

Behandlingsbarrierer for patienter med alkohol- og/eller stofmisbrug i muskuloskeletal fysioterapi – et kvalitativt projekt fra fysioterapeutens synsvinkel

KANDIDATSPECIALE

STUDERENDE: SØREN ROSENØRN DOHN, STUDIENUMMER: 20202182,
GRUPPERNUMMER: HST-22-MSKFYS-10-10605, VEJLEDER: DENNIS BOYE LARSEN

Abstract

Title: Barriers to treatment of patients with substance abuse in musculoskeletal physiotherapy – a qualitative project from the perspective of the physiotherapist.

Background: Disparity in healthcare is a global problem with many facets, where equal access to healthcare services can have a major impact on the individual's life. Patients with alcohol, drug and substance abuse in particular, have shown to suffer from musculoskeletal disorders and disabilities. Patients with substance abuse, and the barriers to treatment experienced within this group, are sparsely studied within musculoskeletal physiotherapy. Therefore, the aim of this project was to investigate the barriers physiotherapists experienced when patients with substance abuse is referred to musculoskeletal rehabilitation. Further the project wanted to examine the thoughts physiotherapists had when dealing with these barriers in clinical practice.

Methods: Four semi-structured interviews were conducted with physiotherapist experienced in musculoskeletal disorders. The interviews were analyzed using inductive thematic analysis.

Results: Three key themes were identified that highlighted the problem. 1) Abuse reinforced known barriers. 2) Experiences were a barrier for the therapists. 3) The therapist actively tried to accommodate the patient on the patient's own terms.

Conclusion: The barriers found among the informants in the project were similar to what has previously been listed as barriers in relation to physiotherapy in general. Characteristic of patients with abuse was that the abuse made the common barriers more pronounced. Additionally, the preconception became a barrier among the informants who experienced being less motivated and having lower expectations to patients with substance abuse. The informant's strategy in overcoming these barriers was to meet patients with a substance abuse on equal terms with other patients. In addition, the importance of an interdisciplinary effort was pointed out to be able to deal with the complex issues that existed among patients with an addiction disorder.

Indholdsfortegnelse

1.0 Problembaggrund.....	3
1.1 Indledning.....	3
1.2 Hvad forstås ved ulighed i sundhed? (Fra ulighed i sundhed til socialt udsat).....	4
1.3 Hvem er socialt udsat?	5
1.4 Hvad viser litteraturen om barrierer for muskuloskeletal-træning og patienter med misbrug?	6
2.0 Problemformulering.....	7
3.0 Metode.....	8
3.1 Videnskabsteoretiske ståsted.....	8
3.2 Dataindsamling.....	8
3.2.1 Interviewguiden	9
3.2.2 Analysestrategien	11
3.3 Litteratursøgningen	12
3.3.1 Søgestrategien	12
3.3.2 Litteraturudvælgelse	13
3.4 Projektplanlægning	14
3.5 Etik og GDPR.....	15
4.0 Resultatafsnit	15
4.1 Dataanalysen.....	15
4.1.1 Misbrug forstærkede kendte barriere.....	17
4.1.2 Erfaringer var en barriere for terapeuterne	20
4.1.3 Terapeuten forsøget aktive at rumme patienten, på dennes egne præmisser	21
4.2 Resultatet af litteratursøgningen.....	24
4.2.1 Flow chart over litteraturudvælgelsen.....	24
4.2.2 Den inkluderede litteratur.....	25
5.0 Diskussion	26
5.1 Resultatdiskussion	27
5.2 Metodediskussion og metodiske begrænsninger.....	32
5.3 Fremtidige fokusområder og implementering i klinisk praksis.....	34
6.0 Konklusion.....	36
7.0 Litteraturliste.....	37
8.0 Bilagsliste	42

1.0 Problembaggrund

1.1 Indledning

Ulighed i sundhed er et komplekst fænomen, der påvirkes af mangeartede faktorer. Reducering af ulighed har, i forskellige afskygninger, været et sundhedspolitisk interesseområde gennem adskillige år, hvor ambitionen har været at reducere den forskelsbehandling visse grupper i samfundet oplever i kontakten med sundhedsvæsenet (1). Udfordringerne vedrørende ulighed i sundhed er i fokus i både ind- og udland, hvor verdenssundhedsorganisationen World Health Organisation (WHO) siden 2009 har opfordret sine medlemmer til at undersøge ulighed i sundhed blandt befolkningen i de respektive lande (2). WHO påpegede flere determinanter, der havde betydning for sociale forskelle i sundhed, der nævnes eksempelvis de omstændigheder mennesker fødes, vokser op i, arbejder og aldres under samt fordelingen af magt, penge og ressourcer i samfundet (2).

På baggrund af WHO's opfordring udarbejdede sundhedsstyrelsen (SST) fra 2009 en rapport med det formål at afdække omfanget af ulighed i sundhed i Danmark (1). Opfølgningen på rapporten udkom i 2017 og viste, at der på trods af politisk fokus på området, ikke er sket store ændringer i den sociale ulighed i det danske sundhedsvæsen (3). Selvom befolkningen generelt har oplevet en fremgang i sundhed, har det vist sig vanskeligt at reducere den sociale skævhed ved sygdomme som kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), lungekræft, iskæmisk hjertesygdom, diabetes samt multisygdom (≤ 2 diagnoser) og generel kontakt til sundhedsvæsenet (3-5).

Således er udsatte borgere overrepræsenterede, når man ser på henvendelser til den praktiserende læge, hvor der ses knap dobbelt så mange henvendelser (relativrisiko=RR M/1,86, K/1,89) som hos den øvrige befolkning (6). Dette til trods for at flere udsatte ikke kan sætte navn på deres praktiserende læge og betragter lægen som en fremmed (7).

Samme tendens ses ved akutte henvendelser på skadestuer og ved hospitalsindlæggelser. Ved skadestuebesøg ses fem og seks gange forhøjet risiko for henholdsvis mænd og kvinder (RR M/5,00, K/6,21) (6). Ligeledes er indlæggelseshyppigheden i det somatiske hospitalsvæsen omtrent fire gange højere (RR M/4,41, K/3,96) for socialt udsatte end blandt den øvrige befolkning (6).

Omvendt ses det, at udsatte borgere, i mindre grad anvender de specialiserede sundhedstilbud såsom fysioterapi (6). En del af forklaringen kan være at kontakten med fysioterapien ofte går via egen læge eller hospitalet, og kan være forbundet med økonomiske omkostninger eller ventetid (6). Relevansen af fysioterapi er anerkendt i behandlingen af funktionsnedsættelse (8), eller ved smerter (9). Dermed bliver udsatte borgeres reducerede brug af ydelser, så som fysioterapi, relevant, da en

del udsatte borgere enten udskrives med et genoptræningsbehov, oplever MSK-smerter eller på anden måde oplever funktionsbegrænsninger (6).

For at forstå de udfordringer, der opstår når udsatte borgere kommer i kontakt med sundhedsvæsenet, er det en forudsætning at have et kendskab til, hvad ulighed i sundhed dækker over og hvad der kan forårsage at borger bliver udsatte.

1.2 Hvad forstås ved ulighed i sundhed? (Fra ulighed i sundhed til socialt udsat)

Ulighed i sundhed anskues forskelligt verden over, men forstås som forskelle i sundhedstilstand og fordelingen af sundhedsressourcer på baggrund af personens sociale position, opvækst, livssituation, alder eller lignende sociale omstændigheder (10). Gennem årene er der fundet en systematisk sammenhæng mellem helbred og sociale faktorer som uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet og personlig indkomst (11). Her ses det, at jo lavere en persons socioøkonomiske position er, desto større er risikoen for at have et dårligt helbred og vice versa (2). Det skyldes at dårligt helbred er associeret med færre personlige ressourcer, hvilket mindsker mulighederne for uddannelse, arbejde og socialt engagement, som er nødvendigt for at kunne opnå personlige frihed og løfte sig op på et højere niveau i samfundet (1,3).

Det at have personlig frihed til at leve det liv den enkelte ønsker er en generel ambition i samfundet, hvortil et godt helbred og adgang til sundhedsydelser er en nødvendighed (3). Her kan ulighed påvirke de konsekvenser sygdom og skader medfører, og dermed den enkeltes mulighed for at tage aktiv del i samfundet, arbejdsmarkedet og i sociale samkvem (3). Problematikken vedrørende ulighed i sundhed er således ikke kun et problem for den enkelte borger, men også et problem for samfundet som helhed. Navnlig i en velfærdsstat, hvor nem og lige adgang til sundhed ses som en essentiel værdi (12).

Omstændighederne omkring ulighed i sundhed indgår i et komplekst samspil mellem økonomiske, demografiske og sociale faktorer, der kan medvirke til at socioøkonomisk dårligt stillede, bliver socialt udsatte (13). Dette kan eksempelvis komme til udtryk ved, at borgerens arbejdsbelastning påvirker helbredet negativt, der kan gøre det vanskeligt at skifte job, hvilket kan føre til arbejdsløshed, der igen kan have en negativ indflydelse på helbredet (7). Dermed kan adgangen til sundhedsydelser være med til at socialt sårbare borgere ender med til at blive socialt udsatte.

1.3 Hvem er socialt udsat?

Når der tales om socialt udsatte findes der ikke en specifik definition, men begrebet er ofte afgrænset til borgere, der lever i fattigdom, er hjemløse, prostituerede, har rusmiddelmisbrug eller psykiske lidelser (7). Dog dækker socialt udsathed over en række forskellige sociale problemstillinger og livssituationer, der relaterer sig til fænomener som social sårbarhed, social udstødelse og social eksklusion (13). At være socialt udsat er en flydende proces karakteriseret ved forskellig grad af marginalisering fra det øvrige samfund, og kan ændre sig gennem livets faser (13). Området spænder således fra borgere med sociale udfordringer, der er i risiko for at opleve eksklusion fra samfundsfællesskabet, til personer, hvis liv foregår helt uden for de gængse samfundsnormer.

Rådet for socialt udsatte påpeger, at social udsathed indebærer en risiko for stigmatisering, diskrimination, udstødelse og personlig deroute for borgere, der lever et liv som de fleste ikke forstår eller vil betegne som et godt liv (14).

Det er væsentligt at påpege, at ikke alle med f.eks. et misbrug eller en sindslidelse bør betragtes som socialt udsatte, men risikoen for social eksklusion er større blandt disse borgere (15). Hvor borgerens evne til at tage vare på eget liv, eller deres oplevelse af at være i fastlåst i en situation, som de ikke selv formår at komme ud af, har betydning for risikoen for at blive socialt udsat (14).

Det er således en forsimpning kun at tænke socialt udsatte som borgere med misbrug af rusmidler, hjemløse, prostituerede, fattige eller psykiske syge. Dette tager ikke højde for det komplekse samspil mellem økonomiske, sociale, demografiske og adfærdsmæssige faktorer, der potentielt kan føre til social eksklusion samt hvordan disse faktorerne gensidigt kan moderere eller mediere for hinanden (13). Et eksempel, på dette samspil kan være, at arbejdsløshed fører til alkoholmisbrug og psykisk sygdom, hvor psykisk sygdom omvendt kan føre til alkoholmisbrug og arbejdsløshed, eller at alkoholmisbrug kan medføre psykisk sygdom og arbejdsløshed (7).

I dette projekt vælges det at fokusere på patienter med alkohol- og/eller stofmisbrug (herefter betegnet patienter med misbrug), da misbrugere er blandt de dårligst stillede socialt udsatte, særligt hvis misbruget er akkompagneret af andre livsomstændigheder, som eksempelvis hjemløshed, fattigdom eller sindslidelse (15). Fokus på patienter med misbrug blev valgt, da disse i høj grad angiver at døje med smerter fra bevægeapparatet og flere oplever også aktivitetsbegrænsninger, som følge af sygdom eller skader (15). Denne gruppe giver samtidig nogle særlige udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet, i form af manglende mødestabilitet, manglende evne til at følge behandlingsplaner (16) og manglende sygdomsindsigt (17).

Der skelnes i dette projekt ikke mellem alkohol- eller stofmisbrug, da det antages at de to problematikker giver lignende udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet. Misbrug forstås som et

systematisk og skadeligt indtag af psykoaktive stoffer, herunder alkohol (18). Det skal dog påpeges, at det i dette projekt var den interviewede terapeut, der selv vurderer, hvornår der er tale om en patient med misbrug. Der behøver derfor ikke at være en forudgående "misbrugsdiagnose" af patienten. Af samme årsag blev der heller ikke skelnet mellem omfanget af misbruget, da det ville være urimeligt at bede den enkelte terapeut om at skulle kunne vurdere det, uden forudgående forudsætninger.

