J., Vidot, D., Jimenez, E., & Read, J. P. (2015). Attitudes and Preferences towards Training in Individuals with Alcohol Use Disorders in Residential Treatment Setting. *Journal of Substance Abuse Treatment, 49*, 43-49.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etikpublikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Svedenberg, P. (2007). *Health Promotion Intervention in Mental Health Services*. (Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för hälsovetenskap). Från <https://www.google.se/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjtzNTR543NAhVnApoKHRRMAXQQFggnMAI&url=https%3A%2F%2Fpub.lub.lu.se%2Fsearch%2Fws%2Ffiles%2F4381390%2F1049820.pdf&usq=AFQjCNHi7HGMIafBuadW0-cBfH1DqI3p1A>
- The World Health Organization. WHO (2014). *Global Health Estimates 2014 Summary Tables: DALY by cause, age and sex, 2000-2012*. Från http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html
- The World Health Organization. WHO (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Switzerland: World Health Organization.

- The World Health Organization. WHO (2014). *Global status on alcohol and health 2014*. Geneva: World Health Organization.
- The World Health Organization. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use*. Geneva. Från <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F10-F19>
- Uppsala Biobank. (2012). *Mall för Forskningspersonsinformation och Informerat Samtycke, Version 2.1*. Från http://www.uppsalabiobank.uu.se/sv/index.php/provsamlingar/mallar/cat_view/45-mallar
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- Vård i Norden. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. (nr 2003:70). Från http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf
- Wand, T., & Murray, L. (2008). Let's get physical. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 363–369.
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association*, 174(6), 801-809.
- Wiklund-Gustin, L., Rydenlund, K., & Kulzer, S. (2010). Vårdande vid psykisk ohälsa: På avancerad nivå. I L. Wiklund-Gustin (Red.), *Att vara specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård* (s. 395-419). Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund-Gustin, L. (2014). Specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård. I L. Nordgren & S. Almerud-Österberg (Red.), *Att bli specialistsjuksköterska eller barnmorska: utbildningar för framtiden*. (s. 175-194). Lund: Studentlitteratur.
- Weinstock, J., Barry, D., & Petry, N. M. (2008). Exercise-related activities are associated with positive outcome in contingency management treatment for substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 33, 1072-1075.
- Zschucke, E., Heinz, A., & Ströhle, A. (2012). Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. *The Scientific World Journal*, 2012, 1-19. Doi:10.1100/2012/901741.

Bilaga 1. Informationsbrev till verksamhetschef



Informationsbrev till verksamhetschef

Fysisk aktivitet för personer med skadligt bruk/beroende av alkohol

Härmed tillfrågas **Du** som verksamhetschef om godkännande att tillfråga klinikkens sjuksköterskor om deltagande i intervjuer. Syftet är att fånga upp sjuksköterskors uppfattning av fysisk aktivitet för personer med skadligt bruk/beroende av alkohol.

Jag söker 6-8 sjuksköterskor att intervjua. Intervjuerna beräknas ta ca 60 minuter och kommer genomföras på den plats där sjuksköterskan är yrkesverksam. All medverkan i studien är frivillig och deltagandet kan när som helst avbrytas utan vidare förklaring. Insamlat material kommer att avidentifieras. Sammanställt material redovisas i en magisteruppsats och kommer finnas tillgänglig på databasen DIVA.

Ditt godkännande beviljar undertecknad att kontakta klinikkens enhetschefer och/eller chefsjuksköterskor för att besöka mottagningar och informera sjuksköterskor om möjligheten att delta.

Godkännande av studien Stockholm 2016-.....-.....

Verksamhetschef

Student

Victoria Andersson
Leg. Sjuksköterska
E-post: victoria.andersson@student.esh.se

Handledare

Anette Erdner
Lektor. Med dr.
E-post: anette.erdner@esh.se

Bilaga 2. Informationsbrev till informanter



Informationsbrev till sjuksköterskor

Du tillfrågas härmed om deltagande i en intervju. Jag önskar få veta hur Du som sjuksköterska resonerar kring fysisk aktivitet för personer med skadligt bruk/beroende av alkohol.

Jag är legitimerad sjuksköterska och läser specialistutbildningen inom psykiatrisk omvårdnad vid Ersta Sköndal Högskola. Till min magisteruppsats i ämnet vårdvetenskap söker jag nu sjuksköterskor verksamma inom beroendevården för en intervjustudie. Deltagande sjuksköterskor ska arbeta inom öppenvården med erfarenhet av att möta patienter med skadlig konsumtion av alkohol.

