



Norges miljø- og biovitenskapelige
universitet
Fakultet for Folkehelsevitenskap
Institutt for Landskapsplanlegging

Masteroppgave 2015
30 stp

Unge med funksjonsnedsettelse og fysisk aktivitet.

Mari Gundersen

Forord:

Denne oppgaven er den avsluttende masteroppgaven på det toårige masterstudiet *Folkehelsevitenskap* ved Universitetet i Ås, NMBU. Jeg er utdannet fysioterapeut, og min interesse for å skrive om unge med funksjonsnedsettelse og fysisk aktivitet, kom gjennom et engasjement jeg har hatt som fysioterapeut for Norges Kjelkehockeylandslag gjennom flere år. I det miljøet har jeg sett og lært hvor mye fysisk aktivitet betyr for disse utøverne både fysisk og psykisk, og hvor viktig del av livene deres idretten er. Å skrive om denne gruppen ville derimot bydd på flere etiske dilemmaer da jeg kjenner dem for godt, i tillegg til at hovedfokuset i oppgaven ikke skulle være på toppidrett, men skrives i et folkehelseperspektiv. Isteden har jeg vært så heldig å komme i kontakt med Beitostølen Helsesportsenter, og fått benyttet meg av et materiale som er utarbeidet derfra, "Forbli Aktiv", og jobbet videre med det.

Da masterutdanningen tar utgangspunkt i folkehelse, har jeg valgt å ta utgangspunkt i en relativt stor gruppe i samfunnet; unge med fysiske funksjonsnedsettelse, og se hva som gjør at de velger aktivitet som en del av hverdagen, både "på grunn av..." og "til tross for..." ulike faktorer. Ved å identifisere disse faktorene som fremmer aktivitet, vil man kanskje kunne ta resultatene videre for å motivere unge til å fortsette med fysisk aktivitet og forhåpentligvis legge mer til rette for at man kan være fysisk aktiv, både relatert til personlige faktorer og omgivelsesfaktorer som kommune og idrettslag. Vi vet alle at økt fysisk aktivitet er en del av satsinga for å bedre folkehelsa, og det å nå ut til de gruppene som ikke har like god helse som gjennomsnittsbefolkningen, er en viktig jobb i samfunnet. Et mål med denne oppgaven er å avdekke motivene for fysisk aktivitet, og dermed ha mer fokus på det som faktisk fungerer.

Hele prosessen med å skrive denne oppgaven, har vært en lærerikt fra begynnelse til slutt. Jeg har fått muligheten til å fordype meg i et tema jeg interesserer meg i og brenner for, dermed har også motivasjonen vært til stede. Selvfølgelig har jeg møtt på motgang underveis, men god veiledning og små pauser som gjør at man får tid til å se prosessen litt utenfra, har gjort at jeg til slutt har kommet i mål. Derfor vil jeg rette en stor takk til alle som har bidratt på veien fra det hele bare var noen tanker, til det endte opp i en ferdig masteroppgave. Først og fremst veilederne mine, Grete Grindal Patil ved Universitetet i Ås og Astrid Nyquist ved Beitostølen Helsesportsenter. Og

uten Berit Gjessing som har ledet prosjektet og utført alle intervjuene min oppgave bygger på, hadde ikke denne oppgaven blitt gjennomført. Dere har alle kommet med gode ideer, konstruktive innspill og hjulpet meg videre i de ulike prosessene. En takk går også til Reidun B. Jahnsen, som har bidratt med sin lange erfaring og kompetanse innen forskning på unge med funksjonsnedsettelse, og som også har vært tilknyttet prosjektet "Forbli Aktiv".

Og sist, men ikke minst, en stor takk til familien min for tålmodige stunder der det har vært rom for å være i sin egen boble, og alt annet ble lagt til side for at jeg skulle få tid til å jobbe med studiene, i tillegg til å minne meg på at det også finnes andre ting i livet som er viktigere å prioritere enn å skrive masteroppgave.

Oslo 12.05.2015

Mari Gundersen

"... det var vanskelig å finne idrettsklubber som var villige til å ha funksjonshemmede idrettsutøvere. (..) For det er noe med den holdningen du blir møtt med i døra. Du merker veldig fort om du er ønsket eller ikke."

Sammendrag

Bakgrunn: Mennesker med en fysisk funksjonsnedsettelse er mindre aktive og har noe dårligere helse enn resten av befolkningen. Denne gruppen utgjør hele 16% av Norges befolkning, og det er i et folkehelseperspektiv derfor viktig å avdekke faktorer som fremmer fysisk aktivitet.

Beitostølen Helse- og idrettskontor har gjennomført prosjektet "Forbli Aktiv" der målsettingen var å avdekke hvilke faktorer hos et utvalg unge med en fysisk funksjonsnedsettelse som fremmet fysisk aktivitet og hvilke barrierer og utfordringer de møtte. Deretter sammenlignet de utvalget med en gruppe unge uten funksjonsnedsettelser.

Hensikt: Vi ville utforske hva som gjør at ungdom og unge mennesker med funksjonsnedsettelse velger å være fysisk aktive, og se dette i lys av Fortmeiers (2005) teori om meningsfullhet i et salutogenetisk perspektiv.

Studiens problemstilling: Hva er det som gjør at ungdom og unge voksne med fysiske funksjonsnedsettelser velger å være fysisk aktive?

Metode: Kvalitativ metode der fokusgruppeintervjuer ble gjennomført ved tre ulike steder; Beitostølen Helse- og idrettskontor, Valnesfjorden Helse- og idrettskontor og Turbo treningssenter. Det var fem grupper med totalt 24 deltakere fra 16 til 26 år.

Resultater: Deltagerne var i utgangspunktet fysisk aktive i varierende grad, og man så to perspektiver i måten å forholde seg til fysisk aktivitet og egen funksjonsevne på; "Jeg er fysisk aktiv fordi..." og "Jeg er fysisk aktiv til tross for..." ulike faktorer. Erfaring med fysisk aktivitet, tilrettelegging, det å kunne trene med hvem man vil og motivasjon er de viktigste faktorene som beskriver hvorfor deltagerne er fysisk aktive. De beskrives i begge hovedkategoriene med hver sin vinkling; den ene med positiv innvirkning på aktivitetsnivået, mens den andre beskriver de utfordringene de unge møter, men at de til tross for dette velger å være fysisk aktive.

Konklusjon: De viktigste faktorene som peker seg ut er sosial tilhørighet, det å være en del av noe, samt det å bli akseptert som en del av samfunnet uten å måtte føle seg annerledes. I tillegg er riktig tilrettelegging, spesielt i forhold til skole, men også generelt i samfunnet, et viktig funn. Holdninger i samfunnet påvirker hvordan de unge ser på seg selv, og deres identitet farger deres valg rundt fysisk aktivitet.

Nøkkelord: fysisk funksjonsnedsettelse, fysisk aktivitet, motivasjon, salutogenese, meningsfullhet

Summary

Background: People with a physical disability are generally less active and experience poorer health than the general population. This group represents 16% of the population and therefore, from a public health perspective, it is important to uncover factors that promote physical activity. Beitostølen Health Sports Center implemented the project "Keep Active" (Forbli Aktiv) through which the goal was to uncover the factors, in a variety of adolescents with a physical disability, that promote physical activity, including the barriers and challenges that they face. The results were then compared with a sample group of adolescents without disabilities.

Purpose: We wanted to explore what makes adolescents and young people with disabilities choose to be physically active, in light of Fortmeiers (2005) theory of meaningfulness in a salutogenetic perspective.

Study question: What is it that makes adolescents and young adults with physical disabilities choose to be physically active?

Method: Qualitative methods in which focus group interviews were conducted at three different locations; Beitostølen Health Sport Center, Valnesfjorden Health Sport Center and Turbo fitness center. There were five groups with a total of 24 participants from 16 to 26 years.

Results: The participants were physically active to varying degrees, and there seemed to be two apparent perspectives in how to deal with physical activity and their ability to function; "I'm physically active because..." and "I'm physically active despite..." various factors. Experience with physical activity, facilitation, being able to participate in activity with whomever they wish and motivation were the main themes that described why participants are physically active. They are described in both of the main categories, but with different directions; one pertaining to positive impact on the level of activity, the other describes the challenges the youth faces, but despite this choose to be physically active.

Conclusion: The most important factors that stand out are social belonging, being part of something, and being accepted as part of the society without having to feel different. In addition, proper facilitation, particularly in relation to school, but also in the society in general, is an important discovery. Attitudes in society affect how these adolescents see themselves and subsequently, how they identify themselves colors their choices around physical activity.

Keywords: physical disability, physical activity, motivation, salutogenesis, meaningfulness.

Innholdsfortegnelse:

Forord

Sammendrag

Summary

1	Introduksjon	9
2	Bakgrunn og empiri.....	11
2.1	Funksjonsnedsettelse.....	11
2.2	Funksjonsnedsettelse og deltakelse i fysisk aktivitet.....	13
2.3	Beitostølen Helseportsenter og "Forbli Aktiv".....	14
2.4	Annen forskning på området.....	16
3	Teoretisk forankring.....	20
3.1	Salutogenese.....	20
3.2	Motivasjon og meningsfullhet.....	21
4	Hensikt og problemstilling.....	23
5	Metode.....	24
5.1	Design.....	24
5.2	Fokusgruppeintervju.....	25
5.3	Rekruttering og utvalg.....	26
5.4	Intervjuguide.....	28
5.5	Datainnsamling.....	29
5.5.1	Forberedelse og gjennomføring av intervju:.....	29
5.5.2	Etterarbeid:.....	30
5.5.3	Datalagring:.....	30
5.6	Forskerrollen - egen forforståelse og refleksivitet.....	31
5.7	Analyse.....	31
5.7.1	Systematisk tekstkondensering.....	32
5.7.2	Systematisk tekstkondensering av innsamlet materiale.....	33
5.8	Etiske betraktninger.....	36
6	Resultater.....	38
6.1	Begrepet fysisk aktivitet.....	38
6.2	"Jeg er fysisk aktiv fordi..." og "Jeg er fysisk aktiv til tross for...".....	38
6.2.1	Erfaringer med fysisk aktivitet.....	39
6.2.2	Tilrettelegging.....	41
6.2.3	Valg av treningspartner/sted.....	44
6.2.4	Motivasjon.....	45
7	Diskusjon.....	50
7.1	Metodediskusjon.....	50
7.1.1	Intern validitet.....	50
7.1.2	Ekstern validitet.....	52
7.2	Diskusjon av analysen.....	53

7.2.1	Begrepet "fysisk aktivitet"	53
7.2.2	Erfaring med fysisk aktivitet	54
7.2.3	Tilrettelegging	56
7.2.4	Trene med funksjonsfriske eller ikke	60
7.2.5	Motivasjon	61
8	Oppsummering	65
9	Litteraturliste	67

Vedlegg:

Vedlegg 1: Informasjonsbrev og samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Spørreskjema

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Eksempel på tekstanalyse

Vedlegg 5: Godkjenning av REK

Vedlegg 6: Meldeskjema og godkjenning NSD

1 Introduksjon

Mennesker med funksjonsnedsettelse kommer dårligere ut enn befolkningen for øvrig når det gjelder både selvopplevd fysisk og psykisk helse (Statistisk Sentralbyrå, 2010). I hele befolkningen (16 år og eldre), rapporterer 82 prosent at de har god helse. Av de med nedsatt funksjonsevne rapporterer kun 45 prosent det samme. Levekårsundersøkelser viser også at denne gruppen er langt mer inaktiv enn andre (NOU, 2001, Sosial- og Helsedirektoratet 2004). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2014) er befolkningens helse bedre enn noen gang, og de siste 20 årene har alle grupper her i landet fått bedre helse og levealderen har økt, uavhengig av utdanning og levekår. Men det er fortsatt store sosiale helseforskjeller, og utviklingen har ikke gått like raskt i alle grupper. I denne masteroppgaven vil jeg derfor ta for meg nettopp en av gruppene som i gjennomsnitt har dårligere helse enn den generelle befolkningen, personer med nedsatt funksjonsevne, og hvilke faktorer som for dem er viktige i forhold til å være i fysisk aktivitet.

Temaet er viktig i et folkehelseperspektiv da mennesker med en fysisk funksjonsnedsettelse utgjør en stor gruppe av samfunnet vårt. I Norge i dag regner man at ca. 16% av Norges befolkning, lever med en eller annen form for funksjonshemming (NOU 2012:4). Da det finnes flere måter å definere begrepene funksjonshemmet og nedsatt funksjonsevne på, blir tallfesting vanskelig. Som nevnt over, har mennesker med en fysisk funksjonsnedsettelse noe dårligere helse enn gjennomsnittsbefolkningen, og det er derfor interessant å studere hvorfor det er slik i et folkehelseperspektiv da man vet hvor viktig blant annet fysisk aktivitet er for å forebygge livsstilssykdommer og at inaktivitet er en selvstendig risikofaktor for utvikling av en rekke helseplager og sykdommer som blant annet overvekt og fedme, type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, flere kreftformer, samt muskel- og skjelettsykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I følge Meld. St. 34 (2013), handler det om å legge til rette for en samfunnsutvikling som gir gode betingelser for helse. God helse og bedre levekår i befolkningen er derfor et mål i offentlig politikk. I Folkehelsemeldingen fra 2014, står det at fysisk aktivitet er en utfordring for den oppvoksende generasjonen, og viser til et eksempel på at gutter på 15 år er mindre fysisk aktive enn det eldre er per uke. (Meld. St. 19, 2014-2015)

Det å leve med en funksjonsnedsettelse kan føre til ekstra utfordringer med hensyn til det å være fysisk aktiv (Cardinal, Kosma, & McCubbin, 2004). Fysisk aktivitet handler om bevegelse, og nedsatt bevegelighet eller sensorikk vil kanskje begrense personens aktivitetsnivå og gjøre det vanskeligere å gjennomføre bevegelser (Finch, Owen, & Price, 2001). For å behandle eller kompensere for funksjonsnedsettelsen, blir gjerne det treningsmessige aspektet ved fysisk aktivitet svært viktig. Samtidig handler det å være fysisk aktiv om verdier, identitet, livsstil og et ønske om sosial tilhørighet (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). Dette er noe som gjelder for alle, men vil kanskje være ekstra viktig for grupper i befolkningen som i større grad kan oppleve å føle seg isolert (Sosial -og Helsedirektoratet, 2004).

For å forstå hvorfor noen grupper ikke følger den gode utviklingen som resten av befolkning når det gjelder å forbedre sin helsetilstand, kreves det blant annet mer forskning på hva som gjør at denne gruppen er mindre fysisk aktive enn gjennomsnittsbefolkningen. Dette er noe jeg vil se nærmere på i denne oppgaven, der jeg tar for meg utfordringene rundt fysisk aktivitet for unge mennesker med funksjonsnedsettelser. Studien er bygget på et prosjekt ved Beitostølen Helseportsenter som kalles "Forbli Aktiv". Prosjektet vil bli beskrevet senere i oppgaven.

Oppgaven bygger på et helsefremmende perspektiv som har oppmerksomhet på hva som opprettholder og styrker god helse. En salutogenetisk tankemåte ligger dermed som et grunnlag i oppgaven, og begrepet vil bli beskrevet senere. Da oppgaven skrives i et folkehelseperspektiv, er det viktig at man ser på de store linjene, og hvordan samspillet mellom individ og samfunn utarter seg i denne konteksten.

Jeg vil først definere begrepet funksjonsnedsettelse, deretter presentere forskning på feltet og min teoretiske forankring før jeg beskriver metoden. Til slutt vil jeg gjennomgå resultatene fra studien, og til slutt drøfte disse opp mot teori og empiri.

2 Bakgrunn og empiri

2.1 Funksjonsnedsettelse

Innenfor feltet bruker man flere begreper; handikappede, fysisk funksjonshemmede/funksjonshemming, mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse og nedsatt funksjonsevne. Forståelsen knyttet til hvilket begrep man bruker, preger og reflekterer hvilken plass og muligheter mennesker med funksjonsnedsettelse til enhver tid har i samfunnet vårt (Tøssebro, 2013). I Norge i dag blir begrepene funksjonsnedsettelse og funksjonsevne brukt om hverandre og gir ingen nyanseforskjell. Derimot har begrepet funksjonshemming en noe annen betydning, og ved å innføre begrepene *funksjonsnedsettelse* og *nedsatt funksjonsevne*, ville Manneråkutvalget* markere denne forskjellen (NOU 2001:22) I praksis blir disse begrepene (funksjonsnedsettelse, funksjonsevne, og funksjonshemming) brukt om hverandre (NOU 2001:22, NOVA, 2009), men det kan være viktig å vite at det er noen forskjeller.

Tradisjonelt har begrepet funksjonshemming blitt knyttet til et medisinsk problem og en egenskap ved individet der man jobber mot å behandle skaden, sykdommen eller det biologiske avviket (Tøssebro, 2009, Tøssebro, 2013, Grue, 2004, NOU 2001:22). Innsatsen blir dermed rettet mot hvordan den enkelte tilpasser seg de rammebetingelsene som eksisterer, og blir forstått som et medisinsk problem (Grue, 2004). I de senere tiår har man derimot gått mot en mer sosial modell der begrepet også omfatter individets møte med samfunnet og misforholdet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. Om man er funksjonshemmet eller ikke blir derfor situasjonsavhengig, og omgivelsene rundt har avgjørende betydning for dette. En rullestolbruker blir ikke like funksjonshemmet dersom trapper byttes ut med heis eller rampe (Grue, 2004). Ser man det i et aktivitetsperspektiv, som denne oppgaven gjør, vil det si at en person med nedsatt funksjonsevne med liten eller ingen gangfunksjon ikke er funksjonshemmet i idretter som sit-ski eller kjelkehockey, men vil være funksjonshemmet i idretter der det blir stilt krav til å kunne gå/løpe/hoppe som for eksempel fotball og håndball. En utfordring med denne modellen, er at

* Manneråkutvalget er et utvalg satt sammen og oppnevnt av regjeringen i 1999 for å utrede rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne i en større sammenheng, og for å foreslå ulike virkemidler og strategier for å fremme personer med funksjonsnedsettelser, likestilling og deltakelse i det norske samfunnet. Ledet av Sigrid Manneråk (NOU 2001:22).

den blir mer politisk enn medisinskfaglig, og dermed havner på et overordnet nivå. I følge Grue (2004) bør man skille mellom det som krever medisinske og sosialmedisinske tiltak og det som krever politisk handling. I Norge i dag kan man si at disse to modellene lever side om side, der den sosiale modellen dominerer den politiske- og plantenkningen, mens den medisinske dominerer rehabiliteringsfeltet (Grue og Rua, 2013). I den senere tid har en tredje tenkning blitt innført da det kan være vanskelig å ha et klart skille mellom disse to modellene, og man kan vanskelig tenke kun den ene eller andre modellen. Denne "mellommodellen", eller gap-modellen, kalles for en *relasjonell modell* der man jobber for å se misforholdet mellom individets forutsetninger og de kravene de møter i omgivelsene (Tøssebro, 2013) .

Tøssebro (2013) skiller også mellom funksjonshemming og funksjonsnedsettelse. Han henviser til UPIAS (Union of the Physically Impaired Against Segregation), en interesseorganisasjon for funksjonshemmede i Storbritannia som har jobbet for å integrere funksjonshemmede i samfunnet. *Funksjonsnedsettelse* dreier seg om kroppens funksjonelle begrensninger, mens *funksjonshemming* kommer i tillegg til dette og handler om barrierer til omgivelsene. Så årsakene til en funksjonshemming er altså utenfor individet og er samfunnsmessige, mens funksjonsnedsettelse er biologiske, kroppslige eller medisinske. I Verdens helseorganisasjons (WHO) klassifiseringssystem "Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse" (International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF), er hovedvekten lagt på den enkeltes funksjonsevne som i samspill med omgivelsene bestemmer deltakelse i arbeidsliv, sosiale aktiviteter og mestring av daglige gjøremål, og ikke bare på sykdom og diagnose. ICF er et felles fagspråk som er egnet i tverrfaglig arbeid, og tverrsektoriell og internasjonal virksomhet. Norske helsemyndigheter bruker også dette klassifiseringssystemet (NOU 2005:8), og det er dette begrepet "Forbli Aktiv" til nå har blitt analysert opp mot.

Oppgaven vil bli skrevet med et salutogenetisk perspektiv, som vil bli beskrevet senere i oppgaven. Den salutogenetiske tenkemåten tar nettopp for seg dette med å fremme helse ved å styrke helsefremmende faktorene og ikke ha fokus på det som gir sykdom. I denne oppgaven vil jeg derfor stort sett benytte meg av begrepene nedsatt funksjonsevne og funksjonsnedsettelse, men også funksjonshemmet dersom det er i riktig kontekst. Det er også dette begrepet deltakerne som regel bruker for å beskrive seg selv.

2.2 Funksjonsnedsettelse og deltakelse i fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er et vidt begrep, men defineres i internasjonal faglitteratur som ”Enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå” (Bouchard et. al.,1993). Denne definisjonen vil ligge til grunn i oppgaven, og brukes som en forståelse av begrepet.

Idretts- og fritidsaktiviteter har som oftest sin forankring i lokalsamfunnet. Dette gjelder tiltak både i regi av kommunene og frivillige organisasjoner. På Kulturdepartementets nettsider presiseres det at det fra nasjonalt nivå vil arbeides for at også at mennesker med funksjonsnedsettelse skal få en mulighet til å delta i fysisk aktivitet i sitt nærmiljø, selv om idrett ikke er en lovfestet rettighet på linje med eksempelvis skoletilbud (Meld. St. 26, 2012). Siden begynnelsen på 1980-tallet har Norge hatt et politisk mål om full deltagelse og likestilling for personer med nedsatt funksjonsevne (Grue, 2004). Denne målsettingen innebærer at mennesker med funksjonsnedsettelser skal ha de samme valgmulighetene som andre, innen blant annet arbeid, utdanning, kultur og fritid (Ofteidal, 2008). I denne oppgaven vil ikke fysisk aktivitet være ensbetydende med organisert aktivitet, men romme all aktivitet utover hvilenivå, slik definisjonen til Bouchard et. al., (1993) sier.

Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité (NIF) har som mål å være den fremste bidragsyteren for å oppnå *idrett for alle* (NIF-loven, 2011). Målsetningen er også nedfelt i Stortingsmeldingen ”Idrettslivet i endring”. Her vektlegges det hvordan staten ønsker en inkluderende idrettspolitik med idrett og fysisk aktivitet for alle, som den overordnede visjonen (St.meld. nr. 14, 1999-2000). Som nevnt tidligere er deltakelsen for personer med fysiske funksjonsnedsettelser lavere i idretts- og fritidsaktiviteter enn for befolkningen ellers, og det er derfor langt igjen for å oppnå full deltagelse på kultur og fritidsnivå (Wendelborg og Tøssebro, 2009). Ser vi utover landegrensene er det hele 56% av voksne i USA med en funksjonsnedsettelse som ikke deltar i noen fritidsaktiviteter sammenlignet med 36% av de funksjonsfriske (U.S. Department of Health and Human Services., 2000). Rimmer (2005) har også funnet ut at de er i mindre regelmessig aktivitet og i sjeldnere aktivitet med hard intensitet enn funksjonsfriske. Når det gjelder Norge, har Sæbu og Sørensen (2010) også funnet ut at unge mellom 18 og 30 år med en funksjonsnedsettelse er mindre fysisk aktive enn funksjonsfriske på

samme alder. Så at dette er en utfordring ut over landegrensene, levner forskningen ingen tvil om. Ser vi videre på hvordan idrett påvirker livene til idrettsutøvere med funksjonsnedsettelse, viser et kvalitativ undersøkelse gjort av Sørensen (1999) at mange mener funksjonsnedsettelsen har beriket livene deres. De viser til at de ikke føler seg funksjonshemmet når de driver idrett.

2.3 Beitostølen Helseportsenter og "Forbli Aktiv"

Denne oppgaven skrives i samarbeid med Beitostølen Helseportsenter (BHSS). Dette er en helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten som jobber for å tilrettelegge fysisk aktivitet for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Senteret åpnet i 1970 og er organisert som en offentlig stiftelse. Visjonen er "Aktivitet og deltakelse gjennom livet", og har som mål at brukerne får utnyttet sine evner og muligheter. På senteret får deltakerne muligheter til å prøve ut ulike aktiviteter, og finne ut hva de liker og hvordan utstyret fungerer. Senteret tar videre sikte på å samarbeide med brukernes lokalmiljø slik at et opphold på senteret vil være en del av en større sammenheng. (Beitostølen Helseportsenter, 2014)

I 2013/2014 ble det gjennomført et prosjekt kalt "Forbli Aktiv". Dette prosjektet tok sikte på å avdekke hvilke faktorer som var avgjørende for opprettholdelse av fysisk aktivitet hos unge mennesker med funksjonsnedsettelse, og hvilke barrierer og hindringer de møtte. Resultatet ble deretter sammenlignet videre mot en gruppe funksjonsfriske for å se på likheter/ulikheter mellom gruppene. Prosjektet har til nå blitt analysert opp mot ICF. Kort sagt er ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) en internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse, og beskriver helse og- helserelaterte tilstander som omhandler kroppsfunksjoner og -strukturer, aktivitet og samspill med miljøfaktorer (Helsedirektoratet, 2015, WHO, 2015). Formålet er å se på individets funksjon i den totale sammenhengen, og er svært nyttig til bruk innen rehabilitering, habilitering, geriatri, trygdemedisin og lignende, der helse og funksjon skal vurderes i en større sammenheng. Den er utarbeidet av WHO, og er ment å være både en modell og en klassifisering. Klassifiseringen analyserer både individuelle faktorer og miljøfaktorer, og hvordan de ulike elementene påvirker hverandre.

Til nå har prosjektet kun blitt rapportert til bevilgende instans, samt brukt internt på BHSS. Det har blitt presentert to postere fra resultatene (Gjessing, Jahnsen og Nyquist, 2013) og en artikkel

er underveis, men denne er ikke antatt i skrivende stund. Som bakgrunn for denne oppgaven lå det et ønske om å gå enda dypere inn i materialet enn det som til nå er gjort og studere funnene i forhold til andre teorier, her Antonovskys salutogenetiske perspektiv og Fortmeiers teori om meningsfullhet.

Fokusgruppeintervjuer er brukt som metode, og dette vil bli beskrevet nærmere under metodekapittelet. Med i prosjektet er 24 unge fra hele landet som enten var på rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helseportsenter eller Valnesfjord Helseportsenter, mens noen var tilknyttet Turbo Treningssenter i Bergen. Alle deltakerne er på et eller annet nivå fysisk aktive.

For å få et bedre innblikk i utvalget, vil jeg nå kort presentere de to andre stedene deltakerne er hentet fra;

Valnesfjord Helseportsenter (VHSS) er en privat, non-profit og ideell stiftelse innen spesialisthelsetjenesten, som tilbyr habilitering, rehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering. Senteret ligger like utenfor Bodø, og kan tilby aktiviteter både innendørs og utendørs. VHSS ble i 2012 tildelt ansvaret for den Nasjonale kompetansetjenesten for barn og unge med funksjonsnedsettelse (Aktiv Ung), og jobber i dag mye med å implementere fysisk aktivitet i hverdagen til barn og unge med funksjonsnedsettelse (Valnesfjord Helseportsenter, u.å).

Turbo Treningssenter ligger i Bergen, og er stort behandlings- og treningssenter for ungdom og unge voksne opp til 35 år med funksjonsnedsettelse. Turbo står for **T**rening, **U**tfordring, **R**ehabilitering, **B**evegelse og **O**ptimisme. Senteret tilbyr tilrettelagte treningsmuligheter, med og uten veiledning, for alle ungdommer med funksjonsnedsettelse som vil være i aktivitet og drive regelmessig trening på egenhånd. Det er tilrettelagt slik at alle, uavhengig av funksjonsnivå, skal få muligheten til å trene og bli en del av et sosialt fellesskap. Det er også tilknyttet fysioterapeuter noen dager i uken (Turbo, 2008).

Det man til nå har funnet ut gjennom "Forbli Aktiv" er hovedsakelig hva som fremmer og hemmer vedvarende deltakelse i fysisk aktivitet, og sammenlignet med en gruppe funksjonsfriske ungdommer. Analysen viste flere likheter enn forskjeller mellom de med og uten

funksjonsnedsettelse. Noen av likhetene viser blant annet at de "søker etter den gode følelsen", de sammenligner seg med jevnaldrende, samt at de blir motivert av å være i et treningsmiljø sammen med andre. I tillegg er sosial støtte og betydningen av trenere og kroppsøvingslærere av stor betydning. Det som er spesifikt for deltakerne med fysiske funksjonsnedsettelser i forhold til de funksjonsfriske er at de har ikke noe ønske om å skille seg ut og er veldig oppmerksomme på hva andre synes om dem og hvilke holdninger de ble møtt med. De som er trygge på egne fysiske forutsetninger hadde derimot ingen problemer med å være aktive med jevnaldrende uten funksjonsnedsettelser. I tillegg hadde de flere utfordringer i form av riktig tilrettelegging, transport og tilgjengelighet.

2.4 Annen forskning på området

Internasjonalt er det en del forskning på området fysisk aktivitet og unge, men ennå ikke så mye om fysisk aktivitet og unge med funksjonsnedsettelser. I Norge er det derimot gjort noen studier de senere årene, og dette vil jeg henviser til nedenfor etter et utvalg der jeg ser på det som er mest relevant for å besvare oppgavens problemstilling.

En undersøkelse fra 2011 avdekket at andelen gutter og jenter som følger helsemyndighetenes anbefalinger for barn og unge om minst 60 minutters daglig fysisk aktivitet, synker i løpet av barneårene, og ligger noe lavere hos jenter enn hos gutter, henholdsvis 43 og 58 prosent hos 15-åringene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Om det samme gjelder spesifikt for aldersgruppen til utvalget i denne gruppen, har man ikke tall på, men Sæbu og Sørensen (2010) fant, som nevnt tidligere, at unge med funksjonsnedsettelser mellom 18 og 30 år er mindre fysisk aktive enn funksjonsfriske på samme alder. Og ser man på Helse- og omsorgsdepartementets (2008) tall angående selvopplevd helse, så kan man anta at det samme gjelder for denne gruppen da under halvparten av de spurte opplevde god helse, mot 86 prosent av normalbefolkningen.

Det er også identifisert noen forskjeller innad i gruppen av personer med funksjonsnedsettelser. Hyppigheten av fysisk aktivitet mellom de som har en medfødt og de som har en ervervet funksjonsnedsettelse viser seg å være noe ulikt. Grue (1998) skriver om hvordan unge med

medfødt funksjonsnedsettelse kan bli overbeskyttet av sine foreldre gjennom oppveksten, noe som resulterer i mindre aktivitet. Disse unge har foreldre som vil verne barna sine, og Grue mener at de kanskje ender opp med å gjøre barna en bjørnetjeneste ved å beskytte dem for mye. Sæbu og Sørensen (2010) har også mye av de samme funnene. Dette begrunner de med at det kan være en følge av at personer med ervervet funksjonsnedsettelse ofte har erfaring med fysisk aktivitet fra før de ble skadet/syke, og terskelen for å bedrive fysisk aktivitet dermed er lavere. Samme argumentasjon finner Sherrill & Williams (1996).

Ser vi videre på hva som er sett på i forhold til sosiale relasjoner og deres betydning, kan vi i flere forskningsrapporter se hvordan viktigheten av disse spiller inn, da kanskje spesielt for barn/unge med en medfødt funksjonsnedsettelse. Hvordan deres holdninger spiller inn på graden av fysisk utfoldelse er et aspekt som tas opp flere steder. Tøssebro og Wendelborg (2014) beskriver hvordan foreldrerollen og ulike rollemodeller påvirker fritiden til de unge i forhold til graden av fysisk aktivitet og mulighetene til å delta. Økt foreldretrygghet, ferdighetsutvikling og det å bli møtt med positive forventninger er momenter man til nå har funnet viktige. I en rapport fra NOVA (Grue, 2001) beskrives foreldrerollen ytterligere. Deltakerne i denne undersøkelsen forteller om en oppvekst der de opplevde at foreldrene ofte hadde vanskeligheter med å finne grensen mellom å være overbeskyttende og omsorgsfulle. Det å være for mye tilstede kunne stå i veien for løsrivelse og selvstendigjøring. På den andre siden viser rapporten også hvordan noen foreldre benekter barnas sykdom, og av den grunn ikke gir den hjelpen og støtten barnet kanskje trenger i tillegg til det funksjonsfriske barn gjør (Grue, 2001).

Tøssebro (2014) drar også frem skolen som en viktig arena. Han viser til at flere og flere av de med fysiske funksjonsnedsettelser blir segregert jo eldre de blir. Færre har blitt inkludert i den norske skolen de siste ti årene. Årsaken til dette mener han er at det viser at samfunnet ikke har utviklet seg selv om vi liker å tro det, og ikke bare fordi forskjellene og kravene øker med alderen. Inkludering handler om mer enn å ha muligheten til å gå på skolen samme med andre, nemlig at skolene er villige til å gjøre noe, tilrettelegge, for at det skal bli mulig. I følge Tøssebro (2014) er skolen "navet" i det sosiale livet for barn, og mener da at skolen kan ses på som et utgangspunkt for andre arenaer i livet som for eksempel venner eller fritidsaktiviteter. Grues (2001) rapport fant også dette, og peker samtidig på at barn med nedsatt funksjonsevne ofte har færre venner enn sine jevnaldrende, og dermed kan være ekstra sårbare i forhold til det å miste

venner. Han peker videre på at de fleste med funksjonsnedsettelse ofte er alene om sitt problem. De er den eneste i barnehagen eller klassen, og har ingen å dele sin livserfaring med. Å kunne være en del av et jevnaldersmiljø er viktig med tanke på å få tilgang på de samme fritidsarenaene, og skape seg en identitet i forhold til seg selv og samfunnet (Tøssebro og Ytterhus, 2006). Pensgaard og Sørensen (2002) presiserer også at hvordan man ser på seg selv, selvfølelse og identitet, påvirkes av hvordan samfunnet oppfatter et individs funksjonsnedsettelse.

Astrid Nyquist (2012) beskriver i sin doktorgradsavhandling om barn med funksjonshemming, barnas deltakelse i aktiviteter og sammenhengen mellom ulike kontekster og elementer som kulturell bakgrunn, sosial tilhørighet, tilrettelagte omgivelser og livssituasjoner. Hun viser til at barn liker å delta i de aktivitetene de faktisk er med i, men at mange har et ønske om å være mer fysisk aktive enn det de er. Hun beskriver videre at barna selv har kompetanse til å være aktivt medvirkende i å utforme aktivitetsønsker og mål for deltakelse, noe som bør tas hensyn til når fagpersoner skal legge til rette for deltakelse på ulike arenaer.

En rapport fra NOVA (2009) fant, i en kvalitativ studie der ungdommer og unge voksne med nedsatt funksjonsevne blir intervjuet, både glede og frustrasjon ved deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter. Glede i forhold til at personene følte seg inkludert og akseptert i et fellesskap, mens frustrasjonen ofte hang sammen med ekskludering, som følge av fysiske eller sosiale hindringer, som igjen bidro til et negativt selvbilde. Mange ungdommer og unge voksne så på deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter som mindre viktig, fordi de da fikk bekreftet en følelse av å ikke bli tilstrekkelig inkludert. Man konkluderte med at klare fysiske og sosiale betingelser for deltagelse i aktivitetene, og kunnskap om den enkeltes forutsetninger, var vesentlig for å fremme deltagelse.

I en gjennomgang av dokumenter gjort av Kunnskapsdepartementet (2008), kom det frem til at det er flere tilrettelagte tilbud til barn og unge med funksjonsnedsettelser i tettbygde strøk enn i områder hvor folketallet er lavere. Dokumentstudien har registerdata fra Statistisk Sentralbyrå og 68 kvalitative intervjuer med foreldre og fagpersoner i fylkeskommuner og casekommuner. Lite tilgjengelige aktiviteter, manglende informasjon om tilbud og mangel på menneskelige ressurser ble rapportert å være de viktigste barrierene for deltagelse.

Sæbu og Sørensen (2010) fant, ved å analysere svar på 327 spørreskjemaer fra unge voksne med funksjonsnedsettelse, at nedsatt mobilitet og lav fysisk funksjon var blant faktorene som samsvarte med et lavt aktivitetsnivå. I forhold til personlige faktorer spilte alder, motivasjon og mestringsstrategier, inkludert tro på egen mestring inn (Sæbu og Sørensen, 2010). Det å ha en høy utdanning og god selvopplevd helse, var også viktige faktorer. Indre motivasjon og å inneha en identitet som en fysisk aktiv person ble sett på som viktigst for å velge å være fysisk aktiv. Miljøfaktorer som påvirket deltagelse var pris, tilgjengelighet, utstyr, assistanse og sosial støtte. Dette støttes også av Breiskalbakken (2010). Det å ikke ha behov for aktivitetshjelpemidler eller personlig utstyr, økte deltakelsen, og tilgjengelige aktiviteter i lokalmiljøet, tilgang på funksjonelt utstyr, tilpassede anlegg og god nok informasjon om aktivitetene, var også svært viktig for graden av fysisk aktivitet. Til slutt, funksjonshemmingen i seg selv ser ut til å være en faktor som vil påvirke det fysiske aktivitetsnivået. Alvorlighetsgraden og type funksjonsnedsettelse spiller en stor rolle (Sæbu og Sørensen, 2010). Jo større og mer alvorlig funksjonshemmingen er, jo lavere er aktivitetsnivået.

3 Teoretisk forankring

3.1 Salutogenese

Oppgaven vil bli skrevet med utgangspunkt i en salutogenetisk tankemåte. Dette omhandler hva som er med på å fremme god psykisk og fysisk helse (Malterud og Walseth, 2004). Som en motsats til oppmerksomhet mot hva som gjør en syk, utviklet den amerikansk-israelske sosiologen Aaron Antonovsky (1923-1994) det salutogenetiske perspektivet. Dette begrepet er dannet av det latinske ordet *salus*, som betyr helse eller sunnhet, og det greske ordet *genesis*, som betyr opprinnelse eller tilblivelse. Han satte fokus på kildene til helse og mestring i stedet for kildene til sykdom og dysfunksjon, og mente at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet (Tellnes, 2007). Salutogenesen blir av Antonovsky beskrevet som "Aktiviteter som styrker eller fremmer vår helse" (Antonovsky, 1996). I følge Antonovsky kunne helse forstås som et kontinuum på en akse mellom absolutt sykdom og fullstendig sunnhet. Evnen til å nyttiggjøre seg sin egen situasjon og hvordan man har kapasitet til å bruke tilgjengelige ressurser, ble opplevelse av sammenheng, eller «Sense of Coherence» (SOC). Antonovsky definerer selv "Sense of Coherence" slik, sitat (dansk oversettelse):

”(...) en global innstilling til tingene, der uttrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men dynamisk tillid til, at ens indre og ydre miljø er forudsigelige, og at der er en stor sandsynlighed for, at alting vil gå så godt, som man med rimelighed kan forvente” (Antonovsky 1996).

Denne kapasiteten var en kombinasjon av folks mulighet til å oppnå en forståelse av den situasjonen de var i, og det å finne en mening i å bevege seg i en helsefremmende retning. (Antonovsky, 1996). I tillegg er det viktig å være en del av prosessen, og forstå det som skjer; det å inneha muligheten til å ta egne valg, føle empowerment[†]. Denne sammenhengen beskrives med tre komponenter som er essensielle for å nå målet om sammenheng;

Den første er *forståelse*: Alt som skjer må være forståelig for mottaker og oppleves som ryddig, strukturert og tydelig.

[†] Empowerment kan bety myndiggjøring, bemyndigelse eller styrking (Malterud og Walseth, 2004), men det engelske begrepet vil brukes videre da den norske oversettelsen ikke er presis nok og begrepet er innarbeidet i fagmiljøet.

den neste er *håndterbarhet*: opplevelsen av å ha tilstrekkelige ressurser for å kunne møte de ulike situasjonene i livet.

den siste er *meningsfullhet*: at man føler delaktighet og eierskap i det som skjer.

I følge (Antonovsky, 1996) er det en intern rangering mellom de tre komponentene, der meningsfullhet er den mest sentrale, og blir sett på som en forutsetning for å forstå sammenheng. Derfor vil jeg i denne oppgaven gå videre med å analysere opp mot dette begrepet, og bruke teorier som tar for seg begrepet *meningsfullhet*.

3.2 Motivasjon og meningsfullhet

Områder i livet som betyr mye og som man er veldig engasjert i både følelsesmessig og kognitivt, gir mening. Dersom man forstår livet rent følelsesmessig, kan livssituasjonen gi utfordringer man gleder seg over, i stedet for byrder man gjerne ville vært foruten (NOVA, 2009). Mestring vil for de med nedsatt funksjonsevne, som alle andre, ha en betydning for inkluderingsprosesser på ulike plan. Barn, ungdom og voksne vurderer hverandre med bakgrunn i hvordan vi selv og andre oppfatter vår deltakelse på ulike arenaer (NOVA, 2009).

Susanne Fortmeiers (2005) teori om meningsfull aktivitet, bygger på en tredimensjonal forståelse av begrepet meningsfullhet; en *behovsdimensjon*, en *interessedimensjon* og en *kulturdimensjon*. Denne teorien igjen har sin forankring i Aleksej N. Leontjevs *virksomhetsteori*. Leontjev (1903-1978) var en russisk psykolog som beskrev hvordan menneskets aktivitet er avgjørende for menneskets utvikling (Fortmeier, 2005). I følge Opsahl og Ravn (2003), er virksomhetsteorien en omfattende teori og stadig under utvikling. Den bygger på det å forstå virksomheten som et bindeledd mellom subjekt og omverden, hvordan en virksomhet påvirker og omdannes til en indre mental handling, og hvordan menneskets bevissthet blir gjort om til ytre handlinger, altså et evig kretsløp. Susanne Fortmeier, en dansk ergoterapeut, har tatt i bruk virksomhetsteoriens begreper for å analysere meningsfullhet og hva som gir mening til konkrete menneskers liv (Fortmeier, 2005). Hun har videre systematisert begrepet inn i tre dimensjoner. Her kommer en kort beskrivelse av de tre dimensjonene:

Behovsdimensjonen omfatter fysiologiske behov som hvile, restitusjon, mat, drikke, samt sosiale behov som opplevd sosial støtte, fellesskap, anerkjennelse og selvrealisering. Det er motivene som er styrende for aktiviteten, og derfor vil aktiviteten også oppfattes som meningsfull (Fortmeier, 2005).

Interessedimensjonen omfatter glede ved aktiviteten og motivasjonen man finner i den. Man finner mening ved selve aktiviteten og det umiddelbare resultatet den fører til. Motivet henger sammen med å lære noe nytt, mestring, opplevelser og spenning, og få brukt sin kreativitet på ulike måter. I denne dimensjonen ligger både motiv og mål i selve aktivitetsprosessen. Både utførelsen av aktiviteten og selve aktiviteten oppfattes som interessant og meningsfull (Fortmeier, 2005).