1.4 Hvad viser litteraturen om barrierer for muskuloskeletal-træning og patienter med misbrug?

Der findes flere forskellige barrierer for MSK-genoptræning i fysioterapeutisk øjemed. I forhold til genoptræning er der beskrevet barriere i form af patientens fysiske aktivitetsniveau ved start af behandling, lav self-efficacy eller manglende støtte fra netværk (19,20). Disse psykosociale barrierer kunne påvirke patientens forudsætninger for aktivt at tage del i - og overholde de aftaler, der var indgået i forbindelse med behandling (adherence) (21). Patientens fysiske aktivitetsniveau ved behandlingsstart har også vist sig at påvirke deltagelsen (19). Ved at patienter med et lavt forudgående aktivitetsniveau oplevede det som en større barriere, hvis behandlingen fremstår uorganiseret, mangler ledelse, mangler patientuddannelse eller hvis patienten tidligere har haft negative oplevelser i forbindelse med træning (19). Lav self-efficacy, har ligeledes vist sig at kunne påvirke motivationen overfor behandlingen, hvis patienten mangler tro på egen formåen, hvorfor det kan blive vanskeligt at opstille en målsætning, der fremstår realistisk for både patienten og terapeuten (22). Således kunne genoptræningen opfattes som formålsløs og virkelighedsfjern, hvilket kunne lede til manglende engagement eller frafald (23). Manglende støtte fra netværk beskrives som en udfordring til fysisk aktivitet, af både patienter og fysioterapeuter (24). Hvor støtte fra pårørende, fysioterapeuter, eller andre patienter i samme situation, angives at have betydning for patientens motivation for aktivt at tage del i genoptræningen (24).

Desuden beskrives praktiske barrierer såsom at patienter ikke har tid til, eller mulighed for, træning i hverdagen samt at transportmuligheder og økonomiske omkostninger forbundet med træning havde betydning for adherence til behandling (19,20,25).

Litteraturen viser endvidere, at flere af de barrierer, der er i forbindelse med behandling af patienter med MSK-problematikker, også gør sig gældende hos patienter med misbrug. Navnlig beskrives manglende motivation, tilgængelighed af træningsfaciliteter og økonomi som udfordringer for patienter med misbrugsdeltagelse i fysisk træning (23,26). Patienter med misbrug angav også at træningstidspunkt og selve træningen kunne være forbundet med skam og skyldfølelse (23). Især hvis patienterne

oplevede at være i en ikke-ønskværdig fysisk forfatning, kunne denne barriere medføre manglende adherence (24).

Som beskrevet var der flere sammenfaldende barrierer i både MSK-fysioterapi (19,20) og ved træningstilbud til misbrugere (23,24,26), hvoraf et antal også fremkom blandt udsatte patienter, der var henvist til fysioterapi (25). Litteraturen viste sig særligt sparsom omkring de udfordringer patienter med misbrug kunne medføre i mødet med MSK-fysioterapi, samt at misbrugere i høj grad var kendt med MSK-smerter og funktionsbegrænsninger (15). Hvorfor det blev vurderet at en større indsigt i de udfordringer fysioterapeuter oplevede i mødet med patienter med misbrug kunne bidrage til forståelsen af de barrierer der var, og hvordan disse kunne takles i klinisk praksis. Ønsket var således at belyse problematikken fra terapeuternes perspektiv, så det ville tilføje nye vinkler til en kompleks og vedvarende sundhedsproblematik om, hvordan de mest udsatte grupper i samfundet sikres samme kvalitet i sundhedsydelser som resten af befolkningen.

Til dette formål blev den hermeneutisk-fænomenologisk tilgang vurderet som velegnet til at afdække den epistemologiske anskuelse terapeuterne måtte have omkring barrierer, og hvordan patienter med misbrug blev rummet i MSK-genoptræningen for at disse barrierer kunne håndteres. Håbet var, at denne viden kunne styrke fysioterapeuter i deres møde med patienter med misbrug ved at tilføre dem relevante faglige refleksioner til deres kliniske hverdag.

Formålet med projektet var derfor, at undersøge de barrierer fysioterapeuter oplevede, patienter med misbrug kunne medføre i en kontekst af MSK-genoptræning, herudover hvordan fysioterapeuter forsøgte at håndtere barriererne.

2.0 Problemformulering

Hvilke barrierer oplever fysioterapeuter i mødet med socialt udsatte patienter med alkohol- og/eller stofmisbrug, når disse henvises til muskuloskeletal genoptræning? Samt hvilke tanker gør de sig for at håndtere selvsamme barrierer?

3.0 Metode

Der vil i det følgende afsnit være en gennemgang af projektets metode. Først gennemgås det teoretiske grundlag for valget af at belyse problemstillingen ud fra et kvalitativt ståsted. Dernæst beskrives udvælgelsen af informanter, opbygningen af interviewet og strategien i dataanalysen. Efterfølgende vil der være en redegørelse for litteratursøgning, der har dannet grundlag for den teoretiske viden om problemområdet. Afslutningsvis præsenteres strukturen for arbejdsprocessen gennem projektet og de etiske overvejelser der er gjort forud for dataindsamlingen.

3.1 Videnskabsteoretiske ståsted

Dette projekt tog udgangspunkt i den induktive fænomenologi, hvor der arbejdes ud fra Edmund Husserls tilgang om at de fænomener, der fremtrådte skulle ses uden at tolke, teoretisere eller tilføje hypoteser (27). Fænomenologien blev brugt til at beskrive, hvordan fænomenerne optrådte i informanternes bevidsthed, og ikke til at forklare eller drage sammenhænge (27). Formålet var at få større forståelse for informanternes livsverden, kultur og erfaringer, hvorfor der i fortolkningen af data i dette projekt blev "sat parentes" om forfatterens egen forforståelse. Dette for at kunne tilgå empirien med størst mulig åbenhed, så fortolkningen ikke blev præget af de tidligere erfaringer, faglighed og antagelser forfatteren måtte have med sig (27).

3.2 Dataindsamling

Til at besvare problemformuleringen og opnå indsigt i fysioterapeuternes erfaringsdannelser blev data indsamlet ved semistrukturerede interviews. For at give struktur, blev der anvendt en interviewguide bestående af en række spørgsmål formuleret forud for interviewet (28). Interviewguiden faciliterede samtalen og gav samtidigt informanterne mulighed for frit at kunne besvare spørgsmålene og udfolde deres tanker om problemområdet (28). Interviewguiden blev pilottestet og tilrettet forud for dataindsamlingen.

Forfatteren kontaktede syv fysioterapeuter fra eget netværk, der alle havde MSK-fysioterapi som deres primær arbejdsområde. En var netop skiftet til en stilling som visitator og blev derfor interviewet som led i at pilotteste interviewguiden, men indgik ikke i selve rapporten. En anden havde ikke mulighed for at medvirke og en tredje blev interviewet, men lydoptagelse viste sig at være defekt og måtte derfor udelukkes. Dermed blev fire interviews inkluderet i den endelige rapport. Interviewene blev udført i perioden 06.04.22 – 14.04.22 og havde en varighed mellem 33:11 minutter og 58:14

minutter. For at opbygge rapport blev alle interviews udført ansigt til ansigt på en lokation og et tidspunkt, efter informantens ønske (28). Interviewene blev optaget som lydfil og efterfølgende transskriberet ordret, dog uden at medtage fyldord som ”øh” og ”hm”, tænkepauser og stemmeleje. Efter transskriptionen blev lydfilen slettet. Før interviewet begyndte, blev informanterne mundtligt informeret om projektets formål og deres rettigheder ved at deltage i projektet.

Alle interviews blev udført af projektets forfatter, der er uddannet fysioterapeut, med syv års klinisk erfaring indenfor det muskuloskeletale og almenmedicinsk område, fra både den primære og sekundære sundhedssektor.

Informanterne var alle fysioterapeuter med mellem 3 års og 8 års klinisk erfaring og arbejdede primært med patienter med MSK-problematikker. Alle var beskæftiget under den kommunale genoptræning forskellige steder i regionhovedstaden. To informanter havde tillidshverv (TR) ved siden af det kliniske arbejde. To informanter havde videreuddannelse indenfor den motiverende samtale (MI), men ingen var specifikt uddannet i at arbejde med patienter med misbrug. Hvor ofte terapeuterne mødte misbrugspatienter varierede fra omkring hver 5. patient, til ca. en patient om måneden.

Informant	Køn	Alder	Anciennitet	Aktuel stilling / funktion	Videreuddannelse ift. misbrugspatienter	Møder patienter med misbrug
Alpha	M	30'erne	3 år	Menig	Nej	Månedligt
Bravo	K	20'erne	4 år	Menig	MI	Hver 5. patient
Charlie	K	30'erne	8 år	Menig, TR	Nej	Månedligt
Delta	M	30'erne	7 år	Menig, TR	MI	Hver anden uge

Tabel 1: Demografisk overblik over informanter medvirkende i projektet

3.2.1 Interviewguiden

Interviewguiden blev anvendt for at guide samtalen under interviewet, således at væsentlige emner i forhold til problemområdet blev berørt. Guiden gav samtidig fleksibilitet, så interviewet kunne tilpasses den enkelte informant (29).

Strukturen i interviewguiden blev opbygget omkring to spørgeniveauer; hovedspørgsmål og opfølgningsspørgsmål (29).

Hovedspørgsmålene omhandlede væsentlige områder for problemstillingen og blev stillet til alle informanter. Spørgsmålene blev, så vidt muligt, stillet som åbne spørgsmål, hvor informanterne blev

opmuntret til at frit at fortælle om deres oplevelser og erfaringer på området (29). Rækkefølgen for spørgsmålene kunne variere, hvis informanten selv kom ind på emnet, eller hvis det var hensigtsmæssigt for at understøtte en progressiv dialog i interviewet (29,30).

Opfølgningsspørgsmålene skulle underbygge informantens besvarelser, ved at spørge opklarende ind til aspekter i svarene. På denne måde blev besvarelserne så fyldestgørende som muligt. Nogle opfølgningsspørgsmål var prædefinerede og kunne bruges til at dirigere retningen i interviewet og medvirke til en flydende dialog (31). Desuden var det muligt at stille spontane opfølgningsspørgsmål for at få uddybet særlige pointer, der dukkede op under interviewet (29).

Opbygningen af interviewet blev struktureret på baggrund af problemformuleringen og var opdelt i to sammenvævede dele.

Ved første del af projektspørgsmålet, "Hvilke barrierer oplever fysioterapeuter i mødet med socialt udsatte patienter med alkohol- og/eller stofmisbrug, når disse henvises til muskuloskeletal genoptræning?", blev deltageren først bedt om at fremlægge deres egne oplevelser af fænomenet for at få så upåvirkede svar som muligt (32). Informanter blev spurgt ind til patienternes deltagelse i træningen, da litteraturen påpegede, at misbrugspatienter ofte blev oplevet som ressourcetsvage med manglende initiativ, hvilket kunne have betydning for, hvordan de aktivt involverede sig i behandlingen (16,17). Informanterne blev også spurgt til, hvordan de oplevede patienterne prioriterede genoptræning, da det er blevet fremhævet, at udsatte patienter opfatter genoptræning som vigtigt, men mindre væsentlig end at få dækket misbruget, eller andre mere presserende behov såsom om mad, husly m.m. (25,33). Desuden blev deltagerne bedt om at reflektere over deres egen forforståelse af misbrugspatienter og hvilken betydning denne kunne have for relationsdannelsen.

Anden del af projektspørgsmålet, "hvilke tanker gør de sig omkring, hvordan disse barrierer overkommes?", blev indledt med, at informanten fik mulighed for at beskrive, hvordan de barrierer de tidligere havde været inde på, blev håndteret. Informantens tanker om relationsdannelsen blev også adresseret, da relationen mellem terapeut og patient var beskrevet som essentiel for at opnå et udbytterigt behandlingsforløb, særligt ved udsatte målgrupper (34). Der blev spurgt til rammerne omkring genoptræningen, da dette også var fremhævet som en mulig barriere for både misbrugsbehandling og i fysioterapi generelt (20,24). Hvor begrænsningen skulle ses i relation til planlægningen af genoptræningsforløb samt i forhold til at fleksibilitet overfor udsattes behov (20,24). Spørgsmål til, hvordan informanterne oplevede patienternes motivation blev stillet, da litteraturen havde vist, at patienter med misbrug kunne mangle motivation for at deltage i træningsforløb (23,26). Da intentionen med fysioterapi var, at genoptræningen også skulle opleves som vedrørende for patienternes daglige aktiviteter, var det væsentligt afklare i hvilken kontekst træning skulle indordnes, for at motivere patienten.

Interviewet blev afsluttet med en kort opsummering fra interviewers side, hvor informanten fik mulighed for at gøre indsigelser, hvis noget ikke var blevet tolket korrekt. Afslutningsvis fik informanten også mulighed for at komme med eventuelle tilføjelser, hvis informanten sad med tanker, der ikke var blevet adresseret.