Om **Du** vill medverka kommer Du att intervjuas under arbetstid. Intervjun pågår under högst 60 min. Intervjuerna kommer att spelas in, sparas som ljudfil på ett dataminne (USB) och därefter transkriberas. Kontakt/personuppgifter till dig som informant samt insamlat material kommer att förvaras inlåst, endast undertecknad kommer att ha tillgång till materialet. Den främsta etiska frågan är om Du som informant riskerar löpa skada genom studien, genomgång av undersökningsområdet talar för att detta är osannolikt. Inga data som kan härledas till specifika personer och eventuellt leda till igenkänning kommer att finnas i den färdiga uppsatsen. All medverkan i studien är frivillig och deltagandet kan när som helst avbrytas. Sammanställt material redovisas i en magisteruppsats och kommer finnas tillgänglig på databasen DIVA.

För ytterligare information eller önskan att medverka vänligen kontakta:

Student

Victoria Andersson
Leg. Sjuksköterska
E-post: victoria.andersson@student.esh.se

Handledare

Anette Erdner
Lektor. Med dr
E-post: anette.erdner@esh.se

Bilaga 3. Skriftligt samtycke



Fysisk aktivitet för personer med skadligt bruk/beroende av alkohol

Informerat samtycke

- Jag bekräftar att jag fått denna skriftliga samt annan muntlig information om forskningsstudien.
- Jag ger mitt samtycke till att delta i studien och vet att mitt deltagande är helt frivilligt.
- Jag är medveten om att jag när som helst och utan förklaring kan avsluta mitt deltagande.
- Jag tillåter att insamlad data om mig förvaras och hanteras elektroniskt av studieansvarig.

Stockholm 2016-.....-.....

.....
Forskningspersonens namnteckning

.....
Namnförtydligande

.....
Forskningspersonens födelsedatum (år (fyra siffror), månad och dag)

Undertecknad har gått igenom och förklarat studiens syfte för ovanstående forskningsperson samt erhållit forskningspersonens samtycke. Forskningspersonen har även fått en kopia av forskningspersonsinformationen.

Stockholm 2016-.....-.....

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

Bilaga 4. Intervjuguide



Intervjuguide

Berätta vad du har för tankar om fysisk aktivitet och dess betydelse för personer med alkoholproblem?

Har du någon erfarenhet av att samtala om fysisk aktivitet med dina patienter?

Vilken roll har du som sjuksköterska gällande främjandet av patienternas fysiska aktivitet?

Som du ser det kan fysisk aktivitet vara ett komplement till alkoholbehandling?

Vad påverkar dina möjligheter att stödja dina patienter att bli mer fysiskt aktiva?

Bilaga 5. Exempel dataanalys



| Meningsbärande enhet | Kod | Underkategori | Huvudkategori |
|--|--------------------------|---------------------------|--|
| Jag tycker det är viktigt det här med att äta, sova, röra på sig. Alltid. | Äta, sova, röra på sig | Grundpelaren till hälsa | Fysisk aktivitet som grund för hälsa |
| Det är lite mer sund kropp och sund själ. Man får tänka på helheten. | Sund kropp och sund själ | Kroppen och själen | Fysisk aktivitet som grund för hälsa |
| Den här positiva effekten av att jag inte dricker kommer ju (...) du får ju inte någon kick efter det förrän efter en månad eller två och då är det jättebra att liksom ha någonting där som man faktiskt kan mäta framgång i och det är, det rätt lätt med motion och kondition. | Mäta framgång | Möjligheten till egenvård | Fysisk aktivitet som grund för hälsa |
| (...) alltså vägen ur alkohol är ju att lägga till saker som, som, som blir en motvikt. | Ersätta alkoholen | Att ersätta alkoholen | Fysisk aktivitet för att minska ohälsa |
| Komma ut och röra på sig. Höja serotoninivån som också går ner när man dricker för mycket alkohol | Höja serotoninivån | Kroppens egen medicin | Fysisk aktivitet för att minska ohälsa |
| Att man inte har för stora, såhär, jag ska träna fem dagar i veckan. Utan man kanske börjar bara med att göra det en gång. Eller börja med att ta en promenad. Att man försöker hitta någonting dom kan göra. Det kanske inte går att köpa ett årskort på gymmet, utan kanske börja med något annat. | Rätt nivå | Anpassad för individen | Fysisk aktivitet för att minska ohälsa |
| Men det skulle ju underlätta egentligen om det fanns lite enkla saker som man gjorde lite mer centralt. För oss på mottagningen som är anpassade liksom. Som att nu, nu tar vi en stegtävning i oktober eller liksom, det finns liksom ingenting. | Centralt organiserat | Möjligheter i praktiken | Fysisk aktivitet för att minska ohälsa |