Den kulturelle dimensjonen omfatter de ytre faktorene som er med på å påvirke vår forståelse av meningsfulle aktiviteter. Samfunnsmessig og historisk forståelse vil legge føringer på hva som er mulig og hvordan man opplever meningsfulle aktiviteter. For hver enkelt person blir motiver og verdier utviklet i en gitt sosial og kulturell kontekst i det samfunnet man lever i. Subjektive forhold vil også påvirke hva man opplever som meningsfullt, spesielt når motiv og mål sammenfaller. Det er her samfunnets verdier og holdninger blir avspeilet i motivene. Kulturdimensjonen står på en måte over de to andre dimensjonene fordi motivene og verdiene er utviklet over tid i samspill med omverdenen (Fortmeier, 2005).

4 Hensikt og problemstilling

Masteroppgaven skal ta utgangspunkt i prosjektet "Forbli Aktiv", som ble gjennomført på Beitostølen Helseportsenter i 2013. Jeg vil i denne oppgaven fordype meg i hva som gjør at unge med funksjonsnedsettelse er fysisk aktive med et helsefremmende perspektiv. I "Forbli Aktiv"-prosjektet er hva som hemmer og fremmer fysisk aktivitet blant unge voksne i alderen 16 til 25 år, både med og uten funksjonsnedsettelse, sett på som en helhet opp mot miljø- og individuelle faktorer (ICF), og videre om det er noen forskjeller mellom gruppene. Det er beskrevet hva slags tilbud ungdommen ønsker seg og hva som motiverer. Med tanke på det man allerede har funnet i "Forbli Aktiv" og et ønske om å gå dypere inn i dette, er problemstillingen som følger:

Hva er det som gjør at ungdom og unge voksne med fysiske funksjonsnedsettelse velger å være fysisk aktive?

Målsettingen vil være å finne ut hvilke faktorer ungdommen selv mener er viktige for å være i fysisk aktivitet, og få et dypere innblikk i hva de tenker rundt seg selv og sin egen identitet i forhold til fysisk aktivitet. Ved å analysere fokusgruppeintervjuene håper jeg å få utdypet både individuelle forutsetninger, samt interaksjon mellom individ og omgivelsene rundt. Deretter vil jeg se det opp mot valgt teori og tidligere forskning på området.

5 Metode

5.1 Design

Ordlyden i problemstillingen; "Hva er det som gjør at ungdom og unge voksne med fysiske funksjonsnedsettelse velger å være fysisk aktive?", viser til et ønske om å finne ut mer og studere deres livsverden og tanker bak hvorfor de velger å være i aktivitet. Derfor er kvalitativ metode benyttet. Kvalitativ forskning er som regel plassert inn under hermeneutikken og eller fenomenologien. Fenomenologi som tilnærming fokuserer på å forstå personers livsverden og meningen hendelser har for livet til forskningspersonene (Grønmo, 2004). Derfor vil dette perspektivet ligge til grunn for å forstå livsverdenen til deltakerne i mitt utvalg, og få analysert hva som ligger av forståelse i deres verden. I fenomenologiske studier er det deltakernes erfaringer og meninger man søker, og det er derfor viktig å ikke la egne erfaringer og opplevelser dominere forskningen (Grønmo, 2004).

I prosjektet "Forbli Aktiv" som masteroppgaven bygger på og tar sikte på å analysere videre, er det allerede gjennomført fokusgruppeintervjuer. Det er også gjort en analyse med utgangspunkt i ICF. Dette er beskrevet i kapittelet 2.3. For å søke mer informasjon om hva unge med funksjonsnedsettelse har av erfaringer med hva som påvirker det å være fysisk aktiv, ble fokusgruppeintervjuer valgt som metode da det blir regnet som en godt egnet metode for nettopp å få frem deltakernes erfaringer og perspektiver (Kvale og Brinkmann, 2012). Min oppgave har da vært å analysere transkribert materiale, og sette dette opp mot relevant teori og tidligere forskning. På bakgrunn av mine resultater kan man forhåpentligvis utvikle ny informasjon og kunnskap for å kunne svare på problemstillingen.

Semistrukturert intervju ble valgt da dette er et godt valg når hensikten er å nærme seg deltakernes livsverden og eget perspektiv på egen hverdag. Man får deltakernes egne tolkninger på fenomener man ønsker å utdype, og man kan få beskrivelser som reflekterer forskjeller av et fenomen, uten å ende opp med veldig faste kategorier (Kvale og Brinkmann, 2012).

En klar fordel med kvalitativ metode, er at man får mer dybde i svarene og et innblikk i deltakernes oppfatninger, tanker og følelser. I tillegg gir det mulighet for oppfølgingsspørsmål og

utdypende svar. Ulemper med denne metoden er at den fort kan bli farget av forskerens bakgrunn og forforståelse av temaet. Det er også vanskelig å trekke bastante slutninger og generalisere svarene, men dette vil heller ikke være hensikten (Kvale og Brinkmann, 2012).

5.2 Fokusgruppeintervju

Kvalitative metoder egner seg godt for å utforske erfaring og mening, og i dette tilfellet gruppers samhandling og erfaring. I følge Malterud (2013) skal man ikke få en presentasjon av det fenomenet man studerer, men åpne nye dører og se nye sider av et relativt ukjent felt. Deltakere samles i en eller flere grupper med en ambisjon om å utnytte gruppens samhandling for å få frem erfaringer og fortellinger vi kanskje ikke ville fått i enkeltintervjuer.

I følge Kvale og Brinkmann (2012) er målet å produsere kunnskap gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson(er). En fokusgruppe består som regel av seks til ti personer, og ledes av en moderator. Denne formen skal få frem mange ulike synspunkter på en sak, og legger til rette for ordveksling og diskusjon. En god gruppedynamikk er vesentlig for å produsere data som ikke ville kommet frem dersom deltakerne ikke var trygge på hverandre (Kitzinger, 1995). Moderatoren spiller en viktig rolle, og det er han/hun som styrer temaet og passer på at alle kommer til ordet og blir hørt. Den kollektive ordvekslingen kan gjøre at det kommer spontane og følelsesmessige reaksjoner, og er derfor egnet for å utforske nye områder. Interaksjonen blant gruppemedlemmene produserer noe som ikke kan reduseres til bare det individuelle eller en gruppes mening, men gruppen kan brukes til å utfylle hverandre eller få frem nye meninger. (Kvale og Brinkmann, 2012).

Madriz (2000) argumenterer for bruken av fokusgruppeintervjuer i studier der man særlig er opptatt av holdninger, erfaringer og hvordan kunnskap produseres og brukes i en bestemt kulturell kontekst. Dette gjør fokusgruppeintervjuet spesielt egnet til å beskrive verdier i spesielle kulturer og subkulturer. Som for eksempel en arbeidskultur eller personalets holdninger til minoriteter (Kitzinger, 1995). Når det gjelder mitt utvalg, var det viktig å få frem deltakernes perspektiver på deres forhold til aktivitet, og hvilke begrensninger og barrierer som kunne vanskeliggjøre det, samt hva som motiverte. Å stille åpne spørsmål og la deltakerne styre mye av

samtalen (innenfor visse rammer), er av betydning for å få frem deres meninger og holdninger. Derfor ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide (Vedlegg 3).

5.3 Rekruttering og utvalg

I denne oppgaven er det benyttet fem fokusgruppeintervjuer med til sammen 24 deltakere, 4-8 i hver gruppe. Det er 11 kvinnelige og 13 mannlige deltakere mellom 16 og 26 år. I utgangspunktet bestod prosjektet "Forbli Aktiv" av seks grupper med tilsammen 32 deltakere, 17 kvinnelige og 19 mannlige, med en gjennomsnittsalder på 18 år. Jeg har valgt å ikke ta med gruppen med funksjonsfriske da det ikke var det perspektivet jeg ønsket i min oppgave, og heller ikke skulle sammenligne denne gruppa mot de med funksjonsnedsettelse. I følge Malterud (2012) skal gruppene settes sammen ut fra en balanse som er fornuftig mellom variasjon og homogenitet. Homogenitet ønskes for at deltakernes samhandling skal gi konstruktive assosiasjoner, mens variasjon ønskes for å gi en bredde i erfaringene.

Deltakerne ble rekruttert fra Beitostølen Helse- og idrettsanlegg, Valnesfjord Helse- og idrettsanlegg og "Turbo" treningssenter i Bergen, som er et treningssenter for unge med funksjonsnedsettelse. Ansatte på de ulike stedene var ansvarlige for rekrutteringen. Det ble gjort to fokusgruppeintervjuer ved Beitostølen Helse- og idrettsanlegg og Turbo treningssenter i Bergen, mens det var én gruppe fra Valnesfjorden Helse- og idrettsanlegg.

Inklusjonskriteriene var et ønske om å delta, samt evnen til å forstå og respondere adekvat på spørsmålene som ble stilt. Det var ingen eksklusjonskriterier. Intervjuene foregikk omtrent i samme tidsperiode, januar til april i 2013 på de respektive stedene, og ble gjennomført av en og samme person. En assistent var med hver gang for å sikre god kommunikasjon og notere den non-verbale kommunikasjonen som ikke kommer med på lydbåndet.

Det er omtrent like mange deltakere over som under 20 år. Disse hadde ulike former for funksjonsnedsettelse; cerebral parese (n=6), spina bifida (ryggmargsbrokk) (n=4), muskelatrofi (n=2), cystisk fibrose (n=1), reumatoid artritt (leddgikt) (n=1), amputasjon (n=1) og andre sjeldne diagnoser (n=9). Deltakerne hadde varierende erfaring med fysisk aktivitet fra tidligere.

Alle deltakernes funksjonsevne ble vurdert ut i fra GMFCS 1-5 (Gross Motor Function Classification System) som i utgangspunktet er et verktøy for å kartlegge funksjonen til mennesker med cerebral parese etter en gradering fra 1 til 5, der 1 er det beste (Vedlegg 2). For eksempel kan man ved nivå 1 uproblematisk bevege seg både innendørs og utendørs, samt gå trapp uten støtte fra hendene. Man har også god balanse, koordinasjon og hurtighet. I andre enden av skalaen, nivå 5, har du nedsatt viljestyrt kontroll av bevegelser og evnen til å holde nakke- og hodeposisjonen mot tyngdekraften. Man kan heller ikke gå, sitte eller stå uten hjelp (Cerebral palsy, 2015).

Årsaken til at dette verktøyet ble benyttet, er at det, til tross for at det er beregnet på personer med cerebral parese, også er et egnet verktøy for generell gradering av funksjonsnedsettelse. Da deltakerne hadde mange ulike typer funksjonsnedsettelse, trengte man et felles verktøy, og GMFCS kartlegger grovmotoriske funksjoner som kan gjelde alle (Cerebral palsy, 2015).

Tabell 1 gir en oversikt over utvalget i form av kjønn, funksjonsevne (GMFCS), aktivitetshyppighet per uke og eksempler på deres hovedaktiviteter. Det var åtte deltakere på nivå 1, fire på nivå 2, tre på nivå 3, åtte på nivå 4 og en på nivå 5. Begge kjønn er representert i alle gruppene, dog hadde én gruppe kun én mann. Det er ingen tydelig sammenheng mellom antall dager pr uke med aktivitet og funksjonsevne.

Tabell 1: Oversikt over deltakere i studien

GMFCS; Gross Motor Function Classification System: 1=gange uten hjelpemidler, 5=elektrisk rullestol (Gjessing, Nyquist og Jahnsen, 2013), antall aktivitet per uke og type hovedaktivitet. Gruppene er skilt fra hverandre med farge.

Kjønn	GMFCS 1-5	(dager aktivitet pr uke)	Hovedaktiviteter
K	1	0-1	Svømming, løpe
M	1	5+	Sjonglering, kondisjon, styrke
M	1	2-4	Slalåm, gå tur, kroppsøving
M	1	5+	Treningsstudio/"pumping"
M	4	5+	Styrke, sykkel, skinnetrening
K	1	2-4	Treningsstudio, ski, fotball
M	2	2-4	Treningsstudio, gå tur
K	3	2-4	Rullestolbasket, styrke, yoga
K	4	2-4	Rullestolbasket, kjelkehockey, sit-ski, kajakk, fjellturer
K	4	0-1	Styrke, kondisjon
K	4	0-1	Styrke, tøyning
K	2	2-4	Styrke, kondisjon
M	4	2-4	Styrke, svømming
K	1	2-4	Styrke, kondisjon
K	1	2-4	Styrke, kondisjon, ballspill
M	4	0-1	Styrketrening
K	3	0-1	
M	5	0-1	Walker (ståstol)
M	4	0-1	El-innebandy
M	4	2-4	Walker, trening på gulvet, rullebrett
M	1	2-4	Skitur, treningsrom, gåtur
M	2	2-4	Sykling, el-innebandy
K	2	0-1	Kroppsøving, av og til tur med hund
M	3	2-4	Svømming

5.4 Intervjuguide

Vanligvis skal utvikling av intervjuguiden bygge på en presis problemstilling (Malterud, 2013). I mitt tilfelle ble problemstillingen laget etter intervjuene ble gjennomført. Intervjuguiden fikk jeg utdelt sammen med resten av materialet, og hadde derfor gjennomgått både den og materialet flere ganger. En intervjuguide er et slags manuskript man følger under intervjuet. Hvor strukturert det er avhenger av formålet. I denne oppgaven ble det valgt å benytte en

semistrukturert intervjuguide. Dette fordi man skulle få best mulig åpenhet og muligheter til å komme med innspill. Guiden inneholder da en oversikt over emner, samt forslag til spørsmål. I følge Malterud (2013) er det viktig å på forhånd lese seg opp og skaffe god innsikt og kunnskap for å lage best mulig spørsmål. Hovedkomponentene i intervjuguiden var sju temaer, og disse sju var;

1. Hva forbinder du med begrepet fysisk aktivitet?
2. Hva er din tidligere erfaring med fysisk aktivitet?
3. Opplever du noen utfordringer (begrensninger) ved deltakelse i fysisk aktivitet?

I tilfelle hvilke?

4. Hvordan kan det legges til rette for at du skal delta i fysisk aktivitet?
5. Hvilke grunner har du for å delta i fysisk aktivitet?
6. Hvilke grunner har du for å ikke delta i fysisk aktivitet?
7. Hva kan øke din deltakelse i fysisk aktivitet?

Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men brukt som et hjelpemiddel for å komme gjennom de temaene man ønsket å belyse, som er i tråd med hva Malterud (2012) anbefaler.

5.5 Datainnsamling

Da det ikke er jeg som har gjennomført denne delen av prosjektet, vil jeg her gjengi hva som ble gjort av de ansvarlige for "Forbli Aktiv". Informasjonen er hentet fra intervjuer/ansvarlig for prosjektet.

5.5.1 Forberedelse og gjennomføring av intervju:

Intervjuene ble gjennomført på de respektive stedene deltakerne oppholdt seg. Deltakerne ble intervjuet på slutten av oppholdet (VHSS og BHSS) da dette kunne føre til at de følte seg tryggere på hverandre og dermed ga mer i intervjuene. På Turbo treningssenter ble deltakerne delt i to ulike grupper; den ene gruppa hadde noen års erfaring med trening, mens den andre gruppa hadde ikke vært fysisk aktive så lenge, og trente en del mindre enn den andre gruppa.

Gruppene ble delt på denne måten for å skaffe mer homogenitet i gruppene, noe som ble ansett som riktig valg i denne settingen.

Det ble under intervjuene brukt en og samme intervjuer/moderator, og tre forskjellige sekretærer. Dette hovedsakelig av praktiske årsaker, samt at flere som jobbet på teamet kunne være med å få innsikt og kjennskap til prosjektet og hva deltakerne sa. Sekretærene var av yrke; sosionom, idrettspedagog og fysioterapeut. Hvert intervju varte omtrent 1,5 time.

Underveis noterte moderator og sekretæren ned stikkord i tilfelle lydfilen streiket.

Intervjuobjektene hadde på navneskilt. I noen grupper av det lettere å få praten til å gå enn andre grupper. Dersom det var vanskelig å få praten i gang, ble løsningen å "ta runden". Dette varierte fra gruppe til gruppe og spørsmål til spørsmål. Helst ser man at det er god nok flyt til at det går av seg selv, men i noen tilfeller var det nødvendig å styre såpass for å få hentet ut nok informasjon. Intervjuer prøvde å få alle til å si noe og at ikke den samme begynte først hver gang slik at "runden" ble farget av denne personen hver gang.

5.5.2 Etterarbeid:

Etter intervjuene var gjennomført, hadde intervjuer og sekretær noen minutter sammen for å snakke om inntrykk og hvordan de synes gjennomføringen gikk. Intervjuer transkriberte deretter så fort som mulig (innen et par dager) mens intervjuet fortsatt satt friskt i minnet, og man husket hvem som satt hvor og det non-verbale som utspant seg. Intervjuer har vært nøye med å notere det non-verbale slik at man får inntrykk av pauser, krent og lignende. Da intervjuene var ferdig transkribert, ble de sendt til sekretær for gjennomlesing. For å sikre anonymitet ble alle navn, stedsnavn og navn på idrettslag/klubber byttet ut.

5.5.3 Datalagring:

All data ble oppbevart i et låst skap ved Beitostølen Helseportssenter. I tillegg ble det lagret på en ekstern enhet som var innelåst i et annet skap. Jeg har fått tilgang på materialet ved å fysisk hente filene på en ekstern harddisk, og deretter lagre dette på en minnepinne innelåst i en skuff. Jeg har derimot ikke noe materiale som deltakerne kan identifiseres gjennom, men valgte allikevel å låse den informasjonen jeg fikk for å være på den sikre siden.

5.6 Forskerrollen - egen forforståelse og refleksivitet

Når man gjennomfører en kvalitativ analyse, er det viktig å være bevisst på forskerens rolle. I følge Malterud (2012) finner tolkningsprosessen sted ut fra en posisjon og perspektiver som er bestemt av vår egen forforståelse. Forskerens ståsted, faglige interesser, personlig erfaring og motiver er med på å avgjøre hele forskningsprosessen, fra valg av problemstilling til tolkning og formidling (Malterud, 2013). Som forsker har man derfor et særlig ansvar for å synliggjøre de valgene man har gjort og reflektere over sin egen rolle i forskningsprosessen (Malterud (2012)). Det har også vært viktig å gjennomgå de valgene og funnene jeg har gjort helt fra begynnelsen av prosjektet, slik at det var flere øyne som så materialet og om funnene var farget av min forforståelse.

I denne studien, har både forskningsansvarlig på prosjektet og meg selv, bakgrunn som fysioterapeuter. Forskningsansvarlig jobber på Beitostølen Helseportsenter ved Forskningsavdelingen, men har tidligere jobbet mer klinisk. Min bakgrunn er flere års klinisk erfaring som fysioterapeut, og de senere årene tilknyttet Norges Kjelkehockeylandslag som fysioterapeut. Vår faglige bakgrunn har vært med på å tolke prosjektet hele veien, helt fra hva vi ville finne ut, til analysen og diskusjonen av materialet. Selv om begge to er fysioterapeuter, har vi også mest sannsynlig en ulik bakgrunn og et ulikt utgangspunkt når det gjelder bakgrunnskunnskap. Forskningsleder har i flere år jobbet innenfor den gruppen som studien omhandler, og vil nok ha en mye bredere kunnskapsplattform enn det jeg har tilegnet meg.

I fenomenologisk forskning er poenget å finne hva deltakerne mener og sier om sin egen livsverden, så derfor har det vært nødvendig å prøve å legge fra seg forforståelsen, og heller se etter hva deltakerne egentlig sier og mener.

5.7 Analyse

Da det er andre enn meg som har samlet inn data, og jeg først kom inn i bildet da all innsamling var gjort, ble det på flere måter utfordrende å analysere materialet. For det første er det ikke jeg som "eier" intervjuet, og måtte da finne en god måte å analysere et arbeid som jeg ikke kjenner fra begynnelsen. I følge Kvale og Brinkmann (2012) er det alltid lurt å vite hva du ser etter og hvordan du skal analysere før man utfører intervjuene. Derfor har jeg fått god informasjon om

hvordan intervjuene har blitt transkribert og hvilken analysemetode som er valgt i den jobben som allerede har blitt gjort. Jeg har også gått gjennom transkriberingen flere ganger. I tillegg har jeg fått god hjelp og veiledning for å finne perspektiver og informasjon, som de som kjenner prosjektet vet er relevante. Jeg har valgt å benytte meg av en systematisk tekstkondensering etter Malterud (2013), men i en noe modifisert utgave enkelte steder da jeg synes det passet min arbeidsform bedre.

5.7.1 Systematisk tekstkondensering

Malterud (2013) beskriver metoden i fire trinn. I første trinn skal man bli kjent med materialet og danne seg et helhetsinntrykk. Forskeren skal legge vekk sin forforståelse, og forsøke så godt han kan å være åpen og beholde et fugleperspektiv. Når forskeren så har lest gjennom alt, skal det som skiller seg ut som hovedtemaer skrives ned. Det er ikke et mål at dette samsvarer med hovedtemaene i intervjuguiden. Dersom det gjør det kan vi være fanget av vår forforståelse.

I andre trinn organiseres materialet nærmere, og vi skal sortere ut det som kan belyse problemstillingen. Teksten gjennomgås systematisk, og de meningsbærende enhetene identifiseres. Dette kalles koding, og sammenlignes med dataene vi fant i første trinn. Man tar utgangspunkt i temaene, men etterhvert som teksten gjennomgås, ser man kanskje behov for nye koder eller å endre kodenavnene. Noen temaer kan deles i flere kodegrupper, mens andre kan slås sammen eller endres. Vi ser også om kodene representerer fenomener av samme type, og hvilke koder som har noe til felles. Her overveier vi også hvilke temaer vi skal gå videre med, og som belyser problemstillingen (Malterud, 2013).