Interview spørgsmål
<i>"Med dine egne ord, beskriv de udfordringer/barrierer du oplever, når du har patienter med misbrug til genoptræning."</i>
<i>"Hvordan oplever du, at patientgruppen ser sin egen rolle i genoptræningen?"</i>
<i>"Hvordan oplever du, at genoptræning bliver prioriteret af patienter med misbrug?"</i>
<i>"Oplever du at din egen for forståelse påvirker patientrelationen?" Hvis ja: på hvilken måde?</i>
<i>"Med dine egne ord, beskriv hvordan du håndtere de barrierer/udfordringer du tidligere har været inde på."</i>
<i>"Gør du dig nogle overvejelser ift. at opbygge en relation til patienter med misbrug?"</i> Hvis ja: <i>"hvordan er dine overvejelser anderledes end ved patienter uden misbrug?"</i>
<i>"Oplever du at de praktiske rammer for genoptræningen, har en betydning i mødet misbrugspatienter?" Hvis ja: "på hvilken måde kommer det til udtryk?"</i>
<i>"Forsøger du at motivere dine patienter til aktive deltagelse igennem et genoptræningsforløb?"</i> Hvis ja: <i>"Er der så væsentlig forskel på patienter med misbrug og patienter uden misbrug?"</i>
<i>"Er der ellers noget du ønsker at tilføje, eller som du føler vi ikke har været inde på?"</i>

Tabel 2: Overblik over ordlyden af spørgsmålene i interviewguiden

3.2.2 Analysestrategien

Dataanalysen var baseret på Virginia Braun og Victoria Clarkes metodiske tilgang til tematisk analyse (35). Formålet var at identificere mønstre i datamaterialet, der havde relevans for problemområdet (36). Den tematisk analyse er ikke forankret i et fast teoretisk grundlag, hvilket gjorde metoden fleksibel, hvorfor det var muligt at fokusere analysen på problemområdet (36). Dataanalysen blev foretaget manuelt ud fra et induktivt ståsted, hvor koder og temaer blev dannet ud fra datamaterialet, uden nogle forudbestemte kategorier (37). Analyseprocessen bestod af seks faser; **1) Familiarization**, **2) Initial coding**, **3) Searching for themes**, **4) Reviewing themes**, **5) Defining themes** og **6) Producing the report** (35). Faserne i analysen, skulle ikke ses som en trinvis proces, men snarere som et sammenspil, hvor der dynamisk blev skiftes, frem og tilbage, imellem de forskellige faser (38).

Dataanalyserne blev påbegyndt umiddelbart efter det første interview var blevet transskriberet. **1)** Her blev det nu skriftlige datamateriale gennemlæst for at opnå et dybdegående kendskab til indholdet, og for at få et indtryk af mulige tematikker. Ved den initiale gennemlæsning blev det efterstræbt at se materiale uden fordomme, eller forventninger til indholdet. **2)** De førstehåndsindtryk, der blev noteret under gennemlæsningen, dannede grundlag for den indledende kodning. Under

denne proces blev de enkelte transskriptioner gennemgået hver for sig, i jagten på at identificere udsagn med relevans for problemområdet. Disse udsagn fik prædikater, der afspejlede deres indhold og dannede således grundlag for de første tekstkoder. **3)** Herefter blev de fundne koder vurderet i forhold til indholdet, og grupperet i en søgen efter relevante temaer. Temaerne havde til formål at indfange essensen af de fundne koder og indskrive dem i en meningsfuld kontekst (38). Denne tematisering fortsatte indtil alle relevante koder var blevet inkluderet under et tema. I tilfælde hvor en kode ikke kunne indpasses under et tema, blev koden vurderet for at se om den var dækkende for indholdet, eller om den eventuelt skulle revurderes. **4)** Da de præliminære temaer var identificeret, blev disse gennemgået for at se om de var fyldestgørende i forhold til at afdække indeholdt i datamaterialet. Blev der fundet nye temaer under denne revisionsproces, blev det undersøgt om de kunne inkorporeres under et allerede eksisterende tema, eventuelt som et undertema, eller om der skulle kreeres helt nye temaer. **5)** Efter at datamaterialet var gennemgået for relevante koder og temaer, blev de endelige temaer udformet. Temaerne blev igen gennemgået for deres indhold og for, hvordan de præcist bidrog til at kaste ny viden over problemområdet, hvorefter de blev sammenfattet i deres endelige udformning. **6)** Efter at temaerne havde fået deres endelige udformning blev analyseprocessen tilendebragt, ved at indskrive temaerne i en sammenhængende fortælling, underbygget med relevante citater fra informanterne.

3.3 Litteratursøgningen

For at belyse den eksisterende viden vedrørende projektets problemstilling, blev der udført en systematisk litteratursøgning med det formål, at afdække relevant videnskabelig litteratur på området. I det følgende afsnit vil der blive redegjort for den proces og de valg, der blev truffet i udarbejdelsen af søgestrategien.

3.3.1 Søgestrategien

Søgningen blev indledt med en bevist tilfældig søgning på Google, Google Scholar og Pubmed MeSH database. Dette blev gjort for at skabe et groft overblik over litteraturen på området og for at finde relevante søgetermer til den videre søgning (39). Efterfølgende blev søgningen tilpasset i PubMed, hvor de forskellige søgetermer blev afprøvet for at se, hvordan forskellige kombinationer af søgetermer og blokinddelinger påvirkede søgningen. Under denne proces blev søgetermer tilpasset, omformuleret eller fjernet; Eksempelvis blev "adherence" omformuleret til "treatment adherence", da adherence omfattede en overvældende mængde materiale, der ikke havde relevans for problemfeltet.

Til den systematiske litteratursøgning blev der opstillet en bloksøgning med tre blokke ud fra problemformuleringens fokusområder (39). Blok 1 omhandlede misbrugspatienter og indeholdt søgeord vedrørende alkoholoverforbrug, stofmisbrug og udsathed i bred forstand. Blok 2 vedrørte aspekter inden for patientinddragelse og barrierer i forhold til behandling. Blok 3 drejede sig om fysisk træning og fysioterapi.

Under søgningen blev der anvendt boolske operatorer, hvor "OR" blev brugt indenfor blokkene for at udbrede søgningen og "AND" imellem blokkene for at afgrænse søgningen. Der var ikke behov for at udelukke specifikke termer, hvorfor "NOT" ikke blev brugt. Trunkering blev anvendt, hvis søgetermerne forekom i flere udgaver, eller havde flere mulige endelser (40). Der blev søgt med fritekstsøgning, hvor søgetermer skulle fremkomme i enten titlen, abstract eller som nøgleord og der blev søgt uden filtre, for ikke at overse materiale der endnu ikke var blevet kategoriseret (40).

Den endelige søgning blev udført i PubMed, Psycinfo og Cinahl. Der blev søgt i tidsintervalget fra databasernes oprettelse frem til den 25.03.22. Disse databaser blev udvalgt, da de tilsammen dækker et bredt udsnit af medicinsk, psykologisk og øvrigt sundhedsfaglig litteratur samt indeholder optegnelser fra 1927 og fremefter (40-43).

Alt litteratur, der blev fundet ved søgningen blev samlet i RefWorks, hvor duplikater blev fjernet inden den efterfølgende manuelle udvælgelsesproces.

Blok 1 – Misbrugspatienter	Blok 2 – Inddragelse	Blok 3 – Fysisk træning
Substance use disorder	Motivation	Exercise intervention
SUD	Motivational aspect	Physical exercise
Drug abuse	Therapeutic alliance	Exercise
Drug seeking	Empowerment	Exercise therapy
Alcohol use disorder	Professional patient relation	Physical therapy
AUD	Treatment adherence	Physiotherapist
Alcohol related disorder	Treatment compliance	
Addiction	Treatment Barriers	
Vulnerable patients		
Healthcare disparities		
Inequality in health		
Health services accessibility		

Tabel 3: Bloksøgningen og søgetermer brugt i litteratursøgningen

3.3.2 Litteraturudvælgelse

Efter den endelige litteratursøgning og frasortering af duplikater fremkom der ingen studier, som havde undersøgt fysioterapeuters tanker om barrierer i forhold til at inddrage patienter med misbrug i fysioterapeutiskgenoptræning. Derfor skete litteraturudvælgelsen ud fra følgende kriterier: 1)

Artikler skulle vedrøre barrierer for fysisk træning, enten i forbindelse med misbrugsrehabilitering eller fysioterapi. 2) Barriererne skulle være undersøgt fra patienten eller behandlerens perspektiv. 3) Artikler skulle være skrevet på engelsk, dansk, svensk eller norsk.

Formålet var at finde litteratur, der belyste barrierer ud fra de ovenstående kriterier og på den måde skabe et overblik over de kendte barrierer. Herefter kunne viden om disse barrierer danne grundlag for retningen i interviewene og senere inddrages i diskussionen af fundne temaer i projektet.

Litteraturudvælgelsen skete i tre faser. I først fase blev artiklernes titler screenet for relevans og hvis det blev vurderet, eller hvis der var tvivl, gik de videre til anden fase, hvor abstracts blev gennemlæst. Efter at have gennemgået abstracts, blev relevante artikler udvalgt til tredje fase, hvor hele artiklen blev læst grundigt, inden den endelige inklusion i projektet. De fundne artikler blev præsenteret i resultatafsnittet og den komplette søgeprotokol fremgik af bilag 1.

3.4 Projektplanlægning

For at holde overblik og struktur igennem projektperioden, blev der udarbejdet en arbejdsplan over de forskellige faser i projektet. Ved hjælp af backcasting, en proces, hvor projektarbejdet planlægges bagud fra afleveringsdatoen, blev der dannet et overblik over varigheden af de forskellige projektfaser og deres samspil med hinanden (44). Initialt var planen, at dataindsamlingen skulle være forgået på et genoptræningscenter i Region Hovedstaden, hvilket ikke viste sig at være muligt, hvorfor tidsplanen blev revurderet undervejs.

Projektfaser	Stat (revurderet)	Slut (revurderet)
Afgræsning af problemområdet	01.02.22	21.02.22
Skrive problembaggrund	21.02.22	11.03.22
Skrive metode afsnit	28.02.22	11.03.22
Litteratursøgning	21.02.22	11.03.22
Indledende litteratursøgning	21.02.22	08.03.22
Systematisk litteratursøgning	09.03.22	11.03.22
Kliniskdataindsamling	14.03.22 (05.04.22)	15.04.22
Transskriptions	05.04.22	18.04.22 (22.04.22)
Dataanalyse	14.03.22 (22.04.22)	18.04.22 (29.04.22)
Skrive resultat afsnit	18.04.22 (30.04.22)	22.04.22 (01.05.22)
Skrive diskussionsafsnit	25.04.22 (02.05.22)	13.05.22 (19.05.22)
Konklusion og abstract	16.05.22 (20.05.22)	18.05.22 (24.05.22)
Korrekturlæsning	16.05.22 (25.05.22)	01.06.22

Tabel 4: Projektets tidsplan, med revisioner

3.5 Etik og GDPR

Projektet var en interviewundersøgelse og indbefattede ikke menneskeligt biologisk materiale. Dermed var der ikke anmeldelsespligtig, hvorfor der ikke blev indhentet godkendelse fra national videnskabsetisk komité (45).

Forfatteren gjorde sig overvejelser omkring sprogbrug og spørgsmålenes indhold, for at sikre at interviewene på ingen måde blev grænseoverskridende for informanten. Der blev derfor kun spurgt ind til emner i samtalen, som havde relevans for problemområdet, således at der ikke blev indhentet unødige mængder af data. Ligeledes bestræbte forfatteren sig på at udarbejde projektrapporten med så stor gennemsigtighed og troværdighed overfor informanternes udsagn som muligt.

Forud for inklusion i projektet blev informanter mundtligt informeret om projektets formål, at alt deltagelse var frivillig og de til en hver tid kunne trække deres samtykke til deltagelse tilbage, uden nogle konsekvenser.

Der blev under dataindsamlingen indhentet personoplysninger i form af alder (som tiårige intervaller 20'erne og 30'erne), køn, uddannelse og anciennitet samt lydoptagelser. Interviewene blev optaget på en diktafon (Sony digital diktafon ICD-PX370) uden internetforbindelse og slettet efter at være blevet transskriberet.

4.0 Resultatafsnit

I følgende afsnit bliver projekts resultater præsenteret. Først ved en gennemgang af resultaterne fra de analyserede interviews med understøttende citater til de fremkomne temaer. Derefter bliver litteratursøgningens udvalgte materiale præsenteret, opstillet i en flow chart og der er en kort beskrivelse af de inkluderede artikler.

4.1 Dataanalysen

Analyseprocessen gik fra kodning af indholdet i interviewene til at danne tre overordnede temaer for, hvilke barrierer fysioterapeuterne oplevede, da de fik henvist patienter med misbrug til MSK-genoptræning og hvordan de rummer disse patienter. Som det fremgik af tabel 5 var de tre overordnede temaer: **1) Misbrug forstærkede kendte barriere:** Temaet beskrev, hvordan patienterne med misbrug havde et andet normsæt, der gjorde at de ikke overholdt, aftaler, virkede passive i genoptræning og manglede motivation, samt beskrev udfordringer forbundet med

genoptræningens rammer og tilgængelighed for patienterne. **2) Erfaringer var en barriere for terapeuterne:** Temaet beskrev, hvordan informanterne mistede motivation, når de fik misbrugere henvist, at de savende kompetencer i at arbejde med misbrugere og identificere, hvornår en patient ikke havde genoptræningspotentiale samt at der var mangler i den tværfaglige indsats. **3) Terapeuten forsøget aktivt at rumme patienten på dennes egne præmisser:** her vægtes der, at genoptræningen skulle være meningsfuld for patienten, at patientens netværk og det tværfagligsamarbejde var gavnlig og at der var behov for at afstemme patienten og terapeutens forventninger samt at relationen mellem parterne var centrale i genoptræningen. Disse temaer vil i det følgende afsnit blive gennemgået mere detaljeret, akkompagneret af illustrative citater fra interviewene. Den samlede transskription af alle interviews, samt kodebøger og en udvidet oversigt over temadannelsen fremgår af bilag 2 og bilag 3.

