



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

**”Hade de sagt första dagen jag kom hit att jag skulle gå två mil, hade jag bara sagt att de var dumma i huvudet.”**

**- En kvalitativ studie om hur fysisk aktivitet kan vara en del i missbruksbehandling**

Emelie Hellström och Ellen Ihd

Kandidatuppsats SOPA63  
HT 2017  
Handledare: Anna Angelin

# Abstract

Authors: Emelie Hellström & Ellen Ihd

Title: "If they would have told me on my first day that I was supposed to walk 20 K, I would have told them that they were completely out of their minds" - a study about how physical activity can be a part of the treatment at an institution for substance users. (Translated title)

Supervisor: Anna Angelin

Assessor: Anders Östnäs

The aim of this study was to examine physical activity as a part of the treatment at an institution for substance users. More specifically its aim was to find out how the substance users experience how physical activity can be affected by ongoing trends in society, the image of the ideal body and the encouragement from staff. The study was based on seven interviews with substance users at two linked group institutions in Sweden. Similar themes were identified in the different interviews and the analysis was later based on the power exerted by staff, the combination of physical activity and treatment and lastly the role of society. As a conclusion the trends in society are reflected in the treatment. The physical activity and healthy eating is used to uphold the normality and also in the strive for the ideal body. Positive effects of the physical activity were shown, but it is essential to have the individuals condition in focus when creating the physical activity program. The power exerted by staff was requested to be stronger. What we could see was that in the end it is the individuals own power of discipline that controls how they make best use of the possibilities the treatment facility has to offer.

Key words:

Physical activity, substance users, treatment, ideal body, society, encouragement, discipline

## Förord

Vi vill tacka våra intervjupersoner på de två behandlingshemmen för att ni delade med er av era erfarenheter och tog er tid att träffa oss. Ett stort tack går även ut till enhetschefen som med glädje och engagemang tog emot oss och gjorde vår studie möjlig. Vidare vill vi tacka vår handledare som har ställt upp dag som natt och svarat på våra oändligt många frågor. Sist vill vi också tacka Ida för all hjälp genom uppsatsen gång.

# Innehållsförteckning

1. Problemformulering .....	6
1.1 Syfte .....	8
1.2 Frågeställningar.....	8
2. Bakgrund .....	8
2.1 Historia och dess påverkan på dagens ideal.....	8
3. Kunskapsläge .....	10
3.1 Hälsa och idrottens påverkan på kroppen.....	10
3.2 Missbruksbehandling.....	12
3.3 Gruppens påverkan i behandlingen.....	13
3.4 Fysisk aktivitet i behandling.....	13
3.5 Sammanfattning.....	15
4. Teori .....	16
4.1 Socialkonstruktivism.....	16
4.2 Michel Foucault.....	18
4.2.1 Makt .....	18
4.2.2 Normalisering .....	20
5. Metod .....	21
5.1 Metodologisk ansats .....	21
5.2 Genomförande .....	22
5.3 Urval.....	22
5.4 Metodens tillförlitlighet.....	23
5.5 Bearbetning av data .....	25
5.6 Etiska överväganden.....	27
5.7 Arbetsfördelning .....	28
6. Resultat och analys.....	28

6.1 Makt och disciplinering av kroppen .....	28
6.1.1 Kontroll och obligatoriska fysiska moment .....	28
6.1.2 Regler och förbud .....	32
6.1.3 Makt och kunskap .....	33
6.2 Kombination fysisk aktivitet och missbruksbehandling.....	34
6.2.1 Kapacitet att utöva fysisk aktivitet och upplevelser utav det.....	34
6.2.2 Disciplinering och individualisering .....	37
6.3 Samhällets och kroppsidealets påverkan på den fysiska aktiviteten .....	40
7. Avslutande diskussion.....	44
8. Litteraturlista .....	48
9. Bilagor .....	54
9.1 Informationsbrev .....	54
9.2 Intervjuguide.....	55

# 1. Problemformulering

Under det senaste decenniet har hälsa och träning blivit viktiga ideal i samhället. Att äta och träna rätt är numera en trend. Som en följd på detta ser vi träningstips och hälsoråd i tidningsställen och i Tv-tablåerna. Det fokus som innan låg på en smal kropp har flyttats till en vältränad kropp med definierade muskler (Larsson & Fagrell 2010). Träning och hälsa har blivit en livsstil (Palmlad & Eriksson 2014) och många identifierar sig själva med sin träning och träningsresultaten. Vi lever i ett konsumtionssamhälle som säljer tanken på en tränad kropp klädd i rätt kläder och utrustning (Larsson & Fagrell 2010). Kroppen är objektifierad och det är vi själva som styr och kontrollerar hur den ser ut och fungerar (ibid.). Forskning visar att fysisk aktivitet är kopplat till positiva hälsoeffekter (Engström 2013). I denna uppsats ställer vi frågan: Kan fysisk aktivitet bli en viktig del i missbruksbehandlingar inom socialt arbete och på vilka grunder kan vi i så fall förstå och bedöma om denna behandlingsform verkligen fungerar?

Mattsson, Jansson & Hagströmer (2015) definierar fysisk aktivitet som all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen och som sker utanför den vardagliga aktiviteten. Vi använder begreppet fysisk aktivitet genomgående i vår studie och menar när man blir svettig. Det kan vara ett gympass, gå och simma, gå en längre promenad, ett ansträngande yogapass eller liknande. Riksidrottsförbundet (2017) skriver att fysisk aktivitet får vuxna att utvecklas både fysiskt och mentalt. De konstaterar i samma rapport att fysisk aktivitet gynnar hälsoutvecklingen och ger ökad livskvalitet och livsglädje. I rapporten skrivs det vidare att personer som ägnar sig åt fysisk aktivitet är friskare, begår färre brott och dricker mindre alkohol (Riksidrottsförbundet 2017).

Kristiansen (2000) beskriver hur man under flera tusen år har använt njutnings- och läkemedel som är baserade på opiumvallmo, kokablada och cannabis. Idag är den allmänna uppfattningen att missbruk ofta är kopplat till ett dystert och socialt eländigt liv (Kristiansen 2000). På ett flertal behandlingshem där brukare ska återhämta sig från ett missbruk används fysisk aktivitet som ett inslag i behandlingen, antingen som fritidssyssla eller obligatorium (Statens institutionsstyrelse 2017). På Statens institutionsstyrelse (2017) kan vi läsa begreppen "fysisk aktivitet", "motion" och "fysisk rehabilitering" i hemmens behandlingsbeskrivningar. Exempelvis HVB-hemmet Hassela Skåne (2018) har genomgående haft ett stort fokus på fysisk aktivitet och gemensamma aktiviteter. Fysisk aktivitet har många

positiva hälsoeffekter som kan vara hjälpsamma i en missbruksbehandling. Hoff, Mattsson & Ranta (2016) skriver att drogsug, ångest, social fobi, rastlöshet och sömnsvårigheter kan minska när man brukar fysisk aktivitet.

I dagens samhälle talas det mycket om fysisk aktivitet och Larsson & Fagrell (2010) beskriver det som att vi nu är inne i kroppens och hälsans tid. Det finns mycket tidigare forskning kring fysisk aktivitet kopplat till hälsa och välmående, men inte lika mycket forskning kring dess koppling till behandling och återhämtning. Dock har det på senare år kommit fler studier kring behandling och fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet har gått från att vara en fritidssysselsättning för att fylla dagarna på behandlingshem, till att bli ett obligatoriskt inslag i behandlingen. Detta på grund av alla positiva vinster man sett (Larsson & Fagrell 2010). Studierna som vi har tittat på visar att fysisk aktivitet bidrar till lägre stressnivåer, mindre oro, mindre ångest, minskar risken för depression, ett ökat självförtroende, lättare att få en struktur på vardagen och kan även hjälpa till att minska abstinensen (Nani et al. 2017, Stoutenberg et al. 2015, Read et al. 2001, Wang et al. 2014). Det finns även risker med fysisk aktivitet. Biddle, Fox & Boutcher (2000) talar exempelvis om begreppet negativt beroende, vilket handlar om att fysisk aktivitet kan skada och övergå till ett tvångsmässigt beteende. Alla tidigare studier uppmanar till mer forskning om fysisk aktivitet i behandling då det fortfarande är få studier som gjorts inom området och bredare resultat efterfrågas. Vår intention är att genom att undersöka brukarnas upplevelser av fysisk aktivitet få visshet om de positiva effekterna som forskning visar på stämmer. Vi vill framförallt ta del av individens upplevelse av kombinationen av missbruksbehandling med fysisk aktivitet.

Kan man ta för givet att fysisk aktivitet alltid är positivt och passar det verkligen alla? Melin & Näsholm (1998) skriver att vid ett långvarigt missbruk nedsätts den fysiska konditionen nästan undantagslöst och att fysisk aktivitet inte sällan är försummat när individen är inne i ett missbruk. Vad talar för att brukare ska engagera sig i fysisk aktivitet när de kommer till ett behandlingshem? Vi vill därför även undersöka hur deltagandet i den fysiska aktiviteten ser ut om brukaren saknar kraft och vilja att orka med denna del av missbruksbehandlingen, eller hur brukarna förhåller sig till de obligatoriska kraven på vad deras kropp ska prestera och om detta upplevs som en institutionell maktutövning.

Vi finner det relevant att få höra brukarnas upplevelser och se hur den fysiska aktiviteten påverkar dem i sin missbruksbehandling. Vi har närmare studerat två behandlingshem med

uttalad hälsoinriktning som har obligatoriskt inslag av fysisk aktivitet tre gånger i veckan. Med allt positivt vi läst om fysisk aktivitet, varför utnyttjas det inte mer i behandling? Genom att intervjua brukare har vi gjort en kvalitativ studie med utgångspunkt i socialkonstruktivistiskt perspektiv och Foucaults maktperspektiv. Vår förhoppning med denna studie är att öppna upp för mer forskning samt sprida kunskap inom området.

## 1.1 Syfte

Syftet med studien är att beskriva och analysera brukarnas upplevelser av fysisk aktivitet, disciplinering av kroppen och hur samhällstrender påverkar utövandet av fysisk aktivitet.

## 1.2 Frågeställningar

1. Upplever brukarna att det finns en maktstruktur där deras kroppar disciplineras? Och i så fall vad är deras tolkning?
2. Hur förstår och tolkar brukarna sin egen kapacitet och vilja att utnyttja de möjligheter till fysisk aktivitet som finns på behandlingshemmen?
3. Påverkas brukarna av samhällets rådande kroppsideal och i så fall hur ser brukarnas vilja ut att genom fysisk aktivitet överensstämma med samhällets normer?

## 2. Bakgrund

För att förstå den fysiska aktivitetens betydelse i samhället idag måste vi börja med att studera dess historia. Här följer därför ett avsnitt om hur den fysiska aktiviteten har växt och utvecklats från 1900-talets början till idag. Detta för att ge er läsare en bakgrundsförståelse och på så sätt få en mer helomfattande bild.

### 2.1 Historia och dess påverkan på dagens ideal

Fysisk aktivitet är en folkhälsofråga kommunalt, regionalt och nationellt (Schäfer-Elinder & Faskunger 2006). Målet har varit att skapa en god hälsa för befolkningen. Hälsa har kommit att få ett högt livsvärde i vårt samhälle (Palmlblad & Eriksson 2014). Att röra på sig har människan gjort i alla tider. Redan i antikens Grekland flera hundra år före Kristus tävlade man i idrott, de olympiska spelen (Nationalencyklopedin 2017). Idrott är evolutionärt utvecklat, det har växt fram naturligt för människans överlevnad (Cordain, Gotshall & Eaton 1998). En stark och frisk kropp gör att man överlever längre i en farlig omvärld. I den här



studien är det dock den fysiska aktiviteten som tog sin form i början på 1900-talet som ligger i fokus.

Redan på 1800-talet var folkhälsa en politisk fråga där fattigdom, undernäring, alkoholmissbruk och könssjukdomar var stora problem i det svenska samhället (Blomqvist 1998, Johannisson 1998). Striktare och skärpta regler på statlig nivå växte fram. Men dessa hälsoproblem såg man som en svaghet hos de drabbade individerna, inte som en statlig fråga (Blomqvist 1998). Mellan 1870-1920 började många hävda att man inte bara kan se individen som ansvarig för sin ohälsa (ibid.). Det offentliga har ett ansvar för att minska de sociala problemen. Ett socialt problem är ett kollektivt problem som berör en stor grupp (Meeuwisse, Swärd & Sunesson 2011). Staten har ansvar för att rätt kunskap om hygien och nykterhetsarbete sprids (ibid.). En folkhälsorörelse började ta form och en stark nation med starka människor blev målet. Kroppen skulle vara i trim, utstråla hälsa och sundhet och detta blev ett nytt klassmärke (Johannisson 1998). Den starka arbetarklassmannen blev det åtråvärda. Man såg dock det okontrollerade drickandet som ett hot för den nu växande arbetarklassen och industrin (Blomqvist 1998).

Runt 1930 började välfärdsstaten byggas upp. Hälsan kom att komma i fokus, områden som hygien och fysisk aktivitet började diskuteras. En stor okunskap hos befolkningen rådde kring kost och hälsa (Palmlad & Eriksson 2014). Nykterhets- och idrottsorganisationer växte och blev allt mer betydelsefulla. Under den här tiden blev också idrott ett obligatoriskt ämne i skolan (Palmlad & Eriksson 2014). På 60-talet började man koppla samman kost och hälsa där man kunde se hur viktig kosten var för kroppens hälsa (Palmlad & Eriksson 2014). 1970-talet är känt för den stora ”joggingvågen”, där jogging blev en sport istället för ett sätt att värma upp före fysisk aktivitet (Qviström 2017). Det var en sport som alla kunde utöva och blev en början till den maraton- och löpkultur som finns kvar än idag.

Omkring 1990 förändrades samhällets syn på hälsa och det gick alltmer från att handla om kollektivet till var och en som individ (Norberg 2014). Det som tidigare legat på staten lades nu på individen. Människan fick ett fokus på sig själv, mer individuellt fokus på hälsa och fysisk aktivitet än att det skulle vara ett kollektivt ansvar. Det blev viktigt att främja ett intresse hos medborgarna för fysisk aktivitet. Avsikten var att uppnå hälsa och välbefinnande (ibid.). Fitness och hälsa fick ett uppsving och blev en livsstil (Palmlad & Eriksson 2014, Johansson 2012). Målet blev att skapa en fettsnål, hård, vältränad och muskulös kropp.

Individen har makten och ansvarar själv för sin hälsa och lycka. En ny filosofi växte fram - om man tar hand om sin kropp och sin hälsa bidrar det till en positiv identitetsutveckling och ett lyckligare liv (Johansson 2012).