I neste, og tredje trinn, skal teksten kondenseres. Vi henter ut mening i de kodene vi har, og skal stå igjen med tre til seks kodegrupper med meningsbærende enheter. I de gruppene det er få meningsbærende enheter, må vi se om det er nok til å gå videre med. Dersom det er for mange meningsbærende enheter i en annen gruppe, må man vurdere om dette skal deles opp i flere grupper. I dette trinnet har vi begynt å analysere teksten ut i fra faglig bakgrunn og forforståelse. Man kan dele inn hver kodegruppe i subgrupper, og her lages det kunstige sitater, kondensater, som er omskrevne setninger med utgangspunkt i de meningsbærende enhetene. Kondensatet skal

brukes i som et arbeidsnotat man tar utgangspunkt i resultatpresentasjonen man kommer over på i det siste trinnet i prosessen.

I det fjerde og siste trinnet rekontekstualiserer man - setter sammen- alle bitene igjen. Her skal tekstdelene sammenfattes i en tekst som gjenforteller og beskriver det intervjuobjektene har sagt. Man tar utgangspunkt i den teksten som ble skrevet i trinn tre, og lager en analytisk tekst for hver subgruppe som sier noe om problemstillingen. Man kan bruke uttrykk hentet fra meningsbærende enheter, men må passe på så man ikke ender opp med masse sitater. Teksten er analytisk og representerer resultatene i forskningsprosjektet. Forskeren skal gjenfortelle og skal formidle essensen fra flere historier. Man kan gjerne illustrere funnene sine med sitater fra deltakerne. Helt til slutt skal man vurdere om den nye teksten har sammenheng med de transkriberte intervjuene der innholdet er hentet fra, og om det kunstige sitatet, kondensatet, fortsatt er dekkende og illustrerer meningen godt nok. Funnene analyseres opp mot empiri og teori, og også tidligere funn. Dersom det man finner er det samme som er funnet tidligere, har ikke funnene så mye verdi, og man bør gå gjennom analysen en gang til for å se om man kan belyse noen andre dimensjoner.

5.7.2 Systematisk tekstkondensering av innsamlet materiale

Trinn 1: Helhetsinntrykk og inndeling av temaer

Alle intervjuene ble lest gjennom, og innholdet ble grovsortert i temagrupper. Jeg kom først frem til ti temaer. For å få en enda bedre oversikt, og for å gjøre det mer systematisk for meg selv, la jeg inn teksten fra intervjuene under hver enkelt overskrift. Da ble det lettere å få oversikt, og det hjalp meg også til å se hvilket tema det ble snakket mest om. For å skille de ulike fokusgruppene, fikk hver gruppe sin egen tekstfarge. Dette hadde ingen praktisk betydning annet enn at det ble lettere for meg å skille teksten. I følge Malterud (2013) er det lett å bli farget av sin forforståelse og ende opp med gruppenavn som er tilnærmet lik intervjuguiden. Jeg prøvde å "glemme" spørsmålene mens jeg gikk gjennom intervjuene, slik at kun meningen i innholdet skulle komme frem. Det ble allikevel noe av det samme som spørsmålene, men jeg så etterhvert at de punktene som fikk mye tekst, kunne deles inn i subgrupper også. Til slutt endte jeg opp med åtte temaer som det ble naturlig å dele teksten inn i;

1. Hva er fysisk aktivitet - begrepsavklaring
2. Erfaring med fysisk aktivitet
3. Tilrettelegging
4. Trene med funksjonsfriske eller ikke.
5. Motivasjon for deltakelse
6. Sosiale relasjoner
7. Hindringer og begrensninger
8. Alder

Teksten fra intervjuene ble beholdt i sin helhet. Den ble kopiert direkte fra transkriberingsmaterialet slik at alle opprinnelige utsagn ble stående. Det viste seg å bli mest tekst under overskrift 3 og 5.

Trinn 2 - Meningsbærende enheter - fra tema til koder

I andre trinn gikk jeg gjennom åtte temagruppene og fant meningsbærende enheter. Disse meningsbærende enhetene danner hovedmeningen av funnene under hver enkelt temagruppe. Da jeg hadde gruppert de meningsbærende enhetene, så jeg at noe gjentok seg selv, og stod under flere kategorier. Blant annet hadde jeg opprinnelig med en gruppe som het *alder*, men denne gruppa gikk etter hvert under temagruppe 2; *erfaring med fysisk aktivitet*, og en gruppe som het *hindringer og begrensninger*, men denne ble delt opp, og lagt inn under *motivasjon og tilrettelegging* da den hadde mye av det samme innholdet som disse to temaene. Dermed endte jeg med fem temagrupper. Det første dreier seg om begrepsavklaring av fysisk aktivitet, mens de fire siste grupperer funnene;

1. Hva er fysisk aktivitet - begrepsavklaring
2. Erfaring med fysisk aktivitet
3. Tilrettelegging
4. Trene med funksjonsfriske eller ikke.
5. Motivasjon for deltakelse

Med utgangspunkt i de meningsbærende enhetene, så jeg at det dannet seg to hovedperspektiver

blant deltakerne. Jeg endte til slutt opp med disse to kodegruppene som jeg heretter vil kalle hovedgruppene:

1. Jeg er fysisk aktiv fordi...
2. Jeg er fysisk aktiv til tross for...

Jeg er fysisk aktiv fordi... omhandler hva som driver de unge til fysisk aktivitet, hvorfor de velger å starte på noe og/forbli aktive. Denne gruppen tar for seg forhold som virker positivt inn og som ungdommene mener motiverer. Den neste gruppen, *Jeg er fysisk aktiv til tross for...* omhandler hva som kan sees på som begrensninger, for eksempel selve funksjonsnedsettelsen eller dårlig tilrettelegging.

Utsagnene fra temagruppe 1 "Hva er fysisk aktivitet - begrepsavklaring" blir brukt som bakgrunn for deltakernes forståelse av begrepet. Dette vil også bli analysert, men anvendes mer som et utgangspunkt for videre analyse og diskusjon av studien. Derfor blir også dette punktet tatt ut av figuren (figur 1) og beskrives alene som en forståelse.

Trinn 3 - Kondensering

Her jobbes det videre med de meningsbærende enhetene ut fra de temagruppene jeg har. I første omgang tok jeg for meg hver og enkelt temagruppe. Det var såpass mange utsagn under hvert tema, så det måtte deles videre inn i subgrupper. I *motivasjon* ble subgruppene delt inn i: *helse og kropp, sosiale relasjoner, glede/tilfredsstillelse* og *mestring*. Deretter ble utsagn i hver subgruppe gjennomgått. Det var flere utsagn som hadde samme mening, og disse ble slått sammen til kunstige sitater. Under dette punktet er det viktig å prøve å bevare den nøytrale meningen slik at ikke de kunstige sitatene blir farget av min forståelse. Sitatene kan ha blitt farget av min bakgrunn og min forforståelse som fysioterapeut, men jeg forsøkte allikevel å lage sitater hvor betydningen var nær det jeg forsto deltakerne mente i sine opprinnelige utsagn. Jeg beholdt fargekodene fra de opprinnelige intervjuene slik at de kunstige sitatene senere kunne spores tilbake til de originale fokusgruppene.

Trinn 4 - Rekontekstualisering

I siste trinn ble alt satt sammen til en sammenhengende tekst. Jeg gikk fra å skrive i «jeg-form»

til å skrive i tredjeperson for å tydeliggjøre at jeg gjenfortalte det deltakerne hadde sagt i intervjuene. Her skal man sette sammen tekst som sammenfatter de meningsbærende enhetene fra forrige trinn sammen med sitater. Til gjennomgikk jeg igjen de transkriberte intervjuene og leste gjennom disse for å se om jeg kunne kjenne igjen det som nå sto i den analytiske teksten. Dette vil nå presenteres under de respektive punktene de hører inn under i resultatkapittelet.

Et eksempel på trinn 2-4 er lagt som vedlegg. (Se Vedlegg 4).

5.8 Ethiske betraktninger

Helsinkideklarasjonen slår fast at vitenskapens og samfunnets behov for ny kunnskap aldri kan forsvare at forskningssubjektet utsettes for unødige (og ufrivillige) ubehag og risiko (Førde, 2013). Før et prosjekt settes i gang, er det viktig at alle formelle krav er i orden og godkjent av de instansene som kreves for at et prosjekt skal kunne gjennomføres og godkjennes (Malterud, 2013). Når det gjelder formelle krav, er det sendt inn og fått godkjenning av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), ref.32513 / 3 / 1B (Vedlegg 6). Regional etisk komité (REK) trengte ikke å godkjenne da prosjektet ikke er å regne som et medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt, og derfor faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 (Vedlegg 5). Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK, ref 2012/1990/REK sør-øst D. Det var ikke behov for å sende inn endringsmelding til NSD om videre lagring av data og forlengelse av prosjektperioden. Hele masteroppgaven er bygget på de etiske retningslinjene som Helsinkideklarasjonen bygger på med tanke på bevare konfidensialitet, informasjon på forhånd, underveis og i etterkant, taushetsplikt og oppbevaring av data.

Informert samtykke: Alle deltakerne fylte ut en samtykkeerklæring på forhånd, samt demografiske variabler. Et informert samtykke betyr at det ikke er noe personlig eller ytre press, og deltakeren skal være informert om det i prosjektet som angår han/henne (Dalen, 2011). Alle deltakerne samtykket (Vedlegg 1).

Konfidensialitet: Man skal ikke avsløre deltakernes identitet eller si noe som gjør det gjenkjennbart (Kvale og Brinkmann, 2012). Alle navn på personer er endret, og stedsnavn som

blir nevnt i intervjuene er fjernet. Navn på Helsesportsenteret og treningscenteret er beholdt av hensyn til oppgavens kontekst, men da har jeg vært påpasselig med at alle andre identitetsmarkører er fjernet og at sitatene ikke kan vises til en bestemt person, diagnose eller situasjon.

6 Resultater

I dette kapittelet vil jeg ta for meg resultatene som kom frem etter analysen basert på Malteruds (2013) fire punkter om systematisk tekstkondensering. Det er to hovedkategorier; "Jeg er fysisk aktiv fordi..." Og jeg er fysisk aktiv til tross for..." Disse to punktene er dannet på grunnlag av fire temagrupper (figur 1).

6.1 Begrepet fysisk aktivitet

Dette punktet vil brukes som en forståelse av hva deltakerne legger i begrepet "fysisk aktivitet". De fleste ungdommene definerte begrepet fysisk aktivitet som det å være i bevegelse. Så og si alle var enige om at det var mer enn å bare trene; rett og slett å bevege kroppen. Her blir alt fra fjellturer, turer i skog og mark, samt organisert trening nevnt.

"Bare det å være i bevegelse"

"Nei, jeg tenker egentlig at du går ut døra, du har på deg treningsdressen, at det er tiltak du gjør for å, ja... Det kan være alt mulig fra fjellturer til organisert aktivitet, treningsstudio. Det er egentlig bare at du får en puls"

Uavhengig av funksjonsnivå, så var de fleste enige om dette begrepet. Det å trene var derimot veldig ulikt, og forståelsen ble ofte farget på bakgrunn av funksjonsnivået. Jeg hadde ikke tilgang på hvem som hadde de ulike diagnosene, men ut i fra hva de ellers formidlet gjennom intervjuet, fikk jeg et inntrykk av hvor godt funksjonsnivået var. Det man kan se er at de med et relativt godt funksjonsnivå så på trening som en mer helsefremmende aktivitet. De som hadde mye smerter/stivhet, trente mer for å hindre en forverring og i en mer rehabiliterende kontekst.

6.2 "Jeg er fysisk aktiv fordi..." og "Jeg er fysisk aktiv til tross for..."

Gjennom analysen så jeg at deltakerne argumenterte fra to forskjellige ståsted; "Jeg er fysisk aktiv fordi..." og "Jeg er fysisk aktiv til tross for..." Begge disse punktene kom som et resultat av de fire temagruppene fra analysen, og disse er vist i figur 1. I det første hovedpunktet, "Jeg er

fysisk aktiv fordi..." beskriver underkategoriene hva deltakerne synes virker positivt inn på graden av aktivitet og hva som gjør at de er fysisk aktive. Det andre hovedpunktet, "Jeg er fysisk aktiv til tross for..." vil underpunktene beskrive hva som gjør det vanskelig og utfordrende å være fysisk aktive, men at de til tross for dette velger å utøve fysisk aktivitet, men kanskje ikke på det nivået eller med den hyppigheten og måten de hadde ønsket på grunn av ulike faktorer som vanskeliggjør det. Alle deltakerne er intervjuet på steder der fysisk aktivitet er et hovedmål, og interessen for å være fysisk aktiv er der, selv om kanskje ikke av alle det blir utøvd i like stor grad da intervjuene ble gjennomført. Jeg vil nå videre beskrive resultatene etter temaene under hver hovedgruppe (figur 1):



Figur 1. Oversikt over hovedgrupper og temaer avdekket i analysen

6.2.1 Erfaringer med fysisk aktivitet

Hvor mye erfaring de unge har med fysisk aktivitet, varierer veldig. Også hvilke typer aktiviteter

de har erfaring fra. Det man ser ut i fra fokusgruppeintervjuene er at det deler seg inn i to grupper; de som var mer aktive som barn på den ene siden, og de som har opprettholdt aktiviteten eller har blitt mer aktive som eldre. De som har blitt mer aktive nå, trekker frem at de har funnet noe de synes er gøy å drive på med, i tillegg til at noen også har lært seg å se nødvendigheten og nytten av treningen i forholdt til helsemessige aspekter.

"Eh, jeg har jo alltid trent på en måte da. Jeg har ikke vært noen sånn datafyr."

De som har blitt mer fysisk aktive nå, har gjerne vært igjennom flere ulike idretter og ikke funnet noe som passer helt, eller rett og slett gått lei. I de senere årene har mange funnet en aktivitet/idrett som de ønsker å fortsette med, og dette vil bli beskrevet mer under motivasjonskapittelet.

"Nei, meg, jeg er jo masse i aktivitet nå. Eh, var mye mindre før. Før så satt jeg egentlig bare inne og ikke gjorde noe. Nå er det, så tenkte jeg bare «fuck it», jeg hopper liksom bare i det."

Med årene er det flere som sier de har lært seg å leve med de fysiske begrensningene de har, og ikke ser det som noe hinder for å utføre fysisk aktivitet. Det å bli eldre er også med på å gjøre at de ser viktigheten av fysisk aktivitet i et helseperspektiv, og det i seg selv er motivasjon til å gjøre noe.

Det er vanskelig å se er noen klar forskjell mellom ervervet og medfødt funksjonshemming når det gjelder aktivitetshyppighet, da jeg ikke har oversikt over hvem som har hvilke diagnoser. Ser man utsagnene opp mot hva de sier i intervjuene ellers, kan man få et inntrykk av hvilken gruppe de tilhører, og man ser at det i begge gruppene er delt. Det er noen av deltakerne med medfødt funksjonshemming som har vært ganske passive hele livet, og som fortsatt er det. Men allikevel har de søkt om opphold på Valnesfjord eller Beitostølen helsesportsenter, noe som indikerer at de har et ønske om å drive fysisk aktivitet. Det man ser fra den gruppen med ervervet funksjonshemming, er at mange forteller om en periode der de var aktive før sykdom/skade inntraff. Deretter ble de passive en stund før de gjenopptok fysisk aktivitet på en eller annen måte. Eksempelet under illustrerer dette;

"Eh, jeg var ganske aktiv da jeg var liten og så ble jeg syk, så hadde jeg et opphold hvor jeg ikke var aktiv på

et par år og så begynte jeg sakte å komme i gang igjen og så har det økt nå de siste årene."

I forhold til type aktivitet er det veldig varierende. To av gruppene som er intervjuet trener på Turbo treningscenter, og disse trener da hovedsakelig her. De andre gruppene virket noe mer varierte i sine interesser, her blir alt fra rullestolbasket, el-innebandy til turgåing nevnt.

På den andre siden finner vi de som har mest dårlige erfaringer med fysisk aktivitet. Som nevnt over deler de unge seg i to grupper når det kommer til å være mer fysisk aktive nå enn tidligere, og ved en opptelling viser det seg at det er omtrent like mange i den gruppen som er mer aktive, som den gruppen som er mindre aktive i mitt utvalg uavhengig av type funksjonsnedsettelse. De som har blitt mindre aktive, har blitt det på grunn av flere faktorer, men drar frem *tid* og *skade/sykdom/smerter* som vesentlige faktorer.

"Mm, før gikk jeg mye turer sammen med faren min og sønn, men da hadde jeg alltid vondt i beina etter hvert, og da ble det mye masing, så da sluttet vi med det."

"Men aktiviteter, jeg gikk mer når jeg var liten, nå sitter jeg mer i rullestolen."

Som vi ser fra de to eksemplene over, er det flere som trekker frem sykdommen. Smerter og utfordringer i forbindelse med denne, gjør at fysisk aktivitet blir en negativ opplevelse, og tar mer enn det gir. Mange synes de bruker mye tid og krefter for å få gjennomført det, og at det er vanskelig å tilpasse aktiviteten inn i et ellers så hektisk liv. Skole og jobb tar mye tid, og det å prioritere trening, både organisert og uorganisert, blir vanskeligere etterhvert som man blir eldre.

6.2.2 Tilrettelegging

Når det kommer til tilrettelegging har deltakerne mye å si. Alle har opplevd både god og dårlig tilrettelegging. Stikkordene som går igjen er tilrettelegging fra lærere og fysioterapeuter, tilrettelegging i idrettsklubber, transport til og fra og tilgang og muligheter. I dette punktet tar jeg først for meg de faktorene som kom hyppigst frem av fokusgruppeintervjuene.

Det er flere som snakker om trener/fysioterapeut og lærers rolle. Det at man kan tilrettelegge for eksempel gymtimene slik at man kan være med på egne premisser og samtidig delta sammen med de funksjonsfriske i klassen, er viktig for at man skal ha lyst til å være med i gymtimer/trening. En ung gutt sier:

"Og så prøvde hun (læreren) å tilrettelegge mest mulig sånn at jeg kunne gjøre ting på min måte. En litt annen måte enn de andre i klassen, men at jeg kunne få delta likevel på en måte, og det hjalp jo veldig."

Det at man kan få delta på lik linje med resten av klassen, og ikke holdes utenfor, var viktig både for han og flere andre. Å få være en del av et fellesskap, og det å ha muligheten til å ikke være den eneste som ikke får vært med, blir nevnt av flere. Mange har opplevd at læreren ikke kan nok eller vet hvordan de skal tilrettelegge, og derfor blir sittende og se på i gymtimene på skolen. Flere snakket om at man får mindre og mindre tilrettelegging fra skole og kommune jo eldre man blir, og at spesielt denne overgangen fra barneskole til ungdomsskole er vanskelig.

"Det verste er at vi får ofte den nedgangen når vi begynner på ungdomsskolen fordi at da er det mer opp til oss selv, og så i tillegg er lærerne så utrolig dårlig informert om de ulike situasjonene elevene kan være i."

I tillegg påpekes at det ble lettere og mer motiverende å delta sammen med de andre i klassen når gymkarakteren også ble vurdert ut i fra innsats og ikke bare ferdighet. Flere forteller at de blir mye sittende å se på, og at dette også går ut over karakteren i gym da det på ungdomsskolen blir vektlagt ferdigheter fremfor innsats i timene. Som en sier;

"Nå som jeg går på videregående så er det veldig greit, for innsats er en del av karakteren. Det betyr at jeg kan få en god karakter selv om jeg ikke kan være med på mesteparten, selv om jeg er med på det da... [ler] Jeg er bare med, jeg."

Alle deltakerne har i større eller mindre grad vært tilknyttet en fysioterapeut. Det å ha den samme fysioterapeuten over lang tid, blir påpekt som en viktig innvirkning på aktivitetsnivået. At man har et godt samarbeid og at fysioterapeuten kjenner deg, er viktig trivsels- og motivasjonsfaktor. For de som trener på Turbo treningssenter, er det tilknyttet fysioterapeuter til senteret noen dager i uka, og det er flere av deltakerne som har blitt oppfordret av fysioterapeuten sin til å starte å

trene her mens de var tilknyttet kommunehelsetjenesten.

På den andre siden er det også opplevelser av å falle ut av systemet, erfart av flere. En ung gutt nevner at han ikke får innvilget så mange timer i uka han skulle ønske med støttekontakt. Mens andre opplever at man ikke får tildelt nok timer fra kommunen til oppfølging. I tillegg kan man være i et system som fungerer godt når du er under 18, men så oppleve at man må bytte fysioterapeut når man blir flyttet over i "voksenavdelingen" i kommunen. Hos alle har ikke dette fungert like bra, og noen forteller også at de rett og slett har sluttet.

Når det gjelder tilgang på fasiliteter, viser det seg at det er store forskjeller. Mange er fornøyde med tilbudet, og det som gjør at de ikke har kommet seg i aktivitet, er ofte mangel på informasjon og at de ikke vet hvem de skal henvende seg til. Det man gjerne ser at er i større kommuner og tettsteder, er det også større tetthet av tilbud. Man har større valgmuligheter, og det er også flere som er i samme situasjon slik at man har muligheten til å trene sammen med noen, og også danne lag dersom man måtte ønske det.

"... Altså når jeg søkte på internett nå for eksempel for å finne ut mer om sit-skimiljø, så står det veldig dårlig og veldig lite informasjon på internett faktisk. Så det er ikke bare bare å finne ut av alt som skjer."

Deltakerne savner et sted de kan finne ut hvilke tilbud det er for de med funksjonsnedsettelse, og flere nevner at det burde vært på kommunenes eller idrettslagenes hjemmesider. Ofte kommer de i kontakt med miljøer ved en tilfeldighet, men gjerne via fysioterapeut eller venner. Ei jente forteller at hun var og så på en basketkamp for stående, og at det tilfeldigvis var en oppvisning med rullestolbasket i pausen. Dette resulterte i at hun startet med rullestolbasket.