Kode	Undertema	Tema
<i>Misbrugere havde et andet normsæt</i>	Misbrugere havde et andet normsæt	Misbrug forstærkede kendte barrierer
<i>Overholdt ikke aftaler</i>		
<i>Passivitet i genoptræningen</i>		
<i>Manglede motivation</i>		
<i>Rammerne for genoptræning</i>	Rammerne for genoptræning	
<i>Genoptræningens tilgængelighed</i>		
<i>Misbruget fyldte</i>	Misbruget fyldte	
<i>Utilstrækkelig ernæring</i>		
<i>Erkendte ikke misbruget / Tabu</i>		
<i>Kognitive påvirkninger</i>		
<i>Fjendtlighed</i>		
Kode	Undertema	Hovedtema
<i>Terapeuten mistede motivationen</i>	Terapeuten mistede motivationen	Erfaringer var en barriere for terapeuterne
<i>Terapeuter savnede kompetencer</i>		
<i>Mangler i den tværfaglige indsats</i>		
<i>Ikke alle havde genoptrænings potentiale</i>		
Kode	Undertema	Hovedtema
<i>Meningsfuld genoptræning</i>	Meningsfuld genoptræning	Terapeuten forsøget aktive at rumme patienten, på dennes egne præmisser
<i>Netværk var et aktiv</i>		
<i>Tværfaglig indsats</i>		
<i>Forventningsafstemning</i>		
<i>Brugte patientens ressourcer</i>		
<i>Relationen var central</i>		

Tabel 5: Overblik over de individuelle koder og undertemaer samt hovedtemaer, der blev identificeret under dataanalysen

4.1.1 Misbrug forstærkede kendte barrierer

Terapeuterne beskriver at **Misbrugere havde et andet normsæt** end den øvrige befolkning, hvor gængse dogmer i samfundet, såsom mødetider, ikke gør sig gældende blandt misbrugere.

Delta:

(...) de ikke følger de helt samme normer, som vi andre gør og regler. (...) mange gange i de skader de kommer ind med, det er jo fra slagsmål eller overfald eller et eller andet. Fordi de har sloges om et eller andet.

Dette kan opleves ved at misbrugere i højere grad end andre, ikke overholder de aftaler og planer der bliver lavet. Terapeuterne beretter at patienterne glemmer aftaler, ofte aflyser, udebliver, ankommer på tidspunkter, hvor det ikke er aftalt eller ikke følger regimer i forbindelse med deres behandling. Terapeuterne beskriver, at det kan give frustrationer, når man ikke kan regne med sin tidsplan, hvilket særligt er frustrerende i tider med stor travlhed. Denne adfærd med mangelfuldt fremmøde kan også bevirke, at genoptræningsforløbet må afsluttes, i nogle tilfælde inden den bliver påbegyndt, hvis patienten ikke møder til den indledende vurdering.

Delta:

De er svære at få dem til at lave de ting de skal, de er svære at lave aftaler med. Der er oftere udeblivelser. Både fra 1. samtale, så vi aldrig rigtig kommer igang med dem, men også fra opfølgninger. Men det er den der connection I at få dem ind og fastholde aftaler. Det er faktisk oftest det største problem, synes jeg.

Desuden opfattes patienten med misbrug som værende passiv i genoptræningen, hvor forventningen er at problemet skal løses af terapeuten, uden at patienten tager aktiv del i behandlingen. Terapeuten oplever, at patienten mangler initiativ, ikke tager ansvar samt at terapeuten skal stå for at styre forløbet og progressionen i træningen. Terapeuterne beskriver, at patienterne har forståelse for MSK-problematikken, men ikke at kan overskue genoptræningen, hvor tidshorizonten ofte er langvarig og kræver et aktivt engagement.

Beta:

Så er det nemmest hvis der er nogen, der lige kan fikse det [henvisningsårsagen, red.] for en. Fordi det er jo lidt, det er, man tænker, når man kommer til træning, (...) så skal man blive fikset. Men problemet er, og det er også det vi italesætter meget overfor alle borgerne, at det er altså 2 x 45 minutter og det er det i løbet af en uge. Resten, alt det andet det er det er de skal derhjemme (...)

Alpha:

Dem af dem, hvor det ikke bliver så godt, der handler det typisk om at de er motiverede for at nå målet, men ikke nok motiverede til ligesom og lægge det arbejde i, det kræver at nå frem til det.

Overordnet fornemmer terapeuterne at patienter med misbrug mangler motivation. Det beskrives at patienten er motiveret for målet med genoptræningen, men ikke for den træningsindsats, der skal ydes for at opnå målet. Terapeuterne oplever at misbruget mindsker motivationen ved, at den fysiske aktivitet bliver vanskeligere i takt med, at der indtages alkohol samt at patienten ikke altid tror på træning som behandlingsform. Desuden beskrives det, at patienter med lettere misbrug kan motiveres af det sociale ved holdtræning, men at patienter med svært misbrug ikke udviser nogen motivation overfor genoptræning. Terapeuten forsøgte at fokusere på at styrke patientens motivationen ved at rose og opmuntre, samt at give succesoplevelser i forbindelse med træningen.

Alpha:

(...) ”ofte er den plan jeg lægger for dem [patienter med misbrug, red.], er mindre ambitiøs end det ville være for én, der ikke har et misbrug. Og det handler et eller andet sted om at, hvis jeg kommer ud til en borger, og jeg ved Gold standard i træningsprogrammet det er 4 øvelser, men min forforståelse allerede fortæller mig, at der kommer til at være udfordringer med at få lavet øvelserne. (...) Ofte vælger jeg at sætte dem [patienter med misbrug, red.] igang med 1 øvelse”.

Alpha:

Jeg tror der er langt flere af dem som er ligeglade. Især, hvis de bor et sted, hvor de kan få alkoholen bragt til døren. Et eller andet sted. Så er de sgu ligeglade med om jeg vil have dem ud og løbe på trapper og alt muligt andet.

Terapeuterne ser også, at **Rammerne for genoptræning** kan være rigide og være tilpasset behovene for den brede befolkning, hvor det kan være vanskeligt at favne patienter med misbrug. Der beskrives dog en vis fleksibilitet, der gør det muligt at tilpasse forløbet til patienter med misbrug, der ofte kræver længere forløb og konsultationer.

Delta:

Rammerne passer ikke til dem. Rammerne passer til en normal borger i kommunen som har et hverdagsliv fra otte til fire eller sådan noget (...) den måde man indkalder på, er også meget, altså det er tilregnet mennesker med en masse ressourcer.

Genoptræningens tilgængelighed nævnes ligeledes som en udfordring, hvor det beskrives at udgifter forbundet med befordring til og fra genoptræningen, samt tidsforbruget ved transporten, kan virke uoverskueligt. Dette påpeges særligt at berøre patienter uden en fast bopæl, hvor det ikke er muligt at tilbyde transport til genoptræningsstedet eller hjemmekonsultation.

Delta:

Men det er jo ikke altid de er hjemme, og især, hvis vi ser trods alt en hjemløs en gang imellem og de er jo altså, så går de rundt inde i byen og det for dyrt at komme til, den anden side af byen måske (...)

Blandt terapeuter var der en oplevelse af, at **Misbruget fyldte** så meget i patientens liv, at det blev det centrale omdrejningspunkt for dagligdagen.

Misbruget kommer derfor også til at gå ud over kosten, så patienten kan have en Utilstrækkelig ernæring, hvor alkohol træder i stedet for normal kost og kommer til at fungere som patientens primære energikilde. Denne mangelfulde ernæring påvirker saltbalancen og hele organismen, sådan at genoptræningen i grelle tilfælde må opgives.

Alpha:

Så kan det også være sådan at alkoholikerne har nogle udfordringer i forhold til ernæringsindtag. De indtager alkohol i stedet for at indtage kost, som kan sætte en alvorlig dæmper på genoptræningspotentialet. Fordi, der er ikke noget fremskridt eller noget til, når de begynder at træne. Tværtimod kan vi bare træne dem dårligere.

I forlængelse af dette beskriver terapeuterne at misbruget ikke erkendes af patienten selv, der ikke oplever at have et skadeligt forbrug af euforiserende stoffer og/eller alkohol. Denne mangelfulde forståelse for situationen kan eksempelvis komme til udtryk ved, at patienten indtager alkohol samtidig med antabus, eller ikke forstår at misbruget også påvirker helingsprocessen. Desuden oplever terapeuterne at misbruget er et tabu, hvor humor kan fungere som skjold for patienten, for at skærme sig fra misbruget.

Beta:

Så kan man sagtens spørge dem om, de drikker og så kan de jo sagtens sige i den periode sige: "nej, det gør jeg ikke", og så kan vi jo godt pludselig opleve nogle gange, at de så begynder (...) at drikke undervejs. Og så er det jo at fremmødet falder og, ja generelt så er det svært for dem at komme op (...) hvis de har drukket inden, vi har også nogen der møder op til træning beruset (...)

Terapeuterne oplever særligt konsekvenserne af misbruget som viser sig i form af Kognitive påvirkninger, der gør at patienten får vanskeligt ved at huske aftaler, ikke kan forstå information eller spejle bevægelser. Terapeuterne nævner at det er særligt vanskeligt at rumme de patienter, der er cerebralt skadet af misbrug, eller fremstår psykotiske. I disse tilfælde fremhæves den tværfaglige indsats som essentiel, hvis genoptræning skal lykkes.

Charlie:

Der jo nogen der dukker op med alkohol demens, eller andet hvor man tænker; "hold da op du har brændt det hele af" og det er ikke fordi de nødvendigvis er ubehagelige, men der kommer man i tanke om, jamen hvad er forventningen, man lige skal gøre her...?

En anden barriere, der nævnes, er at patienter med misbrug til tider kan udvise Fjendtlighed overfor fremmede samt kan have antipati for sundhedspersonale, der ses som repræsentanter for et system, som er imod patienten. Det beskrives, at patienterne har lettere til vrede, hvorfor terapeuterne er særligt opmærksomme på ikke at skabe konflikter samt at aggressiv og voldelig adfærd stiller krav til terapeutens agtpågivenhed og rummelighed. Dette kan gøre, at terapeuten på forhånd forventer en anspændt situation og skal have større opmærksomhed på sikkerhed.

Delta:

Men man ved aldrig, hvad for nogle typer man kommer ud til. Så man (...) er lidt mere obs på at de [patienter med misbrug, red.] ikke skal være vrede, end jeg ville være med en ganske almindelig borger normalt.

4.1.2 Erfaringer var en barriere for terapeuterne

Der var en oplevelse blandt **Terapeuterne, af at miste motivationen** når patienter med misbrug blev henvist. Her forventede terapeuterne at forløbet ville blive langvarigt og ressourcekrævende for terapeutens vedkommende. Terapeuterne beskrev, at de havde lavere forventninger til patientens indsats, hvorfor de gav færre øvelser, så genoptræningen ikke skulle opleves som et nederlag for patienten. Disse fordomme blev oplevet som barrierer for, at terapeuterne kunne engagere sig i forløbene, hvorfor de aktivt forsøgte at tilsidesætte denne forudindtaget. Det blev dog også nævnt, at erfaring med misbrugere kunne være med til at reducere fordommene, da patientgruppen også kunne være givende at arbejde med.

Beta:

Som gør at man er nødt til at prøve og være lidt for dem og men det kan også bare være rigtig svært hvis vi får, de der gengangere, hvor vi ved at, ja træning hjælper, men så kommer de tilbage igen med et nyt forløb om et par måneder, (...) Og, så det kan godt føles lidt (...) lidt mere meningsløst, hvis man ikke, rigtig føler man får dem videre, vel?

Terapeuter savner kompetencer og føler sig ikke rustet til at rumme patienter med misbrug og beskriver, at de strategier de bruger i arbejdet primært er erfaringsbaserede.

Charlie:

Det er rent rulleskøjter og det er med lukkede øjne, ned ad bakke, ik! Det er man kan ikke jo... Man kan læse nok så meget op på konsekvenser af sygdom og alle de der andre ting, men nogen erfaring fra nogle der kunne fortælle om... nej... det er vi overhovedet ikke klædt på til.

Der nævnes Mangler i den tværfaglige indsats, hvor en terapeut angiver, at der på hospitalerne har været gode erfaringer med at inddrage socialsygeplejersker, når patienter med misbrug ses til konsultationer. Der efterspørges et lignende initiativ til at støtte fysioterapeuter, der behandler patienter med MSK-lidelser og samtidig er misbrugere.

Charlie:

På hospitalerne er der jo nogle socialsygeplejersker der kan facilitere til at støtte dem i hospitals aftaler, hvis de har abstinenser, eller andre ting... de muligheder har vi jo ikke når de kommer ud i klinikken.

Desuden påpeges det, at Ikke alle havde genoptrænings potentiale, men det kunne være vanskeligt for terapeuterne at afgøre hvem det drejede sig om, hvilket kunne have bidraget til følelse af afmagt blandt terapeuten.

Delta:

Det er ikke altid. Men de, altså, hvis vi er nede på et niveau, hvor de ikke engang kan mærke, hvor deres hånd er, for eksempel, så så ved jeg faktisk ikke, hvor jeg skal gå hen, altså.

