



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvofor og hvordan kan fysisk aktivitet og trening være en nyttig del av behandlingen av rusavhengige?

How and why can psysical activity and training influence the rehabilitation of habitual drug?

Brandsæter, Tonje Zahl

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 04.10.2011



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 03.10.2011

Antall ord: 10791

Sammendrag:

Hensikten med oppgaven var å fordype meg i temaet rusbehandling og fysisk aktivitet og trening. Jeg ønsket å se om trening og fysisk aktivitet kunne være en nyttig del av behandlingen for rusavhengige. Jeg ønsket også å se om jeg som vernepleier kunne bruke min kompetanse ved å anvende fysiske aktivitet/trening innenfor den helhetlige arbeidsmodellen i forhold til en pasient med rusavhengighet. Jeg ønsket å få kunnskap om når fysisk aktivitet og trening kan være effektiv i behandling.

Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie og validitet og reliabilitet er i fokus når jeg har søkt etter litteratur. I drøftingen har jeg brukt egen erfaring fra egen praksis fra rusbehandling og har også brukt utgangspunkt fra et selvlaget case om en pasient i rusbehandling.

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn med valg av tema og begrunnelse	1
1.2 Problemstillingen	2
1.3 Avgrensing	2
1.4 Begrepsforklaringer	3
2.0 METODE	4
2.1 Vitenskapsteori	6
2.2 Forforståelse	6
2.3 Validitet og reliabilitet	7
3.0 TEORIDEL	7
3.1 Rusbehandlingens historie	7
3.2 Rusmidlenes påvirkning av hjernen	9
3.3 Fysisk aktivitet og treningens påvirkning	10
3.4 Generelle effekter av fysisk trening	11
3.5 Ulike typer fysisk aktivitet	13
3.6 Fysisk aktivitet og trening i rusbehandling	14
3.7 Forebyggelse av tilbakefall	15
3.8 Fra rusavhengig til treningsavhengighet	16
3.9 Behandlingsprogram for treningsterapi	17
3.10 Motivasjon	18
3.11 Behandlingsresultater ved Stiftelsen bergensklinikkene	19
3.12 Vernepleierens rolle og case	21
4.0 DRØFTING	22
4.1 Rusen og treningens påvirkning i hjernen	22
4.2 Fra rusavhengighet til treningsavhengighet	22
4.3 Fysisk aktivitet og treningens effekt i behandlingen	24
4.4. Den helhetlige modellen og trening	25
4.5 Motivering av pasient	28
5.0 AVSLUTTNING	29
5.1 Oppsummering	29
5.2 Konklusjon	30
5.3 Refleksjon	32
LITTERATURLISTE	33

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn med valg av tema og begrunnelse

I følge aktivitetshandboken (2009) er det godt dokumentert at bruk av fysisk aktivitet er svært effektiv i behandling av en rekke sykdommer og tilstander. Forskning viser at personer som blir fysisk aktive, ofte blir mer bevisst i forhold til andre levevaner også. I tråd med dette ble det ved Stiftelsen Bergensklinikkene, avdeling Hjeltestad og Nordlandsklinikken, i 2004 gjennomført en studie i forhold til mannlige alkoholavhengige pasienter. Her fant man en klar sammenheng mellom rusavhengighet og fysisk aktivitet og trening. De som trente systematisk fikk en økning av lungefunksjon og kondisjon. Pasientene (80 % av dem) som hadde selvvalgte aktiviteter på institusjon, rapporterte etter utskrivelsen at de var i fysisk aktivitet minst en gang i uken. Stiftelsen Bergensklinikkene gjennomførte også en brukerundersøkelse hvor det deltok 76 pasienter som hadde valgt trening som en del av behandlingen, halvparten av dem mente at treningen dempet abstinensplager og mer enn halvparten mente også at treningen dempet lysten til å ruse seg (Fredriksen, 2011). Hvordan er dette mulig og hvordan kan eventuelt treningsavhengighet erstatte rusavhengigheten? Dette er sentrale spørsmål jeg ønsker å besvare.

Jeg valgte på det siste året på venepielinjen å ta min fordypningspraksis i en behandlingstilstand for mennesker med rusavhengighet. Jeg fikk plass på en avgiftningsavdeling i et behandlingssenter for rus. I løpet av den perioden var det noe som særlig vekket min oppsikt, og det var at mange av pasientene valgte å dra til treningssenteret de hadde ved behandlingssenteret. Også det å dra på fjellturer og turer i skog og mark var en svært populær ting. Jeg begynte å undre meg over hvorfor pasientene valgte trening som tidsfordriv. Var det pga at dagene på behandlingssenteret kunne være lange og trege eller var det andre årsaker.

I rammeplanen beskrives formålet med vernepleierutdanningen på følgende måte:

Formålet med vernepleierutdanninga er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og

rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester (Bachelor i vernepleie. Fagplan 2008:3).

Den viktigste brukergruppen for vernepleierfagligarbeid er personer med utviklingshemming, men kombinasjonen av å både være en helse- og sosialfaglig utdanning gir vernepleieren en mulighet til å arbeide innenfor mange ulike arbeidsfelt. Ettersom jeg går på høgskolen i Molde har vernepleielinjen der valgt å legge den helhetlige arbeidsmodell som en overbygning over størstedelen av utdanninga. Denne modellen brukes også av mange andre ulike profesjoner og innen ulike fag.

Modellen illustrerer at vernepleierens arbeidsmåte kan forstås som en prosess og at de ulike fasene står i et gjensidig forhold til hverandre. I alle faser må vernepleieren arbeide i samarbeid med og med respekt for brukeren selv og deres pårørende. Etiske dilemmaer og avveininger, samt omsorgsideologiske og juridiske vurderinger fokuseres i alle faser. Utpeking av satsingsområder og påfølgende prioriteringer skal ha sammenheng med hvilke mål som er sentrale for brukeren selv (brosjyre "om vernepleieryrket", utgitt av FO, 2008:19).

1.2 Problemstillingen

Hvorfor og hvordan kan fysisk aktivitet og trening være en nyttig del av behandlingen av rusavhengige?

1.3 Avgrensing

Jeg har valgt å avgrense min oppgave til rusmisbrukere (alkohol- og narkotika-avhengige) i behandling, uavhengig av kjønn og alder. Jeg har også utelukket helt, på grunn av oppgavens omfang, dobbeldiagnosen rusavhengighet og psykiske lidelser, ettersom det er en stadig økning i brukergrupper som sliter med dobbeldiagnosen.

I selve oppgaven har jeg valgt og ikke å skrive så mye om selve rusmisbruket, men skriver litt om hva det er som skjer inne i hjernen når en inntar et rusmiddel. Jeg kommer også til å komme innpå dette med behandling. Narkotikabehandlingens historie og dette med

behandling og forebygging innen for rus. Dette på grunn av behandling er en viktig begrep i min problemstilling.

Jeg har også valgt å gå i dybden når det gjelder fysisk aktivitet og trening. Her skal jeg ta med de generelle effektene som kommer av fysisk aktivitet og noen av de ulike formene som finnes av fysisk aktivitet og trening. Og ikke minst det som skjer i hjernen når en trener.

Jeg skal så etter det, komme med hvordan fysisk aktivitet og trening kan påvirke rusbehandlingen. Kan rusmidler erstattes med treningsrus? Her trekker jeg også inn motivasjon og motivasjonssirkelen i forhold til det med å motivere rusmisbrukere til å trene/ være aktiv.

Jeg har også valgt å skrive litt om vernepleierens helhetlige arbeidsmodell for å se om det kan være mulig å anvende den i forhold til rusbehandling og fysisk aktivitet og trening. Dette også for å vise til hvordan en vernepleier kan arbeide i forhold til temaet som jeg har valgt.

Dette gir grunnlag for følgende delproblemstillinger:

- Er det en sammenheng mellom det som skjer i hjernen når en trener og det som skjer i hjernen når en ruser seg?
- Kan rusavhengighet erstattes av treningsavhengighet?
- Når har fysisk aktivitet/trening mest effekt i behandlingen?
- Den helhetlige modellen og trening: Hvordan kan jeg som vernepleier anvende fysisk aktivitet innenfor den helhetlige modellen?
- På hvilken måte kan jeg hjelpe/motivere en pasient til trening?

1.4 Begrepsforklaringer

Her har jeg valgt å definere begrepene som finnes i min problemstilling:

Fysisk aktivitet og trening:

Man skiller som regel fysisk aktivitet og trening:

Fysisk aktivitet defineres som regel all den kroppsbevegelsen som følges av muskelarbeid, og som fører til økt energiforbruk (Helsedirektoratet, Aktivitetshåndboken, 2009).

Fredriksen (2011:51) trekker i sin artikkel frem Gjerset sin definisjon om hva trening er: ”Systematisk påvirkning av organismen over tid, med sikte på endring av de fysiske, psykiske og sosiale forutsetninger som ligger til grunn for prestasjonsevnen”, altså enklere sagt: en systematisk måte å utøve fysisk aktivitet på.

Behandling:

Pasienter med rusproblematikk har siden 2004 hatt pasientrettigheter, på linje med andre pasientgrupper, herunder rett til vurdering av helsetilstand eller henvisning. Tverrfaglige spesialiserte vurderingsinstanser vurderer henvisning til behandling.