Det at aktivitetene er lette komme seg til og ikke er altfor langt unna, er også en viktig faktor. For mange er det slitsomt å forflytte seg rundt, og det at dette blir en tilleggsaktivitet til trening, kan påvirke motivasjonen. En av deltakerne forteller for eksempel om at turløypene egentlig er ganske nærme, men det er såpass langt at hun ikke gidder fordi hun blir utslitt før hun får begynt. Det at "vinninga går opp i spinninga", er et gjennomgående tema. Noen nevner også de større perspektivene, det med at selve samfunnet burde vært mer tilrettelagt, og trekker frem universell utforming som en mer gjennomgående utforming i samfunnet generelt, mens andre igjen forteller

om hvordan transporten er det mest problematiske, hvertfall dersom de er avhengige av taxi eller foreldre for å komme seg rundt. Dette innebærer ofte mye venting, og en jente sier også at hun noen ganger må vente i timer på at taxien skal komme. For noen er ikke kollektivtransport et alternativ; enten fordi det ikke passer i forhold til tidspunkter og sted, eller fordi de rett og slett er for dårlig fungerende. Dette kan naturligvis vanskeliggjøre at fysisk aktivitet er en positiv del av hverdagen.

"Det må i tilfelle være transportmuligheter hjemmefra og til aktiviteten. Vi skal nok alltid finne en løsning bare vi er kommet oss dit vi skal."

Når det gjelder idrettsklubber og treningsentre, så synes mange at det hadde vært mer motiverende om det ble tilrettelagt slik at de kunne trene på lik linje og sammen med funksjonsfriske. Dette kommer det mer om i neste punkt.

6.2.3 Valg av treningspartner/sted

Det å kunne velge selv hvem man ville trene med, er et viktig punkt. Det handler mye om empowerment og muliggjøre egne valg. De fleste er enige om at det aller beste tilbudet hadde vært å deltatt på aktiviteter/trent et sted som man kunne være sammen, både de med nedsatt funksjonsevne og funksjonsfriske. Ideelt sett skulle det vært muligheter for tilrettelagte aktiviteter, men også anledning til å trene sammen med funksjonsfriske venner eller familie.

"Jeg tenker det må være tilbud som er eksklusivt for funksjonshemmede, men også må det være mulig for de funksjonshemmede som ønsker det å trene med funksjonsfriske. Både det at funksjonshemmede kan komme i kontakt med funksjonsfriske, men og at funksjonshemmede på en måte slipper, hvis man kan bruke det ordet, å bare omgås andre funksjonshemmede."

Det å fritt kunne å velge hvem man vil trene med, og ikke bare komme i en gruppe fordi man har nedsatt funksjonsevne, virker som en viktig faktor. Flere sier at selv om de aksepterer at de er annerledes, vil de allikevel ha muligheten til å være så "normale" som mulig. To av gruppene fra fokusgruppeintervjuene er, som tidligere nevnt, fra Turbo treningsenter i Bergen, et treningsenter som er tilrettelagt og spesielt tilpasset unge med nedsatt funksjonsevne. De fleste i denne gruppen synes det er et positivt tilbud, og et fristed der man slipper å føle seg annerledes

da alle er i samme situasjon. Dette er både befriende og godt, selv om et par av deltakerne skulle ønske de kunne ta med seg funksjonsfriske venner.

I de andre gruppene er det mer blandede meninger. Som nevnt synes de fleste det er bra å få velge hvem man vil trene med, men det er noen som føler at det er fint å slippe å skille seg ut og at de derfor de "må" trene på tilrettelagte sentere, som Turbo i Bergen. Et eksempel på det å kunne trene med hvem man vil gir, illustrerer det mange av de intervjuede sa;

"Det at man kanskje ser litt annerledes ut, går litt annerledes, beveger seg litt annerledes, man føler kanskje at man får litt mange blikk. Jeg er veldig bevisst på det når jeg er på treningsstudio at jeg trives ikke så godt når det er mange folk som når det for eksempel ikke er så mye folk på treningsstudioet".

Det man i utgangspunktet ser på som et positivt tilbud, det å kunne trene med hvem man vil og hvor man vil, blir her en negativ følelse, og man føler seg annerledes og utenfor. Til tross for dette, velger de allikevel å trene, men fjerner seg fra situasjoner der de eksponeres for mange funksjonsfriske og heller velger tidspunkter der det er mindre folk. Det sosiale aspektet viser seg å være viktig, og det vil jeg komme tilbake til senere. Mange av deltakerne har venner som ikke har funksjonsnedsettelse, og flere er også vant til å være fysisk aktive med familie, da spesielt søsken. Derfor anser de denne valgmuligheten som viktig. Fysisk aktivitet kan også forgå i form av å gå turer, svømming og lignende. Dette er aktiviteter som blir dratt frem som spesielt familievennlige aktiviteter, og nevnt som en stor del av barndommen for flere av deltakerne.

Selv om de fleste konkluderer med at de gjerne vil velge selv hvem de skal trene med, er de enige om at det er viktig å skille mellom aktivitet- og konkurranseaspektet. De vil gjerne ha mulighet til å være aktive eller trene med hvem de vil, men at det ikke hadde fungert veldig bra om man skulle konkurrert mot funksjonsfriske. Der blir ofte ulikhetene for store, og det er ikke noe gøy når utfallet viser i form av resultater.

6.2.4 Motivasjon

Motivasjon er et stort begrep, og jeg vil derfor dele det inn i fire kategorier som etter analysen pekte seg ut. Den første var

6.2.4.1 mestring

Dette er kanskje det punktet som ble trukket frem flest ganger som grunnlag for motivasjon til fysisk aktivitet. For alle deltakerne var dette noe som de anså som viktig. Det å kjenne på mestringsfølelsen, det å beherske en aktivitet og det å se at man har fremgang, gjorde at man fikk en følelse av å være god i noe.

"Og når man først kommer i gang så blir man bedre og ser en forbedring for hver gang og da blir man mer og mer motivert. Hvis du da ser en fremgang så får du sånne små seiere hele veien og da tror jeg det vil gi deg motivasjon."

Mestringsfølelsen kan bidra til økt selvtillit. Det var flere som også mente at når man mestret en aktivitet, så glemte man litt at man hadde noen utfordringer ellers i livet, og man kunne overføre mestringsfølelsen også over på andre arenaer. Mange gikk rundt med den følelsen, for eksempel i gymtimene på skolen, at man var annerledes og måtte ha spesialoppfølging og at det var kjedelig å hele tiden bli sett på som det "svakeste ledd." Hvis man fant en aktivitet man mestret, gjorde dette noe med selvtilliten, og det var en tilfredsstillende følelse. De som holdt på med en aktivitet sammen med andre med funksjonsnedsettelse, synes det var godt å kunne delta på noe der deres fysikk ikke var en begrensning, og alle deltok med de samme forutsetningene.

6.2.4.2 kropp og helse.

De fleste som svarte på spørsmålet om motivasjon var enige om at aktivitet var viktig i et helseperspektiv, og en nødvendighet for å holde funksjonsnivået oppe. Flere snakket også om viktigheten av treningen for å redusere smertene de hadde. Motivasjonen i dette perspektivet handlet mye om forebygging og rehabilitering, og det at de så seg selv som funksjonshemmede personer. Noen få delte også opp aktivitetene i nødvendige og lystbetonte aktiviteter. De utførte ofte trening sammen med en fysioterapeut som gikk direkte på å behandle ulike funksjonelle nedsettelse, mens de også deltok på andre aktiviteter fordi de synes det var gøy. Neste sitat samler det flere var enige om;

"For min del er det jo for å beholde det funksjonsnivået jeg har, at jeg ikke blir dårligere enn det jeg trenger å være."

Noen tok også opp det med å ikke nødvendigvis trene bare på grunn av funksjonshemmingen;

" Jeg vil liksom ikke tenke på at jeg må trene fordi jeg har en funksjonshemming, altså det er jo viktig det også, men altså jeg vil ikke at... det er ikke det som gjør at jeg trener."

Flere utdyper at de var lei av at den fysiske funksjonsnedsettelsen alltid skulle være hovedårsaken til at de måtte være fysisk aktive og det livet dreide seg om. De hadde et behov for å "normalisere" seg og ikke hele tiden ha fokus på det kroppslige som her ble sett på som noe negativt.

Den tredje kategorien som peker seg ut er

6.2.4.3 det sosiale aspektet

Det sosiale aspektet er et av de viktigste funnene. Dette blir trukket frem flere ganger i alle gruppene, og det er stor enighet om viktigheten av dette for å motivere seg til trening. Det var kun en person som nevnte at han ikke drev med idretten for det sosiale, og at det ikke var det som gjorde at han trente, men idretten i seg selv. De to neste sitatene gjenspeiler hva som var tendensen i alle gruppene;

"Sosialt. Det har kommet mange kompiser med og blitt med på det jeg gjør, og det er jo veldig bra. "

"(...) men i tillegg det sosiale med å kunne drive med ballspill eller stå på ski sammen med venner. Ja, du blir liksom litt mer kjent med folk når du er aktiv. "

Å gjøre aktiviteter i fellesskap, å være en del av en større gruppe, motiverte mange. Her nevnte deltakerne både det å kunne trene med hvem man ville, men også med andre funksjonshemmede. Det å finne noen likesinnede, noen som er i samme situasjon som deg selv, gjorde at de følte et sterkere fellesskap og ikke er så "alene" om de utfordringene de hadde.

En annen side av det å føle seg som en del av et fellesskap, er det å føle seg annerledes. Under dette punktet deler de unge seg i to. Den ene gruppen synes det er en såpass stor belastning å føle

seg annerledes at de unngår å være med på aktiviteter sammen med funksjonsfriske. Den andre gruppen er med til tross for at de er annerledes, og bryr seg ikke nevneverdig om det.

" Vi velger å ikke si det (navn på treningssenter), selv om det ikke er noe flaut eller sånn, men det er unødvendig oppmerksomhet".

Her forklarer en av de unge hvordan han ikke vil nevne navnet på Turbo treningssenter fordi han da blir assosiert med det å være funksjonshemmet. Han får støtte fra flere i fokusgruppen på dette utsagnet, og det med å måtte identifisere seg med å være funksjonshemmet, også når man skal trene, påvirker dem negativt. Det å bli satt "merkelapp" på, hvertfall når det er et ord som ofte blir assosiert med en negativ tilstand, var ikke noe gøy. En kaller det for å måtte være i "funksjonshemmingskroken", og får støtte av resten av gruppa. De sammenligner seg selv med funksjonsfriske, og føler ofte de funksjonsfriske "dømmer" dem og ser på dem som mer annerledes enn de er.

"Jeg kommer jo alltid til å være dårligere enn de andre, ikke sant, og det er jo ikke noe fett".

Dette er et tema som fikk mye oppmerksomhet og fokus fra deltakerne. Tydeligvis følte de mye for temaet, og alle gruppene hadde mye å komme med på dette punktet.

6.2.4.4 glede

Er det siste aspektet. Her er det aktiviteten i seg selv og den gleden det gir som gjør at man velger å utføre den. Det er viktig å ha det gøy, og det er aktivitetens egenart inspirerer og motiverer. Man kan også finne glede i noe også uten å mestre. Bare det å gå turer med familien, og det å komme seg ut i frisk luft, er motiverende i seg selv.

"Men jeg ble rett og slett fasinert av idretten, egentlig". "Og finne aktiviteter ikke minst som er lystbetonte i seg selv", er et viktig aspekt.

På den andre siden ble mangel på glede og motivasjon trukket frem. Man må ha lyst til å utføre en aktivitet og føle glede når man gjør den. En av deltakerne fortalte at dørstokkmila ofte ble veldig lang, og når man først kom seg hjem og satt i sofaen, hadde man ingen motivasjon til å komme seg opp og ut. Som de fleste andre fikk man da dårlig samvittighet dersom man ikke gikk

på trening, så det blir en avveining om en skal være fornuftig og gå selv om man ikke har lyst, eller å bare bli hjemme.

"Jeg spilte mye fotball jeg også da jeg var liten. Og så fikk jeg hjertefeil og da måtte jeg prøve å trene meg opp igjen, men så har jeg ikke fått noe særlig støtte til det, så da har det blitt vanskeligere da, og så var det liksom bare trening for å trene, for du tenkte liksom at det var bra for kroppen, det var ikke for moro skyld. Så det er på en måte noe med det å finne noe som er morsomt å gjøre og ikke gjøre det bare fordi man føler man må."

Som sitatet viser har jo deltakerne også en funksjonsnedsettelse de i større eller mindre grad må ta hensyn til. Dette i seg selv kan virke demotiverende for mange, og det å bare måtte gjøre noe fordi man må, og ikke fordi man vil, er en følelse mange kan kjenne på, og man kjenner ingen glede ved den aktiviteten man gjør.

7 Diskusjon

7.1 Metodediskusjon

Før jeg diskuterer resultatene, vil jeg gjennomgå validiteten av funnene. Når man sitter igjen med mange funn fra analysen og skal tolke og forstå disse, er det viktig at man er klar over sin egen rolle og forforståelse. Ingen kan helt gå inn i et materiale uten å være farget av den man er og hva slags bakgrunn man har (Kvale og Brinkmann, 2012). I tillegg vil jeg se på om metoden som er brukt er egnet for å svare på problemstillingen.

For å finne ut om man kan stole på at resultatene man har funnet har høy grad av validitet, må alt man foretar seg være "gjennomsiktig". I tillegg må man være kritisk til eget arbeid, og holde "forskerhatten" på. I kvalitativ forskning bruker man gjerne begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Malterud 2012, Kvale og Brinkmann 2012). Disse tre begrepene vil jeg dekke under *intern* og *ekstern validitet* slik Malterud (2012) beskriver i sin litteratur i de kommende avsnittene. Da jeg har valgt å bruke Malteruds (2012, 2013) metode for tekstanalyse, vil jeg også benytte meg av hennes måte å gjennomgå egen forskning på.

7.1.1 Intern validitet

Intern validitet rommer begrepene gyldighet og pålitelighet. Om en studie undersøker det den er ment å undersøke, det vil si gyldigheten, sier noe om den interne validiteten (Malterud, 2012). Det er avgjørende at forsker og deltakerne har en felles forståelse av hva diskusjonen skal gi svar på, og hva som er ønskelig kommer ut av den (Malterud 2012). Dersom noe er uklart underveis, skal oppklarende spørsmål stilles. Jeg vil nå se på hvordan oppgavens problemstilling samsvarer med metodevalget i denne studien.

I denne oppgaven er det brukt fokusgruppeintervjuer for å belyse problemstillingen.

Semistrukturert intervju ble valgt for å guide frem til temaene. Både Malterud (2012, 2013) og Kvale og Brinkmann (2012) mener at fokusgruppeintervjuer kan være egnet i denne type studier fordi man i gruppen kan hjelpe hverandre til å huske mer av det som har skjedd tidligere og vekke til live gamle minner.

Underveis har jeg møtt på noen utfordringer knyttet til studien da jeg kom sent inn i prosessen og analyserer en annens materiale. Problemstillingen ble, som tidligere nevnt, laget etter fokusgruppeintervjuene ble utført, og det i seg selv kan medføre at dette ikke ble den mest optimale metoden for å få svar på forskningsspørsmålet da man gjerne bruker en problemstilling allerede i søkeprosessen for godkjenning av studien, og som et utgangspunkt for å lage intervjuguide (Kvale og Brinkmann, 2012). Når man ikke kjenner materialet som sitt eget, og man er usikker å hvilke funn man har å jobbe ut i fra, og om dette vil kunne svare på problemstillingen, er det også vanskelig å lage en god problemstilling. Derfor fikk jeg god hjelp av forskningsansvarlig på prosjektet, samt min veileder som også kjenner materialet godt. Både de og jeg kom med forslag til temaer og problemstillinger, og sammen fant vi ut hva materialet dekket, og om det var mulig å komme frem til noe ved bruk av den problemstillingen vi endte opp med. I tillegg var det et ønske om å gå dypere inn i materialet og bygge videre på det som allerede var gjort.

Det har i forskning gjennom flere år stilt spørsmålsteget ved bruk av sekundærforskning på allerede eksisterende materiale. I følge Anderson og Sørvik (2013) vil kvalitative data som brukes til sekundæranalyse, ha vanskeligheter med å bli fullstendig beskrevet i akkurat den konteksten som opprinnelig er tenkt. Men det er allikevel et stort potensiale i slik forskning, og i en reanalyse kan man finne andre svar og ta utgangspunkt i andre problemstillinger enn det som allerede er forsket på. I tillegg kan man supplere primærdatamaterialet på en god måte (Anderson og Sørvik, 2013). Derfor vil jeg si, etter å ha lest alle intervjuene i sin helhet, gjennomgått og analysert materialet, samt til slutt drøftet det opp mot teorien, at fokusgruppeintervjuer er en god og egnet metode for å belyse temaet og problemstillingen jeg ønsket.

Under analyseprosessen bruker forskeren seg selv som instrument (Malterud, 2013). Dermed er resultatene i denne studien preget av at jeg har gjennomført analysen. Utvalget av gruppen, og gjennomføringen av intervjuene, er som nevnt tidligere gjort av andre enn meg, og jeg må derfor ha måttet stole på at den jobben jeg har gjort i bearbeiding av intervjuene og analyse og diskusjon, samsvarer med dette, og kan sees på i samme kontekster hele veien. Det aller viktigste er at jeg har det samme inntrykket av utvalget og fokusgruppen som den ansvarlige for prosjektet. For å styrke dette, har vi underveis i hele prosjektet hatt en åpen dialog, og jeg har fått fullt innsyn i materialet jeg trenger. Forskningsansvarlig har også vært tilgjengelig dersom jeg hadde

opklarende spørsmål om utvalg eller prosedyre, samt om min tolkning var i noenlunde tråd med hennes inntrykk. I tillegg er det endel non-verbale signaler og stemning i gruppen som jeg, som ikke var tilstede, ikke fikk med meg. Dette er også blitt klargjort på best mulig måte. Før denne studien hadde jeg lite erfaring som forsker, og det var derfor til stor hjelp å finne en systematisk metode å bruke det transkriberte materialet på. Ved å bruke Malterud (2012, 2013) sin beskrivelse av *systematisk tekstkondensering*, om enn i en noe modifisert utgave, fikk jeg hjelp til å få mer system i tolkningen av resultatene, noe jeg personlig er avhengig av for å få oversikt over et så stort materiale.

7.1.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet tar for seg spørsmålet om overførbarhet (Malterud, 2012). Om resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner, er interessant og viktig å se på. I følge Malterud (2012), skal man sette funnene sine i en kontekst, og se på om funnene våre gjelder i den konteksten vi har kartlagt dem. I tillegg kommer mye an på hvor relevant utvalget er i forhold til problemstillingen. Dersom utvalget er relevant, vil også gruppens svar og diskusjon rundt problemstillingen styrkes, og dermed også kunne styrke overførbarheten til andre grupper. Jeg har i hele den prosessen jeg har vært med i, sett på hvordan funnene kan overføres i andre kontekster. Det man håper å oppnå med denne studien, er en overførbarhet til andre og lignende grupper om en forståelse av et fenomen som er større enn bare denne undersøkelsen. I følge Malterud (2013), skal forskeren arbeide for å gi den kunnskapen man finner overførbarhet, og også vurdere rekkevidden av denne overførbarheten.

Man må også vite at det som kommer frem i studien ikke er ett perspektiv, men at alle deltakerne er individuelle personer med sine egne perspektiver og erfaringer. Alle som tilhører denne gruppen har ulike personligheter, i noe ulik alder, kjønn, bakgrunn og sosioøkonomisk status. I tillegg har deltakergruppen stor variasjon i type og grad av funksjonsnedsettelse, og denne kompleksiteten innad i gruppene må erkjennes. Det er flere variabler som spiller inn på de valgene man tar (i denne studien valget om å være fysisk aktiv), og å se alle disse ulike individene i en gruppe, bør man være forsiktig med. Allikevel kan man få frem hva deltakerne har av synspunkter og studere deres livsverden i forhold til det å bedrive fysisk aktivitet med en

funksjonsnedsettelse, og gruppens kompleksitet vil også gjenspeile kompleksiteten i gruppen man kaller "personer med funksjonsnedsettelse".

7.2 Diskusjon av analysen

Min problemstilling er; "Hva er det som gjør at ungdom og unge voksne med fysiske funksjonsnedsettelser velger å være fysisk aktive?" Resultatene viser to hovedperspektiver (kategorier) deltakerne forholdt seg til temaet fysisk aktivitet på; "Jeg er fysisk aktiv fordi..." og "Jeg er fysisk aktiv til tross for...". De har fire underpunkter, temagrupper, og disse beskrives ut i fra begge perspektivene. Disse temaene er; *erfaringer med fysisk aktivitet, tilrettelegging, å velge hvem man ønsker å trene sammen med og motivasjon*. Jeg vil drøfte under hvert enkelt emne, og se på hva disse har å si for hovedkategoriene "Jeg er fysisk aktiv fordi..." og "Jeg er fysisk aktiv til tross for...". Men først er det viktig å se på hvordan begrepet fysisk aktivitet forstås av deltakerne. Diskusjonen av resultatene vil bli diskutert opp mot ulike syn på relasjon mellom nedsatt funksjonsevne og samfunnets krav, Antonovskys salutogenetiske perspektiver og Fortmeiers dimensjoner av meningsfullhet.