4.1.3 Terapeuten forsøget aktive at rumme patienten, på dennes egne præmisser

Terapeuten stræber efter **Meningsfuld genoptræning**, ved at lytte til patientens behov og inddrage relevante aktiviteter fra patientens hverdag. Det er vigtigt at patienten kan se formålet med træningen, hvor den bør tilrettelægges med et konkret formål og bør foregå i trygge rammer, eventuelt koblet på allerede eksisterende rutiner, som en ny "god" vane.

Alpha:

Men der er også nogle af de alkoholikere derude, som hvor at... Hvis man kan bruge deres alkoholisme som motivation et eller andet sted, ikke? Så vi træner for at du kan komme ned på bodegaen på hjørnet igen. Så er det en fantastisk motivator et eller andet sted.

Netværk er et aktiv, særligt for de mest udsatte misbrugere beskrives netværket som en afgørende ressource til at hjælpe patienten med at huske aftaler og følge den aftalte plan. Et professionelt

netværk, i form af hjemmehjælp eller hjemmesygepleje, beskrives ligeledes som en hjælp til at patienten aktivt kan tage del i genoptræningen.

Charlie:

Hvis de kommer med nogle andre, hvis der kommer en kammerat med, kan man få den anden til at sige; "hey, man skal også lige have gang i Henning", der er også vigtigt at du gør hvad de siger...

Den Tværfaglig indsats fremhæves som essentiel i udredningen af patienter med misbrug, hvor allerede etablerede kontakter med hjemmeplejen kan udnyttes til at etablere en relation til patienten. Terapeuterne nævner, at en ansvarlig sundhedsperson som tovholder for alle patientens sundhedsydelse kan styrke det tværfaglige samarbejde. Men terapeuterne oplever ofte, at de ufrivilligt bliver tovholder for de samlede sundhedsydelse og dermed ikke alene står for genoptræningen.

Alpha:

De gange jeg har haft et godt samarbejde med hjemmeplejen, der kan det være nok fordi den anden træningsgang om ugen, der skulle til, den bliver løftet af en anden sundhedsfaglig.

Et andet værktøj terapeuterne beskriver giver bedre genoptræningsforløb, er tidligt i forløbet at foretage en Forventningsafstemning mellem terapeut og patient. Dette for at undgå, at en af part har urealistisk ambitionsniveau på den andens vegne.

Beta:

Jeg gør måske meget ud af at vi sådan, at man sådan i starten i hvert fald forventningsafstemmer lidt; hvad er det vi forventer, at der skal ud af sådan et forløb? Både i forhold til mødestabilitet, men også i forhold til hvad de skal lave derhjemme og måske også allerede italesætte, hvad kan vi gøre videre hen.

Desuden bestræber terapeuterne at Bruge patientens ressourcer og ikke fokusere på de ressourcer som patienten med misbrug ikke besidder.

Alpha:

Men det er jo igen, hans kognitive, psykiske ressourcer var ikke særligt stærke, men så prøvede jeg at lede efter, er der nogle sociale ressourcer jeg kan få til at arbejde for mig her.

Terapeuterne beskriver, at **Relationen er central** og at en tryk, ligeværdig relation er afgørende for at få et vellykket genoptræningsforløb. Til at opbygge denne relation anvender terapeuterne principper fra "den motiverende samtale" ved at lede efter patientens forandringsudsagn og bekræfte disse, så patienten tager ejerskab over genoptræningen. Desuden forsøges det at styrke relationen,

ved at have en uformel omgangstone med mindre fagsprog og større fokus på hyggesnak og humor. Terapeuterne påpeger at samtalen skal tilpasses patienten, men at det samtidig er en balancegang mellem grovkornet humor og mere direkte tale, for ikke at overskride terapeutens eller patientens grænser. Terapeuterne understreger, at patienter med misbrug er mennesker som alle andre og at de ofte overrasker positivt, hvilket er med til at styrke terapeutens motivation for fortsat at arbejde med patienter med misbrug.

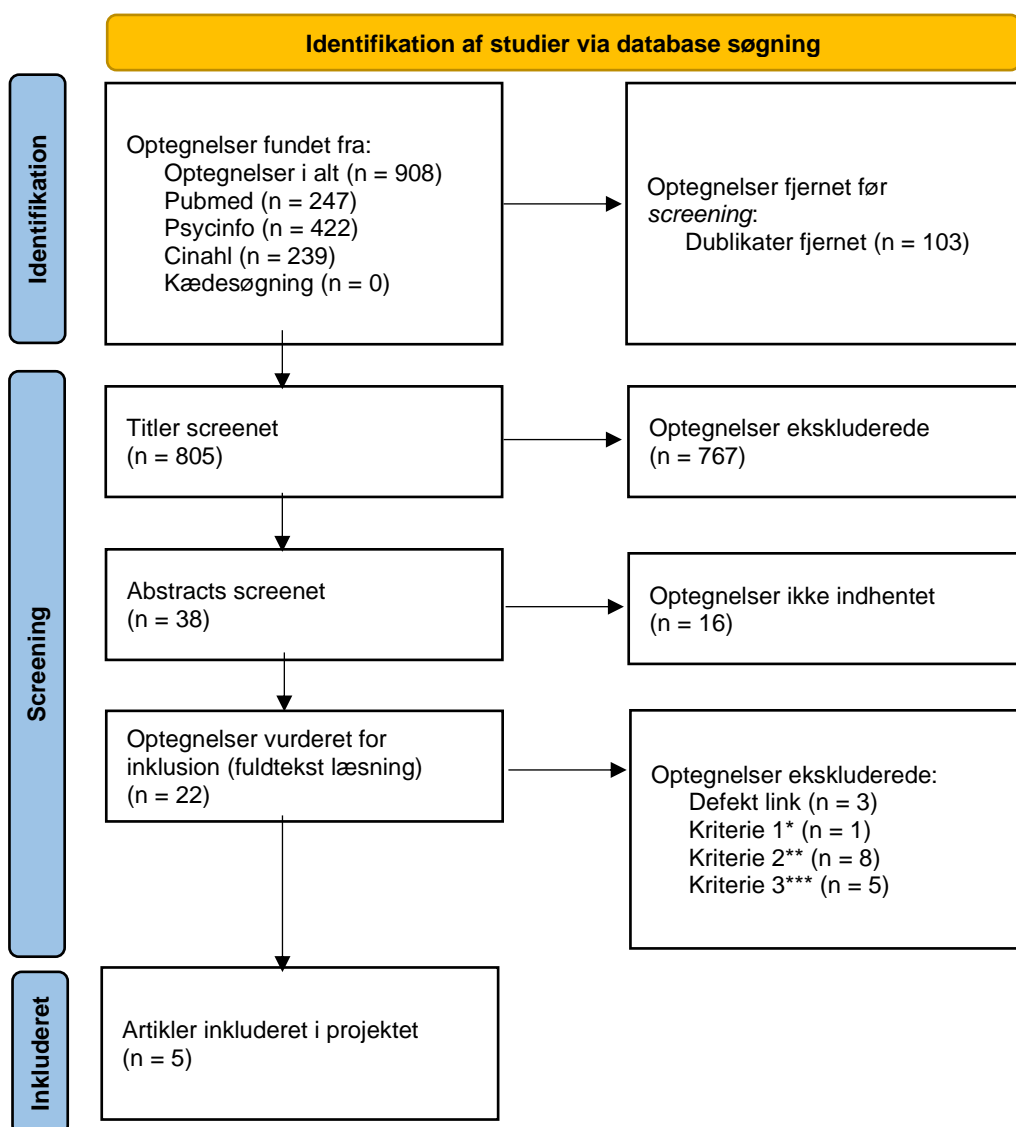
Alpha:

Jeg har haft enkelte forløb, hvor de første 2-3 træningsgange ikke havde en skid med træning at gøre. Altså det er relationsdannelse og et eller andet sted også fordi, at jeg skal lære vedkommende at kende, fordi man skal (...) bruge lidt flere tricks, hvis man kan sige det sådan.

4.2 Resultatet af litteratursøgningen

Efter at have gennemgået titler, abstracts og fuldtekstlæsning, blev der identificeret fem artikler med relevans for projektet. Tre af disse omhandlede barrierer for fysioterapeutisk genoptræning, hvor to beskrev barriere fra patientens synspunkt og en fra fysioterapeutens synspunkt. Herudover blev der fundet to artikler om barrierer overfor fysisk træning/aktivitet blandt misbrugere i afvæning.

4.2.1 Flow chart over litteraturudvælgelsen



Figur 1: Flow chart over litteraturudvælgelsen. *Artiklerne skulle vedrøre barrierer for fysisk træning, enten i forbindelse med misbrugsrehabilitering eller fysioterapi. **Barriererne skulle være undersøgt fra patienten eller behandlerens perspektiv. ***Artiklerne skulle være skrevet på engelsk, dansk, svensk eller norsk

4.2.2 Den inkluderede litteratur

Forfatter, årstal, titel	Population	Metode	Resumé
Jack K, et al., 2010, <i>Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review</i>	20 studier, der undersøgte behandlingstilslutning for patienter i MSK-fysioterapi.	Systematisk review	Der blev fundet barriere overfor behandling, i form af lav fysisk aktivitet ved start af behandling, overholdelse af træningsaftaler og lav self-efficacy. Derudover sås der barrierer i form af depression, angst, hjælpeløshed, utilstrækkelig støtte fra pårørende og forøgede smerter ved træning.
Read J P, et al., 2001, <i>Exercise attitudes and behaviors among persons in treatment for alcohol use disorders</i>	(N=105) deltog i ambulant alkoholafvænning i privat regi i USA.	Spørgeskemaundersøgelse, af træningsadfærd og holdning til træning.	Studiet viste at manglende motivation, transport og pris var blandt de mest hyppige barrierer til fysisk træning.
Sari S, Muller A, & Roessler k, 2017, <i>Exercising alcohol patients don't lack motivation but struggle with structures, emotions and social context - a qualitative dropout study</i>	(N=17) der var stoppet i et træningstilbud i forbindelse ambulant alkoholafvænning i Danmark.	Kvalitative telefoninterviews til for at undersøge årsagen til frafald, fra træningsintervention.	Studiet fandt barrierer forbundet med træningsformen (løb / jogging), tidspunktet for træningen, manglende støtte blandt de øvrige deltager og pårørende, samt skam og skyldfølelse over at være i en ikkeønskværdig fysisk forfatning.
Shields N, Bruder A, & Cleary S, 2019, <i>An exploratory content analysis of how physiotherapists perceive barriers and facilitators to participation in physical activity among adults with disability</i>	(N=20) fysioterapeuter, deltog i et symposium, ved en konference, i Australien.	kvalitativ spørgeskemaundersøgelse for at undersøge fysioterapeuters opfattelse af barriere ift. fysiskaktivitet.	Terapeuterne angav barrierer i form af, at patienterne ikke oplevede at have mulighed for at træne i dagligdagen, manglende støtte fra netværk, transport og finansielle mangler.

Stoutenberg M, et al., 2015, <i>Attitudes and Preferences Towards Exercise Training in Individuals with Alcohol Use Disorders in a Residen</i>	(N=120) deltog i alkoholafvænning, i USA.	Spørgeskemaundersøgelse af holdning, forståelse og præference for træning.	Deltagerne fandt klart flere fordele ved fysisk træning end barriere. De hyppigste barrierer blev beskrevet som; manglende adgang til ordentligt træningsudstyr, transportmuligheder, motivation og viden om fysisk træning.
Perry M, et al. 2015, <i>What factors affect attendance at musculoskeletal physiotherapy outpatient services for patients from a high deprivation area in New Zealand?</i>	(N=17) patienter der var udeblevet fra en eller flere fysioterapikonultationer, i New Zealand	Semi-strukturerede.	Der blev identificerede fire barrierer: 'Placing value on the unknown', 'Divergent health beliefs', 'Appropriateness of physiotherapy', 'Waiting times' og tre facilitatorer: 'Convenience', 'Privacy', 'Physiotherapy works'.

Tabel 6: Presentation af den litteratur der blev inkluderet i projektet

5.0 Diskussion

Baggrunden for projektet var, at ulighed i sundhed er et globalt og mange facetteret problemområde, hvor lige adgang til sundhedsydelser kan have stor betydning for den enkeltes liv og færden. Særligt patienter med alkoholmisbrug, stofmisbrug og blandingsmisbrug har vist sig at døje med MSK-smerter og funktionsnedsættelse. Patienter med misbrug og de begrænsninger, der kan opleves blandt denne gruppe, er sparsomt belyst indenfor MSK-fysioterapi. Hvorfor dette projekt ønskede at undersøge, hvilke barrierer fysioterapeuter oplevede, når patienter med misbrug henvises til MSK-genoptræning. Projektet ønskede ligeledes at belyse de tanker fysioterapeuterne gjorde sig for at håndtere disse barrierer. Til det formål blev der udført fire semistrukturerede interviews blandt fysioterapeuter med hovedarbejdsområde indenfor MSK-fysioterapi. Via tematiskanalyse blev der, på trods projektets beskedne størrelse, identificerede tre væsentlige temaer, der belyste problemområdet. **1)** Det første tema beskrev, hvordan misbruget forstærkede de allerede kendte barrierer for, at patienterne kunne få et udbytterigt genoptræningsforløb. **2)** Det andet tema omhandlede terapeuternes tidligere erfaringer med misbrugere, og at disse erfaringer blev en barriere for genoptræningen. **3)** Det sidste tema viste, hvordan terapeuterne aktivt forsøgte at rumme patienter med misbrug for at få dem til at deltage i MSK-genoptræning.