Alle pasienter er unike og når det gjelder rusbehandling finnes det ingen fasit. For å få til en vellykket behandling for en rusmisbruker forutsetter en tverrfaglig som tar hensyn til de rusmessige faktorene, evt. psykiatrisk samsykelighet, men også somatisk helsestatus, sosiale problemer og det nettverk og den familien pasienten har. En god terapeutisk allianse og at hver enkel pasient blir møtt med forståelse, empati og respekt er forutsetninger for en vellykket behandling (Lossius, 2011).

Rusavhengig/rusmisbruker:

I Norge bruker helsevesenet den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 til å diagnostisere rusproblemer. Avhengighetens kjennetegn er blant annet en sterk lyst eller trang til å måtte innta rusmiddelet, problemer med å kontrollere inntaket og kunne stoppe før en mister kontrollen (Lossius, 2011:24).

2.0 METODE

”Metode” er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2007: 81)

Med tanke på tema og problemstilling, mener jeg en litteraturstudie er den beste metoden for denne oppgaven. Det vil si at den bygger på litteratur som er skrevet i bøker, artikler og tidsskrifter. I en litteraturstudie tilegner man seg kunnskaper ved å fordype seg i emner en finner interessante. Aktuell litteratur finnes både på biblioteker og på Internet. Jeg legger

stor vekt på at det jeg skriver skal være reelt, i den forstand at jeg vil at den litteraturen jeg bruker skal brukes på den måten forfatteren av boken/tidsskriftet har ment.

Fordelen med litteraturstudie: Her kan jeg lese bøkene, studiene og artiklene om og om igjen og så mye jeg trenger for å tilegne meg den kunnskapen og forståelsen jeg trenger.

Ulempen med litteraturstudie: En del av de bøkene jeg finner og vil bruke kan være svært omfattende og utdypende. En må derfor velge ut noe, og kan med det utelate noe en ville ansett som vesentlig.

Litteraturen jeg har valgt ut til min oppgave har jeg basert på temaet og problemstillingen for min oppgave. Jeg har brukt en del Ovid, bibseys og Internett for å søke etter litteratur. Her har jeg brukt søkeordene: Rusbehandling, trening som terapi, fysisk aktivitet og trening og rusomsorg.

I de artiklene og forskningene jeg har funnet har jeg også sett en del på de kildene og litteraturhenvisningene som står henviset på dem. Der har jeg funnet frem til de originale artiklene og bøkene, og det er mange av disse som har blitt brukt i oppgaven min.

Jeg valgt å bruke noen av Stiftelsen bergensklinikkens forskninger. Stiftelsen Bergensklinikkene døgninstitusjon Hjeltestad har tilbudt systematisk fysisk aktivitet som behandlingsmetode siden 1990 tallet og de står sterkt på det som problemstillingen min spør etter, nemlig det at rusavhengige har stor nytte av fysisk trening. Det er nettopp derfor at jeg vil bruke artikler og forskninger som kommer direkte fra Stiftelsen Bergensklinikkene. Jeg har selv ikke vært i kontakt med noen der.

I forhold til pensum litteratur har jeg brukt veldig lite, dette på grunn av det finnes veldig lite i vårt pensum om akkurat det temaet jeg har valgt. Så det pensumet jeg har valgt å bruke er det pensumet vi har i forhold til oppgave skriving. Har også brukt en del relevante bøker som jeg har funnet på høgskolens bibliotek.

I tillegg har jeg valgt å bruke en case og relatere meg til den i drøftingsdelen av oppgaven.

2.1 Vitenskapsteori

Jeg har valgt å bruke hermeneutiske metoden som vitenskapsteori, dette på grunn av at oppgaven min er mye basert på det hermeneutiske perspektivet.

Hermeneutikken dreier seg altså om det å knytte spørsmål til forståelse og tenkning. Dens opprinnelige bestemmelse er fortolkningslære eller fortolkningskunst. I hermeneutikken opptar en seg med hva forståelse er, og drøfter problemer til vilkårene for forståelse og fortolkning, og til hvordan vi skal gå frem til for å oppnå gode og gyldige fortolkninger (Thornquist, 2003). Først og fremst er tekster hermeneutikkens objekter. På denne bakgrunnen legges det vekt på å få frem hva hermeneutikere ser som de viktigste kjennetegn ved tekster og ved tekstfortolkninger (Thornquist, 2003).

Hermeneutikk er altså fortolkningskunnskap. Kunnskapen formidles om dette er mulig, etter at jeg har fått egen forståelse av kunnskapen først (Aadland, 1997). Dette vil da si at jeg skriver min oppgave, som er basert på min forståelse av teorien som jeg har innhentet meg. I teoridelen har jeg innhentet teori, som jeg har forklart med mine egne ord, altså basert på min forståelse av teorien. I oppgaven anvender jeg den helhetlige arbeidsmodellen, denne kan også knyttes til hermeneutikken. Det ved at i anvendelsen modellen innhenter jeg informasjon om en pasient og ved det får jeg min egen forståelse til den informasjonen. Jeg analyserer i modellen i forhold til hva jeg har fått en forståelse om hva som er viktige faktorer å analysere i forhold til pasientens behandlingsforløp.

2.2 Forforståelse

I følge Brodtkorb m fl.(2002) har alle personer forskjellige forforståelser, alt avhengig av forskjellige personlige erfaringer, kulturell og sosial bakgrunn og det som tilegnes gjennom praksis og utdanning. Vi bruker vi vår egen forforståelse når vi tolker en situasjon eller hendelse. Gjennom det får vi en ny forforståelse, som vi igjen bruker i nye situasjonen(Brodtkorb, mfl. 2002:37).

Ettersom jeg har litt erfaring og kunnskap når det gjelder rusbehandling etter praksis gjennom skolen. Med denne bakgrunnen har jeg min egen forforståelse til dette temaet. Jeg har også en egen forforståelse når det gjelder aktivitet og trening etter egne erfaringer og

tilegnet kunnskap om det gjennom min tid. Da kan det hende seg at jeg har egen forforståelse en hva jeg finner ut gjennom litteratur og teori etter disse temaene Det kan også være forskjellige situasjoner som jeg har opplevd, hvor jeg kan ha feiltolket etter hva jeg har funnet frem i litteraturen og teorien. I følge Dalland (2007) kan vår egen bevissthet om vår egen forforståelse være med på å hindre at vi blir følelsesmessig overrasket i møte med undersøkelsesfeltet.

2.3 Validitet og reliabilitet

Hva jeg skal finne ut, de spørsmålene jeg stiller og hva jeg skal studere i forhold til oppgaven min er bestemt av de sidene jeg belyser spørsmålene i fra. Da er validitet og reliabilitet noe jeg må ha på tankene når jeg skriver min oppgave. Validitet står for relevans og gyldighet. Det jeg skal finne ut må ha relevans og være gyldig for det jeg skal undersøkes. Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om det jeg skal finne ut må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland, 2007). Siden den litteraturen jeg har valgt er å bruke er fra 2003 og nyere, vil jeg si at det kan regnes som valid.

Jeg er også kritisk til kildene i oppgaven min. De fleste kvalitative tekstene vil være preget at forforståelsen til de som skriver, og på den samme måten vil det prege min i oppgaven. Evnen til å tolke teksten og formidle den videre. Etersom jeg også prøver å være så objektiv jeg kan, ved å fremstille andres materiale og referere tydelig til kildene underveis i oppgaven. Det på grunn av å sikre reliabiliteten i stoffet.

3.0 TEORIDEL

3.1 Rusbehandlingens historie

Vi går tilbake i tid for å se på rusbehandlingens historie og jeg har valgt og bruke et sitat hentet fra boken "*RUS, bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*" av Hans Olav Fekjær (2004: 49). Sitatet selv har blitt hentet fra en bok som ble skrevet i 1889 og forklarer godt hvordan jakten på en kvikk løsning på rusproblemer vil utvilsomt fortsette.

“For de miserable vesener som er slaver av tyrannen alkohol ville en medisin for drittsuget... være en utrolig velsignelse... så vi trenger ikke å undres over alt, tross skuffelse etter skuffelse, feilslag etter feilslag fortsetter letingen ufortrødent videre denne rusfrihetens eliksir”

Sitatet, som ble skrevet i 1889, kunne like gjerne blitt skrevet den dag i dag.

Om en person med autoritet forteller at en medisin vil påvirke en adferd eller subjektiv opplevde symptomer, er det stor sjanse for at det vil gjøre det. Det er akkurat slik alkoholen har blitt brukt som medisin mot de fleste sykdommer, prøves en rekke medisiner for å ta knekken på drikking og andre rusproblemer (Fekjær, 2004). Om en ser tilbake i tid på rusbehandlingens historier, var det akkurat slik det foregikk seg, vidunderkurer og skuffelser. Her har vi et par eksempler:

På 1870-tallet hadde legen Leslie E. Keeley stor økonomisk suksess. I USA markedsføres all verdens patentmedisiner og “eliksirer” som skulle hjelpe mot det meste. Keeley lanserte da sin “doble gullklorid” for alkoholikere. Legen mente også dette skulle hjelpe på de som var henfalte til opium og tobakk. Keeley ble millioner på grunn av eliksiren og på 1980-tallet ble det opprettet over 100 institusjoner som behandler stordrikkere med Keeley-kuren. At de fleste kjemikere vet at “dobbel-gullklorid” er umulig å lage, ble ikke dette et hinder (Fekjær, 2004).

Ut over 1900-tallet ble det brukt en rekke vidunderkurer for alkoholisme. Som for eksempel ble amfetamin, LSD, cannabis og GHB brukt mot alkoholisme. Disse er nå i dag kjente som ulovlige rusmidler som en kan bli avhengige av. Kort tid etter 1900-tallet, ble heroinet fremstilt. Dette midlet ble lansert for mot morfinavhengighet, denne sirkelen ble avsluttet da et farmasøytisk firma lanserte morfin som medisin mot heroinavhengighet.