Larsson & Fagrell (2010) skriver om hur vi lever i kroppens tid, både dess utsida och funktion är i fokus. Framförallt är det konsumtionssamhället som har haft stor påverkan på dagens sätt att se på kroppen. Utseendet och en vältränad kropp är det viktiga. Individtänket ligger i fokus, man styr och kontrollerar själv över hur sin kropp ser ut och fungerar (Larsson & Fagrell 2010). Kroppen blir arbetsprojektet, och individens inre utvecklas genom att man bearbetar det yttre. Kroppen objektifieras; vi tränar den, parfymrar den, smyckar den, tatuerar den m.m. Trenden som råder nu är en frisk och vältränad kropp (Larsson & Fagrell 2010). Robinson (2017) skriver också om just detta nya ideal. Den nya trenden syns på gym, i tidningar och inom social media. Han ser att fokus nu ligger på hälsa och fitness istället för att vara smal. Eller snarare att det nya idealet handlar om att vara smal med synliga muskler, en vältränad mage och fast över- och underkropp.

### 3. Kunskapsläge

I denna del börjar vi med att presentera fysisk aktivitet följt av en redogörelse för hur fysisk aktivitet påverkar kroppen. Som avslutning presenteras behandlingsformer och tidigare forskning kring fysisk aktivitet i behandling.

#### 3.1 Hälsa och idrottens påverkan på kroppen

Engström (2013) skriver att rörelse behövs för att kroppen ska fungera optimalt. Personal inom hälso- och sjukvården rekommenderas att skriva ut recept på fysisk aktivitet, vilket ska bidra till att stimulera allmänheten till ökad fysisk aktivitet (Folkhälsomyndigheten 2017a, Kallings & Ståhle 2005). Hallgren et al. (2017) visar på att fysisk aktivitet är ett säkert och genomförbart sätt att förbättra sin hälsa.

Fysisk aktivitet har visats ge positiva hälsoeffekter och genom att utöva fysisk aktivitet kan humöret bli bättre, en bättre livskvalitet kan uppnås, ökning av den fysiska aktivitetsnivån kan ske och självkänslan öka (jfr Folkhälsomyndigheten 2017b, Kallings & Ståhle 2005, Schäfer-Elinder & Faskunger 2006). Saltin & Pedersen (2002) skriver om den viktiga rollen som fysisk aktivitet har på för kroppen, och att fysisk inaktivitet istället innebär risker för kroppen.

De påstår att fysisk inaktivitet är en minst lika stor riskfaktor som rökning. Fysisk inaktivitet är en riskfaktor för sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, fetma, typ 2 diabetes, psykisk ohälsa och cancer (Folkhälsomyndigheten 2017a, Schäfer-Elinder & Faskunger 2006). Engström (2013) skriver om att ifall fysisk ansträngning undviks kan följden bli nedsatt kapacitet i muskler, nedsatt funktionsförmåga och att skelettet försämras.

González-Hernández et al. (2017) skriver om regelbunden fysisk aktivitet och de menar att den påverkar hälsan, minnet och känslan av välmående på ett positivt sätt. Fysisk aktivitet skapar även personlig stabilitet som kan bidra till ett längre och mer hälsosamt liv. Det är i kombination med en balanserad kost, regelbunden sömn som fysisk aktivitet ger positiva effekter (González-Hernández et al. 2017).

Marques et al. (2016) genomförde en studie av relationen mellan fysisk aktivitet och välmående. De kom fram till att både kvinnor och män som utförde fysisk aktivitet ansåg sig må bättre. De kunde alltså visa ett samband mellan regelbunden fysisk aktivitet och förbättrat välmående. Om utövandet av den fysiska aktiviteten skedde frekvent såg de att välmående hos personerna förbättrades ytterligare.

Vi kan inte bortse från att det även finns risker med fysisk aktivitet. Det är lätt att bara stirra sig blind på alla de positiva förändringarna - hälsovinster både fysiskt och psykiskt - som följer med fysisk aktivitet. Risker finns, speciellt när det handlar om idrottsaktiviteter eller högintensiv motion (Schäfer-Elinder & Faskunger 2006). Risker som kan nämnas är skador på skelettet, obehag vid hög puls och risk för att hjärtat kan skadas. Schäfer-Elinder & Faskunger (2006) skriver om begreppet överträning som ibland kan ses i samband med ätstörningar och utebliven menstruation. Med begreppet överträning menas att den fysiska aktiviteten gått överstyr, vilket självklart bör undvikas. Det är därför viktigt att hålla den fysiska aktiviteten på en regelbunden och jämn nivå (Schäfer-Elinder & Faskunger 2006). Engström (2013) menar att fysisk aktivitet är som att genomföra en kroppslig tandborstning. Något som bara ska göras. Han trycker på vikten att informera hur och på vilket sätt den fysiska aktiviteten ska genomföras för att upprätthålla en god hälsa.

## 3.2 Missbruksbehandling

Med teoretiskt och systematiskt grundade metoder kan människor på ett behandlingshem få hjälp att antingen komma ur ett missbruk, eller minska missbrukets negativa konsekvenser (SOU 2011:35).

Behandlingsenheter för alkoholproblem etablerades i slutet på 1800-talet och på 1970-talet tillkom även behandlingsenheter som fokuserade på narkotikaproblem (Edman 2004). Sedan dess har olika metoder använts på behandlingsenheterna. I början av 1900-talet var arbetsträning och starka kroppar i fokus. Tvångsvård med disciplin, strikta regler, straff och isolering gällde (Blomqvist 1998). I mitten av 1900-talet började man studera psykets påverkan och prövade frivillig behandling, undervisning och fysisk aktivitet. Man intresserade sig för individen och målet var att missbrukaren skulle kunna gå tillbaka till ett ordentligt liv (Edman 2004).

De olika metoder som används idag för att förändra ett missbruksbeteende är främst kognitiv beteendeterapi (KBT), Community Reinforcement Approach, självkontrollträning och 12-stepsprogrammet. När dessa metoder har jämförts finns det ingen som bevisats ha bättre effekt än de andra. Dock har alla metoderna bättre effekt än ingen behandling alls (SOU 2011:35). Det handlar ofta mer om vad personalen själva anser vara den bästa behandlingen och därmed motiverade att arbeta med, än vad som är bästa alternativet enligt forskning (Gamble & O'Lawrence 2016).

På de behandlingshemmen vi besökte har de använt sig av KBT och 12-stepsprogrammet. KBT är en behandling som vill uppnå beteendeförändring – det handlar om inlärningsteori och beteendeterapi (SOU 2011:35). Brukaren ska lära sig att hantera psykosociala påfrestningar, och lära sig identifiera risksituationer samt lära sig strategier för att hantera situationerna. I 12-stepsprogrammet vill man att brukaren ska se på sitt missbruk som en sjukdom. Det är exempelvis viktigt att brukaren deltar i AA-möten (ibid.).

Fridell (1996) skriver om behandlingsformer i missbruksvård, och han menar att en god fungerande och organiserad institutionell behandling av drogmissbrukare kan ge bra resultat. Han menar att den ideologi som verksamheten har är ett viktigt redskap i förmedlingen av ett helhetsperspektiv. Ideologin särskiljer verksamheten från andra och genom ideologin tydliggörs särdrag och tillgångar. Att verksamheten upplevs som en helhet är viktigt för att

både brukare och personal ska ha en tydlig bild av det som sker. Fridell (1996) skriver om hur viktigt det är att brukarnas behov möts. Brukarna har olika individuella behov, de behöver stöd, de måste ha struktur på vardagen och de behöver känna sig delaktiga i verksamheten. Melin & Näsholm (1998) trycker också på vikten av individens behov och förutsättningar, och att behandlingen måste anpassas därefter.

### 3.3 Gruppens påverkan i behandlingen

En stor del av tiden på behandlingshemmen tillbringas i grupp. Det handlar om allt från gruppsamtal, gemensamma aktiviteter till hushållssysslor och att laga mat. Gruppen har därför en stor inverkan på individens tid på behandlingshemmen. Här följer därför en del om hur gruppen kan påverka individens mående och även hur gruppen kan vara en avgörande faktor till att lyckas med den fysiska aktiviteten.

Relationer är betydelsefullt för en individs utveckling och för dennes välmående (Olsson & Martin 2012). Om individer befinner sig i en problemsituation kan de hjälpa varandra och utveckla konstruktiva relationer till varandra. Gruppen kan alltså bli ett hjälpmedel där individerna kan hjälpa varandra och tillsammans hantera missbruket. Biddle, Fox & Boutcher (2000) menar att känslan av grupptillhörighet kan påverka den mentala hälsan. De tror även att det kan vara möjligt att grupptillhörigheten påverkas i träningsssammanhang men detta är fortfarande ett outforskat område och de menar på att det skulle variera från individ till individ. Olsson & Martin (2012) menar att genom grupptillhörighet kan individen vara en del av ett vi. Att medlemmarna kan lyssna och ta hjälp av varandra och byta livserfarenheter för att förstärka en gruppterapi. Melin & Näsholm (1998) menar att motivation är något som är föränderligt och skapas i relation till andra.

### 3.4 Fysisk aktivitet i behandling

Dagens synsätt att det är viktigt med en frisk och vältränad kropp har skapat normen att utöva fysisk aktivitet och vi kan se att detta har kommit att bli en viktig del på behandlingshem (jfr Statens institutionsstyrelse 2017). Ideologin på en institution är starkt präglad av ett normativt system (Fridell 1996) och därför kan vi se att samhällets trender avspeglas i behandlingar.

”Vid långvarigt missbruk nedsätts nästan undantagslöst den fysiska konditionen. Detta bidrar till att klienten även fungerar på en psykisk sämre energinivå. Motivation till och bistånd i att

höja den allmänna konditionen bör ingå som en del av behandling.” (Melin & Näsholm 1998:206-207)

Hoff, Mattsson & Ranta (2016) har skrivit två rapporter om fysisk aktivitet i missbruksbehandling. I *Upplevelse av fysisk aktivitet och idrott i missbruksbehandling* kom Hoff, Mattsson & Ranta (2016) fram till att den fysiska aktiviteten kunde skapa lust och glädje och vara ett sätt för klienterna att ta hand om sig själv. Dessutom såg de att fysisk aktivitet var ett viktigt avbrott från behandlingen och att det kunde skapa sammanhållning (Hoff, Mattsson & Ranta 2016). I den andra rapporten *Möjlighet för män, svårighet för kvinnor: Fysisk aktivitet i miljöterapeutisk institutionsvård* framgick det att personalen uppfattar den fysiska aktiviteten som ett värdefullt inslag och att det kan fungera som en relationsbyggare mellan personal och brukare. Detta eftersom man där möts på en annan arena. I rapporten framkom också behandlingshemmens olika syn på obligatorisk aktivitet (Mattsson, Hoff & Ranta 2016).

I Hoff, Mattsson & Ranta (2016) framgick att en av deras intervjupersoner inte tyckte om den obligatoriska promenaden. Dock sa andra intervjupersoner att de tyckte om de obligatoriska aktiviteterna och önskade dessa inslag mer än bara vid ett tillfälle i veckan. Hoff, Mattsson & Ranta (2016) menar att de har förståelse för att institutionen gör den fysiska aktiviteten till obligatorisk, men uppmärksammar hur det påminner om det historiska synsättet på missbruksvård och tvång istället för den rådande trenden att frivillighet är det som bör råda.

Svensson (2003) skriver om hur man i tvångsvården, för att minska suget efter droger, använder fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Nani et al. (2017) har gjort en studie i Grekland där de undersökte hur fysisk aktivitet kan användas på behandlingshem för att öka livsglädjen. De menar att fysisk aktivitet är en positiv preventionsstrategi i och med att den ökar det fysiska och psykiska välmåendet. De skriver om hur fysisk aktivitet bidrar till en lägre nivå av stress, oro och depression. Enligt forskarna bidrar det även till att förhindra risken för återfall. Larimer, Palmer & Marlatt (1999) beskriver begreppet ”positivt beroende”. De menar att det är viktigt att hjälpa brukaren att hitta ett annat beroende för att minska risken för återfall. Exempel på positiva beroenden är aktiviteter som meditation, fysisk aktivitet och yoga. Dessa aktiviteter har visad effekt på humör och hälsa.

I en studie av Read et al. (2001) undersöktes kopplingen mellan alkoholmissbrukare tidigt i sin behandling och fysisk aktivitet. De kunde se att fysisk aktivitet mottogs väl av de personer

som nyligen påbörjat sin missbruksbehandling. Att hålla på med fysisk aktivitet regelbundet visade sig ge många positiva effekter och många av deltagarna hade ett fortsatt intresse att ägna sig åt fysisk aktivitet som en del av sin behandling och återhämtning. Avsaknaden av motivation angavs som den största orsaken till att man inte engagerade sig i fysiska aktiviteter (Read et al. 2001).

Stoutenberg et al. (2015) har på ett behandlingshem genomfört en studie kring attityderna till fysisk aktivitet bland alkoholmissbrukare. Överlag hade alla en positiv inställning. Deras slutsats är att fysisk aktivitet i kombination med andra psykosociala metoder borde vara en del av behandlingen. Deltagarna i undersökningen ansåg att genom att ha fysisk aktivitet kände de sig starkare, fick bättre hälsa samt att de fick mer struktur på sina liv och ökade självförtroendet till att kunna hålla sig nyktra. I denna studie menade deltagarna att avsaknaden av motivation var det största hindret när det kom till att utföra fysisk aktivitet. En viktig sak som Stoutenberg et al. (2015) kom fram till var att även om alla var positivt inställda till den fysiska aktiviteten så var det viktigt med individualisering kring denna.

Wang et al. (2014) skriver i sin studie om långvarig fysisk aktivitet hos blandmissbrukare att även mindfulness och aktiviteter som yoga kan påverka lika mycket som intensiv fysisk aktivitet vad gäller drogberoendet. Den fysiska aktiviteten visade sig även kunna minska återfall, ångest och depression (Wang et al. 2014).

Biddle, Fox & Boutcher (2000) menar i sin studie att glädje var en av de främsta anledningarna till att undersökningspersonerna utförde fysisk aktivitet. De kunde även se att den fysiska aktiviteten hade en långsiktig påverkan på humöret. Även deltagarnas uppfattning om sin egen kropp påverkades på ett positivt sätt och vi kan se att ett ökat intresse kring fysisk aktivitet i missbruksbehandling har växt fram. Detta då det avspeglar samhällets trender som nu är att ha en livsstil innehållande fysisk aktivitet (jfr Palmblad & Eriksson 2014).

