

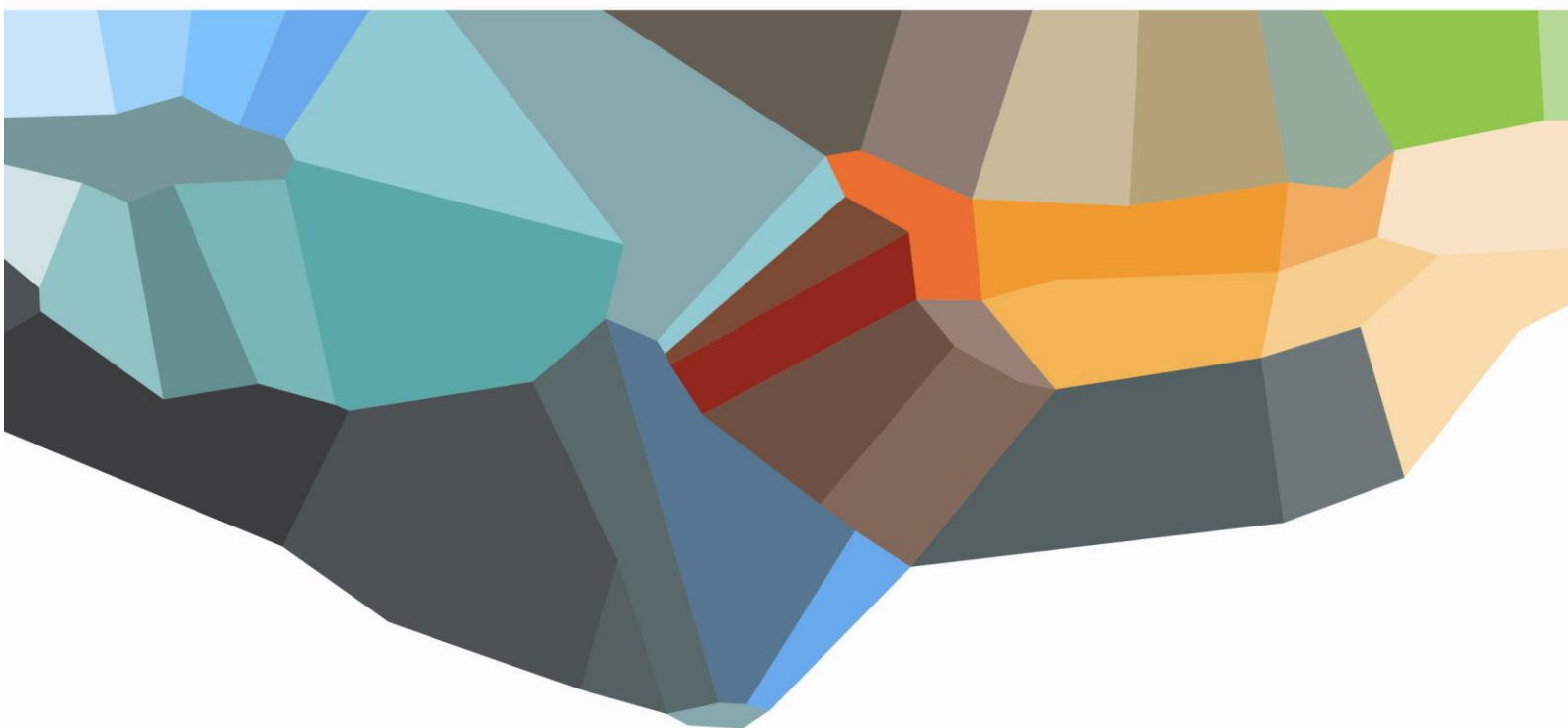


UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Effekt av habiliteringsopphold ved Valnesfjord Helsesportssenter

Tove Pedersen Bergkvist
Mastergrad i rehabilitering
45 studiepoeng
RH335S



Forord

Det er med lettende sinn jeg nå er ved veis ende med mastergradoppgaven! Det har vært en givende og lærerik prosess, men det har også vært en strabasiøs seilas og en balansegang mellom den daglige jobben på Valnesfjord Helsesportssenter og skriveprosessen.

Min arbeidsgiver har oppmuntret, støttet og lagt til rette for at oppgaven kunne ferdigstilles. Det har vært nødvendig for meg. Tusen takk.

Jeg har hatt flere støttespillere i prosessen;

Først og fremst familien som har bakket meg opp underveis; Dere har alle tre oppmuntret meg til å stå løpet ut!