Over hundre år etter Keeley-kuren reiser norske alkoholikere til Murmansk, for å bli behandlet med “Murmansk-kuren”. Det var en russisk lege som hevdet at “rensing” av blod, lever og nyrer, kombinert med akupunktur og innsetting av en “dings” i bihulene skulle funke mot alkoholavhengighet. Det mest virkningsfulle med denne behandlingen var mest den trolige advarselen som pasientene fikk etter behandlingen: *“Om du drikker*

nå, er dette helt på eget ansvar. For da blir du syk og du kan bli lammet og bli sengeliggende.” (Fekjær, 2004:49).

Dagens moderne rusbehandling:

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i en versjon av dagens moderne rusbehandling, da det finnes mange forskjellige ulike tilbud den dag i dag. Noen av de er hierarkiske terapeutiske felleskap(veksthuset),somatisk sykehus, psykiatrisk klinikk avdeling, uteseksjoner, behandling i regi av frivillige organisasjoner, medikamentellbehandling.

Den jeg har valgt å ta utgangspunkt i er kollektiver.

Kollektiver representerer et verdifullt tilbud, hvor ansatte og de unge rusmisbrukeren går sammen for felles arbeidsoppgaver. Disse oppgavene kan variere fra gardsbruk, jordbruk eller anna arbeid, hvor ideologien er å bygge en felleskap. I slike fellesskap kan det utvikles fortrulige samarbeid, samle seg om felles oppgaver og felles målsetting. Mange av de unge rusmisbrukerne trenger i den første rekke en ny livsform, som innebærer utfordringer, konflikter og krav. De erfaringene vi har i Norge, når det gjelder kollektiver, er de gode (Malt, mfl. 2007).

3.2 Rusmidlenes påvirkning av hjernen

Når det gjelder rusmiddelavhengighet og adferd som sex, gambling og shopping er det prinsipielt de samme hjerneområdene og hjernebanene som er involverte. Disse hjerneområdene kalles hjernens belønningssystem (Fekjær, 2011). Dette skal vi se nærmere på.

Hjernens belønningssystem:

I 1954 oppdaget forskerne James Olds og Peter Milner at hjernen inneholder systemer som var koblet opp mot responser til belønning og straff. Dette fant de ut ved å operere inn elektroder inn i hjernen på rotter. Rottene kunne stimulere seg selv med en svak elektrisk puls igjennom de innplanterte elektrodene, dette ved å trykke på en spake. De kalte denne typen atferd selvstimulering. Mange hjerneområder kan utløse selvstimulering, men de fleste er knyttet til en samling nervefibre som går mellom de fremre og midterste delene av hjernen. En kaller disse fiberbuntene “median forebrain bundle” (MFB). Når MFB får en

elektrisk stimulering via innplanterte elektroder, gir dette en velbehagsfølelse. Dette på grunn av at stimuleringen fører til at nerveceller i den midtre delen av hjernen øker utskillelse av neurotransmitteren dopamin (DA). Fra “mesencephalon”, der hvor dopaminet blir produsert, sendes det dopamin til forskjellige deler av hjernen (Lossiu,2011).

De fleste rusmidlene stimulerer en dopaminbane som kalles det mesolimbiske dopaminsystemet, som vil si at nervefibre fra mesencephalon i hjernestammen sender dopamin til ulike limbiske strukturer. Limbiske strukturer er involvert i emosjonell atferd og opplevelse og er nært knyttet til MFB og det en kaller belønningssystemet. Nucleus accumbens, septum, amygdala og de fremste delene av hjernebarken, som kalles frontal cortex er de viktigste limbiske strukturer som inngår i belønningssystemet. Disse strukturer har alle forbindelser med hverandre og til hypothalamus. Hypothalamus mottar informasjon om belønning fra disse strukturer, spesielt de delene av hypothalamus som styrer tørst, sult og søvn (Lossius,2011:69).

En rekke forskninger som er baserte på selvstimuleringsforsøk med rotter og måling av dopaminnivå i nucleus accumbens, peker alle mot dette området er involvert i belønningseffekten av ulike rusmidler, sex matinntak og gamblingsatferd. Det er også nødvendig å nevne her at i nucleus accumbens, MFB og neurotransmitteren dopamin er ikke det eneste belønningssystemet i hjernen, men slik vi vet det i dag, er det viktigste (Lossius, 2011:70).

3.3 Fysisk aktivitet og treningens påvirkning

I følge artikkelen “*Endorfiner – kroppens eget rusmiddel (2005)*”, blir fysioterapeuten Sara Maria Allen intervjuet av Eli Gunnvor Grønsdal. Allen er ansatt på Rikshospitalet i en prosjektlederstilling knyttet til forskning rundt temaet smerter hos pasienter med anginasmerter og pasienter med nevrologiske smerter. Allen starter intervjuet med å forklare at kroppen produserer endorfiner når vi ler, ved seksuellaktivitet, men fremfor alt når vi fysisk aktivitet. Noen kaller endorfiner for ”lykkehormon” eller ”kroppens eget morfin”. I store doser kan endorfiner gi oss en følelse av ekstase eller eufori, forklarer

Allen. Hun sier også at for å utløse endorfiner selv, er å være fysisk aktiv i minst 20 minutter, med å være fysisk aktiv mener hun da mener hun muskelsammentreknings.

Ved spørsmål fra Grøsdal om det er mulig å bli avhengig av endorfiner, svarer Allen at det å være avhengig av fysisk aktivitet og endorfiner er en type avhengighet som er positiv, men hun poengterer også at det er viktig at kroppen får lov til å slappe av innimellom og at det ikke er nødvendig å trene mye hver dag. Hun mener at å trene annenhver dag er en god regel og trekker frem at immunforsvaret kan bli svekket av for mye endorfiner. Hun forteller også at det er mulig å bli avhengig av fysisk aktivitet for noen, da de vil oppnå et ”gledeskick”. For disse menneskene vil denne avhengigheten først bli et problem når de ikke har mulighet til å trene, som for eksempel ved sykdom, noe som kan føre til at de lettere kan bli deprimerte.

I følge Martinsen (2004) er dopamin et viktig signalstoff i hjernen og flere dyreforsøk vist at dopaminsystemet har blitt påvirket av fysisk aktivitet. Dette er da ikke sikkert vist for de områdene av hjernen som er mest involvert i stemningsreguleringen. Mekanismer som er forsterket av dopamin i sentralnervesystemet, som kan aktiveres av stoffer som for eksempel alkohol, er også mulig å aktivere under fysisk aktivitet. Dette er også i følge Martinsen en mulig forklaring på at fysisk aktivitet kan medføre lignende behagelige effekter som kan oppleves med inntak av alkohol.

3.4 Generelle effekter av fysisk trening

Jeg har valgt å ta for meg noen av de umiddelbare effekter som forekommer av fysisk arbeid og langsiktige effekter av regelmessig fysisk aktivitet. Jeg ser først og fremst på de gunstige psykologiske virkningene:

I følge Aktivitetshåndboken (helsedirektoratet, 2009), er den vitenskaplige dokumentasjonen på at fysisk aktivitet kan påvirke angst, begrenset.

Det er blant de fysisk inaktive at angstlidelser forekommer oftest, sammenlignet med de fysisk aktive. Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet har en kortvarig reduksjon av situasjonsangst (state anxiety), mens det er en større usikkerhet om det har en innvirkning på den mer karakteravhengige og personlighetsrelaterede angsten (trait anxiety). Det er ved panikklidelse og agorafobi at fysisk aktivitet som alternativ eller supplement til andre

behandlingsmetoder er best dokumentert, men kan trolig være nyttig ved generalisert angstlidelse. Forskjellige former for fysisk aktivitet ser ut til å ha samme effekt (Helsedirektoratet, Aktivitetshåndboken, 2009).

Depresjon: Ved depresjon kan fysisk aktivitet og trening være effektiv, både ved å behandle dem og for å forhindre depresjonsepisoder, både ved akutt og ved lengre sikt. At den fysiske treningen skjer parallelt ved behandling som inneholder medisiner og samtaler, er en fordel. Det er få langtidsstudier og selv om mange studier har metodiske begrensninger, har fysisk trening en klar vitenskaplig støtte når det gjelder lett og moderat depresjon og behandling av depressive episoder og ved reduksjonen av risikoen til tilbakefall (Aktivitetshåndboken 2009:275).

I følge Martinsen, i boken Kropp og sinn (2004), har flere studier funnet frem til at fysisk aktivitet kan bidra til bedring av fysisk selvfølelse og andre viktige selvoppfatninger, slik som kroppsbilde. Sjansen for bedring av selvbilde er da størst for de som allerede fra før av har et dårlig selvbilde. Endringene som kan skje ved ulike former for aktivitet, men er best dokumentert for kondisjons- og vekttrening.

En annen studie som står omtalt i den samme boken fra Martinsen(2004) er en studie som viser på at god fysisk form beskytter mot belastende livserfaringer. Dette kan da si at mennesker som er i god fysisk form, tåler bedre de fysiske stressreaksjonene. De kommer raskere tilbake til normaltilstanden.