### 3.5 Sammanfattning

I kunskapsläget kan läsas att det forskas mycket om fysisk aktivitet och dess hälsoeffekter på kroppen. Forskning visar på alla de positiva hälsoaspekter fysisk aktivitet medför. Vi tog sedan upp de vanligaste behandlingsmetoderna samt hur gruppen kan påverka en individs inställning till fysisk aktivitet. Sedan introducerade vi forskning kring hur fysisk aktivitet

används i behandling. Överlag är det positiva upplevelser som redovisas. Mer forskning om fysisk aktivitet i missbruksbehandling har kommit under de senaste åren men det finns fortfarande en brist på kunskap kring ämnet. Framför allt brukarnas upplevelser av fysisk aktivitet efterfrågas, och därför vill vi i denna studie föra forskningen vidare genom att bidra med våra intervjupersoners upplevelser och erfarenheter.

## 4. Teori

I denna del kommer vi att presentera våra teoretiska utgångspunkter. Vi börjar med socialkonstruktivism, då tydliga kopplingar till samhällstrender och normer gick att finna i empirin. Detta följs av Foucaults olika maktperspektiv; makt/kunskap, herdemakt, biomakt och disciplinär makt. I Foucaults olika maktperspektiv fann vi bra redskap att analysera de maktstrukturerna vi kunde se blev tydliga i empirin.

### 4.1 Socialkonstruktivism

Att studera människor, som alla är unika och har olika livshistorier är svårt. I denna studie har vi dessutom studerat människor som haft ett visst livsmönster och som nu är inne i en process att förändra det. Alla som har kommit till behandlingshemmet är där av olika anledningar, men förhoppningsvis, vill alla arbeta för att bli av med sitt missbruk. Eftersom vi i den här uppsatsen fokuserar på den fysiska aktiviteten kommer vi inte att gå in på bakomliggande historia eller anledningar till missbruket.

Missbruksproblematiken på behandlingshemmet varierar, men exempelvis kan brukarna ha antingen alkohol-, drog- eller blandmissbruk. Vilken syn man har på droger menar Kristiansen (2000) bestäms av samhället och den rådande kulturen. Detta har visats i studier där man studerat samhällen och kulturer över tid och observerat hur synen på droger har kommit att förändras. Föreställningen om narkotika och narkotikaberoende är alltså sociala konstruktioner som har en giltighet i en viss tid och i en viss kultur. Föreställningar är sociala konstruktioner, men det är viktigt att tänka på att de skapar reella problem och påverkar både individer och samhällen. Det är rådande samhällsnormer som bestämmer hur vi ser på droganvändning, och Kristiansen (2000) skriver om hur synen i idag är starkt negativ och att bilden av narkotikaanvändning är kopplat till ett destruktivt och socialt eländigt liv.



Den dominerande synen på narkotika i samhället påverkar hur individen betraktar sig själv och ser på sitt drogbruk. Det påverkar individens livsstil och sättet att se på sig själv (Kristiansen 2000). En människas livsstil, identitet och handlingar skapas i interaktion med andra människor och även den samhälleliga kontexten man befinner sig i.

I samhället är det mycket som vi uppfattar som naturligt och självklart. Ett socialkonstruktivistiskt perspektiv ifrågasätter dock detta genom att säga att det är socialt konstruerat (Wenneberg 2010). Det direkta och omedelbara ska inte tas för givet. Socialkonstruktivismen försöker avslöja de fenomen som på ytan ses som naturliga och teorin används för att bryta ner traditionella föreställningar.

Socialkonstruktivism tar isär det naturliga och kritiserar det, ser till den sociala ordningen som skapas och förändras över tid. Den bestämmer den rådande kunskapen och vad som är sann kunskap (Wenneberg 2010). Kunskapen som råder är påverkad av makt och förhandling i samhället, och vad som är kunskap bestäms av det som är det rådande intresset.

Normerna som råder just nu i vårt samhälle, de normer som brukarna lever efter på behandlingshemmet, är socialt konstruerade (jfr Wenneberg 2010). De normer som säger vad som är rätt eller fel, vad vi bör och inte bör säga, vad vi ska och inte ska göra. I en tid när det omgivande samhället lyfter hälsa och fysisk aktivitet som ideal för välmående i så inverkar detta rimligtvis även på vad som anses bra och effektivt inom missbruksvård.

Mattsson (2014) skriver att verkligheten blir som vi tolkar den. Vi förklarar ting utifrån det vi tror oss veta, och det vi upplever och ser är det som samhället förväntar oss att uppleva och se. Hela tiden återskapar vi våra egna föreställningar och uppfattningar om hur ting förhåller sig till varandra. Då vi alla har olika erfarenheter, upplevelser och kunskaper delar vi med oss av detta och tolkar det tillsammans (Mattsson 2014). Detta blir intressant på ett behandlingshem där brukare med blandade missbruk och erfarenheter ska leva ihop. De har alla individuella livshistorier och erfarenheter som har påverkat vilka de är idag, dessa ska då mötas och tolka verkligheten tillsammans. Fenomen förändras över tid och det är den sociala, historiska och kulturella kontexten som gör att förståelsen förändras. Språket vi har materialiserar världen och hade vi använt ord och begrepp på ett annat sätt och hade världen också trott sig annorlunda.

Det är även intressant hur socialkonstruktivismen tar form på ett behandlingshem. Ett behandlingshem kan i mycket likställas med en institution. Wenneberg (2010) skriver om sociala institutioner där verksamheter är socialt konstruerade av handlingar och mänskliga erfarenheter. Det betyder att det vi uppmärksammade på behandlingshemmet bygger på konstruerade roller, vanor, legitimeringar och typifieringar (jfr Wenneberg 2010).

## 4.2 Michel Foucault

Michel Foucault var en av de mest inflytelserika samhällsteoretiker på 1900-talet. Han var allt från filosof och historiker till kulturanalytiker och samhällsdebattör (Nilsson 2008). Hans tankar om makt, diskurs, sanning, disciplin och styrning är aktuella och användbara fortfarande idag och kommer i den här uppsatsen att användas som en del av teorin.

### 4.2.1 Makt

Makten förmedlar en bild av vår värld, en värld som gynnar makten i samhället, och sätter upp de ramar som gör det möjligt att tolka och förstå ett samhälle (Nilsson 2008). Makt skapas genom relationer och kan inte förvärfvas, fräntas eller delas. Det finns inte några maktfria relationer, utan aspekter som ålder, kön, fysisk styrka och erfarenheter finns alltid med och påverkar. Foucault menar att makt aldrig utövas utan syfte och mål. Han menar också att det är makten som producerar den rådande vetenskapen och kunskapen. För att säkerställa kunskapen måste man därför relatera den till den som skapat den, då den enligt Foucault är subjektiv och bara är en tolkning av överordnade gruppers tankesätt. Det vi vet, eller tror oss veta, är alltså kunskap som skapats av maktproduktioner (Nilsson 2008). Begreppet diskurs är den rådande sanningsregimen i ett samhälle (ibid.). I sanningsregimen finns det uppfattningar om idealmänniskan som förändras med diskursen (ibid.).

Där det finns makt finns det alltid möjlighet till motstånd (Nilsson 2008). Motståndet är en del av makten. När ett motstånd skapas innebär det att makten och den rådande sanningen ifrågasätts och utmanas. Motstånd kan uppstå när individer vägrar att underkasta sig makten. Det kan innebära att individer inte följer normen och detta kan då ses som ett hot. Men motstånd behöver inte vara negativt utan kan bidra till en process och en förändring i samhället (Nilsson 2013).

I maktrelationer skapas normen av hur kroppen ska se ut i vårt samhälle. Idag är det den friska, vältränade, nedbantade, solbrända och plastikopererade kroppen som är det skapade idealet (Nilsson 2008). Nilsson (2008) menar att när detta är den rådande normen, när denna kropp är den vi ska förhålla oss till, betyder det att det är genom den normativa makten i samhället som vi får dåligt samvete om vi äter för mycket och rör på oss för lite. Det handlar om en skam över att vi avviker från de maktproducerade föreställningarna om en kropp. I dagens samhälle har medier blivit en allt viktigare sanningsproducent, där de utövar en makt och skapar en sanning i samhället (Nilsson 2008).

Foucault fokuserar på fyra typer av makt; disciplin, biomakt, suveränitetsmakt och governmentality (Nilsson 2008). Sent under Foucaults liv introducerade han även ett nytt maktbegrepp; pastoralmakt, också kallat herdemakt. Flera av dessa förståelser av makt är relevanta att relatera till vår uppsats analyser.

Herdemakten är en individualiserande typ av makt och utgick till en början från den gode herden som ledare som ansvarade för flocken. Herden skulle leda sin flock och styra den i rätt riktning. I dagens samhälle handlar herdemakten om välbefinnande, hälsa och trygghet där det främst är socionomer, läkare och terapeuter som utövar denna makt. Makten bygger på att man måste analysera individen och dess svårigheter eller problem för att kunna hjälpa till. Det huvudsakliga fokuset ligger på att styra folket för deras bästa. Dock skriver Olsson & Martin (2012) i *Socialt arbete med grupper* hur viktigt det är att förstå att ingen kan vara expert på en annan människas liv. Socialt arbete måste bygga på klientens kunskap om sig själv och utnyttjandet av klientens egna resurser. Detta kan i kontext till herdemakt ses som svårt att kombinera då man med herdemakten "styr" människorna åt den riktning socialarbetaren anser vara den bästa.

Foucault menar att under de senaste decennierna har makten tagit en ny vändning (Nilsson 2008). Det handlar numera om en mer individualiserad form av makt med ökad frihet. Foucault skriver dock att detta inte betyder att vi styrs mindre. Men ett begrepp som kommit i fokus är självdisciplin. Självdisciplinering handlar om hur vi själva på olika sätt kan kontrollera vår egen kropp. Fokuset ligger på individen och det handlar om att arbeta med sig själv, att man ska disciplinera sig men hjälp av sina kunskaper och färdigheter. Man ska skapa sitt moraliska själv där man ska kunna kontrollera sig själv för att exempelvis inte ryckas med

av sin aptit på nöjen eller njutningar. Foucault menar att genom att ha makt över sig själv kan man motstå frestelser och kontrollera begär (Nilsson 2008).

Foucault (2002) skrev under sina sista år om ett nytt maktbegrepp: biomakt. Biomakt delar upp kroppen i två komponenter, kroppen som arbetskraft och kroppen som en resurs. Kroppen som resurs menar Foucault (2002) kontrolleras genom reglering av en människas livsprocesser, exempelvis födelse och död. Foucault (2002) menar att staten vill ha kontroll över människor från livets början till slut. Uppkomsten av biomakten ledde till att man underkastade sig makten genom att nyttja kroppen som ett redskap. Biomakten kontrollerar våra kroppar genom att disciplinera dem (Foucault 2002). Nilsson (2008) skriver att biomakten handlar om tekniker och teknologier som är skapade för att kunna kontrollera och definiera människors handlingar och liv. Även Howson (2013) skriver om Foucaults begrepp biomakt och att makten uppkom då staten blev mer intresserad av att styra och kontrollera människors liv. Det handlade om maktens intresse att disciplinera människorna i relation till utbildning, välfärd och hälsa. Biomakten är därför kopplad till hur vi ser på människokroppen och dess fysiska hälsa. Detta skapade nya styrningar som övervakning, analys och korrektion. Howson (2013) menar att Foucault anser att kroppen är ett råmaterial som betecknas av kunskaper, normer och praktiker vilket ska reglera befolkningens livskvalitet.

#### 4.2.2 Normalisering

”So they might all be like one another” (Foucault 1975:182)

Normen som råder i ett samhälle hör till makten som styr (Nilsson 2008). Begreppet normaliseringen handlar om en process där individer ska anpassas till ett samhälle i vad som anses vara det normala. Normen kan vara lika viktig som lagar men utspelar som en annan form av makt och Foucault kallar det för en normalisering av lagen (ibid.). Foucault (1975) skriver att normer är lagar och texter som ska komma ihåg där de specificerar hur man ska bete sig i ett visst sammanhang och beroende på vilka kategorier du tillhör. Lagar handlar om förbud och straff medan normalisering kommer från den disciplinära makten (Nilsson 2008). Den disciplinära makten jämför, ser skillnader, hierarkiserar, exkluderar och homogeniserar (Foucault 1975). Foucault (1975) menar att den disciplinära makten skapar fördomar och skiljer människor åt. Med den disciplinära makten är det tillsägelser, instruktioner och belöningar vilket gör att individer förstår vad som är rätt och fel enligt normen som råder (Nilsson 2008). Om du avviker från normen tolkas ditt beteende som onormalt och det kan vara skamfullt om normen inte följs (Foucault 1975). Larsson & Fagrell (2010) menar också

på att man tar makten över sin egen kropp och underkastar sig vissa beteendenormer. Normen handlar ofta om att rätta till och ordna något efter det som anses vara normalt (Nilsson 2008). Foucault (1975) skriver att det är de individuella handlingarna som jämförs med resten av samhället. Därför kan normer leda till stigmatisering av grupper om beteendet betraktas som avvikande (Nilsson 2008). Foucault menar att normaliseringen skapades genom vetenskapsproduktion där de grupper som har makten i samhället skapat vetenskap och kunskap (Nilsson 2008). Foucault (1975) menar även att normen visar vad som är värdefullt i ett samhälle.

## 5. Metod

I detta avsnitt motiveras och diskuteras ansatsen, sedan beskrivs insamlingsmetoden och urvalet motiveras. Därefter tas tillförlitligheten upp följt av bearbetning av empirin och avslutningsvis etiska överväganden och arbetsfördelning.

### 5.1 Metodologisk ansats

För att besvara studiens frågeställningar har vi använt oss av en kvalitativ metod. Då studien undersöker brukares upplevelser, tankar och känslor passar en kvalitativ metod bäst (jfr Ahrne & Svensson 2014). En kvalitativ metod underlättar också förståelsen för utsatta gruppers livsomständigheter. Den är bra för att hitta sammanhang och att synliggöra normer, som inte på samma sätt skulle ha fungerat i en kvantitativ studie (Ahrne & Svensson 2014).

I studien har vi använt oss av kvalitativa intervjuer för att samla in studiens empiri. Genom kvalitativa intervjuer ges tillåtelse för subjektivitet och fokus ligger på intervjupersonernas egna uppfattningar och synsätt (Bryman 2012). Under kvalitativa intervjuer får intervjupersonerna möjligheten att ge fria svar på frågorna och på så sätt fanns möjligheten att utveckla resonemang som uppkom vid intervjuerna. Vi har använt oss av kvalitativa intervjuer då vi ville studera brukarnas berättelser och som Svensson & Ahrne (2014) skriver är intervjuer ett bra sätt att gå tillväga då. Bryman (2012) tar även upp att under kvalitativa intervjuer ligger tyngden på intervjupersonernas uppfattningar och synsätt och möjligheten fanns då att få fylligare och mer detaljerade svar.