På jobb har jeg gode medarbeidere på habiliteringsteamet som har levd med en delvis fraværende leder under hele masterstudiet. Dåkker e døktig!

Jeg har hatt en god kollega som startet på masterstudiet sammen med meg, uten henne er det tvilsom at denne oppgaven var blitt påbegynt.

Støttespillere på jobb, spesielt på FOU-enheten, har hjulpet med egen intern-opplæring i NSD-stat, praktisk håndtering av datamaterialet m.v, Det gjorde det litt enklere å vite at jeg hadde dere var i ryggen!

På Universitetet i Nordland sitter min dyktige veileder, Ingrid Fylling, som viste vei i prosessen fram mot det ferdige produktet, tusen takk for både inspirasjon og oppmuntring under veiledningen!

Til sist må jeg takke alle som valgte å delta i spørreundersøkelsen; uten dere ingen oppgave!

Valnesfjord, 2012.02.12

Tove Pedersen Bergkvist

SAMMENDRAG

Denne oppgavens tema er om habiliteringsopphold på Valnesfjord Helseportssenter (VHSS) har effekt på fysisk aktivitet og deltakelse i fritidsaktiviteter for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Oppgaven omfatter to forskningsspørsmål:

- 1) Kan vi måle endring i fysisk aktivitetsnivå hos barn og unge med funksjonsnedsettelse etter et habiliteringsopphold på Valnesfjord Helseportssenter? Eventuelle endringer sees på i relasjon til deltakernes alder, kjønn, foreldrestøtte og kommunestørrelse.
- 2) Kan vi måle endring i deltakelse i fritidsaktiviteter hos barn og unge med funksjonsnedsettelse etter et habiliteringsopphold på Valnesfjord Helseportssenter? Eventuelle endringer sees på i forhold til respondentenes deltakelse i type organiserte fritidsaktiviteter, opplevde barrierer for deltakelse, fysisk aktivitetsnivå og fysisk aktivitet sammen med venner.

Det er en kvantitativ studie med strukturerte spørreskjema, og det er et kvasieksperiment. Måletidspunktene er ved habiliteringsoppholdets start og tre måneder etter oppholdet.

I oppgaven presenteres innholdet i habiliteringsopphold ved VHSS, samt ulike teoretiske perspektiver og tidligere forskning som er relevant for temaet.

Resultatene viser en økning i antall timer fysisk aktivitet per uke, og noe endring i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Resultatene viser også at det er mange ulike og ulikt opplevde barrierer som er årsak til at deltakelse ikke finner sted. Det er sannsynlig at habiliteringsopphold på VHSS bidrar til økt fysisk aktivitetsnivå og deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge med ulike funksjonsnedsettelser.

SUMMARY

The main topic of this thesis is the evaluation of rehabilitation in-patient programs for children and adolescents with physical impairments at Valnesfjord Rehabilitation centre (Valnesfjord Helsesportssenter – VHSS) and the effects of these programs on the level of physical activity and participation in social activities. In particular, the following two research questions are answered:

- 1) Can changes in the level of physical activity of children and adolescents with physical impairments be measured after discharge from a rehabilitation program at VHSS? These changes are described with regard to the participants' age, gender, parental support and the size of the place of residence.
- 2) Can changes in the level of participation in social activities of children and adolescents with physical impairments be measured after discharge from a rehabilitation program at VHSS? These changes are described with regard to participation in organized leisure activities, to perceived barriers for participating in physical activities and exercise with friends

The methodical design follows on the one hand a quantitative strategy based on a structured questionnaire, and on the other hand a quasi-experimental study. Measures were taken at the start of the rehabilitation program and again three month after discharge.

The thesis presents the structure of rehabilitation programs at VHSS, followed by various theoretical perspectives relevant to the topic, as well as a review of previous research.

The results of the analysis show an increase in physical activity per week, and some change in participation in organized leisure activities. Results also show many factual or perceived barriers for participation. The results from the analysis indicate that rehabilitation programs at VHSS contribute to an increased level of physical activity and participation in organized leisure activities for children and adolescents with physical impairments.