7.2.1 Begrepet "fysisk aktivitet"

Det første punktet omhandler hva deltakerne legger i begrepet fysisk aktivitet, og vil ligge som en grunnleggende forståelse for både analysen og drøftingen. Dette begrepet ble derfor ikke tatt med i analysemodellen (figur 1). Hvilket perspektiv deltakerne har, er viktig for den videre forståelsen. Da deltakerne ble spurt om hva de la i dette begrepet, var samtlige enige om at det handlet om å være i bevegelse, og at det var mer enn bare å trene. Hadde vi stoppet her med vår analyse, ville man tenkt at deltakerne hadde et salutogenetisk perspektiv, altså et perspektiv etter den sosiale modellen der man jobber for å fremme helsen og ser på fysisk aktivitet i et helsefremmende perspektiv. Går man derimot litt dypere inn i materialet, ser man etterhvert at dette ikke stemmer helt overens med de videre uttrykker. Noen av deltakerne så fysisk aktivitet som en nødvendighet de måtte gjennomføre kun for å motvirke smerter og symptomer, altså et mer medisinsk perspektiv. Ser vi det i sammenheng med funksjonsnedsettelsen, og trekker videre konklusjoner eller antagelser, kan man se at den fysiske aktiviteten handler mer om rehabiliteringsperspektivet enn det helsefremmende for flere av deltakerne. Det virker derfor som

det i gruppene var enighet om en relasjonell modell, tilsvarende gap-modellen, som peker på et samspill mellom forutsetninger hos individet og muligheter i samfunnet, og vi kan derfor ikke bare tenke på fysisk aktivitet i et salutogenetisk perspektiv. Deres syn stemmer dermed ikke alltid overens med den tankemåten man har nærmet seg i samfunnet de siste årene, nemlig en sosial modell (Tøssebro, 2009). Man kan se på seg selv og se mer problemer og utfordringer enn muligheter. Dette er kanskje ikke så rart når man tenker på at de fleste deltakerne er i en sårbar alder når det gjelder å finne sin egen identitet, samt at de i tillegg har en funksjonsnedsettelse som de må ta hensyn til (Tøssebro, 2014). Vi må derfor ha dette i minne når deltakerne snakker om fysisk aktivitet, og at mange ser på det både fra en helsefremmende side, men også en nødvendighet og et mer medisinsk perspektiv i en rehabiliterende kontekst. En potensiell utfordring kan da bli at de som jobber med/er utdannet innenfor folkehelse snakker til ungdommene ut fra et salutogenetisk perspektiv, mens ungdommene selv har et annet syn/perspektiv. Dermed kan det kanskje føre til at de unge ikke føler at de blir hørt eller tatt på alvor i tilstrekkelig grad hvis de selv har fokus på smerte/utfordringer/begrensninger, mens fagpersoner snakker om å utnytte/fokusere på styrker/positive sider.

7.2.2 Erfaring med fysisk aktivitet

Alle deltakerne har både gode og dårlige erfaringer med fysisk aktivitet, og i analysen kom det frem hvilke faktorer som var av betydning helt fra de var barn til intervjuene ble gjennomført. I følge resultatene deler deltakerne seg i to grupper; de som er mindre fysisk aktive nå enn da de var barn, og de som er like mye eller mer. Det var omtrent like mange i hver gruppe. De som er mindre fysisk aktive er allikevel noe aktive eller ønsker å være det (se tabell 1). Dette kan imidlertid være preget av at de er intervjuet på steder der fysisk aktivitet er hovedmålet med oppholdet (Beitostølen Helsesportssenter, Valnesfjorden Helsesportssenter og Turbo Treningssenter) og dermed viser en interesse for fysisk aktivitet.

Grue (1998, 2001) og Sæbu og Sørensen (2010) fant i sine studier at det er ofte de som har en ervervet skade/sykdom som er mest aktive da de har erfaring fra fysisk aktivitet som funksjonsfriske. Ser vi på hvem som sier hva i denne studien, ser man tendensen her også. Man kan spekulere i om det er lettere å starte med en aktivitet når man på et tidligere tidspunkt har opplevd mestring, og finner gleden ved å bedrive fysisk aktivitet på ulike måter. Når situasjonen

blir endret, må man finne nye måter og metoder å utføre aktiviteten på. Kanskje kan man ikke utføre den på samme måte som tidligere, men er nødt til å tilpasse, finne en variasjon. I noen tilfeller må man kanskje også finne noe helt annet å gjøre. For de som opplevde dette, sa de fleste at det var mestringsfølelsen og gleden i selve aktiviteten som drev dem, og at de likte å holde seg i form.

Men det er også flere i denne gruppen med ervervede skader/sykdommer som nesten har kuttet ut aktivitet. Sykdommen/skaden ble et vendepunkt i livet og de sammenligner seg selv med tiden som funksjonsfrisk. De identifiserer seg ikke med å ha en funksjonsnedsettelse, og når de hele tiden sammenligner seg med hvordan kroppen var tidligere, kan det være utfordrende å finne motivasjon for å drive med noe man ikke fysisk mestrer på samme måte lenger. Det å starte på nytt som en person med funksjonsnedsettelse, kan være både lettere og vanskeligere enn å starte med en aktivitet med en medfødt funksjonsnedsettelse. Lettere på den måten at man vet at man finner gleden i aktiviteten, og man har en identitet, både ovenfor seg selv og andre, som en aktiv person. Sæbu og Sørensen (2010) støtter også dette i sin forskning. Vanskeligere fordi man, som nevnt, sammenligner seg med tiden man var funksjonsfrisk, og man blir kanskje demotivert og synes det er vanskelig å forholde seg til "det nye jeg". Det å da finne motivasjon og en meningsfullhet i det man gjør, kan man se i forhold til alle Fortmeiers dimensjoner (Fortmeier 2005); man kan fokusere på de basale behovene som sosiale behov og kroppslige behov i behovsdimensjonen, og man får i interessedimensjonen opplevd en glede i selve aktiviteten. Man kan kjenne at interessen vekker til live en reaksjon som innebærer den umiddelbare gleden aktivitetene gir. Når det gjelder den siste dimensjonen, kulturdimensjonen, kan man, spesielt hos de med en ervervet skade da de har gjennomgått en stor endring i livet, se hvordan de ser på seg selv, men da gjennom samfunnets øyne. Denne dimensjonen viser hvordan deres identitet blir farget gjennom samfunnets krav og normer (Fortmeier 2005), og ved å måtte se seg selv på en annen måte enn tidligere, kan de merke hvordan aktiviteten virker meningsfull i en større kontekst enn bare gjennom seg selv.

Hvorfor de med en medfødt skade/sykdom er mindre aktive, spekuleres det i. Grue (1998) mener en årsak kan være at foreldre og de rundt tilrettelegger for mye og tar for mye hensyn opp gjennom oppveksten. Går vi videre inn i materialet her, trekker flere av deltakerne frem foreldre som viktige ressurspersoner og støttespillere for mulighetene til å delta i ulike aktiviteter, og som

er både en direkte og indirekte årsak til aktivitetsnivået deres gjennom oppveksten. De har hatt foreldre som har vært flinke til å dra dem med ut på tur, samt vært villige til å kjøre til ulike aktiviteter. Grue (1998) viser også til hvordan enkelte foreldre ikke aksepterer at barna deres har en funksjonsnedsettelse, og kanskje da ikke vil gi dem den støtten de trenger for å utføre aktiviteter tilpasset dem. For de unge som fortsatt er avhengig av støtte hjemmefra og/eller bor hjemme, vil foreldrenes rolle ha mye å si for hvordan de inkluderes i hverdagslige aktiviteter. I denne studien er det ingen som nevner at foreldrene har vært overbeskyttende slik Grue (2001) påpeker, eller at de ikke har stilt opp. En av grunnene til det kan være at de ikke er oppmerksomme på denne eventuelle problemstillingen, og ikke ser seg selv og de rundt seg på den måten. Eller det kan også være at det er nettopp foreldrenes positive rolle som har gjort at de velger å være på steder som Beitostølen, Valnesfjord eller Turbo treningssenter. En annen feilkilde kan være at de i en gruppe ikke vil trekke frem dersom de mener foreldrene ikke har vært så støttende som de kunne ønske. Uansett er det viktig at foreldre er bevisst på sin rolle, og er støttende uten å være for beskyttende, skal man tro forskningen (Grue, 2001). Det å få til denne balansegangen er både vanskelig og viktig, men kan ha mye å si i forhold til å gi barna tro på seg selv, føle mestring og utvikle seg til selvstendige individer. For at det skal bli enklere å kunne gjennomføre fysisk aktivitet, er man avhengig av tilrettelegging, og dette vil jeg nå se nærmere på.

7.2.3 Tilrettelegging

Riktig tilrettelegging viste seg å være en viktig del av det å kunne ha muligheten til å være fysisk aktiv. Det sier seg selv at når man ikke kan delta i aktiviteter på samme måte som "alle de andre", så kreves det tilrettelegging på et eller flere plan. I flere tiår nå har Norge hatt som mål om å oppnå full likestilling og deltakelse for personer med funksjonsnedsettelse (Grue 2004, Oftedal 2008), men både forskningsrapporter tidligere og denne studien viser at det er en stund til vi når dette målet. I resultatene kommer det frem at alle har på en eller annen måte erfart både dårlig og god tilrettelegging. Hva som er god tilrettelegging og hva som fordrer til fysisk aktivitet er sammensatt og flere årsaker. Stort sett handler det om forhold på skole, kommunale tjenester, fysioterapi, tilgang og muligheter, samt transport. Dette punktet er veldig omfattende, og derfor vil jeg gå videre med de temaene deltakerne uttalte seg hyppigst om.

Tilrettelegging fra skolens side er et stort og viktig tema. Her har de fleste blandede opplevelser. Noen trekker frem at de ikke var med i gymtimene før det ble ordentlig tilrettelagt, mens andre forteller at de helt har kuttet ut gymmen da de ikke ser noen mulighet eller vits i å delta. Dette blir også støttet i forskningen. Både Tøssebro (2009) og Sæbu og Sørensen (2010) hevder at man er helt avhengig av god tilrettelegging på arenaer der de med nedsatt funksjonsevne møter funksjonsfriske, slik at alle kan delta i omtrentlig samme aktivitet. De som er fornøyde med tilrettelegging på skolen, viser også til dette. For de unge er det viktig å være en del av klassen, og selv om man kanskje ikke klarer å delta på lik linje med klassekameratene, var det viktig for dem at læreren hjalp til med å finne alternative løsninger slik at de i hvert fall kunne være med i samme time og ikke fikk følelsen av å bli holdt utenfor. God inkludering på skolen kan få positive ringvirkninger. I perioder i livet der man deltar lite på fritidsaktiviteter, er skolen den eneste arenaen hvor man får aktivitetserfaring. Derfor har kroppsøvingslærerne et stort ansvar da det kan få konsekvenser for videre aktivitetsnivå ettersom de unge opplever positive eller negative erfaringer med aktivitet. (Nyquist 2012, Wendelborg og Ytterhus 2009). Som lærer har man også en plikt til å sørge for at alle elevene får et godt nok tilbud i det faget man har ansvar for. I andre fag på skolen er det lærerens oppgave å gi elevene informasjon og tilrettelegge for læring, så da bør det samme også gjelde kroppsøvingsfaget. Dette er jo også et fag der de fysiske forskjellene blir understreket enda mer, og som en av deltakerne sa; "Det er ikke noe gøy å alltid være den som er dårlig". Dersom lærere tilrettelegger bedre enn det mange gjør i dag, vil også forskjellene bli mindre, og elever med funksjonsnedsettelse vil dermed få en økt mestringsfølelse. Økt mestring vil videre gi økt selvfølelse. At læreren også inkluderer eleven vil da sende signaler videre til de andre elevene om en holdning som går på det mer overordnede plan, rett og slett hvordan man ser på de med funksjonsnedsettelse; at det ikke blir "de" og "alle andre", men at selv om man er ulike og har forskjellige forutsetninger, så kan alle ha tilnærmet de samme mulighetene. Et godt tiltak som er innført, er at karakteren i kroppsøving på videregående skole nå går på innsats, og ikke bare på ferdigheter. Dette er positivt for nettopp de som ikke har forutsetninger til å prestere på samme nivå.

Fysioterapeuten har en viktig rolle i mange av disse ungdommenes hverdag. De som har dårligst funksjon forteller om jevnlig fysioterapi under hele oppveksten. Mange blir tatt ut av nettopp kroppsøvingen for å trene med fysioterapeut. For å få til en bedre inkludering med resten av klassen, kan det kanskje være en idé at fysioterapeuten og kroppsøvingslæreren jobber tettere

sammen for å tilrettelegge timene bedre slik at eleven kan ha mulighet til å delta også sammen med klassen. Man kan stille spørsmålstegn ved om fysioterapeuten må jobbe på eget institutt, og om det kan være fysioterapeutens ansvar å vurdere muligheter for deltagelse i fritidsaktiviteter? For eksempel kan tilpasning av aktivitetshjelpemidler eller trening av spesifikk styrke fokuseres på for å bli sterk nok til å delta på en aktuell aktivitet.

Når det gjelder deltakelse i idrettslag, var det flere av ungdommene som var drev eller har drevet med organisert aktivitet. Denne oppgaven handler om fysisk aktivitet, og organisert aktivitet er en stor del av dette. Erfaringene her er blandede, og det var mye av de samme opplevelsene de hadde fra skolen. Når man kommer til konkurranseaspektet, blir forskjellene enda tydeligere. Et par av deltakerne mente at det burde være mulig å kunne delta på treningen med de funksjonsfriske, men at det i konkurransesituasjonene ble såpass stor forskjell at det hverken var gøy eller spesielt rettferdig. Det finnes jo flere lag der hele idretten er tilpasset funksjonsnedsettelsen, som for eksempel kjelkehockey, sit-ski, rullestolbasket osv. Disse danner egne lag, og samler da mange med funksjonsnedsettelse på samme lag. Det at det nå ikke lenger eksisterer rene forbund for de med funksjonsnedsettelse, men at alle idrettene skal høre inn under sine respektive særforbund, er en omdiskutert prosess i forhold til hvor vellykket den har vært, men den diskusjonen skal jeg ikke ta for meg her. Et av de idrettslagene som berømmes av deltakerne i forhold til integrering og inkludering er Norges Bordtennisforbund. Dette er en idrett der man kan spille sammen både med og uten funksjonsnedsettelse. Men det er klart at det er flere idretter som gjør det vanskelig å delta på lik linje i både trening og konkurranse, og i hvilken grad man kan delta, er også avhengig av type idrett og nivået på funksjonsnedsettelsen. I tillegg ledes mange lag av frivillige trenere eller foreldre, og flere av disse har ikke erfaring med tilpasning av aktivitet – noe vi antagelig ikke kan forvente heller. Det blir dermed ofte veldig tilfeldig hvilken holdning personer med funksjonsnedsettelse møter når de kommer på en trening for å undersøke muligheter for å bli med. Dette er uheldig, og kanskje ikke så lett å gjøre noe med. I følge NIFs nettsider (NIF, u.å) har de fagkonsulenter innen idrett for funksjonshemmede som skal ha en god oversikt over hvilke klubber som har godt tilrettelagte tilbud. Det sier seg selv at det er vanskelig for en i rullestol å spille fotball på lik linje med vennene sine. I lengden vil det nok ikke være så motiverende heller. Resultatet kan da bli at det blir idretter det ikke er så lett å inkludere alle, men at man i idretter som bordtennis, der forskjellen ikke blir så store, har muligheter til å inkludere flere.

Ser man disse funnene opp mot Fortmeiers tredje dimensjon, kulturdimensjonen, vil man se hvordan samfunnets holdninger gjenspeiles. Dette blir mer på det overordnede planet, og favner over de to andre dimensjonene. Samfunnets holdning gjenspeiles ofte i hvordan samfunnet er strukturert, og det igjen vil vises i hvordan mennesker blir møtt. Norge har i dag et mål om universell utforming innen 2025, i følge regjeringens handlingsplan (Norge universelt utformet 2025 (2009)), og det er ganske langt igjen til man når det målet. Samfunnets syn på mennesker med funksjonsnedsettelse gjenspeiles også i hvilke holdninger de møter i hverdagen, på skolen og i idrettslag. Det å måtte ha ekstra ressurser kan av mange bli sett på som et problem (Tøssebro, 2009). Flere av ungdommene kan fortelle om dårlige opplevelser i møtet med idrettslag. At idrettsnorge (NIF-loven, 2011) har som mål å styrke satsingen slik at det er tilrettelagt for alle er et fint mål, men ut i fra hva de unge opplever og holdninger de møter, ser man at man fortsatt er en vei å gå.

Det å ha tilgang på riktig utstyr, samt treningsfasiliteter, både inne og ute, er en nødvendighet for alle. Men dersom man har en funksjonsnedsettelse, krever det naturlig nok at forholdene er tilrettelagt for det. Som flere av deltakerne sier, så kan vinninga noen ganger gå opp i spinninga når man må bruke all energien for å komme seg til et sted og man ikke orker å trene når man først kommer dit. Det å ha muligheter til trening ute i form av tilrettelagte veier og stier, blir av flere poengtert. Både Kunnskapsdepartementet (2008) og Sæbu og Sørensen (2010) trekker frem tilrettelegging av miljømessige faktorer som svært viktige for å være fysisk aktiv. Både deltakerne og forskning (Breiskalbakken 2010, Sæbu og Sørensen, 2010) viser til at geografi kan være avgjørende i forhold til tilgang. Å bo i by eller større tettsteder er ensbetydende med bedre tilgang. Her er mulighetene flere, og veier og stier oftere tilrettelagt for rullestoler. Man slipper å forflytte seg over større avstander, og man har flere tilbud. Avstanden får man gjort lite med, og det er kanskje også vanskelig å starte opp lag og lignende når det ikke er nok tilgang på andre i samme situasjon. Derfor må kanskje disse kommunene være enda flinkere til å tilrettelegge i form av å utvikle det tilbudet som allerede eksisterer. Tilrettelegging for fysisk aktivitet er jo også et mål i forhold til folkehelseprofilen og det står eksplisitt i Plan- og bygningsloven (2008) at dette er en del av all planlegging i kommunene. Flere og flere kommuner satser på merkede, tilrettelagte tur- og gangveier som er godt opplyste, og dette vil gjøre at man for eksempel har muligheter for rullestolpiggning eller gange på lettere underlag, dersom man ønsker det. Når det er

sagt, er det klart at dette tiltaket ikke bare vil gjelde de med funksjonsnedsettelse, men befolkningen generelt. Overvekt for eksempel, har jo lenge vært et økende folkehelseproblem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), og derfor vil et bedre og mer tilrettelagt og tilgjengelig samfunn når det gjelder aktivitetsmuligheter gagne alle. Det er jo også nettopp det som er noe av poenget med å få inn universell utforming i utbygningsplanene fremover. Alle disse punktene inn under *tilrettelegging* kan man dermed se i lys av Fortmeiers (2005) tredje dimensjon, kulturdimensjonen.

7.2.4 Trene med funksjonsfriske eller ikke

Det å ha muligheten til å ta egne valg, her i form av å velge treningspartner, har mye å si i forhold til å føle empowerment, at man muliggjør egne valg. Dette viser seg å være et viktig tema, men kan slå ut begge veier. De fleste som sier noe om dette temaet er enige om at de vil ha muligheten til å kunne velge. Det å føle seg empowered, ha mulighet til å bestemme i eget liv, er også en helsefremmende faktor, og en viktig del i Antonovskys salutogenetiske tenking om at man må føle en meningsfullhet, en empowerment i det som skjer for å oppnå en opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1995). I følge Tøssebro (2014) segregeres barn og unge med nedsatt funksjonsevne mer og mer jo eldre de blir, og akkurat i denne fasen av livet vil man kanskje ikke føle seg så annerledes. Det å ha muligheten til å kunne trene med funksjonsfriske dersom man måtte ønske det, kan være positivt med tanke på egen identitet og det å ikke bli satt i en bås. Dette punktet tok alle gruppene som ble intervjuet opp, og det var en større del av det å ha en funksjonsnedsettelse enn jeg var klar over. "Funksjonshemmingskroken" er et ord en av deltakerne nevner. Han vil ikke bli satt i funksjonshemmingskroken mens de andre har mulighet til å være aktive. Med det mener han at han vil være en like stor del av fellesskapet, og ikke bli satt merkelapp på. Igjen kommer dette med samfunnets syn opp, og kan man igjen se funnene opp mot Fortmeiers tredje dimensjon, den kulturelle dimensjonen.; Identiteten man får som funksjonshemmet som et resultat av samfunnets syn. Derfor kan man spørre seg selv om hva slags syn vi møter mennesker med nedsatt funksjonsevne med og hvorfor vi gjør det. Når man har muligheten til å velge hvem man blir med på treningssenteret, og ikke nødvendigvis "må" være med andre i samme situasjon, så føler man at man er empowered, og det er viktig for følelsen av å kunne ta egne valg og å slippe å måtte ha en identitet som funksjonshemmet og føle at man blir plassert i "funksjonshemmingskroken". Vi ser at også i denne kategorien går

motivasjonen i forhold til å være fysisk aktiv mye på det med å identifisere seg med en funksjonsnedsettelse, og også hvordan man ser på seg selv i lys av samfunnet.

7.2.5 Motivasjon

Et av de viktigste årsakene til at man er fysisk aktiv, er motivasjon. Og innunder begrepet motivasjon, ser vi fra resultatdelen at det er flere komponenter. I lys av Fortmeiers dimensjoner, kan man sette motivasjonsbegrepet inn i alle hennes tre kategorier. Det var fire komponenter som skilte seg ut fra analysen; *mestring, kropp og helse, det sosiale aspektet og glede*. Disse vil nå diskuteres nærmere.