De fleste har også hørt at regelmessig fysisk aktivitet fører til bedre søvn. Fra en befolkningsundersøkelse om søvnproblemer, var et av spørsmålene om praktiske metoder, vaner eller handlinger som kan hjelpe til med å falle i søvn og gi god søvnkvalitet, svarte de fleste at fysisk trening var den viktigste. Dette beviser imidlertid ikke at fysisk aktivitet bedrer søvn, for funnene kan også forklares med at de som sover godt, har mer overskudd til fysisk trening (Martinsen, 2004).

Runner's high:

Er en situasjon, hvor endorfiner i høy grad er medvirkende, er tilstanden som kalles "Runners high". Denne tilstanden skal etter mange idrettsutøvere fått beskrivelsen som en ruslignende, euforisk tilstand. Noen har forklart fenomenet med at ut i fra blodet innhold av endorfiner øker under fysisk aktivitet. En annen forklaring er at under lang varig,

regelmessig fysisk aktivitet kan komme inn i en endret bevissthetstilstand, som ligner det som skjer under hypnose (Martinsen, 2004).

Fysiske effekter:

De fysiske effektene av fysisk trening er mange. Ved å være fysisk aktiv kan man bedre muskelstyrken, balansen og motorikken. En kan også få senket blodtrykket, redusere risikoen for hjerte og karsykdommer, diabetes type 2 og forebygge enkelte kreftsykdommer (Aktivitetshåndboken, 2009).

Anspent og stram muskulatur er et vanlig helseproblem som rammer mange mennesker. Dette er også noe som medfører store kostnader til behandling og sykefravær. Fysisk aktivitet, har etter elektrofysiologiske målinger, vist at det kan medføre reduksjon i muskulære spenninger. Fra et forsøk viser det også det at fysisk aktivitet har like stor effekt, som muskelavslappende medikamenter, når det gjelder reduksjon av muskelspenninger (Martinsen, 2004).

3.5 Ulike typer fysisk aktivitet

Det finnes en rekke forskjellige typer fysisk aktiviteter som kan bidra til å forbedre enkeltes fysiske kapasitet. Jeg har valgt å legge vekt på de mest vanligste typene som tilbys på forskjellige treningssentre, idrettsforeninger, og private aktører, men også de som tilbys på egenhånd. Rekkefølgen for aktivitetene er skrevet i tilfeldig rekkefølge og kommer i fra aktivitetshandboken (Helsedirektoratet, 2009).

Gange: Gange er den mest naturlige og enkleste treningsformen for de fleste. Denne treningsformen er skånsom for muskler og ledd, samtidig som det er en aktivitet som de aller fleste kan utføre. En tar i bruk store muskelgrupper, særlig i beina, når man går. For de som er utrent, kan en rask gange på flat underlag være bra å begynne med, mens et mer kupert terreng er noe før de som er noe mer aktive.

Løping: Ved løping kan en få en svært god kondisjonsfremmende effekt, det på grunn av at det er en aktivitet som engasjerer de store muskelgruppene og at en bærer egen kroppsvekt. Løping er noe en kan drive med hele året rundt, både inne og ute, og blir på grunn av det en lett tilgjengelig form for trenings. Det som er ulempen ved løping er at den

fører til belastnings- og slitasjeskader, ved at den belaster muskler, ledd og sener relativt hardt.

Ball-, nettballs spill og racketidretter: Fotball, handball tennis, basketball, volleyball og innebandy, er en rekke kjente navn innenfor denne formen for trening. Mange av disse aktivitetene har en god effekt på både muskelstyrke, kondisjon og koordinasjon og som regel kan de på forskjellige måter påvirke den fysiske kapasiteten.

Sykling: Ved sykling kan en velge mellom å drive med det ute og kan også bruke inne, dette da med en ergometersyssel. For de personene som er overvektige kan sykling være en av de enkleste/beste formene, for ved sykling behøver en ikke å bære sin egen vekt. Det er først og fremst de store muskelgruppene i beina en bruker da en sykler, og dette har også en god effekt på kondisjonen. For de utrente kan sykling være en god kondisjonstrening til å begynne med, det ved at sykling er skånsomt mot ledd og muskulatur.

Svømming: Svømming er en god kondisjonskrevende aktivitet som involverer store og små muskelgrupper, og den er også en skånsom form for aktivitet, som gjør at det er et godt alternativ for overvektige, da det er liten skaderisiko.

Andre ulike og kjente metoder for fysisk aktivitet:

Dans, Pilates, Yoga, Vanngymnastikk, Spinning, Roing/padling, Langrenn, Aerobic, (Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling, 2009:136-142).

3.6 Fysisk aktivitet og trening i rusbehandling

I følge “*aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (Helsedirektoratet, 2009:kap 15)” står det at den vitenskapelige dokumentasjonen er begrenset, kan en strukturert fysisk aktivitet dempe ubehag i abstinensfasen.

Den fysiske aktivitetens virkning i behandling i rusomsorgen er sannsynligvis gunstig for de fleste rusmidlene, men er best undersøkt ved misbruk eller avhengighet av alkohol.

I kapittel 15 i “aktivitetshåndboken” heter “Avhengighet og misbruk”. I dette kapittelet står det om virkningene av fysisk aktivitet.

Det kommer frem her at organisert fysisk aktivitet og trening kan dempe subjektiv ubehag i den akutte abstinensfasen.

I følge Lossius(red.) (2011) er abstinenssymptomer en betegnelse på de symptomene som oppstår hos en person når tilførselen av et rusmiddel reduseres betydelig eller opphører helt. De vanligste symptomene er uro, svette, frysninger, magekrampe, muskelsmerter, diare, hodepine og søvnvansker. Videre, i følge Lossius(red.) (2011), kommer det frem at svært få studier har undersøkt effekten av fysisk aktivitet i abstinensfasen, men en engelsk intervensjonsstudie hadde kortvarig trening en svak, forbigående effekt på alkoholsuget.

Flere andre studier har så påvist betydelig reduksjon av skjelvninger og svettetokter, samt en reduksjon av angst, etter lavintensiv kondisjonstrening. Dette har da medført at pasientene har kommet seg raskt gjennom abstinensfasen.

Den viktigste langtidsvirkningen for en person som gjenoppretter eller forbedrer sin fysiske form er bedret hjertefunksjon og perifer sirkulasjon, normalisering av blodtrykksnivå og nevrologiske symptomer. Den regelmessige fysiske aktiviteten kan også, som tidligere nevnt, føre til en reduksjon av depresjon og angst, for en rusmisbruker som sliter med det (Lossius(red.), 2011).

3.7 Forebyggelse av tilbakefall

I følge Egil W. Martinsen(2004:90-91) er av de store problemene med rusmisbruk, faren for tilbakefall. Selv om mange har gleden av å delta i en fysisk opp trening i behandlingen sin, men for de som for eksempel er i behandling i en institusjon, hvor de bedriver med fysisk trening/aktivitet, kan det ofte være et betydelig frafall når de kommer tilbake til sitt tidligere liv/hjemmemiljø. I Sogn og Fjordane har de startet et prosjekt som forsøker å gjøre noe med det at pasienten opphører treningen etter endt behandling. Det spesielle ved dette prosjektet er at de har utdannet 100 treningskontakter, hvor det mist kan være en treningskontakt i hvert av fylkets 26 kommuner. Disse treningskontaktene har i oppgave å ta imot de pasientene blitt utskrevet av behandlingsinstitusjonen og følge de opp med trening i sine lokalmiljøer (dette er et forsøk som er i tidlig fase og hvor resultatene enda ikke er analysert).

Også i følge aktivitetshåndboken(2009), er individuelt tilpasset fysisk aktivitet anbefalt for de fleste pasienter, dette for å hindre tilbakefall. Kunnskap, basert på erfaringer tilsier imidlertid at fysisk aktivitet som et tiltak bør tilrettelegges mens pasienten er under aktiv behandling. Dette for å kunne bli en naturlig del av oppfølging etterpå. Som tidligere nevnt, hvor Sogn og Fjordane, utdannet treningskontakter for å følge pasientene sine i enhver kommune, kommer det også frem i følge “aktivitetshåndboken, 2008” at flere kommuner i Norge har innført systemer med treningskontakter. Dette for å bidra til motivasjon og for å skape kontinuitet i treningen. Intensjonen med å etablere kontakt mellom pasienten og en støtteperson med idrettslig erfaring, som også kan bidra med å bistå pasienten med å etablere rutiner for fysisk aktivitet både under og etter avsluttet behandling.

En slik treningskontakt fungerer på den måten som et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, der pasienter som trenger et slikt støttebehov, tar kontakt med sitt sosialkontor eller forvaltningsavdelingen i sin kommune for søknad om treningskontakt. En kan då få en matchende treningskontakt, med tanke på kjønn, alder og interesser. En koordinator er en slik som får dette ansvaret. Dette tilbudet er også en form for støttekontaktilbudet, som eksisterer i norske kommuner (aktivitetshåndboken, 2008).

3.8 Fra rusavhengig til treningsavhengighet

En ting er å slutte med rusmidler, mens en annen ting er å finne noe som kan erstatte den. For en person som har vært avhengig av rusmidler lenge og med et alvorlig misbruk kan rusmidler være noe av det viktigste de har i tilværelsen. Mye av tiden gikk til å skaffe seg rusmidler og planlegging i forhold til det, hvor og hvordan det skal brukes. Om en så greier å slutte med rusmidlene, kan det bli mye tid til overs, og en får behovet for noe annet til å fylle tomrommet med. Da kan friluftsliv og fysisk aktivitet være en ting som de kan fylle tomrommet med, etter rusen. På denne måten kan rusavhengigheten erstattes med en annen, i dette tilfellet treningsrusen. Noe som klart er en sunnere versjon. En annen ting er jo også at ulike former for fysisk aktivitet kan gi en enkel inngang til nye sosiale miljøer. Mange har tidligere bare hatt et forhold til rusmiljøer og i slike miljøer kan det

være langt i fra enkelt, å holde seg rusfri. Fellesskapet og interessen for fysisk aktivitet gjør det lettere å komme i kontakt med andre mennesker, noe som er svært verdifullt i seg selv, på grunn av at det øker sjansen for å holde seg rusfri (Martinsen, 2004).