Innholdsfortegnelse

OVERSIKT OVER FIGURER OG TABELLER	6
1. BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN	1
1.2 TEMA FOR UNDERSØKELSEN	2
1.3 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	2
1.3.1 DEL AV EN STØRRE EFFEKTSTUDIE VED VHSS	3
1.4 NÆRMERE PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN.....	4
1.4.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL / HYPOTESER	4
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING	6
2. VALNESFJORD HELSESPORTSSENTER	7
2.1 HABILITERINGSOPPHOLD VED VHSS - HOLISTISK PERSPEKTIV PÅ HABILITERING	7
2.1.1 DIDAKTIKK VED VALNESFJORD HELSESPORTSSENTER	9
2.1.2 TILPASSET FYSISK AKTIVITET	10
2.1.3 INNHOLDET I TILBUDET FOR BARN OG UNGE VED VHSS.....	13
2.2 FRITID.....	15
2.2.1 NORGES IDRETTSFFORBUND OG FORUM FOR NATUR OG FRILUFTSLIV SINE FOKUS PÅ AKTIVITETER FOR BARN OG UNGE MED FUNKSJONSNEDESETTELSE.....	16
3. TEORETISKE BEGREPER OG TIDLIGERE FORSKNING	19
3.1 TEORETISKE BEGREPER / PERSPEKTIVER	19
3.1.1. MEDISINSK FORSTÅELSE AV FUNKSJONSHEMMING	20
3.1.2. SOSIAL FORSTÅELSE AV FUNKSJONSHEMMING	20
3.1.3 RELASJONELL FORSTÅELSE AV FUNKSJONSHEMMING.....	21
3.1.4 STIGMATEORI OG ROSENTHALEFFEKTEN	24
3.1.5 MASLOWS BEHOVSHIERARKI.....	25
3.2 TIDLIGERE FORSKNING.....	27
3.2.1 BETYDNINGEN AV FYSISK AKTIVITET.....	27
3.2.2 STUDIER AV DELTAKELSE I ORGANISERTE AKTIVITETER	30
4. METODE.....	36
4.1 STØRRE EFFEKTSTUDIE VED VHSS	37
4.2 EFFEKT.....	38
4.2.1 EFFEKT I ET NATURVITENSKAPLIG PERSPEKTIV.....	38
4.2.2. EFFEKT I ET SAMFUNNSVITENSKAPELIG PERSPEKTIV	39

4.2.3	EFFEKT I ET RELASJONELT PERSPEKTIV	39
4.2.4	FORVENTET EFFEKT PÅ FYSISK AKTIVITET OG DELTAKELSE I FRITIDSAKTIVITETER	39
4.2.5	EFFEKT AV TILTAK ETTERSPØRRES	40
4.3	FORSKNINGSDESIGN	41
4.3.1	EKSPERIMENT	41
4.3.2	MITT FORSKNINGSDESIGN	47
4.4	SPØRRESKJEMAET	47
4.4.1	DATAGRUNNLAG / UTVALGET AV RESPONDENTER	48
4.4.2	PRAKTISK GJENNOMFØRING AV DATAINNSAMLINGEN.....	49
4.4.3	ENDRINGER AV VERDIER I SPØRSMÅL FRA DATAMATERIALET	50
4.4.4	FRAMSTILLING AV MATERIALET SOM OMHANDLER DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER	51
4.5	ETISKE HENSYN.....	53
5.1	FYSISK AKTIVITETSNIVÅ	54
5.2	KJØNNSFORSKJELLER I FYSISK AKTIVITETSNIVÅ.....	55
5.3	ER DET ALDERSMESSIGE FORSKJELLER FOR I FYSISK AKTIVITETSNIVÅ	57
5.4	FYSISK AKTIVITETSNIVÅ OG STØTTE FRA FORELDRE	58
5.5	FYSISK AKTIVITETSNIVÅ OG KOMMUNESTØRRELSE	59
5.6	OPPSUMMERING; ENDRINGER I FYSISK AKTIVITETSNIVÅ	60
6.	ENDRINGER FOR DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER.....	61
6.1	HVILKE ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER DELTOK DE PÅ?	61
6.2	OPPLEVDE BARRIERER FOR DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER	62
6.3	VENNERS BETYDNING FOR DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER	64
6.4	KOMBINASJONER AV FYSISK AKTIVITET OG DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER	65
6.4.1	IKKE DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER OG MINDRE AKTIVE ENN NASJONALE ANBEFALINGER FOR FYSISK AKTIVITET	65
6.4.2	DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER, MEN MINDRE AKTIVE ENN NASJONALE ANBEFALINGER FOR FYSISK AKTIVITET	67
6.4.3	IKKE DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER, MEN INNENFOR NASJONALE ANBEFALINGER FOR FYSISK AKTIVITET	68