Vid intervjuerna utgick vi från en intervjuguide där det fanns fem teman med en rad underfrågor som var konstruerade för att kunna besvara våra frågeställningar och beröra vårt

förbestämda ämne. Bryman (2012) beskriver detta som semistrukturerade intervjuer då det inte fanns specifika förbestämda frågor utan möjlighet fanns att prata fritt kring temat. Att utgå från teman kan underlätta samtalet och användas som ett hjälpmedel att hålla intervjuerna till ämnet (Bryman 2012). I en semistrukturerad intervju kan forskaren ges mer frihet vilket gjorde att vi kunde ställa frågor i annorlunda ordning och kunde under intervjun ställa följdfrågor på ett naturligt sätt för att få ut det vi ville åt (jfr Bryman 2012, Ahrne & Svensson 2014).

## 5.2 Genomförande

Innan intervjuerna genomfördes försökte vi skapa oss en helhetsbild av verksamheten. Detta för att bekanta oss med miljön där intervjupersonerna lever samt ha skapat en relation och ett förtroende hos brukarna för att ha en öppen och ärlig konversation under intervjuerna (jfr Bryman 2012). Bryman (2012) menar att genom detta underlättar tolkningen och förståelsen av det som intervjupersonerna berättar. Vi var därför en heldag på behandlingshemmen där enhetschefen visade oss omkring och vi fick träffa brukarna. Vi blev väldigt väl mottagna av alla på behandlingshemmet vilket gjorde dagen till en mer avslappnad och trygg dag.

Sju semistrukturerade intervjuer genomfördes med brukare på två behandlingshem. Alla intervjuer varade cirka 45 minuter.

Under intervjuerna utgick vi från en intervjuguide (Bilaga 2). Den bestod av fem teman med en rad förberedda underfrågor. Dessa teman var: *Behandlingshemmets upplägg och funktion*, *Positiva upplevelser med den fysiska aktiviteten*, *Negativa upplevelser med den fysiska aktiviteten*, *Samhället och Identitet/Identitetsskapande samt Bakgrund/Framtid*.

Under intervjuerna var det viktigt för oss att brukarna skulle känna sig respekterade i varje fråga. Vi ville försäkra dem att de satt inne på den erfarenhet och kunskap vi ville ta del av.

## 5.3 Urval

I den här studien har vi utgått från två sammanlänkade behandlingshem under samma enhetschef. Det ena är för kvinnor och det andra för män, men förutom det så arbetar de på samma sätt. De tar emot olika former av missbruk och beroende. De fokuserar på ett helhetsperspektiv där man arbetar med hela individen för ett bra resultat. De har en

hälsoprofil där fokus ligger på kost, ett sunt liv och fysisk aktivitet. Båda behandlingshemmen ligger med vacker natur nära till hands. De har obligatorisk fysisk aktivitet tre gånger i veckan. Behandlingshemmen är baserade på 12-stepsprogrammet, KBT och ett anhörigprogram. Behandlingen består av en 60 dagars grundbehandling ofta följt av förlängning samt 12 månaders eftervårdsbehandling. Kunskap kring kropp och själ genomsyrar behandlingen och under hela behandlingen arbetas det med självkänslan och viljan att ta hand om sig själv. Veckoschemat är intensivt och strukturerat. Yoga, mindfulness, promenader, annan fysisk aktivitet och föreläsningar om kropp, kost och hälsa är viktiga delar. Vikt ligger även vid att fungera i sociala sammanhang och därför har behandlingshemmen sociala aktiviteter.

Vi sökte efter ett behandlingshem som beskrev sig ha ett stort fokus på fysisk aktivitet. Genom telefonsamtal kom vi i kontakt med enhetschefen på de båda ovan nämnda behandlingshemmen och enhetschefen ställde sig positiv till genomförandet av vår studie. Intresseanmälan för att medverka i intervjuer skickades ut på behandlingshemmen. Informationsbrev (Bilaga 1) skickades ut till de som visat sig intresserade och anmälan skedde till enhetschefen. I kontakt med enhetschefen bestämdes en dag att komma till behandlingshemmen för att genomföra intervjuerna.

Urvalet av intervjupersonerna gjordes då de är relevanta för våra forskningsfrågor vilket Bryman (2012) menar är ett målinriktat urval. Både organisationen och individerna är utvalda för att de har direkt koppling till forskningsfrågorna (Bryman 2012).

Miljön i vår studie är preciserad till två behandlingshem vilka har samma ledning och samma sätt att arbeta. Svensson & Ahrne (2014) skriver att genom en begränsad miljö kan forskaren få en bättre inblick, bättre kontinuitet och djupare kunskap. Det finns en förhållandevis kort tid att ägna åt uppsatsen och vi behöver även rent praktiskt kunna genomföra intervjuerna.

## 5.4 Metodens tillförlitlighet

När man fastställer en undersöknings tillförlitlighet använder man begreppen reliabilitet och validitet, vilka syftar på studiens replikerbarhet och generaliseringsmöjlighet (Bryman 2012). Begreppen validitet och reliabilitet används för att beskriva kvaliteten av en undersökning. I en kvalitativ studie används oftast fyra kriterier för att uppnå tillförlitlighet där reliabilitet och validitet bakas in. Vi har därför utgått från begreppen trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet

och möjligheten att styrka och konfirmera (jfr Bryman 2012). För att upprätthålla en hög trovärdighet har vi utfört forskningen i enlighet med de regler som finns. Till exempel har intervjuerna spelats in och avlyssnats upprepade gånger för att få en mer korrekt bild av intervjupersonernas sociala verklighet (Bryman 2012). Behandlingshemmen i studien ligger i en stad som ingen av uppsatsens författare har en personlig förankring till, vilket gjorde att vi inte riskerade att möta personer som vi kände.

Det är ofta svårt att i kvalitativa studier överföra resultat till andra miljöer, eftersom ett visst kontextuellt fokus funnits i undersökningen (Bryman 2012). Kvalitativa forskare uppmanas därför att göra fylliga och täta beskrivningar av detaljerna i en kultur för att en bedömning av överförbarhet ska kunna göras (ibid.). Vi uppsatsförfattare styrker pålitligheten i denna studie genom att tydligt redovisa forskningsprocessens alla delar. Pålitligheten kan jämföras med begreppet reliabilitet och med det menas ifall studien kan replikeras på andra behandlingshem (jfr Bryman 2012). Att replikera studien kan i detta fall vara svårt då vår studie är inriktad på endast två specifika behandlingshem. Medvetenhet finns att detta kan ses som en svaghet. Dock är vår förhoppning att brukarnas upplevelser av fysisk aktivitet i missbruksbehandling kan användas i annan fördjupad forskning i ämnet. Bryman (2012) menar att det är väldigt svårt att replikera kvalitativa studier, då man som forskare påverkar undersökningen genom att dels genomföra i intervjuerna, dels genom den ofrånkomligt subjektiva tolkningen av empirin i analysen. Därför är redogörelsen av undersökningens alla moment viktigt för att visa på studiens pålitlighet, samt för att visa på en transparens. Slutligen, för att visa att vår studie är tillförlitlig kan vi styrka och konfirmera att vi som forskare inte har fullständig objektivitet men att vi agerat i god tro (Bryman 2012). Vi har strävat efter att inte låta personliga värderingar eller teoretisk inriktning påverka slutsatsen i vår undersökning.

Vi anser att våra intervjupersoner har känt att de kan svara ärligt och vara uppriktiga under intervjuerna. Då intervjuerna har skett med sju personer av totalt trettio på dessa behandlingshem är anonymiteten stark gentemot intervjupersonerna. Våra intervjupersoner hade olika åsikter om fysisk aktivitet och det blev en bredd i svaren vilket gör att vi fått en bra variation på våra intervjupersoner. Alla som vi intervjuade hade varit där i minst två månader så de har kommit in i behandlingshemmet och upplevt den fysiska aktiviteten under en längre tid. Under intervjuerna pratade vissa lite och vissa pratade mycket men vi tycker att alla intervjuer var givande och gav oss tillförlitlig information.



## 5.5 Bearbetning av data

Efter det att intervjuerna var genomförda transkriberades dem snarast möjligt för bästa resultat (Öberg 2014), detta även för att uppnå ett tillförlitligt resultat medan intervjuerna fortfarande var färska i minnet (jfr Bryman 2012). De transkriberade intervjuerna blev sedan studiens data. För att komma nära vårt insamlade material lästes sedan de transkriberade intervjuerna minst två gånger innan vi började koda och strukturera (jfr Rennstam & Wästerfors 2012). Kodningen underlättar struktureringen av materialet då koderna kan synliggöra mönster och ge en tydligare överblick. Kodningen används också för att hitta återkommande teman (Jönson 2010). Det blev lättare för oss att kunna säkerställa det som sagts i intervjuerna under kodningen. Materialet blev mer hanterbart, olika intervjupersoners svar kunde jämföras och likheter och olikheter blev tydligare. Till en början använde vi oss av öppen kodning där det handlar om att bryta ner, studera, jämföra och kategorisera data (jfr Bryman 2012). Vi kommenterade materialet spontant utan att tänka på helheten, detta för att vara öppen för alla möjligheter. Sedan började vi använda endast de ord som återkom ett flertal gånger. Vi började använda samma koder och på så sätt kom ett mönster att formas. Då avslutades den öppna kodningen och blev selektiv och fokuserad istället (jfr Rennstam & Wästerfors 2014).

Vi arbetade inte efter förutbestämda teorier när vi skapade vår intervjuguide. Inte heller med förutbestämda begrepp och kategorier till kodningen. Istället ville vi se vad materialet kunde ge oss. På detta sätt var vi helt öppna för materialet att forma sig själv. Materialet formades inte för att passa ihop med förutbestämda teorier.

Försök att hitta samband mellan de olika intervjuerna fortsatte vår kodning, att se ifall likheter och skillnader fanns och om svar upprepades. Under intervjuerna blev en rad återkommande begrepp och teorier tydliga, vi delade in de i fyra olika teman som kan ses som fördjupning av våra teman i vår intervjuguide som gjordes specifikt för att besvara våra frågeställningar (jfr Bryman 2012). Dessa teman blev konstruerade, då de inte fanns uttalade i materialet (jfr Svensson 2014). De fyra teman var: *Individen, Makt, Kombinationen missbruksbehandling och fysisk aktivitet samt samhälle och trend.*

Med hjälp av koder började vi föra in materialet i våra teman. Kodningen gjorde vi manuellt som Jönson (2010) rekommenderar. De olika koderna tilldelas en färg och sorteras för att samla allt inom ett tema på ett ställe för att slutligen lyfta det vi vill uppmärksamma i vårt

material. Jönson (ibid.) menar att om den insamlade data håller en god kvalitet är det lättare att koda den.

Kodschema:

Tema 1: Individ

Självdisciplin, möjligheter, val, egen motivation och gruppens påverkan på motivation

Tema 2: Makt

Personalens makt, regler, tvång, frivillig, styrning och kunskap

Tema 3: Kombination

Positiva effekter, negativa effekter, skick, förutsättning, krock, tid i behandling

Tema 4: Samhälle

Normer, ideal, skam och press från samhället

Sedan letade vi efter teorier som kunde hjälpa oss att analysera vårt material. Vi letade efter teorier som var kopplade till samhälle, kroppen, makt, individens möjlighet att påverka osv. Ett tema i taget arbetades med. Vi började med att kontrollera att den teori vi tänkte utgå från passade till temat. Sedan analyserade vi materialet utifrån det teoretiska perspektivet. Teorier hjälper oss att tolka materialet och ge det mening (jfr Svensson 2014). Vi sökte efter kopplingar mellan data och teorin. Med hjälp av teorin försökte vi analysera materialet och finna orsakerna till att vi fick fram det vi fick i våra intervjuer. Teorier kan även användas för att ifrågasätta materialet (Svensson 2014), så teorierna hjälpte oss att se på vårt material kritiskt. Vi hade teorin som grund och försökte förstå varför brukarna svarade på ett visst sätt och hur de förhåller sig till fysisk aktivitet, kroppen och samhället. Med teorierna som stöd kan vi finna en djupare förståelse till varför vi fick de svaren vi fick.

I vår analys har vi valt att identifiera våra intervjupersoner med siffrorna ett till sju. Detta för att skydda identiteterna på intervjupersonerna i största möjliga mån. Då könsfördelningen bland respondenterna på dessa förhållandevis små behandlingshem inte var jämt fördelat fanns en risk att identiteterna inte kunde hållas anonyma om kön hade uttryckts i samband med citaten. Vi tyckte inte heller att kön var en betydande variabel i denna studie då alla intervjupersoner hade individuella svar som vi inte tyckte kunde kopplas till det specifika könet. Vi fann inte heller en anledning att koppla svaren till kön då det inte var relevant i förhållande till våra frågeställningar. Att se till samhällstrender och skillnaden mellan de olika

könen hade varit intressant men då vi hade ett så pass litet urval hade vi inte kunnat dra generaliseringar och slutsatser om könen ändå.

## 5.6 Etiska överväganden

Det är viktigt att fundera över de etiska dilemman som uppstår vid kontakt med intervjupersoner under studien, speciellt om personerna som studeras är utsatta i samhället (Svensson & Ahrne 2014). Etik är alltid aktuellt när en individs mående och hälsa kan påverkas. Detta för att måendet kan påverkas om man inte hanterar individer och material på ett etiskt korrekt sätt (Kalman & Lövgren 2012). Bryman (2012) menar även att det är viktigt att se till att intervjupersonerna inte tar skada av studien och att forskarna inte gör intrång i privatlivet. Med detta i åtanke lade vi ner mycket tid och arbete på att formulera bra intervjufrågor. Etiken hjälpte oss att tänka kring vårt handlande och reflektera över vilka frågor som borde och inte borde ställas. Vi behövde också ha noggrannhet, ärlighet och opartiskhet i åtanke (Kalman & Lövgren 2012).

Medvetenhet finns om att vi intervjuade en känslig målgrupp. Våra intervjupersoner hade alla haft ett aktivt missbruk men nu varit nyktra på behandlingshemmet i mer än två månader. Vi menar att det var etiskt korrekt att intervju brukarna om deras inställning till fysisk aktivitet. Vi la fokuset på den fysiska aktiviteten, kosten och hälsan och inte på missbruket i sig. Det är viktigt som forskare att förstå vad forskningen kan innebära för deltagarna (Kalman & Lövgren 2012). Vi tror inte att våra frågor kring fysisk aktivitet kan skada, skapa stress eller leda till sämre självkänsla hos brukarna (jfr Bryman 2012). Vi tror inte heller att vi genom våra intervjuer gjorde ett orimligt intrång i deras privatliv (jfr Bryman 2012). Vi var tydliga i början på varje intervju att de endast behövde prata om det de ville prata om och kunde välja att inte svara på de frågor de inte ville.

Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002) har alla beaktats i vår arbetsprocess. Informationskravet uppfylldes i mötet med intervjupersonerna då vi informerade om undersökningen och berättade om syftet. Inhämtning av skriftliga samtycken skedde enligt samtyckeskravet och vi informerade brukarna att medverkan är frivillig samt att de kunde avbryta sin medverkan när de ville. Uppgifterna som vi samlade in avidentifierades, enligt konfidentialitetskravet, för att utomstående inte ska kunna identifiera intervjupersonerna. Utifrån nyttjandekravet blev

deltagarna tillfrågade om intresse fanns för att läsa studien när den är publicerad och enligt samma krav har informationen endast använts i studiens syfte (jfr Vetenskapsrådet 2002).

Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2014) skriver om betydelsen av var intervjun sker och Bryman (2012) tar upp den kontextuella förståelsen och vikten av miljön och sammanhanget. Därför har intervjuerna ägt rum på behandlingshemmen där intervjupersonerna känt sig trygga.

## 5.7 Arbetsfördelning

Under uppsatsskrivandets gång har vi försökt att genomföra så mycket som möjligt av arbetet tillsammans. Dock delades kunskapsområdena upp i tidigare forskning, men såg till att båda var uppdaterade inom alla områden. Gällande empiriinsamlingen genomförde vi en av intervjuerna tillsammans, men sedan delade vi upp oss och genomförde tre var individuellt. Innan intervjuerna hade vi tillsammans noga gått igenom intervjuguiden för att säkerställa att vi skulle få ut samma information av intervjupersonerna. Var och en transkriberade sedan de intervjuer man själv haft för att säkerställa att innehållet uppfattades rätt. I princip har alla delar i uppsatsen skrivits tillsammans. De textavsnitt vi har delat upp har den andra då fått korrekturläsa och sen kunnat komma med förslag på ändringar.

## 6. Resultat och analys

I detta avsnitt kommer vi att redogöra och analysera det som uppkom under intervjuerna. Vi hänvisar till citat och diskuterar kring dem med hjälp av våra teorier och tidigare forskning.

### 6.1 Makt och disciplinering av kroppen

I första delen av resultat och analys beskrivs och analyseras aspekter av makt som brukarna på behandlingshemmen upplevde. Först diskuteras brukarnas upplevelser kring makt från personalen, framför allt kring hur obligatorium och kontroll används för att disciplinera deras kroppar. Det följs av en analys kring hur personalens makt blev tydlig genom regler och förbud och avslutas med hur brukarnas efterfrågan av kunskap såg ut.

#### 6.1.1 Kontroll och obligatoriska fysiska moment

Under intervjuerna ställdes frågor kring behandlingshemmets hälsoprofil och hur mycket fysisk aktivitet som erbjöds. Det var flera av brukarna som uppmärksammade oss på att de

upplevde en avsaknad av hälsoprofilen. I den här delen vill vi analysera hur brukarna upplevde maktstrukturen på behandlingshemmet, hur de önskade att personalen skulle förhålla sig till dem och deras fysiska aktivitet samt hur de obligatoriska aktiviteterna upplevdes. Som det är nu rådde en stark frivillighet på behandlingshemmen men trots detta är aktiviteterna definierade som obligatoriska. Hur använder personalen då sin makt? Pushar de brukarna att genomföra aktiviteterna eller råder frivilligheten där också? I denna del kommer vi att analysera utifrån Foucaults begrepp herdemakt (jfr Nilsson 2008). Utifrån ett herdemaktsperspektiv ska den goda herden vara ledare och se till att "flocken" känner välbefinnande, hälsa och trygghet. Fokus ligger på att styra folket för deras egna bästa (Nilsson 2008). Detta kan vi jämföra med personalen på behandlingshemmet som skulle leda brukarna till ett liv utan missbruk. Detta kan vi utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv förstå som att personalen styr brukarna efter normativa skapade värderingar i samhället. Den konstruerade samhällssynen ser på droger negativt, och ett missbruk är därför något som ska arbetas ifrån (Kristiansen 2000).

Det fanns en maktrelation mellan personalen och brukarna. Foucault skriver hur makt skapas genom relationer, och att det inte heller finns det några maktfria relationer (Nilsson 2008). Frågan är snarare hur makten används, och just i den här delen av analysen, hur makten används för att disciplinera brukarnas kroppar.

Diskussion kring om den fysiska aktiviteten var obligatoriskt eller inte var återkommande i intervjuerna. Majoriteten uttryckte att exempelvis promenaderna som var klockan två varje dag inte följdes upp. Samtliga intervjupersoner pratade om att alla aktiviteter var frivilliga.

"Men det är liksom ingen som följer upp promenaderna. Jag trodde det skulle vara mer hårdare." (1)

"Om man vill, det är ju ingen som måste gå på det." (5)

Det fanns alltså en frivillighet kring den fysiska aktiviteten som på hemsidan framställdes som obligatoriska. En annan tänkbar orsak till att personalen inte följde upp dessa promenader var att personalen litade på brukarna, att de vet bäst, och att de själva ansvarade för att komma ut på promenaden. Fastän personalen, enligt herdemakten, ska styra folket för deras egna bästa är det viktigt att personalen har i åtanke att brukarna är experter över sina egna liv (jfr Olsson & Martin 2012) Det är det inte alltid lätt att styra någon mot vad den tror är sitt bästa. Vad

som är det bästa för individerna är tidsligt förändringsbart, och styrs av det rådande samhällets synsätt och normer (Wenneberg 2010).

När vi utifrån ett herdemaktsperspektiv såg på den rådande frivilligheten kring fysisk aktivitet brast ledarskapet med att disciplinera kropparna då brukarna efterfrågade mer vägledning och kontroll. Utifrån ett biomaktsperspektiv handlar det om att brukarna måste underkasta sig makten och genom makten ska kroppen disciplineras, kroppen ska alltså nyttjas som ett redskap (Foucault 2002). Personalen verkar alltså vara tveksam att utöva denna form av makt.

I flertalet av intervjuerna berättade intervjupersonerna om de positiva aspekterna av obligatorisk fysisk aktivitet:

”Men då blev det att man ska gå dit och då blir det att ok då får jag gå även om jag inte känner för det.” (1)

“Är det schemalagt så går jag.” (6)

Dessa brukare menade att obligatoriska aktiviteter gjorde att de kommer iväg och utövar aktiviteterna. Vi tolkar detta som att brukarna önskade att personalen utövade mer makt kring de obligatoriska fysiska aktiviteterna. Detta hade kunnat bidra till en ökad aktivering och en disciplinering av kroppen bland brukarna. Att brukarna strävar efter att disciplinera sin kropp kan vi på ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv se som att man använder den fysiska aktiviteten för att uppfylla de normativa föreställningar om en kropp och fysisk aktivitet som vägen till hälsa som råder i samhället (jfr Wenneberg 2010).

Fastän det uttrycks av de flesta av intervjupersonerna att det borde vara obligatoriskt med exempelvis promenader varje dag, kan vi samtidigt se att majoriteten av intervjupersonerna tog upp att personalen inte kunde tvinga personer på behandlingshemmet att vara med på fysiska aktiviteter. Balansen mellan hur brukarna uppfattar personalens makt som ett produktivt tvång och sin rätt till självbestämmande präglas av ambivalens.

”Du kan ju inte tvinga folk.” (4)

”Men hade det varit så att jag måste ut och gå, då hade jag inte gjort det. Jag måste ingenting.” (3)

Dessa brukare menade på att personalen inte kunde tvinga dem att gå på den fysiska aktiviteten, så frågan är då hur det skulle fungera ifall alla moment var obligatoriska? Som vi kan läsa kan tvånget också bli kontraproduktivt och gjorde att exempelvis brukare "3" inte hade velat göra aktiviteten om hen hade blivit tvingad till det. I Hoff, Mattsson & Ranta (2016) studie skriver de om obligatoriska inslag, en av deras intervjupersoner tyckte om att promenader var obligatoriska. Hoff, Mattsson & Ranta (2016) menar att de förstår poängen med att fysisk aktivitet är obligatoriskt men att det påminner mycket om den forna behandlingsformen där det handlade mycket om tvång och disciplin. Därför är det viktigt att tänka på vilken tid vi är i och att det handlar mer om frivillighet på dagens behandlingshem (jfr Blomqvist 1998).

Vissa av intervjupersonerna förespråkade obligatoriska aktiviteter, men menade samtidigt på att personalen inte kunde tvinga dem till någonting. Då personalen, enligt herdemakten, ska styra folket för deras bästa (jfr Nilsson 2008) blir det svårt att veta vad som var brukarnas bästa då de ville båda delarna. Enligt Nilsson (2008) handlar herdemakten om att ledaren har ansvar för flocken och i detta sammanhang blir det utmanande att försöka anpassa sig till alla i gruppens paradoxala önskemål. Makten låg alltså hos personalen att bestämma hur de ska styra folket mot dess egna bästa. Gamble & O'Lawrence (2016) menar att det oftast är personalen som väljer hur behandlingen ser ut istället för att titta på statistik över vad som fungerar bäst. Det är dock viktigt att bygga behandlingen på brukarens egna resurser och kunskapen brukaren har om sig själv (Olsson & Martin 2012).

Vi kunde se att det fanns delade meningar kring brukarnas upplevelser om hur personalen använde sin makt för att få iväg brukarna på de fysiska aktiviteterna. En av intervjupersonerna uttalade sig så här:

"Jag tycker de är jätteduktiga på att uppmana att vi ska röra på oss här." (4)

Denna intervjuperson visade sig nöjd med hur personalen uppmanade till att komma iväg på de fysiska aktiviteterna. Dock uttryckte ett fåtal av intervjupersonerna det så här:

"Men sen här är det liksom ingen som pushar på en. Men det finns ingen som säger: gå nu allihop och träna." (1)

"Det är inte så att de ber oss att göra det." (6)

I svaren ovan ser vi att dessa brukare önskade att få en extra knuff för att komma iväg. Medan respondent 4 menade att personalen redan motiverade och uppmanade dem alla att röra på sig. Så även här kan vi se att det handlar om individuella behov huruvida brukarna såg på maktutövanden från personalen. Foucault nämner att det finns en mer individualiserad form av makt i form av självdisciplinering (Nilsson 2008). Då flyttas makten från personalen till individerna själva, och de ansvarade själva för att exempelvis komma iväg på en aktivitet. Detta vidareutvecklas i uppsatsens nästa avsnitt.

### 6.1.2 Regler och förbud

Disciplinering av kroppen handlar inte bara om fysik, utan även vad man stoppar i kroppen. Även här kan vi utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv se att man inte bara använder fysisk aktivitet utan även kosten för att nå den normativa föreställningen om hur en kropp och dess näringsintag borde se ut i det rådande samhällets föreställningar om hälsa. Men är kosten något som personalen kan eller bör styra över?

Under våra intervjuer kom vi in på regler och förbud, vilka vi kan analysera utifrån ett herdemaktsperspektiv. Regler och förbud är ett sätt att upprätthålla makten och genom herdemakten ska personalen styra brukarna för deras bästa och samtidigt främja brukarnas hälsa (Nilsson 2008). Foucault (ibid.) menar också att makt aldrig utövas utan syfte och mål. I intervjuerna stötte vi på exempel på vad det fanns för regler på behandlingshemmet:

”Man får inte baka när man vill.” (1)

”Sen har vi ju godisförbud. Eller inte godisförbud men vi har ju bakförbud och sånt här. I veckorna...” (4)

”Ett tag så bakades det kladdkaka och serverades med grädde varje dag. Då faller suget på hos många som egentligen inte vill ha.” (4)

Det vi uppmärksammade i intervjuerna tolkar vi som att reglerna som satts upp av personalen är gjorda för att främja brukarnas hälsa (jfr Nilsson 2008). Dessa regler handlade om olika förbud att äta godis och kakor, och med andra ord var det personalen som hade makten över vad brukarna fick och inte fick äta. Att de valde att hindra brukarna från att äta kakor och godis är ett sätt att disciplinera deras kroppar. Begreppet biomakt handlar om att disciplinerna



kroppen i relation till hälsa (Howson 2013) och personalen använde här sin makt för att disciplinera brukarna att inte äta lika mycket socker. Då behandlingshemmet har en hälsoprofil där kosten är i fokus är detta en förståelig regel då bakning i mängder kan vara svårt att motivera med en hälsoprofil. Som vi uppfattat det var det ingen som hade något emot att det finns ett godisförbud eller bakförbud i veckorna.

### 6.1.3 Makt och kunskap

Under våra intervjuer hade vi ingen uttalad fråga kring teoretisk kunskap om fysisk aktivitet men under våra intervjuer uttryckte en majoritet av intervjupersonerna en önskan att få mer kunskap om kost och fysisk aktivitet. Den kunskap som finns skapas av makten, och det är de som har makten som bestämmer vilken kunskap som ska förmedlas (Nilsson 2008).

”Jag hade velat se att man matade in information, så att man sen kunde få ta sitt beslut. Det är kunskapen som behövs. Människor hugger kunskapen som kommer upp. Knowledge is power.” (7)

”Framförallt få mer kunskap om hur man ska äta när man tränar. Hur man ska äta för att inte gå upp i vikt. Äta rätt. Alltså vad som är nyttigt och så här.” (1)

Då behandlingshemmet har en hälsoprofil är det viktigt att kunskapen sprids till brukarna varför det är viktigt med ett hälsoperspektiv och lära dem att leva utifrån detta. Hur man på bästa sätt, både genom kost och motion, kan disciplinera sin kropp. Elinder Schäfer & Faskunger (2006) menar att det är viktigt i dagens tid att skapa god hälsa hos befolkningen, och Palmblad & Eriksson (2014) beskriver att hälsa har ett högt värde. Det vi även kunde se var att det efterfrågades lättare kunskap för att kunna ta till sig den.