Bruk av rusmidlene kan ha mange ulike funksjoner, både for enkelt personer og for grupper av mennesker. Når en pasient kommer til behandling er det sentralt å kartlegge hvilke funksjoner som gjør at pasienten rusmiddelbruken. For noen av pasientene kan rusmiddelbruken knyttes til ønsket om å være eller føles seg som noen andre. Pasienter har uttrykt: “jeg har følt meg annerledes hele livet, men når jeg ruser meg føler jeg meg som alle andre”. Når en har kartlagt rusens funksjon for pasienten og knytte dette opp til hvilke effekter de ønsker av trening, kan treningen i dette tilfelle erstatte noen av de funksjonene rusmiddelbruken tidligere hadde, for eksempel som et middel for å styrke selvfølelsen (Lossius (red), 2011).

Fysisk aktivitet kan også virke mestringsbyggende for noen, da menneskers identitet og selvfølelse stadig erfarer med å mestre. For personer som har rusrelaterte problemer er det vanlig at de har mange tapsopplevelser og følelsen av å mislykkes, det kan være alt i fra familie, jobb og skole, også er mange stigmatisert i samfunnet. En bedre selvfølelse og styrket identitetsopplevelse er noe som fysisk aktivitet og trening kan bidra med, men sjansen er stor for at også fysisk forfall kan svekke selvfølelsen og være identitetsoppløsende. Derfor er tett oppfølging av treningsterapi noe som er viktig. For i alle endringsprosesser er motivasjonsfaktoren sentralt, både med det å etablere fysisk trening som fast rutine i hverdagen, men også med det i forhold til å avstå fra eller redusere rusmiddelbruken. Fra erfaringer viser at det å oppleve de ulike effektene av fysisk trening bygger opp den indre motivasjonen (Lossius (red), 2011).

3.9 Behandlingsprogram for treningsterapi

Et behandlingsprogram for rusmisbrukere i forhold til det med fysisk aktivitet, bør inneholde individuelt tilrettelagt fysisk treningsprogram, tett oppfølging av treningsterapeut og undervisning som omhandler for eksempel effekter som kan forekommer av trening. Treningsdagbok og for eksempel pulsklokke er noe som kan bidra til å myndiggjøre pasienten. Pulsklokken kan brukes under treningsøktene for å bidra til at

pasienten på en mer hensiktsmessig måte, porsjonerer kreftene og ikke starter treningen for hard. Også en viktig ting er at fysisk trening må etableres som en fast rutine i hverdagen for at effekten skal bidra til å redusere pasientens symptomer og hjelpe pasienten til å mestre hverdagen. Selv om det er pasienten som selv må sette ønske om å bli fysisk aktiv i behandling, kan terapeuten bidra til at pasienten mestrer å komme fra tanker til handling. Dette med å motivere og en metode kan være motiverende intervju (Lossius (red), 2011).

3.10 Motivasjon

I følge Martinsen(2004), er motivasjon forbundet med positiv tekning, medfødt egenskaper, like å gjøre noe, drivkraft og bli giret opp. Motivasjon kan være så et viktig begrep når det gjelder fysisk aktivitet mentalt helseperspektiv. Motivasjon beskrives gjerne som indre eller ytre styrt. Å være engasjert for sin egen del, vil si å være indre motivert. Den indre motivasjonen er stabil og varig, og innebærer å være engasjert for sin egen del. Den ytre motivasjonen er mer instrumentell og blir styrt av forhold utenfor personen, som for eksempel som straff eller belønning.

Hvordan motivere en pasient til å starte med trening som terapi?

En viktig faktor for å få en pasient til å begynne med trening som terapi, er i følge Kari Lossius (2011), å skape et motiverende miljø, som innebærer kunnskapsrike og engasjerte medarbeidere. Det finnes mange ulike måter å motivere pasienten på. En måte er å kartlegge pasientens problemområde og behov for å gi kunnskap om trening som terapi, spesielt knyttet til pasientens symptomer og problemer. Det er også viktig å vise i praksis er å vise hvordan trening kan gi en god opplevelse, struktur i hverdagen. Det er også viktig å tilby pasienten attraktive aktiviteter etter pasientens interesser og ønsker. En annen måte som kan brukes for å motivere pasienten og det er for eksempel å bruke samtaleteknikker som motiverende intervju. Denne metoden kan føre til at pasienten ambivalenser dreier seg i retning av ønske om å trene.

Motiverende samtale/intervju:

Motiverende samtale er en betegnelse på den norske tilpasningen av Motivational Intervjuing, som er en målrettet og kliensentrert samtalemetode for å motivere pasienten for endring. Denne metoden ble først rettet mot pasienter med alkohol problemer, men har

etter vert blitt brukt overfor pasienter med spiseforstyrrelser, spilleavhengighet røyking og som for eksempel til det med å få til fysisk aktivitet.

Denne metoden har som hensikt å oppnå et samarbeid mellom behandler og pasient, for på denne måten motivere og påvirke til endring av det problemet pasienten har gjennom en systematisk utforskning til klientens problem. Det vil si at hele målet med samtalen er å øke pasientens indre motivasjon til å endre på en adferd som kan fremme bedre helse. Motiverende samtale vektlegger en empatisk fra hjelperen, dette for å etablere og styrke relasjonen, redusere og påvirke til endring. Det blir brukt åpne spørsmål, oppsummeringer og refleksjoner på en selektiv og målrettet måte, dette for å styrke og fremheve tendenser til endring (Lossius, 2004).

3. 11 Behandlingsresultater ved Stiftelsen bergensklinikkene

Stiftelsen Bergensklinikkens døgninstitusjon Hjellevad har tilbudt fysisk aktivitet som en behandlingsmetode siden 1990. En uttalelse fra fagartikkel, ”Trening i stedet for rus” (1/2011), skrevet av Jannicke Tillung Fredriksen (vernepleier med videreutdanning i fysisk aktivitet, ansatt som treningsterapeut i Team treningsterapi ved stiftelsen Bergensklinikkene), står det klart og tydelig: *“Trening kan ha en terapeutisk effekt, og denne typen kaller vi treningsterapi”*.

I Bergen arrangeres det fire ganger i året et tiltak som heter “idrett mot rus”. Tankene bak dette tiltaket er at idrettsarenaen kan være en motsats til rusmiddelbruk. Trening kan i følge bergensklinikkene være en imidlertid rus, det vil si at en kan oppnå rusopplevelser gjennom trening. Ved stiftelsen Bergensklinikkene har de også for tiden et treningsprogram innenfor treningsterapi. Dette treningsprogrammet er det tilbud om variert trening gjennom hele uken. Treningen er kjønnsdelt, som vil si at treningsterapi tilbys som kjønns spesifikk behandling, noen av treningsøktene har de også felles kjønn. Treningsøktene deres er også lagt til formiddagen, på hensikt for å fremme psykologiske effekter av treningen, en annen hensikt med det er å gjøre pasienten mer tilgjengelig for samtaleterapi, som foregår etter lunsjen. Ideologien bak treningsprogrammet deres kan beskrives slik:

- *All aktivitet er bra, og bedre enn noen aktivitet*
- *Aktivitet skal være individuelt tilrettelagt*
- *Bedre med hyppig aktivitet med lav intensivitet, enn sjelden aktivitet med høy intensivitet.*

- *Vektlegge variasjon, både når det gjelder type aktivitet, intensivitet, miljø etc.*
- *Psykisk effekter av treningsterapi vektlegges framfor fysiske*
- *Vi tenker etter behandling, og ønsker å vektlegge aktiviteter som pasienten kan fortsette med etter behandling.*
- Opplevelse er et viktig element (Fredriksen, 1/2011:51).

Vitenskapelige studier gjennomført ved Bergensklinikkene:

Ved stiftelsen Bergensklinikkene gjennomførte treningsterapiteamet for et par år siden en brukerundersøkelse blant pasienter som hadde valgt trening som en del av behandlingen ved innleggelsen. Resultatene fra denne undersøkelsen viser til at det er svært få av pasientene som opplever at trening ikke påvirker positivt på rusmiddelproblemen. I denne undersøkelsen deltok 76 pasienter i alt. Halvparten av dem mente at treningen demper abstinensplager og over halvparten mente at treningen demper følelsen av trangten eller lysten til å ruse seg. Denne brukerundersøkelsen viser også at mer enn halvparten av de som deltok i undersøkelsen mente at de hadde blitt avhengige av trening i hverdagen. Dette viser da til at den kortsiktige effekten av treningen kan bidra til positiv avhengighet til trening. Siden pasientene som var med i undersøkelsen var på denne tiden undersøkelsen foregikk vet en mindre om at dette også har en langtidseffekt.