6.4.4	DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER OG INNENFOR NASJONALE ANBEFALINGER FOR FYSISK AKTIVITET	70
6.8	OPPSUMMERING; ENDRINGER I DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER	72
7.	DRØFTING	74
7.1	FYSISK AKTIVITET	74
7.1.1	KJØNN	75
7.1.2	ALDER	76
7.1.3	FORELDRESTØTTE	76
7.1.4	ANTALL INNBYGGERE I KOMMUNEN	77
7.1.5	FYSISK AKTIVITET SAMMEN MED VENNER	78
7.2	DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER	78
8	MER FYSISK AKTIVE OG DELTAKENDE BARN PÅ GRUNN AV HABILITERINGSOPPHOLD – ILLUSJON ELLER REALITET?	84
	LITTERATURLISTE	86
	Vedlegg	90

OVERSIKT OVER FIGURER OG TABELLER

Figur 1	Modell av tilpasset fysisk aktivitet.....	10
Figur 2	Skjematisk framstilling av ICF.....	22
Figur 3	Maslows behovshierarki.....	25
Figur 4	Modell av kvasieksperiment og ekte eksperiment.....	42
Tabell 1 a)	Antall timer i uka, utenom skoletiden, med lek, idretts- eller mosjonsaktiviteter slik at du blir andpusten eller svett, t ₁ og t ₂ . Prosent. N=44.....	54
Tabell 1b)	Antall timer fysisk aktivitet t ₁ og t ₂ . Loddrett prosentuering N=44.....	55
Tabell 2.	Antall timer fysisk aktivitet utenom skoletid, t ₁ og t ₂ , gutter og jenter. Prosent. N=44.....	56
Tabell 3.	Antall timer fysisk aktivitet utenom skoletid, t ₁ og t ₂ , 2 aldersgrupper. Prosent. N=44.....	57
Tabell 4.	Antall timer fysisk aktivitet utenom skoletid, t ₁ og t ₂ , etter oppmuntring fra mor eller far. Prosent. N=44.....	58
Tabell 5.	Antall timer fysisk aktivitet utenom skoletid, t ₁ og t ₂ , etter innbyggerantall i kommunene. Prosent. N=38.....	59
Tabell 6.	Oversikt over deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Prosent. N=44.....	61
Tabell 7.	Oversikt over hvilke organiserte fritidsaktiviteter respondentene deltok i, t ₁ og t ₂	62
Tabell 8.	Oversikt over deltakere som er med i organiserte fritidstilbud, justert for hvor ofte de er fysisk aktive sammen med venner, t ₂ . Prosent (Finnes som vedlegg 9 b)	
Tabell 9.	Oversikt over deltakere som er med i organiserte fritidstilbud, justert for hvor ofte de er fysisk aktive sammen med venner, t ₂ . Prosent.....	64
Tabell 10.	Oversikt over hvilke organiserte fritidsaktiviteter respondentene som er lite fysisk aktive, 0-2 timer per uke, deltar i ved t ₁ og t ₂ . N=12.....	74

1. BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN

Nasjonalt fokus på effekt, fysisk aktivitet og deltakelse

Deltakelse¹ og livsutfoldelse for alle er en sentral verdi i den norske politikken for mennesker med nedsatt funksjonsevne. I Stortingsmelding nr 40 (2002-2003) presenterte regjeringen en visjon om at personer med nedsatt funksjonsevne skal ha muligheter til personlig utvikling, deltakelse og livsutfoldelse på linje med andre samfunnsborgere (St. melding nr 40, 2002-2003:5).

Åtte år seinere, i Handlingsplan for Habilitering av barn og unge, er viktigheten av fysisk aktivitet viet oppmerksomhet, og det refereres til rapporten «*Fysisk aktivitet for mennesker med funksjonsnedsettelse – Anbefalinger*» (IS-1160, 06/2004). Her påpeker direktoratet at:

«Grunnlaget for et fysisk aktivt liv og god helse legges i stor grad gjennom barne- og ungdomsårene. En fysisk eller mental funksjonsnedsettelse² hos barn kan være en sterkt medvirkende årsak til en livslang passiv tilværelse. Allsidig motorisk aktivitet fra tidlig alder vil sikre optimal utvikling av fysiske ferdigheter. Barn med funksjonshemming kan trenge ekstra stimulering og tilrettelegging for å få utnyttet sine ressurser best mulig» (Helsedirektoratet, 2009 a:30).

Ytterligere fokus på betydningen av fysisk aktivitet i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i befolkningen kom gjennom lanseringen av *Aktivitetshåndboken fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (Helsedirektoratet, 2009). Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 3.