Disse temaer blev dannet ud fra flere undertemaer, der blev identificeret via den tematiske analyse. Hvor den inkluderede litteratur har påpeget lignede tematiser, blev der også identificeret nye temaer og det var særligt disse, der blev fokus for diskussionen.

5.1 Resultatdiskussion

En væsentlig tematik terapeuterne præsenterede var opfattelsen af, at misbruget i sig selv var den centrale barriere for patienterne. Dette var på linje med Diderichsen et al (1), der beskrev, at alkohol- og/eller stofmisbrug kunne have afgørende betydning for mange socialt udsattes helbred. I samme tråd nævnte Grünberger et al. (46), at stofmisbrug kunne medføre skader og problemer for misbrugeren og dennes pårørende samt for samfundet som helhed, i form af sociale ydelser, kriminalitet og sygelighed. Dermed talte terapeuternes oplevelse sig ind i den større fortælling om ulighed i sundhed, hvor terapeuterne oplevede at patienterne prioriterede misbruget over alt andet, og at misbruget var et essentielt behov at få dækket.

Tendensen til at prioritere sundhed lavere blandt udsatte var også beskrevet af Perry et al. (25), hvor udsatte patienter angav at fysioterapi var vigtigt, men at patienterne ikke altid kunne se formålet med behandlingen, hvorfor den let kunne træde i baggrunden for behov patienten oplevede som mere presserende. Akter et al. (47) har desuden vist hvordan en kaotisk livsstil blandt udsatte grupper bevirkede, at den personlige sundhed, samt de konsekvenser manglende sundhed kunne have, ikke blev set som væsentligt blandt disse grupper. Samme oplevelse af genoptræningen som sekundær havde informanterne, hvilket kunne være medvirkende til deres opfattelse af, at patienter med misbrug havde lavere adherence til genoptræning, end øvrige patientgrupper.

Den lave adherence kunne yderligere reduceres, som fremhævet af Perry et al. (25), ved at den manglende forståelse blandt misbrugere gjorde, at de ikke så nødvendigheden i aktivt at tage del i egen rehabilitering. Disse forskellige opfattelser af, hvad fysioterapi indebar kunne være en potentiel kilde til frustration og skuffelse for begge parter, hvis det ikke blev adresseret (25). Samme frustration over patientens mangelfulde forståelse blev delt af informanterne i dette projekt. Her blev en modsatrettethed beskrevet med, at patienter med misbrug ønskede at genvinde deres habituelle funktionsniveau, men samtidig blev opfattet af informanterne som værende umotiverede for den træningsindsats, der ofte var påkrævet.

Et sådant skisma mellem patienters og sundhedspersonales forståelse af behandlingsindsatsen var beskrevet af Martin et al. (16), der havde set på faktorer for manglende behandlings adherence. Hertil blev det nævnt at behandlingsregimer, der kunne betragtes som komplekse, eller som involverede en livsstilsomlægning, såsom fysioterapeutisk genoptræning, havde et betragteligt antal,

der ikke fulgte regimet (16). Uoverensstemmelser mellem forventninger, og det at informanterne opfattede patienter med misbrug som mindre motiverede for træning, kunne derfor risikere at blive en selvopfyldende profeti om, at behandlingen ville mislykkes. Navnlig da det har vist sig, at sundhedspersonales forventninger til en behandling ubevist kan påvirke patienters oplevelse af behandlingseffekten, i positiv såvel som i negativ retning (48).

Terapeuterne i dette projekt var bevidste om den mulige påvirkning deres forforståelse kunne have, hvorfor de aktivt forsøgte at tilsidesætte deres fordomme og tilstræbte at give et individuelt tilrettelagt genoptræningsforløb. Trods disse bestræbelser fremgik det, at forventningen om at patienter med misbrug havde lavere adherence, fik terapeuterne til at give færre øvelser og dæmpe informationsniveauet i forhold til den gængse MSK-patient. Denne fremgangsmåde foranledigede spørgsmålet om, hvorvidt beslutningen om at afvige fra gængs praksis skete under mødet med patienten eller ej. Martin et al. (16) har nævnt vigtighed af at tilpasse behandling til den enkelte og give tilstrækkelig information, for at patienten opnår en sygdomsforståelse som led i en patientcentret tilgang, eller om afvigelsen blev besluttet ud fra forforståelsen inden mødet med patienten og dermed kunne ses som en forskelsbehandling på baggrund af terapeutens forventning og ikke som led i en individuel tilpasning. Denne mulighed ville være problematisk i et sundhedssystem som det danske, der præsenteres af Lyttkens et al. (12) som værende dedikeret til at levere lige adgang til alle borgere som en refleksion af den universale velfærdsstat. Det var vanskeligt at vurdere om en forskelsbehandling havde fundet sted, og i så fald om den blev fortaget på baggrund af en individuel vurdering fra terapeutens side, eller alene ud fra terapeutens forforståelse. Van Boekel et al. (49) har dog vist, at der blandt læger og sygeplejersker ses en negativ attitude ved patienter med misbrug, der kunne bevirke en utilsigtet forskelsbehandling. Hvorfor det tænkes at noget lignende kunne gøre sig gældende blandt fysioterapeuter. Van Boekel et al. (49) nævner, at utilstrækkelig uddannelse og mangelfulde organisatoriske strukturerer i arbejdet med misbrugere, var bidragende til denne uhensigtsmæssige attitude blandt sundhedspersonale.

Følelsen af utilstrækkelige kompetencer og uddannelse i at håndtere patienter med misbrug var gennemgående blandt informanterne, til trods for at to informanter angav at have modtaget undervisning i "den motiverende samtale" (MI). MI er beskrevet som en patientcentret rådgivningstilgang (50), der i et review af Smedslund et al. (51) er fundet til at have effekt i forhold til at reducere misbrug blandt mindre belastede misbrugere. Tilgangen med MI er derudover ofte anvendt i dansk misbrugsbehandling til at motivere til afholdenhed (46). Det kunne ses som positivt at to af informanterne var undervist i en relevant rådgivningstilgang, men uheldigvis var det ikke set som tilstrækkeligt til fulgt ud at ruste dem til arbejdet med patienter med misbrug. De to andre informanter kendte til MI som tilgang, men havde ikke modtaget undervisning i dette, og følte ikke

de kunne inddrage teorien i deres kliniske praksis. Hvilket var beklageligt da Smedslund et al. (51) nævner, at elementer af MI kan bruges effektivt uden formel uddannelse eller videre færdigheder indenfor tilgangen.

Som en mulig måde at øge terapeuternes kompetencer til at håndtere patienter med misbrug, ytrede en informant ønsket om en ressourceperson med specialkompetencer i arbejdet med udsatte patienter. Dideriksen et al. (52) har undersøgt lignende tiltag med socialsygeplejersker, der indenfor hospitalsvæsenet bistod udsatte patienter og samtidigt fungerede som sparringspartner for det øvrige sundhedspersonale. Det var set, at socialsygeplejersker bidrog med en holistisk tilgang til udsatte patienter, hvormed de var med til at optimere patientbehandlingen og samtidigt medvirkede til at mindske uligheden af marginaliserede grupper i sundhedsvæsenet (52). Et lignende tiltag kunne tænkes at give fysioterapeuter den faglige støtte, der efterspurgtes, ved at øge kompetencer til at håndtere patienter med misbrugs særlige præmisser, for at kunne gennemføre en behandling.

Skønt informanterne alle beskrev at de tilgik patienter med misbrug på en imødekommende og åben måde, blev der tolket en underliggende barriere, hvor informanternes tidligere erfaringer med misbrug mindskede deres engagement. Hvilket stod i kontrast til hvordan Van Boekel et al. (49) så, at sundhedspersonales erfaring med misbrugspatienter generelt højnede deres tolerance overfor gruppen. Omvendt så samme studie, at der blandt sundhedspersoner, der sjældent havde patienter med misbrug, var en uhensigtsmæssig attitude over gruppen, baseret på deres mindre eller manglende erfaring med misbrugere.

Det kunne tyde på, at informanterne i dette projekt var beviste om vigtigheden af, at levere en ligeværdig sundhedsydelse, men at deres erfaringer alligevel gjorde, at de associerede patienter med misbrug med et ugunstigt behandlingsforløb. Lignede tendens var set af Ford et al. (53), hvor sygeplejersker angav lav tilfredshed ved behandling af patienter med misbrug. Hertil så Deans og Soar (54) at sundhedspersonale oplevede, at kompleksiteten ved at arbejde med misbrug i kombination med andre diagnoser stressede og frustrerede personalet, hvilket gav dem en følelse af magtesløshed over situationen. Det blev da også påpeget i en fokusgruppeundersøgelse af McLaughlin et al. (55), hvor hovedparten af sundhedsprofessionelle foretrak at patienter med misbrug udelukkende blev behandlet af specialister i afhængighed. De underliggende tanker informanterne oplevede, var således ikke fremmedartet blandt sundhedsprofessionelle.

Der lå dog en spidsfindighed i, at informanterne angav vigtigheden af at levere en ligeværdig sundhedsydelse, men modsatrettet var der en udtalt negativ forforståelse af mødet med patienter med misbrug. Konsekvensen af dette kunne være, at informanterne var demotiverede overfor det

arbejde de skulle udføre. Brener et al. (56) påpegede at patienter, der oplevede sig forskelsbehandlet af deres sundhedsperson, havde lavere patienttilfredshed og var mere tilbøjelige til ikke at gennemføre deres behandlingsforløb. Desuden kunne en sådan manglende motivation fra den sundhedsfagliges side medføre et mindre empatisk og mere målorienteret forløb, hvilket kunne resultere i en suboptimal behandling, som antydtes af Peckover og Chidlaw (57).

Informanterne beskrev, hvordan de aktivt forsøgte at rumme de udfordringer patienter med misbrug havde, i forhold til manglende adherence og motivation. En af måderne de anvendte var ved at gøre genoptræning så meningsfuld som muligt for den enkelte patient. Hvilket kunne give mening ud fra Ussher et al. (58), der havde set en øget tilslutning til træning blandt en gruppe misbrugere, hvis træningsaktiviteter blev oplevet som formålsfuldt. Informanterne præsenterede, at de opfordrede patienten til aktive valg, eksempelvis ved at tage trappen, eller at gå turen ned til det lokale værtshus. Denne tilgang var præget af et individuelt fokus, som kun i mindre omfang tilgodeså de sociale elementer som informanterne også vægtede. Både Roessler et al. (59) og Muller og Clausen (60) havde beskrevet at sociale fællesskaber, som det at indgå på et træningshold, kunne være med til at styrke deltagelsen blandt patienter med lettere misbrug, såvel som mere komplekse misbrugspatienter. Samme oplevelse blev delt af informanterne i dette projekt, der dog påpegede at det var vanskeligt at få patienter med svært misbrug til at tage del i nogen form for genoptræning. Sari et al. (24) har beskrevet, hvordan det ofte kan være påkrævet at inddrage patientens netværk, enten pårørende eller sundhedspersonale, for at kunne støtte op om deltagelse blandt udsatte patienter.

Et andet muligt aspekt af den mangelfulde deltagelse kunne tænkes, at skyldes mangler i forhold til at sikre, at patienten deltog ud fra sit eget ønske, eller om genoptræningen blev oplevet som presset ned over patienten. Walker et al. (61) undersøgte informeret samtykke blandt patienter med misbrug og så på vigtigheden af, at samtykket blev givet på reelt informeret grundlag. Hvor patientens forståelse af behandlingen, de mulige risici og omkostninger, samt alternative muligheder og patientens ret til at fravælge behandling, var afgørende for gyldigheden af samtykket (61). På den baggrund kunne det betvivles hvorvidt behandling af patienter med svært misbrug blev foranlediget af patienten selv, eller som et ønske fra pårørende, plejen eller terapeuten selv. Hvorfor afgivelsen af et validt informeret samtykke kunne ses som afgørende for at få patienten bedre inddraget i behandlingen. Walker et al. (61) beskrev desuden hvordan patientens forståelse af problematikken var nødvendig for at kunne motivere til en behandling. Hvorfor det var essentielt at behandleren var i stand til at vurdere samtykkets ægthed, en kompetence, der trækker tråde over i den juridiske verden, som få behandlere havde kompetencer til at vurdere (61). Endvidere beskrives det hvordan

behandlere kunne have tendens til at opleve misbrugeres evne til at give informeret samtykke som tvivlsom (61). En sådan tendens kunne tænkes at blive forstærket yderligere ved det som Van Boekel et al. (49) beskrev om, at sundhedspersonale opfattede patienter med misbrug som være fjendtlige og aggressive, en opfattelse der til dels var afspejlet blandt informanterne i dette projekt. Informanterne oplevede at dette stillede krav til deres professionelle og menneskelige ressourcer, for at de kunne rumme patienter med misbrug. Her blev hjemmeplejen set som en støtte, som Muzyk et al. (62) ligeledes havde set vedrørende interprofessionelt samarbejde, og hvordan disse kunne styrke behandlingen af patienter med misbrug.