I samme undersøkelse formidlet litt under halvparten av pasientene at de sammenlignet effekten med en rusopplevelse. Det var så spørsmål om hvilke psykiske effekter deltakerne opplevde direkte etter treningsøkt, svarte flertallet av pasientene at de opplevde treningen beroligende, avstressende og avspennende effekt. Også på spørsmålet om hvilke psykiske effekter deltakerne har følt etter at de har trent i tre uker eller mer, svarte over halvparten av dei at de kjente seg mindre deprimert og at de har økt følelse av mestring og at de har et bedre selvbilde. Når det gjelder hvorvidt treningen har påvirket andre deler av pasientenes behandling, formidler nesten halvparten av dem at de har hatt større utbytte av gruppeteorien og over halvparten har formidlet at de har større utbytte av individualterapi. Hele denne undersøkelsen viser til at de fleste av deltakerne opplever at fysisk trening tilgjengelige for anen terapi. Fra en skala fra 0-10, skulle pasientene rangere i undersøkelsen, om hvor tilfreds de var med treningsterapien (0 anga lite tilfreds, mens 10 anga svært tilfreds) Mer enn halvparten rangerte treningsterapi som en 8, 9 eller 10 på tilfredsskalaen.

Oppsummering:

“Erfaringer fra team treningsterapi ved stiftelsen Bergensklinikkene indikerer at flertallet opplever at fysisk trening positivt påvirker deres rusmiddelproblem. De formidler også at fysisk trening gjør dem mer tilgjengelig for samtaleterapi”
(Fredriksen, 1/2011:54)

3.12 Vernepleierens rolle og case

Som jeg nevnte i introduksjonen for oppgaven er den helhetlige arbeidsmodellen en modell som illustrerer arbeidsmåten for en vernepleier kan forstås som en prosess og at de ulike fasene står i et gjensidig forhold til hverandre. I alle de fasene skal vernepleieren arbeide med og respektere brukeren selv, og dennes pårørende. Den helhetlige arbeidsmodellen er i følge FAGPLAN for bachelor i vernepleie (rev 2008), egnet i forhold til ulike typer arbeid og er ikke knyttet til bestemt brukergruppe eller individuelt arbeid. Følgende sies også om arbeidsmodellen at den er viktig at vernepleieren er bevisst på at hun må kartlegge (dvs. vurdere det kartlagte opp mot relevant teori og empiri), sette mål for hva hun vil oppnå (dvs. angi retning), tilrettelegge og iverksette tiltak for å oppnå målet, samt evaluere det hele. Om dette er på individuelt, gruppe eller samfunnsnivå vil prosessen, i større eller mindre grad, ha de samme elementer (FAGPLAN for bachelor i vernepleie, rev 2008:6).

CASE:

Silje er en ung dame i 20 årene. Hun har vært innlagt i tverrfaglig spesialisert rusbehandling flere ganger. Hun sliter mye med søvnvansker, depresjon, indre og ytre kaos og tretthet i abstinensfasen.

I forhold til Siljes nettverk har hun bare rusrelaterte venner og et ustabil forhold til sin også rusavhengige samboer. Når hun ikke bor sammen med han bor hun hos sine venner. Hun har også et ønske om å få venner som ikke har noen rus relasjoner. Før rusen eskalerte i Siljes yngre dager, var hun en svært aktiv jente. Det meste av hennes fritid gikk da til friluftsliv, trening på helsestudio, handball og venner, noe som hun nå i

dag sier hun savner, men ikke har tid til nå i dag, på grunn av at tiden hennes går til å få tak i rusmidler og til å innta dette.

4.0 DRØFTING

4.1 Rusen og treningens påvirkning i hjernen

Er det en sammenheng mellom det som skjer i hjernen når en ruser seg og det som skjer i hjernen når en trener?

Jeg går tilbake i oppgaven og ser på begge de delene hvor jeg skrev om hva som skjer i hjernen når en inntar rusmidler og drar sammen en liten oppsummering i forhold til det Lossius (2011) skriver når det kommer til det som skjer i hjernen når en ruser seg.

Han skriver og hevder at rusmidler påvirker belønningssystemet vårt ved at det blir en økning av dopaminnivået i hjernen og direkte sitert fra tidligere i teoridelen at: ulike rusmidler påvirker mekanismer og områder i hjernen som er relatert til ulike funksjoner som er grunnleggende som næringstiltak og forplantning, som vil si at det fører til at en kan bli like avhengig av rusmidler på samme måte som vi er avhengige av sex og mat. Sykepleieren Sara Maria Allan (2005) forklarer at vi kan bli avhengig av de endorfinene som kroppen vår produserer når vi trener, som igjen kan gjøre at en blir avhengig av fysisk trening, kan føre til en positiv avhengighet.

Martinsen (2004), skriver at når en er fysisk aktiv blir dopaminsystemet i hjernen påvirket og at mekanismer som er forsterket av dopamin i sentralnervesystemet kan aktiveres av stoffer som for eksempel alkohol.

Fysisk aktivitet påvirker både endorfin og dopamin nivået, med det jeg da ser, på grunnlag av dette kan det være mulig å bytte ut alkoholen og andre rusmidler med trening. Dette på grunn av at begge deler påvirker det samme systemet i hjernen og gir en god effekt på stemningsleiet.

4.2 Fra rusavhengighet til treningsavhengighet

Kan rusavhengighet erstattes av treningsavhengighet?

Ut i fra drøftingen om hva som skjer i hjernen når en ruser seg og når en trener, ser en at det påvirker det samme systemet i hjernen og at fysisk aktivitet kan erstatte rusen. Martinsen (2004) skriver at fysisk aktivitet er en god ting som rusavhengigheten kan erstattes med, da det også kan fylle det tomrommet som blir igjen etter en har sluttet med å ruse seg. Jeg mener at treningsavhengighet blir sunnere enn rusavhengighet, men fra egen erfaring har jeg sett at flere rusavhengige har økonomiske problemer som følge av at det å skaffe rusmidler koster penger. Trening og fysisk aktivitet trenger ikke å koste penger, ettersom det finnes mange gratis alternativer for trening f.eks en tur i skog og mark. Silje som jeg nevner i caset, likte å spille handball før rusen tok over. Slik jeg ser det har Silje, dersom hun begynner å spille handball igjen, en stor mulighet til å komme i kontakt med andre som ikke har relasjoner til rus. Martinsen (2004) trekker også frem denne muligheten for å treffe andre som ikke har relasjoner til rus når en trener. Martinsen (2004) skriver at mange av de som er rusavhengige har begrenset sin omgangskrets til innenfor rusmiljøet, trening kan da bidra til et nytt miljø. Da jeg var i praksis i rusbehandlingen opplevde jeg at flere av pasientene som kom inn hadde vært der før, gjerne opp til flere ganger. Flere kunne fortelle at de fikk problemer med å holde seg rusfri da de ble utskrevet fra behandlingssenteret, på grunn av at de hadde problemer med å bryte med miljøet og nettverket de hadde og havnet raskt tilbake til det samme gamle. Men om en kommer i kontakt med andre personer som kanskje også driver med trening og beholder kontakten der etter endt behandling, ser jeg det da kan være enklere å holde seg unna det gamle nettverket, og øke sjansen for å holde seg rusfri.

Martinsen (2004) sier at ettersom rusavhengige ofte sliter med mange tapsopplevelser og følelser av å mislykkes, kan trening være med å styrke følelsen av å mestre. Han sier også at fysisk aktivitet og trening kan bidra til å styrke identitetsopplevelsen og øke selvfølelsen. Jeg er enig i det Martinsen skriver da det finnes utallige muligheter for fysisk aktivitet og trening og alle kan finne en form som passer de, Zumba passer for noen, mens andre foretrekker tur i skog og mark.

Martinsen (2004) nevner i boken sin om Runners high, en tilstand mange idrettsutøvere beskriver som en ruslignende tilstand. Jeg kan tenke meg at denne følelsen de får gjennom denne tilstanden kan være en grunn av at flere blir det som de kaller treningsavhengig. Ettersom jeg fant lite forskning om akkurat denne tilstanden, vet jeg lite om det, men

ettersom denne tilstanden kan gi en ruslignende effekt er dette noe jeg kan tenke kan være noe som kanskje kan være en viktig faktor for denne typen avhengighet.

4.3 Fysisk aktivitet og treningens effekt i behandlingen

Når har fysisk aktivitet/trening mest effekt i behandlingen?

Når det gjelder dette spørsmålet mener jeg, har fysisk aktivitet/trening mest effekt i den akutte avrusningsfasen med tanke på abstinenser, eller som forebyggende mot tilbakefall. Jeg vil først trekke frem den generelle effekten av fysisk aktivitet/trening, som i følge Martinsen (2004) er både fysisk og psykisk. De psykologiske effektene kan sees for eksempel innenfor arbeid med angst, depresjon, søvnproblemer og mennesket tolerer bedre de fysiske stressreaksjonene. Aktivitetshåndboken(2008) trekker frem blant annet reduksjon av muskulære spenninger, bedring av muskelstyrken, balansen og motorikken, senking av blodtrykket, reduksjon av risikoen for hjerte og kar sykdommer og diabetes type 2, samt forebygging av forekomsten av enkelte kreftsykdommer som den fysiske effekten.

Jeg har funnet teori som viser at fysisk aktivitet/trening har effekt i den akutte avrusningsfasen, dette kommer frem i Aktivitetshåndboken (2008). Lossius (2011) trekker frem at det er lite forskning som har undersøkt effekten av fysisk aktivitet i abstinensfasen, men at flere studier har påvist betydelig reduksjon av skjelvinger og svettetokter, samt mindre angst etter lavintensiv kondisjonstrening. Dette er med på å hjelpe pasienten gjennom abstinensfasen ved å fjerne visse ubehag.