Å sikre økt deltakelse i selvvalgte kultur- og fritidsaktiviteter er et av de sentrale tiltakene i den nasjonale handlingsplanen for habilitering av barn og unge. For å sikre dette i kommunene legges det vekt på å videreutvikle og styrke faglig kvalitet og kompetanse knyttet til den lovpålagte støttekontakttjenesten. Målsetningen er å bistå barn og ungdom til en aktiv og meningsfylt tilværelse sammen med andre (Helsedirektoratet, 2011:121).³

¹ Deltakelse er å engasjere seg i en livssituasjon

² Med funksjonsnedsettelse menes et fysiologisk og/eller psykologisk avvik som reduserer en eller flere kroppslige og/eller mentale funksjoner om man sammenligner med den generelle befolkningen. Mellom 15 og 20 prosent av befolkningen sies å ha en form for funksjonsnedsettelse.

<http://doksenter.custompublish.com/hva-forstaar-vi-med-funksjonsnedsettelse.381197-74087.html>

³ I handlingsplanen legges det vekt på at tjenesten kan videreutvikles gjennom følgende tre hovedløsninger: Individuell støttekontakt, Deltakelse i en aktivitetsgruppe eller et individuelt tilbud i samarbeid med en frivillig

Det er et økende krav fra bestillende myndigheter at de habiliteringstiltak som gjennomføres skal ha dokumentert effekt på de tiltak som staten betaler for (Helsedirektoratet 2011).

I RHF Helse Nord sine anbudsdokumenter for 2011-2013, står det i Kravspesifikasjonen at tiltak som iverksettes skal inngå i dokumenterte programmer og benytte seg av dokumenterte metoder (RHF Helse Nord 2010:3 og 6, vedlegg 15).

1.2 TEMA FOR UNDERSØKELSEN

Ett av virkemidlene for å bidra til økt aktivitet og deltakelse for barn og unge med nedsatt funksjonsevne er ulike typer rehabiliteringsopphold hvor dette fokuseres. Dette er tema for min oppgave.

I 1997 startet jeg som idrettspedagog ved Valnesfjord Helsesportssenter (VHSS), og har jobbet med barn og unge siden 1998, først som idrettspedagog, men de siste 4 år som teamsjef for teamet ved VHSS som jobber med barn og unge. Gjennom min jobb som idrettspedagog har jeg sett aktivitetsglede og mestringsopplevelser hos barn og unge som har gjennomført habiliteringsopphold ved VHSS. Gjennom mitt engasjement i frivillig sektor, som leder og trener i lokalt idrettslag, har jeg erfart hvilken positiv betydning det har for barn og unge å ha en fritidsaktivitet som gir både utfordringer, muligheter for mestring, og ikke minst en sosial tilhørighet med andre barn på samme alder. Og gjennom tilbakemeldinger fra foresatte til barn med nedsatt funksjonsevne har jeg også erfart at fritiden for disse barna ikke alltid inneholder meningsfulle fritidsaktiviteter, sosial tilhørighet og mulighet til deltakelse på de ulike fritidsarenaene.

Ved Valnesfjord Helsesportssenter møtes barn og unge med et mulighetsperspektiv.

Mulighetsperspektivet innebærer at fokuset er rettet mot hva de kan mestre av ulike fysiske utfordringer når forholdene legges til rette for det, men også hvordan det er mulig å utnytte erfaringer etter habiliteringsopphold for å få til mer og bedre fysisk aktivitet og deltakelse i fritidsaktiviteter etter endt opphold.

1.3 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

For å kunne leve et fysisk aktivt liv er det viktig å mestre en ferdighet og ha erfaring med fysisk aktivitet. Dersom du ikke får tilstrekkelig allsidig bevegelseserfaring som barn og ikke gis mulighet til å lære deg ”vanlige aktiviteter” som svømming, sykling, gå på ski, erfare

organisasjon. Helsedirektoratet understreker at en kombinasjon i bruken av disse løsningene kan velges slik at en kan utvikle individuelle tilbud som er tilpasset den enkelte sine ønsker og behov.

friluftsliv, er sjansen for at du er fysisk aktiv som voksen mindre (Malina 1996 i Brunborg m.fl, 2009:12).

I 2002 kom Den norske lægeforening på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, ut med et temahefte om betydningen av fysisk aktivitet for god helse, hvor dette drøftes i relasjon til barn og unge og befolkningen generelt. Der påpekes det at fysisk aktivitet antas å ha innvirkning på fysisk yteevne og helse hos barn og unge, både under vekstperioden og senere (Tidsskrift for Den norske lægeforening 2002: 5; Murphy m.fl 2008; Helsedirektoratet 2009 b:45).