”Det blir så avancerat. Som att de kastar fram universitetsgrejer. Så kan man inte ta till sig kunskapen. Vi behöver lättare kunskap.” (7)

Då personalen har makten på behandlingshemmet är det viktigt att de tar hänsyn till att de har kunskapen eftersom, enligt Foucault, kunskapen är en tolkning av överordnade gruppers tankesätt (Nilsson 2008). Det är därför viktigt att ge kunskapen där ett intresse finns ge kunskapen vidare till brukarna. Det är nämligen det vi vet, och tror oss veta, som är kunskap i samhället och som skapats av maktproduktioner (Nilsson 2008). I början på 1900-talet tills sena 1900-talet fanns det en stor okunskap kring kost och hälsa, men nu har vi kommit långt

från denna okunskap (jfr Palmblad & Eriksson 2014). Vi menar att på behandlingshemmen behövde kunskapen spridas för att brukarna ska kunna få ut så mycket som möjligt av sin tid där. Behandlingshemmen har en hälsoprofil och den måste märkas.

## 6.2 Kombination fysisk aktivitet och missbruksbehandling

I detta avsnitt beskrivs och analyseras kapaciteten hos brukarna att utöva den fysiska aktiviteten som behandlingshemmet erbjöd, samt hur det fungerade att kombinera den fysiska aktiviteten med att bli av med ett missbruk. Detta följs av en del där det analyseras hur brukarna tog tillvara på de möjligheter som fanns samt hur de disciplinerade sig själva att göra det. Avslutningsvis analyseras hur gruppen och intresse fungerade som motivation.

### 6.2.1 Kapacitet att utöva fysisk aktivitet och upplevelser utav det

På behandlingshemmet kombinerades missbruksbehandling med inslag av fysisk aktivitet. Att röra på sig är, som skrivits ovan i vår studie, en rådande trend i samhället. Vi kan se att den rådande föreställningen om kroppen och vikten att hålla den i gott skick går att finna på ett behandlingshem. På allt fler behandlingshem är fysisk aktivitet ett viktigt inslag (Statens institutionsstyrelse 2017). Men kan den rådande synen på kroppen verkligen omfattas av samhällets alla individer? Vi kunde under våra intervjuer se att det fysiska skicket på brukarna när de kom till behandlingshemmet var väldigt varierande. Vi vill därför i denna del se hur kapaciteten och viljan hos brukarna ser ut och hur möjligheterna till fysisk aktivitet kan utnyttjas.

Samtliga intervjupersoner var eniga om att till en början i behandlingen var de alla i dåligt skick och inte kapabla till att utföra svåra fysiska aktiviteter.

“Ja, eh, jävligt dåligt form när jag kom. Jag var så svag, orkade ingenting.” (6)

“Jag var skitdålig de första veckorna. Hade de sagt första dagen att jag skulle gå två mil, hade jag ju bara frågat om de var dumma i huvudet?” (3)

Vi kan här se att brukarna upplevde att de är i dåligt skick när de kommer till behandlingshemmet. En av brukarna uttryckte att kroppen måste byggas upp inifrån igen och

att många var väldigt svaga i kroppen i början på behandlingen. Några uttryckte att det var missbruket som har påverkat deras kroppar negativt och gjort att de alla var i så dålig form.

“Kroppen är inte i form just nu. Den är söndersupen om man säger så.” (3)

“Sen är ju många undernärda när de kommer in, så de måste kanske ha lite mer grädde i maten i början så.” (5)

I jämförelse med Read et al. (2001) som menar på att alkoholmissbrukare mottog fysisk aktivitet på ett positivt sätt tidigt i sin behandling menade våra intervjupersoner på det motsatta. När kroppen inte mår bra fysiskt var det svårt att röra på sig. Många brukare ansåg sig inte ha kapacitet att ägna sig åt fysisk aktivitet i någon större omfattning. Vilket kan kopplas till vårt tidigare stycke kring makt där brukarna var oeniga om den fysiska aktiviteten skulle vara obligatoriskt eller inte. Det kan alltså handla om att brukarna var i dåligt skick i början och att de inte var kapabla till att ha obligatorisk fysisk aktivitet, snarare än att det var viljan som påverkade.

Alla intervjupersoner var överens om att de kom till behandlingshemmet i dåligt skick. Det är därför viktigt brukarna lyssnar på kroppen när de skulle börja utföra fysiska aktiviteter. Majoriteten av våra intervjupersoner tog upp att kroppen behövde tid för att kunna börja röra på sig och att det därför var väldigt viktigt att anpassa fysiska aktiviteten efter egna förutsättningar.

“Men det får ta den tid det tar. Ta små steg. Alla har inte samma förutsättningar. Det är ju bara att begripa. Vi har olika förutsättningar och då får man ta det. Man tar det från sin egen position. I min takt. Jag behöver inte vara genomsnittlig efter varje pass.” (3)

Dagens föreställning om kroppen, att den ska vara frisk, vältränad, nedbantad och solbränd, har skapats genom maktrelationer (Nilsson 2008). Det är en tuff process att börja behandlingen och samtidigt lägga till den fysiska aktiviteten och strävan efter en bättre hälsa. Tre av våra sju intervjupersoner menade att det var svårt med kombinationen i början eftersom fokuset då ligger på att bli av med sitt missbruk. Brukarna har mycket behandling, terapi, de har dagligen gruppsamtal och allt detta river upp mycket känslor. Hur ska de dessutom orka fysisk aktivitet?

“Man har mycket ångest, allt känns skit skit, jag orkar ingenting. Tanken på att gå och träna då finns inte, så där krockar det ju lite.” (1)

“Man sätts ju i en sån jävla process så man blir som ett kolli.” (7)

“Första tiden skulle jag säga att det krockar och är ivägen. Första månaden tror jag att fysisk träning, asså bara blodcirkulation. Få igång blodet, that's it. Men gym, träna, är inge bra.” (7)

Vi kan här läsa att det är mycket psykisk påfrestning i början av behandlingen och att kroppen var ur balans vilket gjorde det svårt att börja med fysisk aktivitet. Några av intervjupersonerna berättade att de var först och främst på behandlingshemmet för att förändra sitt liv. En del av intervjupersonerna menade dock att fysisk aktivitet inte hindrade den förändringen utan att det istället var ett viktigt avbrott i behandlingen.

“Så att det är ganska skönt att de bryter av med lite sånt. Det är skönt att komma ut” (4)

Trots att alla av intervjupersonerna var negativt inställda till fysisk aktivitet i början på behandlingen kunde vi se, när de varit där i mer än två månader, att de verkligen uppskattade den fysiska aktiviteten. Viljan till att röra på sig fanns. Hallgren et al. (2017) visar i sin studie att fysisk aktivitet är en säker och genomförbar del av en missbruksbehandling. Vi kunde även se att samtliga av våra intervjupersoner hade en positiv inställning till hur fysisk aktivitet påverkade dem överlag.

“Jag mår ju bättre psykiskt av all träning, Och fysiskt också. Man blir starkare på alla sätt och det går ju in i rutin.” (2)

“Jag tycker det är kul. Jag kan ju gå och lägga mig med gott samvete och känna mig duktig. Det ligger ju mycket i att hälsa är bra för kroppen...” (4)

Intervjupersonerna tog även upp att de blev piggare och hade mer ork. De visade även på att de tyckte att det var viktigt att röra på sig för att må bra och deras humör påverkades positivt. När fysisk aktivitet har undersökts i behandlingar kunde forskarna (Nani et al. 2017) se att det ökade det psykiska och fysiska välmåendet, även att den fysiska aktiviteten bidrog till lägre stressnivåer och mindre oro. Fysisk aktivitet kunde även bidra till att brukarna kände sig starkare, fick bättre hälsa och att fysisk aktivitet bidrog långsiktigt på humöret (Stoutenberg et al. 2015, Biddle, Fox & Boutcher 2000).

Vi kunde se att intervjupersonerna såg att det fanns en negativ sida av fysisk aktivitet också. En minoritet av intervjupersonerna pratade om att man kan fly in i ett annat missbruk om den fysiska aktiviteten går för långt. De menar därför att det är viktigt att hålla den fysiska aktiviteten på en jämn och regelbunden nivå (jfr Schäfer-Elinder & Faskunger 2006).

“Man kan gå in i missbruk där också. Det är lätt att det blir ett missbruk på behandlingshem. Man byter missbruk.” (6)

“För det är lätt att fly in i annat för att slippa sina känslor.” (1)

Vi kunde se att respondenterna hade övervägande positiva upplevelser av den fysiska aktiviteten i behandlingen. Dock kunde vi se att det inte passade att ha den fysiska aktiviteten från början av sin behandling. Detta då brukarna ofta kommer till behandlingen i ett kritiskt tillstånd på kroppen och behöver först komma i balans innan styrkan fanns att börja röra på sig. Larimer, Palmer & Marlatt (1999) menar dock yoga kan ha lika positiva effekter på humör och hälsa som fysisk aktivitet.

Hade det i början av behandlingen varit bättre att ha mer fokus på att hitta rätt i kroppen, testa på lugn yoga som inte är lika fysiskt krävande på kroppen som annan fysisk aktivitet och när kroppen sedan har byggts upp och blivit starkare kan den tuffare fysiska aktiviteten komma in på schemat.

## 6.2.2 Disciplinering och individualisering

Kapaciteten till att vara med på fysisk aktivitet kom efterhand brukarnas kroppar hade återhämtat sig efter en tid i ett missbruk. Men hur ser viljan sen ut att utnyttja de möjligheter till fysisk aktivitet som behandlingshemmet erbjuder? Vi kunde under våra intervjuer se att det fanns en rad möjligheter att utöva fysisk aktivitet och äta hälsosamt på behandlingshemmet. Intervjupersonerna radade upp alla möjligheter för att röra på sig; det fanns promenad varje dag, möjlighet att åka iväg till ett annat gym och en simhall en gång i veckan, yoga ett par gånger i veckan och ett välutrustat gym på båda behandlingshemmen. På det ena behandlingshemmet fanns det även ett pingisbord och de bowlade en gång i veckan. Även maten förklarade de flesta intervjupersonerna var bra och varierande. En del av intervjupersoner tog upp möjligheten att styra sin kost till en hälsosammare riktning,

exempelvis ta mer sallad än pasta. Samtliga berättade om de möjligheter som fanns att utnyttja, men viljan att utnyttja dem såg olika ut från person till person.

“Det är som att du har ett buffébord med möjligheter. Vill man ha så tar man.” (7)

“Massor av roddmaskiner, crosstrainer och så finns det såna med tyngder och hantlar så där finns jättebra träningsmöjligheter.” (1)

“Men det jag har här är ju förutsättningar för att äta rätt. Och möjlighet att faktiskt gå ner och träna.” (4)

Vad brukarna gjorde med alla de möjligheter de beskrev innan kunde vi se var väldigt individuellt. Genomgående i alla sju intervjuerna var dock att det ligger på individen själv. Som Norberg (2014) skriver är hälsa och fysisk aktivitet mer ett individuellt fokus än ett kollektivt ansvar i dagens samhälle. Individen har makten och ansvarar själv för sin hälsa och även sin lycka (Johansson 2012). Vi kopplar detta individuella ansvar att ta tillvara på möjligheter till Foucaults begrepp självdisciplin. Foucault menar att självdisciplin handlar om att ta makten över sin egen kropp, kontrollera och styra den (Nilsson 2008). Det är disciplin som styr vad man gör med de möjligheterna som finns; vad man plockar från buffébordet. Man styr själv över hur ens kropp ser ut och fungerar och individtänket ligger i fokus. Kroppens blir ens eget arbetsprojekt och det är upp till var och en vad man vill göra med den (Larsson & Fagrell 2010).

Vi kunde se i våra intervjuer att det inte var så många som hade hög motivation att utöva mycket fysisk aktivitet eller tog tillvara på alla de möjligheter behandlingshemmet bidrog med. Read et al. (2001) skriver att det är just avsaknaden av motivation som är den största anledningen att man inte engagerar sig och är med på de fysiska aktiviteterna.

“De flesta tränar inte. Så slöa här.” (6)

”Så blir man sittande i stickhörnan, och då sitter man där i stickhörnan och pratar skit och så.” (1)

Nilsson (2008) menar att det krävs en makt över sig själv för att kunna motstå frestelser och kontrollera begär. Två av intervjupersonerna förklarade hur de valde att gå till gymmet trots att de inte kanske hade lust.

“Jag bara gör det. Jag vill inte bli försoffad.” (6)

“Det finns ju inget i min kropp som vill det här, att gå upp och ta på mig gymkläder. Äh, det är bara att göra.” (7)

Majoriteten av brukarna menade att känslan efter en fysisk aktivitet fungerade som motivator.

“Jag vet att det är bra, och att jag mår bättre efteråt. Det är känslan efteråt som gör det.” (1)

“Jag kommer att må bättre eller bli piggare efter jag har tränat.” (2)

Vi kunde se att gruppen också kunde påverka motivationen och viljan att engagera sig i de fysiska aktiviteterna. Majoriteten av intervjupersonerna menade att utöva fysisk aktivitet i grupp gjorde det både lättare att komma iväg och kunde göra den fysiska aktiviteten roligare.

“Man blir motiverad om andra kommer dit.” (2)

“Pingis då är det ju då tränar man ett gäng, peppar varandra, psykar varandra, hänger med varandra.” (3)

Vi noterade att intervjupersonerna nämnde gruppen som en motiverande faktor. Att tillhöra en grupp kan hjälpa den mentala hälsan (Biddle, Fox & Boutcher 2000). Kristiansen (2000) skriver hur en människas livsstil, identitet och handlingar skapas i interaktion med andra människor och den samhälleliga kontexten man befinner sig i. Här blir behandlingshemmet den samhälleliga kontexten, och då tydligt hur gruppen kunde påverka.

Några av intervjupersonerna uttryckte hur olika viljor det fanns i gruppen. Detta var något som måste tas i hänsyn när det kommer till fysisk aktivitet. Alla blev motiverade av olika saker. Medan vissa pratade om fantastiska upplevelser av yogan, uttryckte andra sig kring yogan på detta sätt:

“Jag tycker man känner sig fjompig och gör löjliga rörelser och ser bara jättelöjlig ut.” (1)

“Hokus pokus enligt mig.” (3)

Vi kunde även här se att det var väldigt individuellt vad personer tyckte om att göra. En del tyckte att yogan och mindfulness var de bästa aktiviteterna på behandlingshemmet, medan andra, som ovan, inte alls tyckte det var något som passade dem. Man önskade mer variation på den fysiska aktiviteten. Samtliga intervjupersoner uttryckte att alla är olika och vill olika saker. Intervjupersonerna menade också att olika aktiviteter kunde fungera som en motivation att komma iväg till den fysiska aktiviteten.

“Det hade varit jättebra med en gymnasal där man kan spela badminton, innebandy, tennis. Det är inte alla som tycker om det här med styrka och så.“ (1)

“Mer variation på träningen. Inte så fyrkantig träning, kanske dans, zumba, allt möjligt.“ (6)

Vi kan alltså se att intervjupersonerna pekade på att alla föredrog olika aktiviteter, blev motiverade av olika saker och hade viljan att utöva olika fysisk aktiviteter. Det är viktigt att fysisk aktivitet är anpassat efter individen som ska utföra den (Stoutenberg et al. 2015).