Jeg har også funnet teori som viser effekten av trening/fysisk aktivitet som forebyggende mot tilbakefall. Teorien til Martinsen (2004) trekker frem at fysisk aktivitet/trening kan være med på å hjelpe pasienten inn i nye rusfrie miljøer. Han trekker også frem at pasienten opplever mestring når de finner en treningsform som de liker og passer dem, denne mestringsfølelsen hjelper også på å øke selvfølelsen til pasientene.

Lossius (2011) trekker frem at det er viktig med lavintensiv kondisjonstrening i abstinensfasen. Martinsen (2004) trekker frem at fysisk aktivitet/trening kan være

behjelpelig med å forebygge tilbakefall. Av teori har jeg ikke funnet noe som sier noe om når trening/fysisk aktivitet er best, men den teorien jeg har funnet sier noe om at trening/fysisk aktivitet er bra i behandlingen.

I caset møter vi Silje, som går igjennom en abstinensfase. Dersom Silje skal delta i aktivitet eller trening i behandlingen, vil de fleste med erfaringer innen for rusomsorgen ha forståelse for at pasienten kan være ganske dårlig i abstinensfasen og at hun da ikke vil være motivert til hardtrening. I min praksisperiode ved avgiftningsavdelingen var dette noe jeg også erfarte. I denne fasen mener jeg at det viktigste bør være å få pasientene i aktivitet med noe de liker og mester, da jeg tror det vil gi best resultat langsiktig, enn om pasienten driver med aktivitet som er bra for kroppen, men som de opplever som et ork eller et slit. Jeg tenker derfor at en skal begynne forsiktig i det pasienten kommer inn på behandlingssenteret, kanskje med små turer, eller kanskje lek, ballspill med fokus på å ha det morsomt og som tidsfordriv, i starten, etter hvert som pasienten viser interesse og motivasjon kan en øke utfordringene og intensiviteten i aktiviteten.

Av den teorien og forskningen jeg har funnet har mesteparten av forskning foregått mens pasientene er inne til behandling. Dvs. at jeg ikke kjenner til, eller kjenner lite til effekten etter at pasienten er utskrevet og har avsluttet samarbeidet med behandlingssenteret. Men jeg vet i forhold til det som kommer frem i aktivitetshåndboken(2008) at flere kommuner i Norge har innført systemer med treningskontakter, på grunn av at pasienten skal få mer motivasjon og for å skape kontinuitet i treningen. Dette kan også bidra til at pasienten får bistått med å etablere rutiner for fysisk aktivitet både under og etter avsluttet behandling.

4.4. Den helhetlige modellen og trening

Hvordan kan jeg som vernepleier ved institusjon anvende fysisk aktivitet innenfor den helhetlige modellen?

For å belyse hvordan jeg som vernepleier i en institusjon anvende fysisk aktivitet i forhold til den helhetlige modellen, har jeg valgt å bevise det med å bruke caset fra tidligere i oppgaven. Her skal jeg vise hvordan jeg ville ha gjort det om jeg var en vernepleier og skulle hjelpe en som Silje. Jeg har valgt å bruke den helhetlige modellen for å finne et mål som Silje kan jobbe seg frem til. Ettersom dette bare er en case og med tanke på min

oppgaves omfang har jeg bare valgt å ikke anvende hele modellen, men bare frem til der Silje kan få seg et mål.

Vi går tilbake til caset og med den skal jeg gå ut i fra at jeg er vernepleier og er ansatt ved den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen Silje er ved. For å hjelpe Silje i behandlingen har jeg valgt å anvende den helhetlige arbeidsmodellen for å hjelpe Silje i hennes behandlingsforløp.

For å kartlegge Silje har jeg valgt å foreta en samtale/intervju med henne. Jeg valgte samtale på grunn av at jeg vil ha en bredde og dybde i hennes situasjon. Den typen intervju vi har valgt er uformell samtale. Uformell samtale går ut på at spørsmålene oppstår spontant, det er en konversasjon, en fri samtale der samspeillet foregår forholdsvis fritt. Ved å bruke samtale med Silje for å kartlegge henne, kom jeg frem til de opplysningene som er vist i caset.

Analyse:

Ut i fra den kartleggingen jeg foretok kom jeg frem til at Silje sliter med søvnevansker, depresjon indre og ytre kaos og tretthet. Jeg som vernepleier, har noen års erfaring, ut i fra caset, har jeg en forståelse og kunnskap om at disse plagene Silje sliter med, kommer av hennes lange rusmisbruk og det at hun nå er i abstinensfasen. Ut i fra erfaringen vet jeg at disse symptomene gjør at Siljes dager, er lange og tunge (dette skal også dokumenteres med teori).

Også ut i fra kartleggingen kommer det frem at i Siljes ungdomstid var hun svært aktiv, dagene hennes gikk da til friluftsliv, trening på helsestudio, handball og venner, noe som hun nå i dag sier hun savner mye. Hun sier også at hennes nettverk er venner som er relaterte til rus og at hun ønsker nye venner som ikke har en relasjon til rusen. Ut i fra denne analysen som jeg foretok nå ser jeg at en aktivitet eller noe lignende som trening sammen med andre personer som ikke er rusrelaterte ville vert yppelig for Silje akkurat nå.

Når jeg går ut i fra caset og ser på det jeg foretok meg i oppgaven min kan jeg gå tilbake å se på det Lossius(2011) der han skriver om at fysisk aktivitet kan dempe subjektiv ubehag i den akutte abstinens fasen. I følge studien som Lossius (2011) kommer med hadde kortvarig trening en svak forbigående effekt. Også i følge aktivitetshåndboken(2008) har fysisk aktivitet en umiddelbar og langsiktig effekt på depresjon. Ut i fra befolkningsundersøkelsen som Martinsen (2004) trakk frem svarte de fleste at fysisk

aktivitet var den viktigste praktiske metoden, vanen eller handlingen som folk brukte for å falle i søvn og for å få god kvalitet på søvnen.

Jeg ser da i følge av kartleggingen og analysen at trening i behandlingsoppholdet er noe som kan være bra og ideelt for Silje, dette med tanke på hennes symptomer og hennes egne ønsker om å gjenoppta treningen.

Mål: I anvendelsen av den helhetlige arbeidsmodellen skal en også sette opp mål for Silje. Med disse målene er det viktig at Silje er med på å sette og at det er mulig for henne å oppnå. Målene blir også satt i forhold til analysen, som danner et grunnlag for målvalgene. De skal også være etiske og faglige.

Siljes overordnet mål: Jeg er aktiv sammen med andre.

Hovedmål: Jeg trener flere ganger i uken, sammen med andre.

Delmål:

1. jeg drar på helsestudio sammen med andre
2. Jeg drar på fjellturer eller gåturer i skog og mark.
3. Jeg blir med på håndballtrening.

For å begrunne valg av målene som jeg satt opp sammen med Silje, tar jeg en felles begrunnelse. Målene er svært like og går over hverandre.

Som tidligere nevnt vil Silje gjerne bli mer aktiv igjen, og ut i fra kartleggingen vil hun også ha nye venner som ikke er relatert til rus. Hun har også i følge analysen flere symptomer som fysisk aktivitet kan ha god effekt mot. Derfor ser jeg det viktig og i følge Siljes egne ønsker at hun kan bedrive sin fritid sammen med andre.

Tiltak: Jeg drar på håndballtrening.

Jeg tror det er viktig at Silje kommer seg i aktivitet, dette på grunn av hennes ønsker og at det bevisst at fysisk aktivitet kan hjelpe henne med de symptomene hun sliter med. Når Silje kommer seg i aktiviteten håndball kommer hun også i kontakt med flere, disse må da være uten rusrelasjonen. Når Silje kommer i gang med håndballtreningen er det også mulig for at Silje kan bedrive sin fritid etter oppholdet i behandlingen. Da kan håndballtreningen være en viktig faktor for Silje, for å forebygge tilbakefall. Håndballtreningen kan også være viktig for henne med tanke på at det kan gi henne en mestringsfølelse, noe som er viktig for en rusmisbruker.

Metode: for å hjelpe Silje i forhold til sitt mål, er metoden med å gi henne støtte og oppmuntring, med at dette er noe hun kan mestre. Å gi henne støtte og oppmuntring være en positiv forsterker, her ligger læringsteori i bunnen for det.

I det neste punktet i modellen skal det planlegges og tilrettelegges tiltaket, tiltaket skal beskrives og det skal lages en systematisk gjennomføringsplan og evaluering av tiltaket. Dette har jeg valgt og ikke å gjøre med tanke på omfanget, men skriver litt om det i avslutningen. Personalet som skal hjelpe Silje skal derfor bare bidra med positive og motiverende tilbakemeldinger til Silje.

Avslutning:

Ved tanke på Siljes tiltak er målet at Silje skal få en bedre hverdag. Det er derfor viktig at Silje kommer med tilbakemeldinger om tiltaket slik at en får en oversikt overfor hvordan tiltaket utvikler seg. I anvendelsen av den helhetlige modellen er det svært viktig at Silje er positiv til tiltaket og at det er hun som har styring over dette.

Ut i fra at dette treningstiltaket til Silje var målet i første omgang å lindre abstinensene og gi henne bedre søvnkvalitet. Å starte med håndballtrening kan fra begynnelsen av, være litt tungt, det med tanke på at Silje er i abstinensfasen og at det er mange år siden hun drev med håndball. Men jeg kan tenke meg at om Silje bare er først og fremst med i treningen, der de andre ikke deltakerne er så fokusert på å vinne og hvor de har forståelse for Siljes situasjon, kan det være allikevel en grei og morsom aktivitet for Silje.