Har du en funksjonsnedsettelse er det å være fysisk aktiv enda viktigere, fordi personer med ulike funksjonsnedsettelser er mindre fysisk aktiv enn andre deler av befolkninger. De er også mindre deltakende på andre samfunnsarenaer (Holden, Wennelborg og Tøssebro 2008:14).

Stabile, mellommenneskelige relasjoner og sosial tilknytning gir tilhørighet som har betydning for alle mennesker sin tilværelse og livssituasjon. Som mennesker har vi alle behov for slike sosiale nettverk. Deltakelse i fritidsaktiviteter er derfor med på å gi en sosial forankring som dekker grunnleggende behov. Forskning viser også at mangel på slik mellommenneskelig kontakt og sosial involvering kan føre til både mistrivsel og tilpasningsproblemer (Helsedirektoratet 2011; Sæbu2011; Løvgren 2009; Elnan 2010).

1.3.1 DEL AV EN STØRRE EFFEKTSTUDIE VED VHSS

Høsten 2010 startet det opp en større effektstudie for blant barn og unge med funksjonsnedsettelser ved VHSS. Studien fulgte alle barn og unge opp til 18 år som i løpet av ett år gjennomførte habiliteringsopphold ved VHSS. Studien har som hovedproblemstilling å måle effekt av habiliteringsopphold for barn og unge ved VHSS. og fulgte alle barn og unge opp til 18 år som i løpet av 12 måneder gjennomførte habiliteringsopphold. I løpet av de 12 månedene så vi at det gav 202 barn og unge som mulige respondenter. Resultatene foreligger ikke ennå, men er under bearbeidelse. Lena Klasson Heggebø, forsker ved FOU-enheten ved VHSS, er ansvarlig for studien.

En del av effektstudien bestod av spørreskjemaer som skulle måle effekt på utvalgte indikatorer. Hovedtemaene i spørreskjemaet var

- Bakgrunnsvariabler (foresattes spørreskjema)
- Determinanter for aktivitet
- Holdninger til aktivitet (egne, foresattes, lærer)

- Tilrettelegging for aktivitet i nærmiljøet
- Deltakelse i fritidsaktiviteter, ønsker og hindringer
- Livskvalitet

Denne masteroppgaven inngår som en del av denne effektstudien, og analyserer deler av dette datasettet. Jeg kommet tilbake til dette i metodeavsnittet.

1.4 NÆRMERE PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN

Problemstillingen for min oppgave er som følger:

Har et habiliteringsopphold på Valnesfjord Helsesportssenter effekt på fysisk aktivitet og deltakelse i fritidsaktiviteter hos barn og unge?

1.4.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL / HYPOTESER

På bakgrunn data som kommer fram av indikatorene for fysisk aktivitet og deltakelse i spørreskjemaet, ønsker jeg å finne ut av følgende:

- 3) Kan vi måle endring i fysisk aktivitetsnivå hos barn og unge med funksjonsnedsettelse etter et habiliteringsopphold på Valnesfjord Helsesportssenter? Eventuelle endringer analyseres på bakgrunn av deltakernes
 - a) Alder
 - b) Kjønn
 - c) Foreldrestøtte
 - d) Kommunestørrelse
- 4) Kan vi måle endring i deltakelse i fritidsaktiviteter hos barn og unge med funksjonsnedsettelse etter et habiliteringsopphold ved Valnesfjord Helsesportssenter? Eventuelle endringer analyseres på bakgrunn av respondentenes
 - a) Type organiserte fritidsaktiviteter
 - b) Opplevde barrierer for deltakelse
 - c) Fysisk aktivitetsnivå
 - d) Fysisk aktivitet sammen med venner

De uavhengige variablene er valgt på bakgrunn av forhold som vi vet er av betydning for barn og unges deltakelse i fysisk aktivitet generelt. Det gjelder kjønn, alder, støtte fra foreldrene og

betydningen av venner (Anderssen m.fl, 2008). Det er også viktig å identifisere hva barn og unge med funksjonsnedsettelse opplever som barrierer for deltakelse, dersom man skal bidra til å redusere de opplevde barrierene gjennom habiliteringstiltak.

Rehabilitering som begrep

Rehabilitering defineres som

”Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”.

Det er denne definisjonen av (re)habilitering som i dag benyttes i offentlige dokumenter og som dermed er styrende på utformingen av politikken innenfor dette feltet (se for eksempel Handlingsplan for habilitering av barn og unge (Helsedirektoratet, 2009:11). Denne definisjonen forelå første gang i St.meld.nr. 21 Ansvar og meistring (Sosial- og Helsedepartementet, 1998-99).