Udfordringerne omkring at sikre patientens samtykke til genoptræningen og det tværfaglige samarbejde, var yderligere vanskeliggjort blandt patienter med svære og længerevarende misbrug. Her oplevede informanterne, at patienternes kognitive formåen kunne have lidt overlast, en oplevelse bakket op af Verdejo-Garcia et al. (63), der ligeledes havde beskrevet, hvordan nedsat kognitiv funktion blandt misbrugere påvirkede deres deltagelse i behandlingen. Strukturelle udfordringer var også påpeget af Rådet for Socialt Udsatte (64), hvor konsultationstider blandt praktiserende læger blev beskrevet som utilstrækkelig til adækvat at komme omkring de komplekse problemstillinger, der ofte sås hos udsatte patienter. Konsultationstiden for MSK-fysioterapeuter er overvejende længere end blandt praktiserende læger, men er tidligere angivet som barriere for at opbygge en sufficient arbejdsrelation i MSK-fysioterapi (65).e

I relation til de kognitive udfordringer, der blev oplevet blandt patienter med misbrug, havde Jeynes og Gibson (66) beskrevet, hvordan utilstrækkelig ernæring kan føre til flere af centrale påvirkninger informanterne beskrev, såsom demens betinget af alkoholmisbrug, eller Wernickes-Korsakoffs syndrom. Selvom informanterne fokuserede på ernæring i relation til træningsudbytte og patientsikkerhed, var det interessant at dette fokus blev nævnt, da Jeynes og Gibson (66) nævnte at ernæringstilstanden blandt misbrugere ofte var overset blandt sundhedspersonale. Det blev ikke undersøgt, hvordan informanterne havde tænkt sig at anvende eventuel viden om fejlnæring blandt patienter med misbrug. En tværfaglig inddragelse af eksempelvis klinisk diætist kunne være nærliggende, hvor både informanten og Perry et al. (25) beskrev at tværfaglighed var gavnlig for at kunne løfte opgaven og højne fagligheden omkring denne mere komplekse patientgruppe.

Som det fremgik af diskussionen kunne stigmatisering af patienten med misbrug medføre, at behandlingstilbuddet var af lavere kvalitet end behandling til den gængse MSK-patient (14). Informanterne forsøgte aktivt at imødegå de behov og begrænsninger de så hos patienter med misbrug, men oplevede at mangle kompetencer til at udføre dette på tilfredsstillende vis. Blandt informanterne var desuden en oplevelse af, at tidligere erfaringer med misbrugere gjorde, at de inden

mødet med en patient med misbrug, kunne opleve frustration over manglende faglige kompetencer og sparringspartnere, s for at kunne levere en optimal genoptræning. Hvorfor informanternes forforståelse og forventninger påvirkede deres egen motivation for at møde patienter med misbrug med samme entusiasme og åbenhed som andre patientgrupper. Paradoksalt berettede informanterne, at det var selvsamme erfaringer og oplevelser, der gav dem lysten til fortsat at arbejde med patienter med misbrug. Dette kunne ses ved, at informanterne oplevede at arbejdet med patienter med misbrug både var berigende, fagligt for dem som terapeuter, men at det også var menneskeligt berigende, at arbejde med udsatte medmennesker. Dualiteten kunne opsummeres i terapeuten Charlies udsagn: *"Jamen altså, jeg synes sgu tit de kan være meget sjove. Ja, altså egentlig, det kan være en ret fed gruppe at arbejde med. Når det er sagt, så kræver det også noget tålmodighed og noget energi (...) Det kræver noget overskud at have med de her patienter at gøre. Når først man har dem inde til konsultation og behandling og sådan noget, så er man jo fokuseret på det og [på at, red.] give dem [patienter med misbrug, red.], en god oplevelse (...) når man læser den [genoptræningsplanen, red.], så tænker man; "okay, det er spændende, det må vi jo så se på". Altså der er jo nogle der er ude for rækkevidde, som ikke er behagelig at arbejde med (...) Men som udgangspunkt går det, og så må vi jo tage det med."*

5.2 Metodediskussion og metodiske begrænsninger

Under dataindsamlingen opstod der nogle uforudsete udfordringer, hvilket gjorde at det ikke var muligt at udføre dataindsamlingen som først planlagt. Derfor fik projektforfatteren ikke adgang til det forventede antal informanter, eller adgang til den mangfoldighed blandt informanter, som det oprindeligt var tiltænkt. Hvorfor det vurderes, at ikke alle nuancer af problemområdet blev undersøgt udtømmende. Bag denne vurdering lå, at der under dataanalysen fortsat kunne identificeres nye koder og temaer imellem informanternes udtagelser, hvorfor datamætning (induktiv tematisk mætning) ikke kunne betragtes som værende opnået (67). Derfor kunne det ikke udelukkes, at der fortsat kunne være fremkommet nye temaer, eller en større uddybning af de fundne temaer, hvis dataindsamlingen var fortsat (67). Der kunne derfor sås tvivl om antallet af informanter havde været tilstrækkeligt til fyldestgørende at afdække problemområdet. Forskellige kilder har estimeret at omkring 6 til 12 informanter kunne være tilstrækkeligt til at opnå datamætning ved semistrukturereinterviews blandt homogene informantgrupper (32,67,68). Datamætning er tidligere betragtet som "en gylden standard" til at vurdere, hvornår kvalitative undersøgelser har afdækket et område tilstrækkeligt (67). Antallet af informanterne var dog ikke i sig selv altafgørende for om problemområdet blev tilstrækkeligt belyst (32,69,70), eksempelvis kunne et casestudie have være sufficient, hvis fænomenet havde været tilpas sjældent (68). Omvendt kunne et stort antal

informanter have resulteret i et overvældende datamateriale, der ikke kunne være behandlet tilstrækkeligt inden for projektets rammer (69). Trods dette, kunne det betvivles, hvorvidt fire informanternes refleksioner, var tilstrækkeligt til at afdække de forskellige faglige, organisatoriske og menneskelige aspekter, der implicit befandt sig under problemområdet.

Et andet aspekt, der var fremhævet på linje med datamætning, i forhold til at opnå en udtømmende dækning af problemområde, var informanternes informative styrke (70). Her var det væsentligt, hvordan informanterne afspejlede den mangfoldighed, der var blandt MSK-fysioterapeuter generelt (71). Overordnet kunne fysioterapeuter som faggruppe godt betragtes som en relativt homogen gruppe med sammenligneligt uddannelsesniveau og socioøkonomiske status. På den anden side fremkom variation inden for faggruppen i form af faglig interesse, erhvervs erfaring, ansvarsområde m.m. Derudover kunne menneskelige faktorer som opvækst, socioøkonomisk baggrund og livserfaring også havde præget den enkelte fysioterapeut (71). Den fulde bredde og forskelligartethed kunne således ikke afspejles blandt informanterne i dette projekt, der alle var beskæftiget inden for samme sektor, havde relativ beskeden erhvervs erfaring på mellem 3 år og 8 år og alle besad menige stillinger. Derfor kunne det anfægtes, hvorvidt informanterne gav et fyldestgørende billede af mangfoldighed blandt MSK-fysioterapeuter, hvilket kunne have bevirket at der var synspunkter og oplevelser, der ikke kom frem i projektet (71). Eksempelvis kunne informanter med større erfaringsgrundlag, have kaste et andet lys på oplevelser af egne kompetencer i mødet med patienter med misbrug. Ligeledes kunne informanter fra praksisområdet have bidraget med andre oplevelser af, hvordan socioøkonomiske forhold kunne spille ind på adherence blandt patienter med misbrug. Desuden kunne informanter med ledelsesfunktion have bidraget til forståelsen af de rammer, der var omkring MSK-genoptræningen. Selvom informanterne ikke som sådan kunne repræsentere den større bredde blandt MSK-fysioterapeuterne måtte deres udtalelser, om end i begrænset omfang, stadig antages som gældende for barrierer oplevet af MSK-fysioterapeuter.

En anden mulig begrænsning for repræsentationen blandt informanterne kunne være, at de alle havde en personlig relation som tidligere kollegaer til forfatteren. Her kunne det tænkes at den venskabeligrelation ubevist kunne gøre, at der også var en fælles opfattelse af, hvordan patienter med misbrug burde mødes i sundhedsvæsenet. Dermed kunne modstridende opfattelser af, hvordan sådanne patientgrupper burde tilgås, uagtet være blevet overset i dette projekt.

Det var derfor essentielt at udvise gennemsigtighed overfor, hvilke utilsigtet indvirken forfatteren kunne have haft på indsamlingen og fortolkning af data (69,72). Da forfatteren selv havde erfaring med patienter med misbrug indenfor MSK-fysioterapi kunne dette ubevist have påvirket informanterne, enten via spørgsmålenes formulering, eller den måde de blev fremført på under

interviewene. Ligesom forfatterens forforståelse og forventninger til resultaterne kunne have påvirket forfatterens evne til at indtage en metaposition i fortolkning af data (38). Forfatteren var dog bevidst om dette og forsøgte aktivt at sætte sin forforståelse i parentes under analyseprocessen (27). Derfor vurderes det også som en styrke, at der blev udvist åbenhed overfor datamaterialet, så overraskende temaer kunne identificeres (73), eksempelvis omkring ernæringstilstand og i fortolkningen af, hvordan informanternes forventninger påvirkede deres tilgang til patienter med misbrug.

Der kunne dog også ligge en styrke i relation mellem forfatteren og informanterne, da rapport på forhånd var etableret, hvorfor det blev vurderet, at informanterne fremlagde deres ærlige tanker omkring spørgsmålene. Desuden gjorde relationen det muligt at fremlægge informanterne deres transskriberede interview (member checking), hvilket kunne højne projektets troværdighed (38). Ligeledes takkede to af informanterne ja til en debriefing omkring indholdet af deres udtagelsers og oplevelse af interviewet.

I den forbindelse oplevede begge informanter at genkende, sig selv i transskriptionen og stod ved deres udtagelser. Begge var dog overraskede over, hvordan deres refleksion omkring egen forforståelse og barriere var kommet til udtryk. Den ene beskrev det som et "wake-up-call", da informantens opfattelse var at kende sine egne fordomme og barrierer bedre, og havde ikke tidligere tænkt de kunne komme til udtryk i forbindelse med behandlinger. Informanten tilkendegav efter gennemlæsningen, at egen forforståelse påvirkede mere end først antaget. Den anden informant berettede at have reflekteret en del efter interviewet over, hvordan egen forståelse kunne påvirke relationen til udsatte patienter. Endvidere mente informanten, at det var vigtigt fremadrettet at italesætte egne og kollegaers fordomme, så der kunne være grobund for faglig sparring og aftabuisering af barrierer og fordomme. Begge informanter beskrev, at deres ageren overfor patienter med misbrug var mere præget af egne barrierer, end de først havde antaget, hvor de ikke følte at deres forforståelse kunne have nogen negativ indflydelse på deres terapeutiske virke.

5.3 Fremtidige fokusområder og implementering i klinisk praksis

Under litteraturgennemgangen i nærværende projekt sås variation i, hvordan forskellige studier definerede socialt udsatte, hvor de ofte var defineret ud fra forskellige socioøkonomiske forhold, eksempelvis i forhold til uddannelsesniveau eller indkomstgruppe (7). Som indledningsvist beskrevet havde denne inddeling en praktisk berettigelse, da faktorer såsom hjemløshed, psykisk sygdom eller misbrug påvirker den enkeltes livsomstændigheder forskelligt, på baggrund af socioøkonomisk ophav (13,15). Det var dog en udfordring i opbygningen af projektet, da den fundne litteratur fluktuerede mellem grupper, der var udsatte grundet økonomiske omstændigheder og patienter, som

var udsatte som følge af misbrugsproblematikker (23-26). Dette medførte, at det var vanskeligt at drage direkte sammenligninger mellem den fundne litteratur og de temaer, der blev identificerede under dataanalysen. Den fundne litteratur, som specifikt undersøgte sundhedspersoners barrierer i mødet med misbrugspatienter, tog ikke udgangspunkt i en kontekst af fysioterapi eller træningsintervention.

Ovenstående talte for relevansen af fremtidige projekter, der kunne undersøge ligheder og forskelle mellem fysioterapeuter og andre sundhedsfaggrupper i, hvilke barrierer de oplever, når de står i mødet med misbrugspatienten. Ligeledes ville det være nærværende at undersøge, hvordan sådanne barrierer blev håndteret af fysioterapeuter sammenlignet med andre sundhedsfaggrupper.

Et andet perspektiv kunne være på sundhedspersonalets forventninger og krav til patienter med misbrug. Her kunne det være relevant at undersøge, hvordan fysioterapeuters forventninger kunne udgøre en barriere for behandlingen, da det er forfatterens oplevelse, at fysioterapeutiske genoptræning adskiller sig fra andre sundhedsydelse, ved at stille krav om, at patienter fysisk skal yde en træningsindsats. At inkorporere fysisk træning i en hverdag kunne være en udfordring for mange, men kunne antages at være særligt udfordrende for udsatte og misbrugere, der i forvejen er beskrevet som havende få ressourcer (1,3). Dette, samt misbrugeres beskrivelse af fysioterapi som mindre vigtig end andre behov (25), kunne bevirke at genoptræningsindsatsen ville blive opfattet som et uforholdsmæssigt stort offer, i forhold den mulige gevinst genoptræning kunne have. Projektets forfatter er derfor af den opfattelse, at der ville være fagligt udbytterigt at, opnå en større forståelse af, hvordan patienter med misbrug prioriterer MSK-genoptræningen i forhold til deres gener og livssituation.