Når Silje kommer ut av abstinensfasen kan hun øke motivasjonen og intensiteten på treningen, da kan jeg tenke meg at Silje får sove enda bedre og at aktivitetsnivået øker ytterligere. Jeg kan også tenke meg at videre i behandlingen og av følge av treningen kan Silje føle seg mindre nedstemt, mindre tankekaos. Treningen fører til at Silje lettere kommer seg gjennom abstinensfasen.

Jeg ser også at det er viktig at ved endt behandling, kan det være greit at Silje får en treningskontakt, en person i lokalmiljøet som kan hjelpe henne og etablere et system for fysisk trening i hennes hverdag.

4.5 Motivering av pasient

Hvordan kan jeg som vernepleier hjelpe med å motivere pasienten til trening?

For å besvare denne delproblemstillingen har jeg også tenkt å bruke Silje i caset, ved å vise hvordan jeg som vernepleier ville gått frem om jeg skulle hjelpe og motivere Silje til å komme i gang med trening i behandlingen.

For en person med rusavhengighet bør det i følge Lossius (2011) inneholde et individuelt tilrettelagt treningsprogram i treningsterapien. Jeg kan tenke med at det er viktig at treningsprogrammet er individuelt da Silje kan komme med egne ønsker om hvilke treningsaktiviteter som hun mener er best for henne og for hvilke hun interesserer seg for, og at treningen kan bli tilrettelagt i forhold til hennes ønsker og symptomer. Videre skriver også Lossius (2011) at ved tett oppfølging av en treningsterapeut, blir treningen etablert som en fast rutine og undervisning om trening er viktige faktorer. Jeg mener at jeg som vernepleier kan hjelpe Silje med å sette ned mål for hva hun vil oppnå med treningen.

Når jeg brukte den helhetlige arbeidsmodellen kartla jeg Siljes problemområder og satte henne mål i forhold til det. I følge Lossius (2011) er det å kartlegge pasientens problemområder en måte å motivere pasienten på, gi pasienten kunnskap om treningen som terapi, med tanke på symptomene og problemene som pasienten har. Slik jeg ser det, vil det å gi Silje informasjon om hvordan trening bidrar til at hennes abstinenser vil bli lindret, kan også gi henne en motiverende effekt. Lossius (2011) sier også at en motiverende samtale kan være en metode for å motivere pasienten. Det går ut på å skape et samarbeid mellom pasienten og behandleren, hvor en har som mål å øke pasientens motivasjon på å endre på en adferd som kan gi bedre helse.

5.0 AVSLUTTNING

Jeg deler dette kapittelet opp i tre deler; Oppsummering, konklusjon og refleksjon

5.1 Oppsummering

Oversikt over drøftingene til hver delproblemstilling:

I den første punkt drøftet jeg til spørsmålet: *Er det en sammenheng mellom det som skjer i hjernen når en trener og når en ruser seg?*

Jeg tok da for meg hva som skjedde i hjernen når en ruset seg og det som skjer i hjernen når en trener, jeg så først på de hver for seg og så drøfte de da sammenhengen mellom det.

I det andre punktet tok jeg for meg spørsmålet: *Kan rusavhengighet erstattes med treningsavhengighet?*

Her så jeg på de positive grunnene for at for at rusavhengighet kan erstattes med treningsavhengighet. Jeg trakk frem Silje, fra caset, for å vise hvilke positive effekter som kommer av at hun går fra rusavhengighet til trening. Jeg trakk også inn Runner's high for å vise at trening kan føre til en ruslignende effekt.

Når har fysisk aktivitet/trening mest effekt i behandlingen er det tredje punktet. Her ser jeg på de generelle effektene en får av fysisk aktivitet/ trening og så de effektene trening har i behandling for rusavhengige. Jeg trekker også her inn Silje, for å vise til de symptomene hun har og når fysisk aktivitet/trening har effekt i forhold til dem.

Den helhetlige modellen og trening: hvordan kan jeg som vernepleier ved institusjon anvende fysisk aktivitet innenfor den helhetlige modellen?

I dette punktet tok jeg og anvendte den helhetlige modellen i forhold til caset om Silje. Her kartla jeg hennes situasjon, analyserte den, satte mål for henne og ga henne et tiltak. Til slutt gikk jeg ut i fra hvordan jeg selv tror det vil gå med Silje og skrev det i en avslutning.

I det siste punktet tok jeg for meg spørsmålet: *Hvordan kan jeg som vernepleier hjelpe med å motivere en pasient til trening?* Her tok jeg for meg det jeg fant i forhold til hvilke effekter som kan brukes når en skal motivere en pasient. Jeg trakk også Silje inn her for å vise hvordan jeg ville ha gått frem for å motivere henne. Jeg så også på motiverende samtale.

5.2 Konklusjon

Nå vil jeg trekke in konklusjoner i forhold til min problemstilling som er:

Hvorfor og hvordan kan fysisk aktivitet og trening være en nyttig del av behandlingen av rusavhengige?

Og delproblemstillingene mine:

- Er det en sammenheng mellom det som skjer i hjernen når en trener og det som skjer i hjernen når en ruser seg?
- Kan rusavhengighet erstattes av treningsavhengighet?
- Når har fysisk aktivitet/trening mest effekt i behandlingen?
- Den helhetlige modellen og trening: Hvordan kan jeg som vernepleier anvende fysisk aktivitet innenfor den helhetlige modellen?
- På hvilken måte kan jeg hjelpe/motivere en pasient til trening?

Med bakgrunn i teorien som er presentert i drøftingen og redegjørelsen av hver enkel underproblemstilling, ser jeg at fysisk aktivitet og trening kan være en nyttig del av behandlingen av rusavhengige. Jeg ser at det som skjer i hjernen når en trener og det som skjer i hjernen når en er påvirket av rus/ruser seg har en klar sammenheng. Rusmidlet og treningen påvirker det samme systemet i hjernen og gir en god effekt, en kan derfor bytte rusmidlet ut med trening.

Jeg ser også mange fordeler med at rusmidlet blir byttet ut med treningen, dette ved at trening kan gi nye nettverk som ikke er rusrelaterte, styrke selvfølelsen og en følelse av mestring.

Jeg kan også se at fysisk aktivitet/ trening er effektiv i flere stadier i behandlingen. Først ved å lindre abstinensene i begynnelsen av behandlingen og at den fysiske aktiviteten/treningen også har en effekt på å hindre tilbakefall da pasienten er ferdig i behandlingen.

Jeg har ved å anvende den helhetlige modellen i forhold til Silje fra casen, komt frem til hvordan jeg som vernepleier kan bruke modellen og anvende fysisk aktivitet. Det kan jeg ved å kartlegge symptomene til Silje og sette mål til henne for å først og fremst lindre hennes plager i abstinensfasen. Jeg ser klart at modellen kan være nyttig i en slik sammenheng.

Jeg ser også mange metoder en kan bruke når en skal motivere en pasient til trening. Dette ved å bruke visse faktorer som å gi pasienten et individuelt tilrettelagt treningsprogram, etablere trening som en fast rutine i hverdagen, hjelpe pasienten med å sette mål og gi pasienten informasjon om hvordan trening kan hjelpe en i behandlingen.

Ved konklusjonene jeg kom frem til, ut i fra delproblemstillingene, føler jeg det besvarer min problemstilling. Jeg kan klart si at fysisk aktivitet og trening kan være en nyttig del av behandlingen av rusavhengige.

5.3 Refleksjon

Å arbeide med denne oppgaven har vært svært givende for meg. Jeg syntes fra før av at det var et spennende tema, men mener nå at det er enda mer spennende. Det har gitt meg mye mer kunnskap om både rus og trening, og ikke minst trening i rusbehandling.

Skulle jeg ha gjort oppgaven om igjen ville jeg ha tatt kontakt med Stiftelsen Bergensklinikkene og/eller andre rusbehandlinger og fått informasjon direkte fra dem og brukt det i oppgaven. Jeg skulle da også trukket mye mer litteratur inn i oppgaven, sett flere forskjellige syn og meninger.

LITTERATURLISTE

Aadland, Einar. ”Og eg ser på deg...” *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 1997.

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (red). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologiske og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.

Dalland, Olav. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS, 2007.

Fekjær, Hans Olav. Rus. *Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.

Lossius, Kari (red.). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Gyldendal Norsk forlag AS, 2011.

Malt, Ulrik Fredrik, Nils Retterstøl og Alv A. Dahl. *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.

Martinsen, Egil W. *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.

Thornquist, Eline. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.

Internettdokumenter:

Bachelor i vernepleie, FAGPLAN (ved høgskolen i Molde).

<http://www.himolde.no/db/28/3212.pdf>

Rev 2008. Lest 13.09.11

Fredriksen, Jannicke Tillung (2011). *“Trening i stedet for rus”*. FONTENE utgave 1 i 2011.

http://multimedia.api.no/www.fontene.no/archive/03608/fagartikkel_rus_3608737a.pdf

Lest: 29.08.11

FO, Om vernepleieryrket 2008.

http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Trykksaker/_Om%20vernepleieryrket_A5.pdf

Lest: 15.09.2011

Grønstad, Eli Gunvor (2005). *“Endorfiner – kroppens eget rusmiddel”*,

<http://www.sinnetshelse.no/artikler/endorfiner.htm>

Publisert: 22.08.05 Lest: 01.09.11

Helsedirektoratet (2009). *“Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling”*.

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00105/Aktivitetsh_ndboken_105169a.pdf

Lest den 05.09.2011