Definisjonene av rehabilitering i offentlige dokumenter som Stortingsmeldinger og NOU-er har endret seg mye bare de siste 15 årene. Conradi og Rand-Hendriksen (2004) påpeker at det ikke er enighet om hvor grenseoppgangen går mellom rehabilitering og andre tjenester for funksjonshemmede. Ordet rehabilitering har to ulike semantiske betydninger: Den ene er ”å sette i funksjonsdyktig stand igjen”. Den andre er å ”gi æresoppreisning eller gi tilbake tidligere verdighet” (Bredland, m.fl, 2002).

Helsedirektoratet understreker i Handlingsplanen (2009), at begrepet habilitering brukes med flere ulike betydninger. Det brukes på en *tjeneste*, som f.eks. habiliteringstjenesten for barn og unge eller voksenhabiliteringstjenesten. Det brukes på et *kunnskapsområde* som er utpreget tverrvitenskaplig og som befinner seg i grenseområdet mellom medisin, sosialvitenskap, psykologi og pedagogikk, og det brukes på den *bistands- og samhandlingsprosessen*, hvor en person med en funksjonsnedsettelse mottar bistand fra flere tjenesteytere ut fra sine forutsetninger, ønsker og behov. Bistanden kan være innrettet mot å beholde, styrke eller utvikle ferdigheter eller mestring hos den personen som ønsker habiliteringsbistand eller tilrettelegging av de fysiske eller sosiale omgivelsene, slik at disse ikke utgjør hindringer for personens sosiale deltakelse. Helsedirektoratet understreker at de i Handlingsplanen bruker habiliteringsbegrepet først og fremst til å beskrive bistands- og samhandlingsprosessen mellom brukerne og tjenesteapparatet (Helsedirektoratet, 2009a:16).

Rehabilitering ved VHSS

Ved VHSS skal habiliteringstilbudet være et ledd i den enkeltes rehabiliteringskjede, og oppholdet skal bidra til å beholde, styrke eller utvikle ferdigheter eller mestring for brukerne. VHSS ønsker å påvirke tilrettelegging av de fysiske og/eller sosiale omgivelsene til brukeren, slik at disse ikke utgjør hindringer for personens deltakelse sosialt og i samfunnet. Dette medfører at den enkelte bruker med sine prioriteringer, sin livssituasjon og de sammenhenger han/hun inngår i, tydeligere settes på dagsorden. I tillegg betyr det at fagfolk får nye krav til sin rolle i forhold til brukerne, og at flere aktører utenfor helsetjenesten blir aktuelle, blant annet aktører i frivillig sektor / fritidsaktiviteter.

1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING

I kapittel 2 vil jeg redegjøre for Valnesfjord Helseportssenter generelt, men spesielt om hvordan habiliteringsoppholdene gjennomføres, og hvordan dette arter seg i relasjon til fysisk aktivitet og deltakelse spesielt. Deretter presenterer jeg i kapittel 3 teoretiske perspektiver og tidligere forskning som jeg anser som relevant for problemstillingen. Kapittel 4 omhandler den metodiske gjennomføringen, mens i kapittel 5 og 6 presenteres de sentrale funnene. Funnene drøftes i kapittel 7, før jeg i kapittel 8 redegjør for om funnene kan tilskrives effekt av habiliteringsopphold ved Valnesfjord Helseportssenter.

2. VALNESFJORD HELSESPORTSSENTER

I dette kapitlet skal vi se på innholdet i habiliteringsopphold ved Valnesfjord Helseportssenter (VHSS). Behandlingsfilosofi, hovedvirkemiddel og innhold i habiliteringsoppholdene er intervensjonen som endringen skal sees i lys av, derfor er det viktig å gå dypere inn i det.

VHSS er en spesiell institusjon innen fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering. Institusjonen har opparbeidet seg lang erfaring og solid kunnskap innen rehabilitering for voksne, arbeidsrettet rehabilitering og habilitering av barn og unge siden åpningen i 1982. VHSS har ytelsesavtale med Helse Nord RHF som definerer hvilke typer pasienter (diagnoser) som skal tilbys (re)habilitering. Det er 70 sengeplasser i hovedbygningen, og i tillegg har institusjonen et pasienthotell, Seljeås, med plass til 20 gjester. Årlig får rundt 250 barn og 700 voksne med medfødt eller ervervet funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdommer tilbud om ulike rehabiliteringsopphold ved VHSS. VHSS sitt hovedvirkemiddel er tilpasset fysisk aktivitet. Det kommer jeg tilbake til seinere i kapitlet.