Mestring vil man kunne se i lys av Fortmeiers første dimensjon; behovsdimensjonen. De fleste nevnte mestring som en viktig del av motivasjonen for å være fysisk aktiv, og det å klare å mestre noe på flere arenaer i livet, ble trukket frem som helt essensielt. Når man føler man ikke mestrer noe på lik linje med sine funksjonsfriske venner, er det godt å ha noen arenaer man føler man får til. Noen sammenlignet seg selv med andre, og trakk frem det at de mestret først når det var tilrettelagt aktivitet, mens andre så det mer i forhold til å nå egne mål og forbedre seg selv. Går man videre med behovsdimensjonen, kan også kropp og helse sees i sammenheng med dette. Fortmeier (2005) trekker frem de grunnleggende fysiske og fysiologiske behovene som en motivasjonsfaktor, og mange føler et behov for å ta vare på kroppen og motvirke sykdom og forverring. Ser man det i et salutogenetisk perspektiv, er motivasjonen at man skal forebygge forverring og at man bruker fysisk aktivitet som et helsefremmende tiltak ved å benytte seg av de tilgjengelige ressursene man har (Antonovsky, 2005). I følge Antonovsky er det å fremme de positive kvalitetene og opplevelse man allerede sitter inne med, grunnleggende i det å oppleve god helse. For noen er det derimot vanskelig å hele tiden blir motivert på grunn av kroppen. Noen sier de blir lei av å tenke at de må trene for å hindre forverring. Sæbu og Sørensen (2010) fant ut at graden av funksjonsnedsettelse hang sammen med graden av fysisk aktivitet, og det er kanskje ekstra utfordrende å klare å motivere seg dersom man har mer å måtte ta hensyn til. I denne studien (Tabell 1) ser man imidlertid at funksjonsnivået er uavhengig av antallet dager deltakerne oppgir at de utførte med aktivitet per uke. Hvorfor resultatet er slik, kan man bare spekulere i da studien ikke direkte spør om dette, men dersom man ser hele prosessen under ett, kan man kanskje tenke seg at de som deltok i studien var ekstra motiverte for fysisk aktivitet.

Alle har vi ulike kropper, og med funksjonsnedsettelse blir man ofte assosiert med en dårlig fungerende kropp, eller hvertfall en kropp som man må ta hensyn til. Ser man seg selv i et medisinsk perspektiv, ser man ofte en kropp med skader og utfordringer man jobber for å reparere (Tøssebro, 2013). Ta man derimot på de salutogenetiske brillene, vil man glemme denne "til tross for"-følelsen, og være aktiv på lik linje med andre selv om man har andre forutsetninger. Fokuset blir da på aktiviteten og gleden ved den, og ikke på hvilke begrensninger man har. Man kan dermed se at synet på kropp og helse og mestring, henger sammen. Dersom mestringsfølelsen skal være til stede, er det viktig å tenke på hvilket lys man ser seg selv i og hva man sammenligner med. Hvordan man ser på sine egne "prestasjoner", om det er å nå egne mål på veien, slå seg selv eller sammenligne seg med andre, vil spille inn på hvor meningsfullt man føler det er å være i aktivitet, og påvirker motivasjonen. Det er allikevel ingen hemmelighet at mange med en funksjonsnedsettelse sliter i hverdagen, kanskje på grunn av smerter. Det tok mange av deltakerne også opp. De har vokst opp med mye fokus på egen kropp, og da ofte på en negativ måte. Derfor vil det å mestre noe, selv om man har en funksjonsnedsettelse, kanskje bli sett på som en seier. Det er ekstra viktig å tilrettelegge individuelt i for eksempel gymtimer, eller presentere arenaer der alle kan mestre på sitt eget nivå, slik at alle skal ha mulighet til å føle mestring, og dermed også bli mer motivert til å være aktiv. Som nevnt tidligere er det å føle seg utenfor og annerledes, og da kanskje i en periode av livet der man er ekstra sårbar, veldig vanskelig for noen. Dette bekrefter også Tøssebro (2008, 2014) i sin forskning.

Det alle var enige om var at det er viktig å finne noe som gir en glede og noe positivt tilbake, kanskje enten i form av mestring, sosialt påfyll eller følelse av velbehag etter trening så vel som under trening. Det sosiale perspektivet blir trukket frem av samtlige deltakere. Det kan man også se på i lys av behovsdimensjonen. I følge Fortmeier (2005) er motivet å få utfordringer eller være i sosiale sammenhenger som samsvarer med deltakernes livssituasjon. I Fortmeiers egen forskning, der hun studerer eldre menn og motivasjonsfaktorer for aktivitet, viser hun til hvordan det sosiale aspektet er det viktigste motivet for aktivitet (Fortmeier, 2005). Den samme tendensen ser man igjen her hos disse unge menneskene; alle viser til de sosiale relasjonene og gledene det å være i aktivitet sammen med andre gir. For de som ikke driver med noe organisert lagsport, trekkes det frem at det er viktig å ha noen "å gå sammen med". Spesielt de som trener på Turbo treningscenter, der treningen oftest blir utført i "par". Noen forteller at de ikke er motivert dersom

de må gå alene, og finner styrke i å dele sin livssituasjon med noen i samme situasjon og som kjenner til deres utfordringer. For mange er også det å gå tur med familien sett på som en viktig. Forskning (Meld.St.19, 2014-2015) viser til at sosiale aspekter, uansett funksjonsnedsettelse eller ikke og uansett alder, er veldig viktig, og Tøssebro og Wendelborg (2014) understreker også dette i sin forskning der de skriver om livsløp og overganger, og styrker teorien om at det å ha gode sosiale relasjoner er viktig i ungdomsårene der man er i utvikling og opplever mange forandringer i livet i forhold til det sosiale, skole og jobb.

Ser man på funnene i forhold til sosiale relasjoner og det å føle seg annerledes, finner man like mange ulike meninger om hvordan deres funksjonsnedsettelse påvirker dem som det er deltakere i studien. Gruppen som helhet har mange forskjellige meninger om dette, og det kommer ikke frem noe ensbetydende svar. Noen synes det ikke gjør noe å være annerledes, og ser heller ikke på seg selv som veldig annerledes. Disse har heller færre problemer med å trene eller omgås funksjonsfriske. På den andre siden finnes det de som vil helst holde seg for seg selv og ikke bli sett eller sett på. Disse unngår også situasjoner der de kan risikere å få unødvendig mye oppmerksomhet, som å trene på et treningssenter når det er mange andre der. Hvordan man ser på seg selv og hvilken identitet man har, kan kanskje komme av sin posisjon i samfunnet og holdningen man møter. I tillegg er det mye med hvordan man takler og aksepterer den man er. Når man ikke når opp til samfunnets krav eller skiller seg ut i forhold til de rundt deg, kan mange ha vanskeligheter med å akseptere seg selv. Det kan resultere i isolasjon og eventuelt kun søke til de gruppene der man finner mennesker med de samme utfordringene som en selv. Da finner man kanskje heller ingen motivasjon eller glede i treningen.

For de som ser nytten og gleden av treningen, er det en naturlig del av hverdagen. Det er idretten i seg selv som egenart som motiverer. Her ser man det i sammenheng med Fortmeiers (2005) andre dimensjon, nemlig interessedimensjonen. Det er gleden og det umiddelbare resultatet som styrer, og man utfører aktiviteten for aktivitetenes egen skyld. Dette med å ha en indre drivkraft og gjøre en aktivitet fordi man vil og ikke fordi man må, gjør at man har økt sannsynlighet til å implementere den som en del av hverdagen og la fysisk aktivitet få være en naturlig del av livet. I forhold til disse ungdommene, ser vi mye av den samme tendensen. De som var mye fysisk aktive, fortalte også om gleden den ga. På den andre siden har du de som ser på aktivitet som et nødvendig onde, og finner lite eller ingen glede i selve aktiviteten. Veldig mange i disse

gruppene, fikk mest motivasjon av å være sosiale og en del av en gruppe. De sosiale relasjonene er, i følge Tøssebro (2012), Sæbu og Sørensen (2010) og Breiskalbakken (2012) svært viktig for deltakelse. Fortmeier (2005) trekker også frem dette, men i en noe annen kontekst. Hun snakker om de sosiale behovene som gir meningsfullhet i behovsdimensjonen, og at dette er viktig for å ha det godt i livet generelt.

8 Oppsummering

Hensikten med studien var å fordype meg i hva som gjør at unge med funksjonsnedsettelse er fysisk aktive. Resultatene bygger på fem fokusgruppeintervjuer med totalt 24 deltakere. Ser man på hvilke temaer som kommer frem i analysen og som diskuteres videre, er det mange aspekter de fleste kan kjenne seg igjen i når det kommer til motivasjonen for å være fysisk aktiv. Det som utpeker seg mest i mine funn, er de sosiale relasjonene. Blant deltakerne var det stor enighet om at dette hadde veldig mye å si for deres deltakelse, uansett type aktivitet. De fleste ville ha noen å gå sammen med, og terskelen for å trene alene var høy. Det var også viktig å føle seg som en del av et fellesskap, å ikke føle seg annerledes. Annerledeshetsaspektet har stor betydning, spesielt i ungdomstiden der alle ønsker å skape en egen identitet, men samtidig være en del av et fellesskap. I tillegg er det viktig med riktig tilrettelegging, spesielt i forhold til kroppsøvingsslaget på skolen og arenaer der man møter andre. Dette bunner igjen i det å føle mestring, kjenne at man får til noe, samt muligheten til å være med i et fellesskap. Aktiviteten må også være morsom i seg selv, og man må finne glede og meningsfullhet i det man gjør.

Ser man på betydningen av funnene i et folkehelseperspektiv, kan man ta for seg de aspektene som ligger i mulighetene for å skape gode relasjoner og god tilrettelegging. Mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse utgjør en stor gruppe og om man kan identifisere noen av faktorene som bidrar til økt fysisk aktivitet, vil det kunne gi både individuelle og samfunnsmessige fordeler. Individuelle gevinster vil være i form av nedsatt risiko for livsstilssykdommer og bedre helse. Ytterligere kan det gi økt sosial tilfredshet og livsglede gjennom å være del av et sosialt fellesskap. Sekundært vil det kunne gi samfunnsmessige gevinster ved mindre utgifter til helsevesenet og økt deltakelse i arbeidslivet.

Mye av synet på personer med en funksjonsnedsettelse bunner i samfunnets verdier og normer. Dette kan vises i form av hvor godt tilrettelagt samfunnet er, og hvilke holdninger de blir møtt med, for eksempel på skolen eller idrettslag. Praktiske implikasjoner blir da å øke kunnskapen blant befolkningen slik at man ikke ser på funksjonsnedsettelse som et problem eller noe fremmed. Dette gjelder spesielt kroppsøvingslærere og trenere som møter de unge der de unge ønsker å være. Et bedre samarbeid mellom fysioterapeut og skole kan også være et viktig tiltak

med tanke på å implementere treningen i skolehverdagen og tilrettelegge på en god måte slik at det er mulig for alle å delta.

Videre forskning innen dette temaet kan være å gå dypere inn i de ulike funnene og konkretisere disse mer, kanskje i retning av samfunnsforståelsen da holdningen man møter mennesker med en funksjonsnedsettelse på, speiler samfunnets normer og verdier. En annen spennende vinkling kunne vært å forske på den gruppen av unge mennesker med funksjonsnedsettelse som ikke er fysisk aktive, og forsøkt å forstå hvorfor de ikke er det, samt sammenligne med funnene hos en aktiv gruppe.

9 Litteraturliste

Andersson, Emilia & Gard Ove Sørvik (2013) *Reality Lost? Re-Use of Qualitative Data in Classroom Video Studies*. Forum: Qualitative Social Research, Sozialforschung : Volume 14, No. 3, Art. 1 September 2013

Antonovsky A (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International 1996; 11: 11–18.

Cerebral Palsy (2015). www.cerebralpalsy.org.au. Hentet 14.04.2015:
<https://www.cerebralpalsy.org.au/what-is-cerebral-palsy/severity-of-cerebral-palsy/gross-motor-function-classification-system/>.

Beitostølen Helsesportsenter (2014) - www.bhss.no. Hentet 21.09.2014 og 17.04.2015

Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. (1993) *Physical activity, fitness and health. Consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers, 1993.

Bredahl, A-M. (2001). Kropp og selvoppfatning. I: Bergh, S. & Frostad, A. *Følelser er Fakta*. Oslo: Funksjonshemmedes Studieforbund.

Cardinal, Bradley J., Maria Kosma and Jeffrey A. McCubbin (2004). *Predictors of Physical Activity Stage of Change Among Adults With Physical Disabilities*. American Journal of Health Promotion: November/December 2004, Vol. 19, No. 2, pp. 114-117.

Dalen, Monica (2011) *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget

Finch, Caroline, Neville Owen og Robert Price (2001). *Current injury or disability as a barrier to being more physically active*. Australia: Medicine and Science in Sports and Exercise [2001, 33(5):778-782]

Fortmeier, Susanne (2005) *Aktivitet, virksomhet og mening i livet*. I Bendixen, Borg, Pedersen og Altenborg (red) *Aktivitetsvidenskap i et nordisk perspektiv*. FADL's forlag

Førde, Reidun (2013). Helsinkideklarasjonen (Sist oppdatert: 02.12.2013). De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 03.09.2014: <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>.

Gjessing B., Jahnsen R & Nyquist A.(2013). *Remaining active. Persistent participation in physical activity among adolescents with and without physical disabilities*. Presentert på 25th Annual EACD Conference, Newcastle, October 2013.

Grue, Lars Petter. (1998) *På terskelen. En undersøkelse av funksjonshemmet ungdoms sosiale tilhørighet, selvbylde og livskvalitet*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Grue, Lars Petter (2001) NOVA rapport 1/01: *Motstand og mestring. Om funksjonshemming og livsvilkår*.

Grue, Lars Petter (2004) *Funksjonshemmet er bare et ord: Forståelser, fremstillinger og erfaringer*. Oslo: Abstrakt forlag.

Grue, Lars Petter og Marte Rua (2013). *To skritt foran. Om funksjonshemming, oppvekst og mestring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskaplige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helse - og omsorgsdepartementet (2013) *Fysisk aktivitet*, Hentet 22.09.2014:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse/fysisk-aktivitet.html?id=589909>

Helsedirektoratet (2012). *Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2011*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012

Helsedirektoratet (2015) Sist oppdater 25.03.2015. Hentet 15.04.2015:
<https://helsedirektoratet.no/helsefaglige-kodeverk/icf-internasjonalt-klassifikasjon-av-funksjonshemming-og-helse>

Helse - og omsorgsdepartementet (2010) Hentet 23.09.2014:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-1-20102011/8/2.html?id=638551>

Helse - og omsorgsdepartementet (2013) *Fysisk aktivitet*. Hentet 22.09.2014)
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse/fysisk-aktivitet.html?id=589909>

Kitzinger J. (1995) *Qualitative research. Introducing focus groups*. BMJ 1995;29:299-302

Madriz E. Focus Groups in Feminist Research. I: Denzin NK, Lincoln YS, (red) *Handbook of Qualitative Research*. 2. ed. London: Sage Publications, Inc. 2000. s.835-50.

Malterud K. og Walseth L. T. (2004). *Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv*. Tidsskrift for Den norske Legeforening, 124(1), s 65-66.

Malterud, Kirsti (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Malterud, Kirsti (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. 14 (1999-2000). *Idrettslivet i endring*. Kulturdepartementet. Hentet 13.02.2015: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-14-1999-2000-/id192652/>

Meld. St 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 11.04.2015: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

Meld. St. 26 (2011-2012). *Den norske idrettsmodellen*. Kulturdepartementet. Oslo: Departementet.

Meld. St. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen - God helse - felles ansvar*. Helse - og omsorgsdepartementet. Hentet 20.01.2015: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>

Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne. (2007). *Statusrapport. Samfunnsutvikling for personer med nedsatt funksjonsevne*. Oslo: Dokumentasjonssenteret i Likestillings- og diskrimineringsombudet.

NIF-loven 2011 (2011). *Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komités lov*. Lovdata. Sist endret 11.12.2014. Hentet 26.03.2015: <https://lovdata.no/dokument/NIFL/niflov/2011-05-08-1>

NIF - www.idrett.no. u.å. Hentet 11.05.2015: <http://www.idrett.no/tema/funksjonshemmede/Sider/Funksjonshemmede.aspx>

Norge Universelt utformet 2025 (2009). Regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009-2013. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Oslo: Departementet.

- NOU (2012:4). *Trygg hjemme*. Justis- og beredskapsdepartementet. Oslo: Departementet.
- NOU (2005:8). Likeverd og tilgjengelighet. Justis- og beredskapsdepartementet. Oslo: Departementet. Hentet 22.03.1014. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2005/nou-20058/6/3.html?id=390539>
- NOU (2001: 22). *Fra bruker til borger*. En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer. Oslo: Arbeidsdepartementet
- NOVA (2009) av Mette Løvgren, *Unge funksjonshemmede - Selvbilde, sosial tilhørighet og deltakelse i fritidsaktiviteter*. Hentet 22.09.2014 http://nova.07.no/asset/3771/1/3771_1.pdf
- Nyquist, Astrid (2012) *Jeg kan delta! Barn med funksjonsnedsettelse og deltakelse i fysisk aktivitet - en multimetodestudie i en habiliteringskontekst*. Doktorgradsoppgave. Oslo: Norges Idrettshøgskole.
- Oftedal, H. (2008). *Prosessen skyter fart*. I A. Skår (red.), *Det beste ligger foran oss: Norges Funksjonshemmedes Idrettsforbund 1997-2007*. (s. 66-68). Oslo: Akilles.
- Opahl, Kari og Gitte Ravn (2003). *Virksomhetsteorien - den kulturhistoriske skole*. Ergoterapeuten. 11.2003
- Pensgaard, A.M. og Sørensen, M. (2002). *Empowerment through the sport context: A modell to guide research for individuals with disability*. Adaptet Physical Activity Quarterly, Human Kinetics Publishers.
- Plan- og bygningsloven (2008). Sist endret 01.01.2015. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet 09.05.2015: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71?q=plan+og+bygning>
- Rimmer, J. H. (2005). *The conspicuous absence of people with disabilities in public fitness and recreation facilities: lack of interest or lack of access?* Am.J.Health.Promot, 19, 327-9, ii.
- Sherrill C. & T. Williams (1996). *Disability and sport: psychosocial perspectives on inclusion, integration, and participation*. Sports Sci Rev. 5: 42-64.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Fysisk aktivitet for mennesker med funksjonsnedsettelse*. Hentet 12.09.2014: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-for-mennesker-med->

funksjonsnedsettelse/Publicasjoner/fysisk-aktivitet-for-mennesker-med-funksjonsnedsettelse.pdf.

Statistisk Sentralbyrå (2010). Jorun Ramm, hentet 21.09.2014:
http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa_115/sa_115.pdf

Sæbu, M., & Sørensen, M. (2010). *Factors associated with physical activity among young adults with a disability*. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. doi:SMS1097 [pii];10.1111/j.1600-0838.2010.01097.x [doi]. Hentet fra PM:20459465

Sørensen, M. (1999). Top level sport and people with physical disability. I: Garcia, F.G. (red), *La Psicología del deporte en España al Fidel bdel Milano s. 89-102*. Las Palmas: Universidad del las Palmas de Gran Canaria.

Tellnes, Gunnar (2007) *Salutogenese – hva er det?* Michael 2007;4:144–9. Hentet 24.03.15:
http://www.dnms.no/index.php?seks_id=84169&a=1

Turbo (2008) Hentet 03.04.2015: <http://turbo.bfsnett.no/site.php?q=144&tcID=144>

Tøssebro, J., & Ytterhus, B. (2006). *Funksjonshemmete barn i skole og familie. Inkluderingsideal og hverdagspraksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Tøssebro, Jan (2009). *Funksjonshemming - politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Oslo: Universitetsforlaget

Tøssebro, Jan (2013). *Hva er funksjonshemming*. Oslo. Universitetsforlaget.

Tøssebro, Jan og Christian Wendelborg (2014). *Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overganger*. Oslo: Gyldendal Akademisk

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Physical activity and fitness. In Healthy People 2010 (2nd ed.)*. With understanding and improving health and objectives for improving health (Vols. 1-2), Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Valnesfjord Helseportsenter (u.å) www.vhss.no. Hentet 22.03.2015
http://www.vhss.no/?ac_id=1&ao_name=hjem

Wendelborg, C., & Ytterhus, B. (2009). Sosialt samvær og deltakelse med jevnaldrende i oppveksten. I J. Tøssebro (red.), *Funksjonshemming – politikk, hverdagsliv og arbeidsliv* (1. utg., s. 165– 178). Oslo: Universitetsforlaget.

WHO - www.who.int. (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Hentet 14.04.2015: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Vedlegg 1: Informasjonsbrev og samtykkeerklæring



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

«FORBLI AKTIV»

Informasjon om studien

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for ungdom med og uten funksjonsnedsettelse. Kunnskap og erfaring fra barne- og ungdomsstudier viser at aktivitetsglede og indre motivasjon er sentralt for deltakelse i fysisk aktivitet. Overgangen fra barn og over til ungdom preges av ulike utviklingsfaser og utfordringer. Det er lite kunnskap om hvordan endring skjer og hva som preger disse endringsprosessene, men det viser seg at det er i denne perioden funksjonsnedsettelsen kan gjøre det spesielt vanskelig å opprettholde deltakelse på viktige livsområder. Det er ikke undersøkt om personer med funksjonsnedsettelse opplever andre faktorer som avgjørende for deltakelse i aktivitet i forhold til de uten funksjonsnedsettelse. Vi lurer på hva som gjør det enklere eller vanskeligere å oppleve aktivitetsglede og forbli motivert og deltakende i fysisk aktivitet.

Deltakerne skal være fra og med 16 til og med 25 år på intervjudtidspunktet og være i stand til å bidra med informasjon i forhold til temaet i en gruppesituasjon. Deltakerne blir rekruttert fra Beitostølen og Valnesfjord helsesportsentre, Turbo treningssenter i Bergen og Valdres videregående skole. Ungdom over 16 år kan selv samtykke til deltakelse i studien.

Hva innebærer studien?

Studien går ut på å gjennomføre fokusgruppeintervju med ungdom. Gjennom samtale med andre ungdommer og to forskere skal man komme frem med synspunkter på hva som kan gjøre det enklere og vanskeligere å oppleve aktivitetsglede og å være motivert for fysisk aktivitet. Det vil gjennomføres noen fokusgruppeintervju med ungdom med funksjonsnedsettelse og andre fokusgruppeintervju med ungdom uten funksjonsnedsettelse. Det er ønskelig at hver ungdom deltar på ett intervju med varighet på ca. 1-1½ time. Samtalene vil bli tatt opp på lydbånd som bare forskerne vil ha tilgang til.