Resultatet fra det foreliggende projekt var ikke i sig selv tilstrækkelige til at argumentere for konkret implementering, men vurderes alligevel til at have bidrage til klinisk praksis i MSK-fysioterapi, ved at belyse, hvordan en marginaliseret patientgruppe, der grundet sin kompleksitet, stillede krav til fysioterapeutens faglige kompetencer og forforståelse. Denne udsatte patientgruppe havde ret til samme kvalitet og imødekommenhed i mødet med sundhedsvæsenet som den øvrige befolkning (12), hvilket vist sig udfordrende at leve op til. Endvidere berigede projektet den kliniske praksis ved netop at illustrere, hvordan fysioterapeuters forforståelse og forventninger påvirkede deres relation og behandling af patienter med misbrug. Det ville derfor være værdifuldt med yderligere fokus på, hvordan kompetencer, forforståelse og refleksion over egne handlinger kunne implementeres i den kliniske beslutningsprocesser vedrørende MSK-genoptræning af patienter med misbrug.

6.0 Konklusion

De barrierer, der blev påpeget blandt informanterne i projektet, var tilsvarende, hvad der tidligere har været anført som barrierer i forholdt til fysioterapi i almenlighed. Navnlig at aftaler ikke blev overholdt af patienterne, og at der manglede kompetencer blandt terapeuterne, for at tilgå udsatte patienter. Ligeledes kunne forløbsrammerne være en begrænsning for at rumme kompleksiteten blandt patienter med misbrug. Karakteriserende for patienter med misbrug var, at misbruget gjorde at de gængse barrierer blev mere udtalte. Desuden blev forforståelsen af patientgruppen en barriere blandt informanterne, der oplevede at være mindre motiverede og have lavere forventninger til patienter med misbrug. Hvilket kunne gøre, at genoptræningen utilsigtet blev af en lavere kvalitet end den ville have været blandt øvrige patienter. Informanternes strategi til at overkomme barriererne var, at de forsøgte at tilsidesætte deres forforståelse og møde patienter med misbrug på lige vilkår som andre patienter. Derudover blev vigtigheden af en tværfaglige indsats pointeret, for at kunne håndtere de komplekse problemstillinger, der var blandt patienter med misbrug. Det vurderes at der bør være et større fokus på at møde udsatte patienter og patienter med misbrug på samme vilkår som alle andre patienter. Hertil er det essentielt at sikre, at patienten har forstået, hvad behandlingen indebærer og reelt ønsker af den aktuelle behandlingsform samt at forventninger til behandling er afstemt imellem patient og terapeut. Dette ville potentielt kunne øge adherence til behandlingen og mindske forskelsbehandling af udsatte grupper i sundhedsvæsenet.

7.0 Litteraturliste

- (1) Diderichsen, F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011.
- (2) CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- (3) Annette Kjær Ersbøll, Maria Nivi Schmidt Petersen, Carina Skaarup, Caroline Holt Udesen. Social ulighed i sundhed og sygdom
Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017. © Sundhedsstyrelsen, 2020. 2020 2. september.
- (4) Hansen L, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Vestergaard P, Abrahamsen B, et al. Social inequality and fractures-secular trends in the Danish population: a case-control study. Osteoporosis international. 2018;29(10):2243-2250.
- (5) Løkke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. Thorax 2006;61(11):935-939.
- (6) Strøbæk L, Davidsen M, Pedersen PV. Socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet. Registeropfølgning 2007-2015. Rådet for socialt udsatte og statens institut for folkesundhed, SDU 2017.
- (7) Pedersen PV. Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet. Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2018.
- (8) Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi
4. udgave. 2021 3. maj.
- (9) National klinisk retningslinje for udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- (10) Health inequities and their causes. 2018; Available at: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>. Accessed Apr 3, 2022.
- (11) Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. Social science & medicine. 2015;128:316-326.
- (12) Lyttkens CH, Christiansen T, Häkkinen U, Kaarboe O, Sutton M, Welander A. The core of the Nordic health care system is not empty. Nordic Journal of Health Economics 2016 Apr 26;4(1):7-27.
- (13) Iversen L. Medicinsk sociologi : samfund, sundhed og sygdom. 1st ed. Kbh: Munksgaard Danmark; 2004.
- (14) Anne Illemann Christensen, Ola Ekholm, Michael Davidsen, Knud Juel. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2012 København.

- (15) Nanna Ahlmark, Ivalu Katajavaara Sørensen, Michael Davidsen. Socialt udsattes sundhed og trivsel i København og resten af landet 2007 til 2017. Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2019.
- (16) Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challenge of patient adherence. *Therapeutics and clinical risk management*. 2005;1(3):189-199.
- (17) Trivedi MH, Greer TL, Rethorst CD, Carmody T, Grannemann BD, Walker R, et al. Randomized Controlled Trial Comparing Exercise to Health Education for Stimulant Use Disorder: Results From the CTN-0037 STimulant Reduction Intervention Using Dosed Exercise (STRIDE) Study. *Journal of Clinical Psychiatry*. ;78(8):1075-1082.
- (18) ICD-10 Version: 2019. Available at: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F10-F19>. Accessed Apr 3, 2022.
- (19) Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *MANUAL THER* 2010;15(3):220-228.
- (20) Shields N, Bruder AM, Cleary SL. An exploratory content analysis of how physiotherapists perceive barriers and facilitators to participation in physical activity among adults with disability. *Physiother Theory Pract* 2021 Jan;37(1):149-157.
- (21) Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol* 2012;73(5):691-705.
- (22) Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *The psychological review*. 1977;84(2):191-215.
- (23) Stoutenberg M, Warne J, Vidot D, Jimenez E, Read JP. Attitudes and preferences towards exercise training in individuals with alcohol use disorders in a residential treatment setting. *J Subst Abuse Treat* 2015;49:43-49.
- (24) Sari S, Muller AE, Roessler KK. Exercising alcohol patients don't lack motivation but struggle with structures, emotions and social context - a qualitative dropout study. *BMC Fam Pract* 2017 Mar 23;18(1):45-4.
- (25) Perry M, Hudson S, Clode N, Wright K, Baxter GD. What factors affect attendance at musculoskeletal physiotherapy outpatient services for patients from a high deprivation area in New Zealand? *New Zealand Journal of Physiotherapy* 2015;43:47-53.
- (26) Read JP, Brown RA, Marcus BH, Kahler CW, Ramsey SE, Dubreuil ME, et al. Exercise attitudes and behaviors among persons in treatment for alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2001;21(4):199-206.
- (27) Fænomenologi som forskningsmetode | Sygeplejersken, DSR. 2008; Available at: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-13/faenomenologi-som-forskningsmetode>. Accessed Apr 3, 2022.
- (28) Brinkmann S, Kvale S. *Doing Interviews*. 2022.

- (29) Kallio H, Pietilä A, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*. 2016;72(12):2954-2965.
- (30) Krauss S, Hamzah A, Omar Z, Suandi T, Ismail I, Zahari M. Preliminary Investigation and Interview Guide Development for Studying how Malaysian Farmers' Form their Mental Models of Farming. *Qualitative Report* 2009;14:245-260.
- (31) Baumbusch J. Semi-structured interviewing in practice-close research. *Journal for specialists in pediatric nursing* : 2010;15(3):255-258.
- (32) Kvale S, Brinkmann S. *Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3rd ed. Kbh: Hans Reitzel; 2015.
- (33) Geelhoed MA, Callaway SM, Cruz JM, Subramanian SK. Attitudes of Physical Therapy Students Toward the Population Currently Experiencing Homelessness: A Pilot Study. *Journal of allied health*. 2019;48(3):220-225.
- (34) Urbanoski KA, Kelly JF, Hoepfner BB, Slaymaker V. The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of substance abuse treatment*. 2012;43(3):344-351.
- (35) Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101.
- (36) Maguire M, Delahunt B. *Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide*. 2017;9.
- (37) Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-115.
- (38) Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods* 2017;16(1):1609406917733847.
- (39) Leedy PD, Ormrod JE, Johnson LR. *Practical research : planning and design*. Harlow, England: Pearson; 2021.
- (40) Portney LG. *Foundations of Clinical Research - Applications to Evidence-Based Practice*. 4th Revised edition ed.: F.A. Davis Company; 2020.
- (41) PubMed. URL: kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com
- (42) APA PsycInfo. Psyc Info. URL: kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com
- (43) CINAHL with full text. 1981. URL: kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com
- (44) Holgaard JE. *An introduction to problem-based learning in higher education*. 1st ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2021.
- (45) Hvad skal jeg anmelde? Available at: <https://www.nvk.dk/forsker/naar-du-anmelder/hvilke-projekter-skal-jeg-anmelde>. Accessed Apr 1, 2022.

- (46) Grünberger P, Lauridsen M. Mennesker med Stofmisbrug Sociale indsatser, der virker. Socialstyrelsen 2013 Første version udgivet efteråret.
- (47) Akter S, Doran F, Avila C, Nancarrow S. A qualitative study of staff perspectives of patient non-attendance in a regional primary healthcare setting. *The Australasian medical journal*. 2014;7(5):218-226.
- (48) Chen PA, Cheong JH, Jolly E, Elhence H, Wager TD, Chang LJ. Socially transmitted placebo effects. *Nature Human Behaviour*. 2019;3(12):1295-1305.
- (49) van Boekel L,C., Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*. 2013;131(1-2):23-35.
- (50) Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 1983;11(2):147-172.
- (51) Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm K,T., Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011(5):CD008063.
- (52) Dideriksen TL, Lisby M, Brünés N, Dreyer P. Social Nurses' Descriptions of Nursing: A Qualitative Study of What Social Nursing is and Does? *The Open Nursing Journal*. 2019 dec.;13:228-236. <https://doi.org/10.2174/1874434601913010228>.
- (53) Ford R, Bammer G, Becker N. The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of clinical nursing*. 2008;17(18):2452-2462.
- (54) Deans C, Soar R. Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2005;12(3):268-274.
- (55) McLaughlin D, McKenna H, Leslie J, Moore K, Robinson J. Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2006;13(6):682-686.
- (56) Brener L, Von Hippel W, Kippax S, Preacher KJ. The role of physician and nurse attitudes in the health care of injecting drug users. *Substance use & misuse*. 2010;45(7-8):1007-1018.
- (57) Peckover S, Chidlaw RG. Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health & social care in the community*. 2007;15(3):238-245.
- (58) Ussher M, McCusker M, Morrow V, Donaghy M. A Physical Activity Intervention in a Community Alcohol Service. *BR J OCCUP THER* 2000;63(12):598-604.
- (59) Roessler KK, Bramsen RH, Dervisevic A, Bilberg R. Exercise based interventions for alcohol use disorder: A comment on motivational aspects of participation. *Scandinavian journal of psychology*. 2017;58(1):23-28.

- (60) Muller AE, Clausen T. Group exercise to improve quality of life among substance use disorder patients. *Scandinavian journal of public health*. 2015;43(2):146-152.
- (61) Walker R, Logan TK, Clark JJ, Leukefeld C. Informed consent to undergo treatment for substance abuse: a recommended approach. *Journal of substance abuse treatment*. 2005;29(4):241-251.
- (62) Muzyk A, Smothers ZPW, Andolsek KM, Bradner M, Bratberg JP, Clark SA, et al. Interprofessional Substance Use Disorder Education in Health Professions Education Programs: A Scoping Review. *Academic medicine*. 2020;95(3):470-480.
- (63) Verdejo-Garcia A, Garcia-Fernandez G, Dom G. Cognition and addiction^[P]_[SEP]. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2019;21(3):281-290.
- (64) Aarsrapport-2021_raadet-for-socialt-udsatte. Available at: <https://udsatte.dk/udgivelser/socialt-udsattes-situation-aarsrapport-2021>. Accessed Maj 9, 2022.
- (65) Dean SG, Smith JA, Payne S, Weinman J. Managing time: an interpretative phenomenological analysis of patients' and physiotherapists' perceptions of adherence to therapeutic exercise for low back pain. *Disability and rehabilitation*. 2005;27(11):625-636.
- (66) Jaynes KD, Gibson EL. The importance of nutrition in aiding recovery from substance use disorders: A review. *Drug and alcohol dependence*. 2017;179:229-239.
- (67) Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity* 2018;52(4):1893-1907.
- (68) Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? *Field methods*. 2006;18(1):59-82.
- (69) Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*. 2001;358(9280):483-488.
- (70) Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research*. 2016;26(13):1753-1760.
- (71) Collier D, Mahoney J. Insights and Pitfalls: Selection Bias in Qualitative Research. *World Polit* 1996;49(1):56-91.
- (72) Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication & Technology* 1981;29(2):75-91.
- (73) Sundler AJ, Lindberg E, Nilsson C, Palmér L. Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. *Nursing open*. 2019;6(3):733-739.

8.0 Bilagsliste

Bilag 1: Litteratursøgningen (Søgeprotokol)

Bilag 2: Dataanalysen

Bilag 3: Kodebøger og Transskriptioner