### 6.3 Samhällets och kroppsidealets påverkan på den fysiska aktiviteten

I denna del beskrivs och analyseras brukarnas upplevelser kring samhällets trender och kroppsideal. Först diskuteras hur brukarna upplevde att de påverkades av detta, sedan om det påverkade deras syn på den normativa kroppen. Avslutningsvis följer en del kring hur det såg ut om man avviker från normen, huruvida det var kopplat till skam och dåligt samvete.

Som vi beskrivit kopplas fysisk aktivitet och hälsa till rådande samhällstrender. Vi har tagit upp maktstrukturerna kring kroppen samt vilken idealkropp som är rådande i samhället. Alla intervjupersoner pratade om de ideal som finns i samhället, och de gjorde individuella val när det gällde hur mycket de anpassade sig till normen. Vi lever i kroppens tid där både kroppens utsida och insida är i fokus. Att röra på sig och att ta hand om sin hälsa är viktigt (Larsson och Fagrell 2010). Ett socialkonstruktivistiskt perspektiv menar att samhällsintresset bestämmer vad som är kunskap under en viss tid. Nu finns det ett stort intresse kring fysisk aktivitet och hälsa och därför mycket kunskap (jfr Wenneberg 2010). Enligt socialkonstruktivismen är normerna som råder i ett samhälle socialt konstruerade. Normerna berättar vad som är rätt och fel, vad som bör sägas och vad som bör göras i ett samhälle (Wenneberg 2010). Foucault tar upp begreppet normalisering, där det handlar om en process där individer ska anpassas till vad som anses vara det normala i samhället (Nilsson 2008). Använder brukarna på



behandlingshemmet fysisk aktivitet för att överensstämma med samhällets normer kring kroppen?

Under våra intervjuer ställde vi först frågor kring hur brukarna uppfattade den rådande trenden med nyttig kost och stort fokus på fysisk aktivitet. Många av våra intervjupersoner tog upp ämnet innan vi hann ställa frågorna.

“Det är de här idealen om hur man ska se ut och du ska träna mycket. Att du inte duger, att inte tycka om sig själv.” (5)

En av intervjupersonerna menade att den rådande trenden med hälsa och fysisk aktivitet var positivt för att den sprider ett hälsosamt ideal i samhället.

“Jag tror att det är skitbra att den kommer som en jättevåg nu, den här samhällstrenden.” (7)

Medan en annan menade att det inte var trenden i sig som borde vara i fokus, utan att det är sunt att röra på sig och ta hand om sig själv. Detta oavsett samhällstrend.

“Vad som är trendigt är ju inte det viktiga, det är vad som är sunt.” (5)

Alla sju intervjupersoner var överens om att de kunde se denna trend i samhället, dock var ett fåtal av dem mer tveksamma till den. Vi ställde frågor kring hur samhällstrenden påverkade dem och om den bidrog till att de kände en press på sig. Foucault menar att det i sanningsregimen finns en uppfattning om idealmänniskan, som förändras med trenderna (Nilsson 2008).

“Mig själv tycker jag i så fall, som sätter press på mig.” (2)

“Nej, känner ingen press.” (6)

“Ideal. Det är bara för osäkra människor. De som har inget självförtroende, antingen så är det gruppträck eller för att passa in i en viss miljö. Jag passar in överallt ändå. Hade inte haft några problem att ta plats i en fitnesslokal. Mitt självförtroende rubbar inte en jävel på.” (3)

Som vi kan se ovan varierade svaren från intervjupersonerna. Majoriteten menade att de inte kände press på sin fysiska aktivitet eller sitt utseende på grund av den rådande trenden och

därför inte heller påverkade sin fysiska aktivitet efter den. Ett fåtal av intervjupersonerna uttryckte att de kände en press på sig hur man skulle se ut, hur mycket man ska röra på sig och vad man ska äta. Exempelvis sade en av intervjupersonerna med glimten i ögat att det är först när man är helt ekologisk man är godkänd som människa.

“Ser man i reklam och allt. Hon har snygg kropp och så tittar man på sig själv. Men man blir påverkad av reklam och överallt.” (7)

Intervjupersonen ovan nämnde att hen kände pressen från sociala medier. Att denna press ibland kunde bidra till att hen kom iväg till gymmet. Robinson (2017) tar upp att den nya trenden syns tydligt i sociala medier och även på gym och i tidningar. I dagens samhälle har medier blivit en allt viktigare sanningsproducent, där de utövar en makt och skapar en sanning i samhället (Nilsson 2008).

Ett par av intervjupersonerna kom in på hur de tolkar samhällstrenden och hur kroppen “ska” se ut. Palmblad & Eriksson (2014) hävdar att det är en vältränad kropp med muskler och inte den smala kroppen som längre är i fokus. Intervjupersonerna lyfte också denna nya bild av kroppen, där det inte är det pinnskala som är idealet längre.

“Det är typ först nu man får ha stjärt tack vare Beyoncé.” (7)

“Det är inne med lite kurvor nu. Det är inget såna pinnskala direkt. Det är ute. Lite former är inne. Röv så man kan twerka. Nya idealet.” (6)

Under intervjuerna kunde vi se att det fanns en skam kopplat till om man inte följde normerna. Foucault (Nilsson 2008) menar att det är makten som gör att vi får dåligt samvete om vi äter för mycket eller rör på oss för lite. Begreppet normalisering gör att genom tillsägelser, instruktioner och belöningar förstår individer vad som är rätt och fel enligt normen (Nilsson 2008). Om du avviker från normen betraktas ditt beteende som onormalt och det kan kännas skamfullt (Foucault 1975). Detta kunde till exempel vara om man inte utövade fysisk aktivitet så många gånger i veckan man tänkt att man skulle, åt fel sorts mat eller på annat sätt inte tog hand om sig själv och sin hälsa.

“Att man skäms om man köpte läsk, skulle ursäkta sig. Det gör ju ingen på Instagram.” (7)

“Jag får dåligt samvete om jag inte tränar.” (2)

Med det senaste citatet kan vi se att trenden och fysisk aktivitet går hand i hand. Normen gör att intervjuperson "2" fick dåligt samvete om hen inte gick till gymmet och det är genom den fysiska aktiviteten man kan skaffa den kropp som samhället gjort till idealet. Flertalet av intervjupersonerna menade att denna skam som kopplas till normen i samhället påverkar dem. Att avvika från normen kan bringa en känsla av skam (Foucault 1975). Detta ser vi som ett tecken på att samhällets normer och trender påverkar brukarna och att när de uppfyller normerna behöver de inte känna en skam. Att avvika från normen kan då kopplas till den fysiska aktiviteten och att vissa av brukarna kände en skam när de inte kom iväg till gymmet. De kunde även få en extra push att gå dit för att slippa skammen, men också för möjligheten att utöva fysisk aktivitet för att komma närmare bilden av en idealkropp. Majoriteten av intervjupersonerna nämnde normen kring hur en kropp ska se ut och önskan att hålla sig till en "normalvikt". De menade att de kunde uppnå detta genom att äta rätt och att utöva fysisk aktivitet. Samtliga intervjupersoner tog i sina intervjuer upp normalisering kring fysisk aktivitet och varför det var viktigt att komma igång med fysisk aktivitet. I socialkonstruktivismen handlar det om att individer ska anpassas till vad ett samhälle anser vara det normala (Nilsson 2008).

"Och jag vill ju inte bli fet igen." (4)

"Man måste ju verkligen träna och röra på sig för att orka överleva längre. Och för att se bättre ut." (1)

En av intervjupersonerna nämnde vikthetsen på behandlingshemmet.

"Jag ser mycket av, det är ju den här vikthetsen." (7)

Några av intervjupersonerna menade på att dessa normer och önskan av att uppfylla dem inte funnits under tiden de varit i missbruket. Därför blir det en stor omställning att komma till ett behandlingshem som återspeglar samhällets normer, plötsligt blir det mycket att leva efter.

"Jag har ju inte riktigt levt i samhället." (4)

"Jag tänker i missbruk så är det det enda som inte finns. Man skiter i sitt utseende och kropp och själ och hur man mår. Det är bara droger. Så för att komma i form och för att må bra så är det jätteviktigt att röra på sig och träna." (1)

“Det är det första man börjar bry sig om när man kommer in i behandling, hur fan ser jag ut?”  
(1)

Vi kan alltså se att dessa intervjupersoner menade att när en är inne i ett missbruk påverkas en inte av samhällets trender. De menade att det är först när de kommit in på behandlingshemmet som trenden kom att börja påverka dem.

Vi kan dock se att många av intervjupersonerna inte kände sig påverkade av den rådande trenden kring den vältränade kroppen. Men vi ser ändå en vilja att uppfylla de normer som samhället har genom att utöva fysisk aktivitet och äta sunt. Vi kan också se att det fanns en skam kopplat till utebliven fysisk aktivitet (jfr Foucault 1975). Bland några av intervjupersonerna kunde vi se att de utövade fysisk aktivitet för att överensstämna med samhällets normer. Vissa nämnde att de använde fysiska aktiviteten som ett medel för att forma kroppen i strävan efter idealkroppen.

## 7. Avslutande diskussion

I denna del kommer vi först att sammanfatta det vi kommit fram till i analysen. Sedan dra slutsatser och göra reflektioner kring det som kommit fram i analysen. Vi vill avsluta med att uppmuntra till mer forskning som kan fördjupa våra kunskaper kring detta område.

Vi kunde se i vår analys att våra intervjupersoner efterfrågade en mer produktiv makt från personalen. Detta svarar på vår första frågeställning: *”Upplever brukarna att det finns en maktstruktur där deras kroppar disciplineras? Och i så fall vad är deras tolkning?”*. Som vi skrev i analysen handlar herdemakten om att hålla koll på sin flock och i detta fall efterfrågade brukarna att bli vallade och disciplinerade i förhållande till den fysiska aktiviteten. Det fanns en önskan att bli underkastad makten, att det ibland kan vara skönt att bli styrd över, och att ansvaret läggs över på någon annan. Samtidigt kunde vi se att intervjupersonerna uttryckte att personalen inte kunde tvinga de till aktiviteter de inte ville göra. Regler, tvång och obligatorium blir därför svårt att införa, men samtidigt är det vad brukarna efterfrågade. Denna ambivalens gör det svårt för personalen att agera och utveckla fysiska aktivitetens upplägg på behandlingshemmen.

Vi kunde se när vi analyserade utifrån temat individ, att det är viktigt att ta i beaktning

individens förutsättningar i behandlingen då alla intervjupersoner berättade att kroppens skick var nedsatt när de kom till behandlingshemmen. Vi tänker att fysisk aktivitet borde vara ett moment som till en början är frivilligt, eller individanpassat, då det kan vara svårt att utföra vissa fysiska aktiviteter tidigt i behandlingen. Senare under behandlingen kan svårigheterna på den fysiska aktiviteten trappas upp. I början kan det exempelvis handla om en kortare promenad för att vänja kroppen att röra på sig. Vi kunde se att behandlingshemmen erbjöd en rad med aktiviteter, och att det fanns möjligheter för ett aktivt och hälsosamt liv men att det endast var de som varit där mer än två månader som tog tillvara på dem. Detta svarar på vår andra frågeställning: *”Hur förstår och tolkar brukarna sin egen kapacitet och vilja att utnyttja de möjligheter till fysisk aktivitet som finns på behandlingshemmen?”*

Vår tredje frågeställning löd: *”Påverkas brukarna av samhällets rådande kroppsideal och i så fall hur ser brukarnas vilja ut att genom fysisk aktivitet överensstämja med samhällets normer?”* Vi kunde i analysen om samhället och trenderna se att det fanns en del motsägelser. Många av våra intervjupersoner berättade att de inte blev påverkade av den rådande samhällstrenden samtidigt som de kände ett av behov att hålla sig i form. Vissa hade en vilja att ha en kropp och fysik som överensstämde med det rådande kroppsidealet. Detta kopplar vi till en ambivalens gentemot den normativa diskursen, där intervjupersonerna visar på att de är kritiska till trenden men att handlingar hos brukarna stämmer in under normen och samhällstrenden. Vi kunde se att det finns en skam inför att uttrycka att man följer idealen och trenderna. Istället säger man att man vill röra på sig för att det är hälsosamt, inte för att det är en trend. Behandlingshem i samhället blir, likaväl som människor, påverkade av de rådande trenderna. Behandlingen tänker vi vill knyta an till trenden och att det som samhället anser är bra och nyttigt för kroppen också ska användas i behandlingen. Det finns mycket positiv evidens kring att fysisk aktivitet förbättrar måendet och det är väl kanske därför en självklarhet att det borde utnyttjas i en behandling.

Vi funderar kring det som sades av två av intervjupersonerna, att de i sitt missbruk inte hade brytt sig om att leva upp till samhällets normer när det kom till utseende och kroppens mående. De menade att först på behandlingshemmen insåg de inte tagit hand om sig själva och sin kropp. Det som blir utmanande för brukarna är att de direkt förväntas leva efter de rådande normerna som finns på behandlingshemmen. De ska underkasta sig en maktstruktur, och plötsligt bo med andra människor och anpassa sig efter gruppen. På behandlingshemmen ska de inte missbruka, äta nyttigt, vara aktiva i gruppsamtal och i terapi, vara med på fysiska

aktiviteter och röra på sig. Det blir en stor omställning och mycket nytt att förhålla sig till. Hur snabbt kan man förvänta sig att brukarna ska anpassa sig till detta? Efter att de har underkastat sig en maktstruktur ska de behöva disciplinera sig själva? Får de rätt verktyg till detta på behandlingshemmen och förbereder personalen dem på senare utmaningar?

Vi vill uppmana till mer forskning om hur fysisk aktivitet på bästa sätt kan användas i en behandling och hur den fysiska aktiviteten kan hjälpa brukarna att återhämta sig från ett missbruk. Det finns mycket forskning kring de positiva effekterna av fysisk aktivitet men inte lika mycket om hur det kan inorporeras och vara en gynnande del av en missbruksbehandling.

Om vi haft möjligheten hade vi velat fördjupa oss ett individperspektiv och studera hur var och en av individerna skulle finna glädje i den fysiska aktiviteten. Alla har olika förutsättningar och tycker om olika typer av fysisk aktivitet, hur ska man arbeta fram ett enhetligt program på ett behandlingshem som passar alla? Vi vet även av egna erfarenheter att det är först när man tycker att fysisk aktivitet är kul som man blir motiverad att träna. Vi hade därför velat se hur ett intresse kunnat påverka utnyttjandet av möjligheterna. Hur kan personalen på behandlingshemmen arbeta för att motivera brukarna att gå till de olika aktiviteterna trots avsaknad av intresse? För som det var nu var närvaron på de fysiska aktiviteterna låg och inget större engagemang för att få igång brukarna fanns.