I forkant av det oppsatte fokusgruppeintervjuet ber vi deg fylle ut et spørreskjema med bakgrunnsopplysninger om kjønn, alder, bosted, eventuell diagnose og motorisk funksjonsnivå, samt spørsmål rettet mot hvordan en vanlig hverdag arter seg med tanke på aktivitet og deltakelse.

Mulige fordeler og ulemper

Deltagelse vil kunne ha den fordelen at du blir mer reflektert i forhold til din egen motivasjon for fysisk aktivitet. Det vil også gi fagpersoner innblikk i hvordan ungdom tenker rundt deltakelse i fysisk aktivitet. Du vil antagelig oppleve å være i en noe uvanlig situasjon under gjennomføringen av intervjuet, ettersom du skal snakke med bestemte personer om bestemte temaer mens det blir tatt opp på lydbånd. Ut over dette regnes det ikke med at deltagelse vil medføre noen ulemper.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Du vil få tildelt et annet navn når samtalen blir skrevet i tekstform.

Det er kun prosjektleder knyttet til prosjektet som har adgang til en navneliste og som kan finne tilbake til deg. Prosjektleder og prosjektmedarbeidere har taushetsplikt etter gjeldende regler. Ved

prosjektslutt, innen utgangen av 2014, vil opptak og personopplysninger bli slettet. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i resultatene som publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Opplysningene om deg vil da bli anonymisert. Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg eller din behandling/forhold til skole. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Berit Gjessing på mail berit.gjessing@bhss.no eller telefon 959 74 111. Ansvarlig for studien er Beitostølen helsesportsenter ved prosjektleder Astrid Nyquist. Prosjektet har tilråding fra Personvernombudet for forskning ved NSD.

Informasjon om utfallet av studien

Deltakerne i studien vil få tilsendt informasjon om resultatene fra studien dersom de ønsker det. Resultatene vil inngå i en rapport til Helsedirektoratet, som finansierer studien. I tillegg vil de brukes til videreutvikling av (re-) rehabiliteringsopphold for den aktuelle målgruppen og til seminar for aktuelle fagpersoner. Det vil også være aktuelt å publisere resultatene i en artikkel i et nasjonalt eller internasjonalt fagtidsskrift.



Samtykke til deltakelse i studien «*Forbli aktiv*»

Jeg er villig til å delta i studien

Underskrift av prosjektdeltaker

Dato

Jeg ønsker tilbakemelding om resultatet av studien?

Ja

Nei

Hvis ja; til hvilken mailadresse?

Vedlegg 2:

Spørreskjema «Forbli Aktiv»

Mann Kvinne

Fødselsår: _____ Bosted: _____

Diagnose: _____

Se for deg en «vanlig» uke. Hvor mange ganger er du i anstrengende fysisk aktivitet – som får deg til å puste mer enn vanlig?

- 1 gang i uka eller mindre
 2-4 ganger i uka
 5 ganger i uka eller mer

Gi eksempel på hva den eventuelle aktiviteten kan være:






Er denne aktiviteten organisert, for eksempel i et idrettslag eller lignende?

- Ja, alt er organisert
 Nei, ingenting er organisert
 Noe er organisert og noe er ikke organisert

Er du i arbeid eller går du på skole?

- Nei, ingen av delene
 Ja, jeg går på skole: Videregående Høyere utdanning
 Ja, jeg jobber i _____ % stilling

Motorisk funksjonsnivå – les teksten og kryss av i **én rute** ved siden av beskrivelsen som best tilsvarer din funksjon.

<input type="checkbox"/> Jeg kan gå selv uten ganghjelpemiddel, og kan gå opp og ned trapp uten å holde meg i rekkverk og kan gå hvor som helst og kan løpe og hoppe selv om farten, balansen og koordinasjonen kan være lett nedsatt	FCS Level I 
<input type="checkbox"/> Jeg kan gå selv uten ganghjelpemiddel, men trenger å holde meg i rekkverk opp og ned trapp og går derfor i de fleste omgivelser og har ofte vansker med å gå på ujevnt underlag, i skråninger eller i folkemengder og kan av og til foretrekke å bruke et ganghjelpemiddel (som en stokk eller krykke) eller rullestol for å forflytte meg raskt eller over lengre avstander	
<input type="checkbox"/> Jeg kan stå selv og går bare med ganghjelpemiddel (som rullator, krykker, stokker, etc) og har vansker med å gå i trapp eller på ujevnt underlag uten støtte og benytter forskjellige måter å forflytte meg på avhengig av omstendighetene og foretrekker å bruke rullestol for å forflytte meg raskt eller over lengre avstander	
<input type="checkbox"/> Jeg kan sitte selv, men verken står eller går uten betydelig støtte og bruker alltid rullestol utendørs og kan oppnå selvstendig forflytning ved bruk av elektrisk rullestol og kan krype eller rulle i begrenset utstrekning for å forflytte meg innendørs	
<input type="checkbox"/> Jeg har vansker med å sitte selv og kontrollere hodet og overkroppens stilling i de fleste stillinger og har vansker med å oppnå viljestyrt kontroll av bevegelse og trenger spesialtilpasset stol med støtte for å sitte komfortabelt og bli kjørt noe sted og må bli løftet eller bruke spesialhjelpemiddel ved forflytning	

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide «Forbli Aktiv»

1. Hva forbinder du med begrepet fysisk aktivitet?
2. Hva er din tidligere erfaring med fysisk aktivitet?
3. Opplever du noen utfordringer (begrensninger) ved deltakelse i fysisk aktivitet?
I tilfelle hvilke?
4. Hvordan kan det legges til rette for at du skal delta i fysisk aktivitet?
5. Hvilke grunner har du for å delta i fysisk aktivitet?
6. Hvilke grunner har du for å ikke delta i fysisk aktivitet?
7. Hva kan øke din deltakelse i fysisk aktivitet?

Vedlegg 4: Eksempel på tekstanalyse (systematisk tekstkondensering)

3. Trene med funksjonsfriske eller ikke.

Trinn 2: Meningsbærende enheter

Og for min del så er det jo mye lettere egentlig å spille altså med rullestolbasket og kjelkehockey når jeg bruker rullestol for det er jo en del ting hvor, altså hvis jeg skulle konkurrere mot de andre i en del ting så hadde jo ikke det fungert så kjempebra egentlig

Det er jo noe vi kan gjøre sammen med venner og, som er funksjonsfriske.

Det skulle finnes et treningssenter som bare var et treningssenter og som tilfeldigvis også var tilrettelagt. Et universelt utformet treningssenter. Ikke et treningssenter der de funksjonshemmede kan gå for da ser alle at «oj, der går alle de funksjonshemmede»

Vi velger å ikke si det, selv om det ikke er noe flaut eller noe sånn, men det er unødvendig oppmerksomhet Jeg, altså for at jeg skulle vært med på mer ting så tror jeg det hadde vært kjekkere hvis de kunne hatt sånne aktiviteter eller ting vi kunne vært med på og som var tilrettelagt, men også at du kunne for eksempel ha med deg venner som ikke har en funksjonsnedsettelse.

Jeg tenker det må være tilbud som er eksklusivt for funksjonshemmede, men også må det være mulig for de funksjonshemmede som ønsker det å trene med funksjonsfriske. Både det at funksjonsfriske kan komme i kontakt med funksjonsfriske, men og at funksjonshemmede på en måte slipper, hvis man kan bruke det ordet, å bare omgås andre funksjonshemmede.

Trinn 3: Kondensering av sitater

altså hvis jeg skulle konkurrere mot de andre i en del ting så hadde jo ikke det fungert så kjempebra egentlig. Det skulle finnes et treningssenter som bare var et treningssenter og som tilfeldigvis også var tilrettelagt. Et universelt utformet treningssenter. Ikke et treningssenter der de funksjonshemmede kan gå for da ser alle at «oj, der går alle de funksjonshemmede. Jeg tenker det må være tilbud som er eksklusivt for funksjonshemmede, men også må det være mulig for de funksjonshemmede som ønsker det å trene med funksjonsfriske. Både det at funksjonsfriske kan komme i kontakt med funksjonsfriske, men og at funksjonshemmede på en måte slipper, hvis man kan bruke det ordet, å bare omgås andre funksjonshemmede.

Trinn 4: Rekontekstualisering

De fleste er enige om at det aller beste hadde vært å gjort aktiviteter/trent et sted som man kunne være sammen, både funksjonshemmede og funksjonsfriske. Det burde vært tilrettelagte aktiviteter, men også muligheter for å trene med funksjonsfriske. Noen synes det er flaut å ha et eget treningssenter; "Ikke et treningssenter der de funksjonshemmede kan gå for da ser alle at «oj, der går alle de funksjonshemmede." På den andre siden så sier flere at det ikke hadde fungert veldig bra om man skulle konkurrert mot funksjonsfriske, men at trenings- og aktivitetsaspektet kunne vært mulig å gjøre sammen.

Vedlegg 5: Godkjenning REK



Til Astrid J. Nyquist

2012/1990 D Forbli aktiv

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 29.11.2012.

Prosjektleder: Astrid J. Nyquist Forskningsansvarlig: Beitostølen Helsesportsenter

Prosjektomtale

Studien har til hensikt å undersøke hemmende og fremmende faktorer i forhold til opplevelse av aktivitetsglede, motivasjon og deltagelse i fysisk aktivitet for personer med og uten funksjonsnedsettelse. Datainnsamlingen skjer ved hjelp av fokusgruppeintervju med ungdom, hvor de gjennom samtale med hverandre og to forskere skal komme frem med synspunkter på hva som kan gjøre det enklere og vanskeligere å oppleve aktivitetsglede og å være motivert for fysisk aktivitet. Deltakere skal inkluderes blant pasienter som er på opphold på Beitostølen helsesportsenter, fra habiliteringsenheter eller andre egnede enheter hvor ungdom/unge voksne med funksjonsnedsettelser er samlet. Deltakerne skal være i alderen 16-25 år og være i stand til å ytre sine erfaringer og meninger i en gruppesammenheng. Totalt skal det inkluderes ca. 50 deltakere. Samtykke innhentes for alle data.

Komiteens vurdering

Prosjektgruppen skal i denne studien undersøke hvordan ungdom med og uten funksjonsnedsettelse opplever aktivitetsglede, og hvilke faktorer som motiverer til meningsfulle aktiviteter. Komiteen vurderer at prosjektet ikke faller inn under helseforskningsloven som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom.

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten godkjenning fra REK. REK antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Vedtak

Prosjektet er ikke å regne som et medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt, og faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten

godkjenning av REK.

Klageadgang Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no

Besøksadresse: Telefon: 22845511 Nydalen allé 37 B, 0484 **E-post:** post@helseforskning.etikkom.no

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Oslo

Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Stein A. Evensen Professor dr. med. Leder

Kopi til:

Gjøril Bergva Rådgiver

Vedlegg 6: Meldeskjema og godkjenning NSD:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel

Tittel

Forbli Aktiv - mulighet for vedvarende deltakelse i fysisk aktivitet for ungdom med funksjonsnedsettelse

2. Behandlingsansvarlig institusjon

Institusjon

Beitostølen Helseportsenter

Avdeling/Fakultet Institutt

3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)

Fornavn Etternavn Akademisk grad
Stilling Arbeidssted Adresse
(arb.sted) Postnr/sted (arb.sted)
Telefon/mobil (arb.sted) E-post

Astrid Nyquist Doktorgrad Leder av avdeling for forskning og utvikling Beitostølen Helseportsenter

Senterveien 2953 Beitostølen 61340818 / 47403598
astrid.nyquist@bhss.no

4. Student (master, bachelor)

Studentprosjekt

Ja Nei

5. Formålet med prosjektet

Formål

Kunnskap og erfaring viser at barn er aktivt deltakende i fysisk aktivitet, mens ungdom/unge voksne deltar i vesentlig mindre grad. Dette gjelder både personer med og uten funksjonsnedsettelse, men det ser ut til at personer med funksjonsnedsettelse møter de største utfordringene. Studien har til hensikt å sette fokus på hemmende og fremmende faktorer i forhold til opplevelse av aktivitetsglede, motivasjon og deltakelse i fysisk aktivitet for personer med og uten funksjonsnedsettelse. Etter analyser av datamaterialet er det ønskelig å utvikle strategier for vedvarende aktivitet og deltakelse som kan omsettes i habiliteringspraksis både på

6. Prosjektomfang

Velg omfang

- Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt

Oppgi øvrige institusjoner

Oppgi hvordan samarbeidet foregår

7. Utvalgsbeskrivelse

Side 1

Utvalget

Pasienter som er på opphold på Beitostølen helsesportsenter, Valnesfjord helsesportsenter og Turbo treningssenter i Bergen. Deltakerne skal være 16-25 år på intervjutidspunktet og være i stand til å ytre sine erfaringer og meninger i en gruppesammenheng. I tillegg rekrutteres ungdom uten funksjonsnedsettelse fra Valdres videregående skole.

Rekruttering og trekking

Det gjennomføres et strategisk utvalg ved at de som forventes å kunne bidra med nyttige opplysninger i forhold til problemstillingen blir surt om å delta. Prosjektmedarbeider gjør denne vurderingen sammen med ansatte der hvor deltakerne rekrutteres fra.

Førstegangskontakt

Muntlig informasjon om studien blir gitt av prosjektmedarbeider eller ansatt ved den aktuelle institusjonen. Potensielle deltakere ved Turbo treningssenter blir ringt til. For de andre deltakerne vil første informasjon bli gitt i gruppe der de oppholder seg. Etter muntlig informasjon er gitt, vil alle få utdelt skriftlig informasjon.

Alder på utvalget

- Barn (0-15 år) ■ Ungdom (16-17 år) ■ Voksne (over 18 år)

Antall personer som inngår i utvalget

50

Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?

- Ja ○ Nei ●

Hvis ja, begrunn

8. Metode for innsamling av personopplysninger

Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes

- Spørreskjema Personlig intervju ■ Gruppeintervju Observasjon Psykologiske/pedagogiske tester Medisinske undersøkelser/tester Journaldata Registerdata Annen

innsamlingsmetode

Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken

Kommentar

Kort spørreskjema for å kartlegge fysisk aktivitetsnivå og motorisk funksjonsnivå hos deltakerne. Fokusgruppeintervju vil være hovedmetoden.

9. Datamaterialets innhold

Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn

Kjønn, alder, bosted, eventuell diagnose, grovmotorisk funksjonsnivå, fysisk aktivitetsnivå.

Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?

Ja ● Nei ○

Hvis ja, hvilke?

11-sifret fødselsnummer ■ Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer

Spesifiser hvilke

Navn, fødselsår, e-postadresse dersom de ønsker det. Navn samles inn separat og knyttes til de andre opplysningene via et ID-nummer.

Side 2

Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?

Ja ● Nei ○

Hvis ja, hvilke?

Alder, kjønn og bosted.

Samles det inn sensitive personopplysninger?

Ja ○ Nei ●

Hvis ja, hvilke?

Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling

Helseforhold Seksuelle forhold Medlemskap i fagforeninger

Samles det inn opplysninger om tredjeperson?

Ja ○ Nei ●

Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?

Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?

Skriftlig Muntlig Informeres ikke

Informeres ikke, begrunn

10. Informasjon og samtykke

Oppgi hvordan utvalget informeres Skriftlig Muntlig Informeres ikke

Begrunn

Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes Skriftlig Muntlig Innhentes ikke

Innhentes ikke, begrunn

11. Informasjonssikkerhet

Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel) Ja Nei

Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den? Lagres i papirjournalarkivet til Beitostølen helsesportsenter. Legesekretærer har tilgang.

Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet Ja Nei

Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?

Side 3

Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter? Ja Nei

Spesifiser

Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten

Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?

Fysisk isolert privat datamaskin Privat datamaskin tilknyttet Internett Videoopptak/fotografi Lydopptak Notater/papir Annen registreringsmetode

Annen registreringsmetode beskriv

Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr? Ja Nei

Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?

Lydfiler lagres ikke på datamaskin. Data hvor lydfil transkriberes står på låsbart kontor, maskinen er beskyttet med brukernavn

og passord.

Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke

Lydfiler lagres på ekstern harddisk som låses inn i arkivskap på et låsbart kontor.

Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?

Ja Nei

Hvis ja, hvem?

Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?

Ja Nei

Hvis ja, hvilke?

Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?

Ja Nei

Hvis ja, til hvem?

Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?

Ja Nei

Hvis ja, hvilken?

12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser

Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?

Ja Nei

Kommentar

Det er sendt søknad til REK i forhold til godkjenning av prosjektet, med svar om at det ikke er å regne som et medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt, og at det dermed kan gjennomføres uten godkjenning derfra.

Side 4

Søkes det godkjenning fra andre instanser?

Ja Nei

Hvis ja, hvilke?

13. Prosjektperiode

Prosjektperiode

Prosjektstart:21.01.2013

Prosjektslutt:21.06.2014

Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?

Datamaterialet anonymiseres Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon

Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?

Rådata, deriblant samtykkeerklæring, spørreskjema og lydopptak slettes.

Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?

Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?

14. Finansiering

Hvordan finansieres prosjektet? Midler et tildelt fra Helsedirektoratet.

15. Tilleggsopplysninger

Tilleggsopplysninger

16. Vedlegg

Antall vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

708/13
Astrid Nyquist
Beitostølen Helseportsenter
Sentervegen
2953 BEITOSTØLEN

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.12.2012. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 17.01.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

32513 *Forbli Aktiv - mulighet for vedvarende deltakelse i fysisk aktivitet for ungdom med funksjonsnedsettelse*
Behandlingsansvarlig *Beitostølen Helseportsenter, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Astrid Nyquist*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices.

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



FORMÅL

Studien har til hensikt å sette fokus på hemmende og fremmende faktorer for opplevelse av aktivitetsglede, motivasjon og deltakelse i fysisk aktivitet for personer med og uten funksjonsnedsettelse. Man vil bl.a. se på om ungdom med funksjonsnedsettelse opplever andre faktorer som avgjørende for deltagelse i aktivitet enn ungdom uten funksjonsnedsettelse. Resultatene kan bidra til å utvikle strategier for vedvarende aktivitet og deltakelse som kan omsettes i habiliteringspraksis både på kommunalt nivå og spesialisthelsetjenestenivå.

REK har vedtatt at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde (REKs ref.: 2012/1990/REK sør-øst D).

UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget vil bestå av totalt ca. 50 personer. Det rekrutteres pasienter i alderen 16-25 år fra Beitostølen helsesportsenter, Valnesfjord helsesportsenter og Turbo treningscenter i Bergen. I tillegg rekrutteres ungdom uten funksjonsnedsettelser fra Valdres videregående skole.

Trekking av utvalg og førstegangskontakt (ved oppringing eller utdeling av informasjonsskriv) gjøres av teamleder ved institusjonene deltagerne rekrutteres fra. Ved noen av institusjonene vil prosjektet bli presentert muntlig av teamleder/ansatt ved den aktuelle institusjonen, eventuelt sammen med prosjektmedarbeider etter avklaring med institusjonsledelsen.

REKRUTTERING, INFORMASJON OG SAMTYKKE

Alle i utvalget får skriftlig informasjon om prosjektet, og de som ønsker å delta samtykker skriftlig til behandlingen av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet (datert 17.01.2013) tilfredsstillende utformet iht. vilkårene i personopplysningsloven.

Det er personvernombudets vurdering at ungdommene (som alle skal være fylt 16 år) kan samtykke på selvstendig grunnlag til deltagelse i dette prosjektet. Det vises til helseforskningsloven som fastslår at ungdom over 16 år har samtykkekompetanse med mindre forskningen medfører alvorlig belastning/risiko, noe vi ikke kan se at deltagelse i dette prosjektet vil kunne innebære.

DATAMATERIALETS INNHOLD

Data innhentes i hovedsak gjennom fokusgruppeintervju som omhandler erfaringer og opplevelser med fysisk aktivitet/idrett. I tillegg kartlegges deltagerens fysiske aktivitetsnivå og motoriske funksjonsnivå gjennom et kort spørreskjema. Ungdom med og uten funksjonshemninger intervjues hver for seg i fokusgrupper.

Det registreres sensitive personopplysninger om helseforhold (bla. diagnose og funksjonsnivå), jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

INFORMASJONSSIKKERHET

Spørreskjema revideres ved at direkte personopplysninger (epostadresse) fjernes, jf. telefonsamtale 16.01.2013. Spørreskjema og intervjudata merkes med ID-nummer som viser tilbake til en navneliste (koblingsnøkkel). Koblingsnøkkelen lagres slik at kun prosjektleder har tilgang.

Datamaterialet vil for øvrig inneholde indirekte personopplysninger, bl.a. om kjønn, alder, bosted, eventuell diagnose, grovmotorisk funksjonsnivå, fysisk aktivitetsnivå. Det er ikke oppgitt på hvilken type datamaskin datamaterialet lagres. Vi anbefaler at man benytter pc tilhørende behandlingsansvarlig institusjon (Beitostølen Helsesportsenter), ikke privat pc. Lydfiler lagres på ekstern harddisk som oppbevares innelåst.

Vi forstår det slik at prosjektmedarbeider Berit Gjessing vil ha tilgang på datamaterialet på lik linje med prosjektleder, med unntak av koblingsnøkkel.

PROSJEKTSLUTT

Prosjektet avsluttes og innsamlede opplysninger anonymiseres innen 31.12.2014 (jf. informasjonsskriv til deltagerne). Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger (som navn, samtykkeerklæringer og koblingsnøkkel) slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. institusjon, alder, kjønn, diagnose) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet. Lydopptak skal slettes.

Datamaterialet publiseres i en slik form at ingen enkeltpersoner kan identifiseres.



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no