Så för att avsluta vill vi skriva vad vår övergripande förståelse av vår studie är. Institutioner speglar verkligheten och samma normer och trender råder där. Under behandlingen ska brukarna kombinera att både bli av med sitt missbruk och utöva fysisk aktivitet. Med den fysiska aktiviteten nyttjas kropparna för att eftersträva kroppsidealet i samhället. Men brukarna menade också på att fysisk aktivitet gjorde dem piggare och gladare och det var också anledningar till utövandet av aktiviteten. Det vi såg var att det var viktigt att arbeta efter var individs förutsättningar, och låta den fysiska aktivitetens svårighet trappas upp efter hand. Brukarna efterfrågade en maktstruktur som kunde bidra till disciplineringen av deras kroppar. Ansvar kunde då förskjutas från de själva till personalen. Men vi kunde se att det i slutänden var brukarnas självdisciplin som styrde vilka möjligheter till ett hälsosamt och aktivt liv som utnyttjades.

Vi hoppas att de behandlingshem vi studerat har glädje av denna uppsats, att de tack vare

denna studie kan utveckla verksamheten ytterligare. Genom att utgå från brukarnas upplevelser kring den fysiska aktiviteten på behandlingshemmen, deras önskningar, farhågor och de förändringsmöjligheter som de kan se, tror vi att man har möjlighet att forma en behandling där fler nöjda brukare ser fysisk aktivitet som ett naturligt inslag i sin vardag.

## 8. Litteraturlista

Ahrne, G. & Svensson, P. (2014) Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Biddle, S., Fox, K.R. & Boutcher, S.H. (2000) *Physical Activity and Psychological Well-Being*. New York: Routledge

Blomqvist, J. (1998) The “Swedish model” of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. *Contemporary Drug Problems*. 25 (2): 253-320

Bryman, A. (2012). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Cordain L., Gotshall R.W. & Eaton S.B. (1998) Physical activity, energy expenditure and fitness. An evolutionary perspective. *International Journal of Sports Medicine*. 19 (5): 328-35

Edman, J. (2004) *Torken: Tvångsvården av alkoholmissbrukare i Sverige 1940-1981*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International

Engström, L.M. (2013) *Smak för motion - Fysisk aktivitet som livsstil och social markör*. Stockholm: Liber

Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2014) Intervjuer. I: Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Faskunger, J. & Sjöblom, P. (red) (2017) *Idrottens samhällsnytta - En vetenskaplig översikt av idrottsrörelsens mervärden för individ och samhälle* (FoU-rapport 2017:1). Riksidrottsförbundet: Stockholm

Folkhälsomyndigheten (2017a) *Fysisk aktivitet*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet/> Hämtad 2017-11-02

Folkhälsomyndigheten (2017b) *Fysisk aktivitet och hälsa*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/far/inledning/fysisk-aktivitet-och-halsa/> Hämtad 2017-11-02



Foucault, M. (1975) *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Alan Sheridan, trans. New York: Random House

Foucault, M. (2002) *Sexualitetens historia. Bd 1, Viljan att veta*. [Ny utg.] Göteborg: Daidalos

Fridell, M. (1996) *Institutionella behandlingsformer vid missbruk: organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur och Kultur

Gamble, J. & O'Lawrence, H (2016) An Overview of the Efficacy of the 12-Step Group Therapy for Substance Abuse Treatment. *Journal of Health & Human Services Administration*. 39 (1): 142-160

González-Hernández, J., López-Mora, C., Portolés-Arino, A., Muñoz-Villena, A. J. & Mendoza-Díaz, Y. (2017) Psychological Well-Being, Personality and Personal Activity. One Life Style For the Adult Life. *Acción Psicológica*. 14 (1): 65-78

Hallgren M., Vancampfort, D., Schuch, F., Lundin A. & Stubbs, B. (2017) More Reasons to Move: Exercise in the Treatment of Alcohol Use Disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 8 (160): 1-5

Hassela Skåne (2018) *M.A.P.*

<http://www.hasselaskane.se/index.php/oppnvard/m-a-p> Hämtad 2018-01-16

Hoff, D., Mattsson, T., & Nilsson Ranta, D. (2016) Upplevelse av fysisk aktivitet och idrott i missbruksbehandling: En kvalitativ studie av klienter vid fyra institutioner. *Research Reports in Social Work* (4). Lund: Lunds universitet: Socialhögskolan

Howson, A. (2013) *Kroppen i samhället*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB

Johannisson, Karin (1998) *Kroppens tunna skal: Sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Norstedts Bokförlaget Pan

Johansson, T. (2012) *Kändisfabriken: Identitet, makeover och kroppens tid*. Stockholm: Carlsson Bokförlag

Jönson, H. (2010). *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber

Kallings, L.V. & Ståhle, A. (2005) Motion på recept i de nordiska länderna. *Idrottsmedicin*. 3:32-35

Kalman, H. & Lövgren, V. (red.) (2012) *Etiska dilemman*. Malmö: Gleerups

Kristiansen, A. (2000) *Fri från narkotika - Om kvinnor och män som varit narkotikamissbrukare*. Stockholm: Bjurner och Bruno

Larimer M.E., Palmer R.S., Marlatt G.A. (1999) Relapse prevention - An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23 (2): 151-160

Larsson, H. & Fagrell, B. (2010) *Föreställningar om kroppen: Kropp och kroppslighet i pedagogisk praktik och teori*. Stockholm: Liber

Marques, A., Peralta, M., Martins, J., Catunda, R., Gaspar de Matos, M. & Saboga Nunes, L. (2016) Associations between physical activity and self-rated wellbeing in European adults: A population-based, cross-sectional study. *Preventive Medicine*. 91: 18-23

Mattsson, C. M., Jansson, E. & Hagströmer, M. (2016) Fysisk aktivitet - begrepp och definitioner. *FYSS 2017: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*, s. 21-34.

[[http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_FA\\_Begrepp-och-definitioner.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA_Begrepp-och-definitioner.pdf)]

Hämtad: 2017-10-09

Mattsson, T. (2014) *Intersektionalitet i socialt arbete - Teori, reflektion och praxis*. Malmö: Gleerups

Mattsson, T., Hoff, D. & Nilsson Ranta, D. (2016) Möjlighet för män, svårighet för kvinnor: Fysisk aktivitet i miljöterapeutisk institutionsvård. *Research Reports in Social Work* (2). Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet

Meeuwisse, A., Swärd, H., Sunesson, S. (2011) *Socialt arbete: en grundbok*. Natur & Kultur:

Stockholm

Melin, A-G. & Näsholm, C. (1998) *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur

Nani, S., Matsouka, O., Tsitskari, E., & Avgerinos, A. (2017) The role of physical activity in life happiness of Greek drug abusers participating in a treatment program. *Sport Sciences for Health*, 13 (1): 25-32

*Nationalencyklopedin*, De olympiska spelen.  
<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/olympia/de-olympiska-spelen>  
Hämtad 2017-11-03

Nilsson, R. (2008) *Foucault - en introduktion*. Malmö: Égalité

Nilsson, R. (2013) Makt, kritik och subjektivering: En essä om Foucault och bildningens aktualitet. *HumaNetten*. 31: 5-18

Norberg, J.R. (2014) *Idrottens väg till folkhemmet: Studier i statlig idrottspolitik 1913–1970*. Stockholm: SISU

Olsson, E. & Martin, I. (2012) *Socialt arbete med grupper*. Lund: Studentlitteratur AB

Palmblad, E. & Eriksson, B. E. (2014) *Kropp och politik: Hälsoupplysning som samhällsspegel*. Stockholm: Carlsson Bokförlag

Qviström, M. (2017) Competing geographies of recreational running: The case of the “jogging wave” in Sweden in the late 1970s. *Health and Place*. 46 (2017): 351-357

Read, J.P., Brown, R.A., Marcus, B.H., Kahler, C.W., Ramsey, S.E., Dubreuil, M.E., Jakicic, J.M. & Francione, C. (2001) Exercise attitudes and behaviors among persons in treatment for alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 21 (2001): 199– 206

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2014) Att analysera kvalitativt material. I: Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Robinson, L., Prichard, I., Nikolaidis, A., Drummond, C. Drummond, M. & Tiggemann, M. (2017) Idealised media images: The effect of fitspiration imagery on body satisfaction and exercise behaviour. *An International Journal of Research: Body Image*. 22 (2): 65–71

Saltin, B. & Pedersen, B.K. (2002) Fysisk aktivitet och hälsa: epidemiologi och mekanismer. *Scandinavian Journal of Nutrition* 46 (2): 80–86

Schäfer-Elinder, L. & Faskunger, J. (2006) *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Statens folkhälsoinstitut

SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende - Individen, kunskapen och ansvaret*. Stockholm: Socialdepartementet

Stoutenberg, M., Warne, J., Vidot, D., Jimenez, E. & Read, J.P. (2015) Attitudes and Preferences Towards Exercise Training in Individuals with Alcohol Use Disorders in a Residential Treatment Setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 49 (2015): 43–49

Svensson, B. (2003) *Knarkare och Plitar - Tvångsvården inifrån*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Svensson, P. (2014) Teorin roll i kvalitativ forskning. I: Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Svensson, P. & Ahrne, G. (2014) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I: Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Statens institutionsstyrelse (2017) *SiS LVM-hem Lunden*. [<https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/missbruksvard/vara-lvm-hem/lunden/>]

Hämtad: 2017-10-12

Vetenskapsrådet (2017) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>]

Wang D., Wang Y., Wang Y., Li R & Zhou C. (2014) Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 9 (10): e110728

Wenneberg, S. B. (2009) *Socialkonstruktivism - positioner, problem och perspektiv*. Malmö: Liber

Öberg, P. (2014) Livshistorieintervjuer. I: Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

## 9. Bilagor

### 9.1 Informationsbrev



**LUNDS**  
UNIVERSITET

#### **Vill Du delta i en studie om fysisk aktivitet på behandlingshem inom missbruksvården?**

Vi är två socionomstudenter som läser sjätte terminen på Socialhögskolan vid Lunds Universitet och vi ska nu skriva vår C-uppsats. Syftet med vår uppsats är att studera upplevelser av fysisk aktivitet under behandlingen.

Studien kommer att genomföras med intervjuer på behandlingshemmet under veckan. Intervjun kommer att beröra din uppfattning av den fysiska aktiviteten och hur den påverkar din behandling, din hälsa och din dag. Intervjun kommer att ta ungefär 45 minuter och kommer att genomföras på ditt behandlingshem. Intervjun kommer att spelas in och skrivas ut i text.

Informationen du ger under intervjun kommer att behandlas så att ingen obehörig kommer att kunna ta del av den. Du och behandlingshemmet kommer att vara helt anonyma och behandlingshemmet kommer inte att kunna urskilja dig och dina berättelser i det färdiga arbetet. Intervjumaterialet kommer endast att presenteras i denna C-uppsats som kommer att läggas upp i en databas vid Lunds Universitet när den är godkänd. Då kommer det inspelade materialet och den utskrivna texten att förstöras. Du kommer också att få möjlighet att läsa det färdiga materialet.

Allt vi gör följs upp och godkänns av vår handledare Anna Angelin som är docent vid Lunds Universitet.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan välja att avbryta din medverkan när du vill.

Om du vill delta i denna studie anmäler du dig till Ellinor och om du har eventuella frågor eller ångrar dig är du välkommen att höra av dig till någon av oss.

Ellen Ihd  
Student  
XXX@student.lu.se  
07XXXXXXXX

Emelie Hellström  
Student  
XXX@student.lu.se  
07XXXXXXXX

Anna Angelin  
Handledare, Docent  
XXX@soch.lu.se

## 9.2 Intervjuguide

### **Presentation av vår studie**

- Presentera oss och vår studie, förfrågan om att spela in.
- Förklara aidentifiering, skriv på samtycke kring medverkandet.

### **Inledande frågor:**

- Vad går behandlingen ut på? Hur lägger man upp en vecka?
- Vad innebär hälsoprofilen?
- Hur fungerar det med kosten?
- Är kosten en förändring, något att kämpa med?
- Hur länge har du varit här?
- Hur har det varit att vara här?

--> Skulle du vilja berätta lite kort om dig själv.

### **Tema 1: Behandlingshemmets upplägg och funktion**

- Hur kom det sig att du kom hit?
- Hur resonerade man att du kom hit?
- Det här med hälsoprofilen: hur funkar det? Hur kan man förstå det?
- Har det blivit att du gör mer träning än det obligatoriska?

### **Tema 2: Positiva upplevelser med den fysiska aktiviteten**

- Hur känns det när du tittar på schemat och ser att det är fysisk aktivitet idag?
- Vad har du för förväntningar av den fysiska aktiviteten?
- Vad har du för förväntningar av programmet, hälsa, fitness?
- Vad får dig att gå till träningen, vad tycker du är kul?
- Ser du något positivt med träningen?

### **Tema 3. Negativa upplevelser med den fysiska aktiviteten**

- Hälsoprofilen, något som inte känns bra?
- Har du någon gång inte velat träna? Vad gör att du känner att du inte vill?
- Men vad har sen fått dig dit?
- Hur känner du att din kropp mår av träningen? (12-stepsprogrammet, avgiftning m.m.)

-Hur är det att genomgå ett sånt här program, att samtidigt i behandlingen ha denna typ av kost- och träningsprofil?

-Vad hade du gjort annorlunda om du hade fått utforma det här programmet? Förändra, förbättra.

#### **Tema 4: Samhället, Identitet/Identitetsskapande.**

-Hur ser du på träning? Är det viktig del av livet? Är det viktigt för ens ställning i samhället då hälsa och fitness är rådande trender?

-Upplever du att omgivningen tycker det är viktigt med träning?

-Känner du en press hur kroppen ska vara? Hur förhåller du dig till det?

-Hur känner du dig när du tränar? Efteråt?

-Hur känner du i slutet av veckan när du vet att du tränat tre gånger?

-Fysiska och psykiska resultat.

#### **Tema 5: Bakgrund/Framtid**

-Träning varit en del av ditt liv innan?

-Kommer du att fortsätta med träning sen?

-Har du hittat nåt som du tyckt varit extra bra, extra viktigt att ta med dig? Vad är det som har funkat för dig?

-Strategier, tekniker att ta med dig? Hjälpsamma för dig i framtiden?

#### **Avslutande frågor**

-Har du några frågor

-Något du vill tillägga, något vi missat?