2.1 HABILITERINGSOPPHOLD VED VHSS - HOLISTISK PERSPEKTIV PÅ HABILITERING

Barn og unge som kommer til VHSS har ofte mange og sammensatte utfordringer. I tillegg til sykdommer og funksjonsnedsettelse, strever mange faglig og psykososialt på skolen og i livet ellers. Gjennom habiliteringsopphold vil de kunne lære seg spesifikke ferdigheter og få mestringsopplevelser på ulike arenaer, og se muligheter i stedet for begrensninger i forhold til egen situasjon. I løpet av en periode på 2 uker med intensiv trening⁴ får den enkelte muligheten til å jobbe mot dette målet. For barn er det å bli kjent med kroppen sin og etter hvert godta seg selv med sine funksjonsnedsettelse og utfordringer også viktige elementer i oppholdet. Det overordnede målet i et habiliteringsopphold er bedre funksjon og livskvalitet for brukeren. For å oppnå dette må ulike tiltak rettes mot brukeren selv, foresatte og lokalt

⁴ Intensiv trening er treningstilbud som daglige trenings- eller aktivitetstilbud med intensitet og omfang tilpasset barnets alder og funksjonsnivå. Intensiv trening skal være fokusert og bidra til utvikling av barnet, både motorisk, sosialt og mentalt. Dette innebærer at det intensive programmet forutsettes å inneholde elementer av motorisk trening, sansestimulering, sosial og mental trening, herunder opplæring, sansestimulering, for at barnet skal kunne oppøve mestringssevne på ulike områder. Intensive trenings- og aktivitetstilbud innenfor barnehabiliteringstjenesten forutsettes gitt i tidsavgrensede perioder. Treningsperioden vil danne grunnlag for tilrettelegging av det videre trenings- eller aktivitetstilbudet i barnets hverdag (Helsedepartementets Strategiplan – habilitering av barn 2004)

nettverk/kommune. Her er en skjematisk framstilling av hvilke ulike elementer som kan inngå i et habiliteringsopphold:

1. Barnet / ungdommen

- a. Intensiv trening for styrking av motoriske ferdigheter
- b. Intensiv trening for innlæring av spesifikke ferdigheter
- c. Intensiv trening for å opprettholde eller bedre generelt funksjonsnivå
- d. Prøve ut og tilpasse hjelpemidler innen ulike aktivitetsområder
- e. Helhetlig vurdering av barnets situasjon i konteksten ved VHSS: fysisk, sosialt, psykisk
- f. Etablere muligheter for opplevelser som gir mestring, og som vil styrke individets selvfølelse og selvtillit og gi positive ringvirkninger på andre livsområder

2. Foresatte

- a. Veiledning på ulike livsområder: tilpasset fysisk aktivitet, foreldrerolle, positiv grensesetting, se sitt eget barn i ny kontekst m.m.
- b. Likemannsarbeid – høste av hverandres erfaringer, etablere nettverk med andre i liknende situasjon
- c. Kunnskap om funksjonsnedsettelsen

3. Lokalt nettverk

- a. Dyktiggjøre lokalt nettverk i forhold til pasientens behov – kompetanseoverføring (faglig, metodisk)
- b. Veilede på hvordan tiltak/aktiviteter kan organiseres og utformes lokalt (organisering og metodikk)
- c. VHSS kan være en katalysator i prosesser lokalt som har stoppet opp, og en objektiv tredjepart i eventuell konflikt mellom hjem og skole/kommune. Skole/lærer og andre fagpersoner (fysioterapeut, helsesøster) rundt barnet inviteres til besøk under barnets opphold. Hensikten er å få til en bedre overføring av kunnskap rundt det enkelte barnet. Utgifter til fagbesøk må den enkelte kommune finansiere selv.

De *individuelle målsettingene* varierer ut fra den enkeltes diagnose, kompleksitet, alder, personlige interesser, hvor i et habiliteringsforløp barnet er m.v. Det som oftest går igjen i målsettingene er et mål om økt fysisk kapasitet, mestring av ulike ferdigheter, utprøving av nye aktiviteter, bedring av adferd og, ikke minst har mange et ønske om å erfare gode sosiale relasjoner ("få seg venner"). Tverrfaglig epikrise sendes fra VHSS til innsøkende innstans,

oftest lege, og tverrfaglig rapport⁵ sendes til skole, fysioterapeut og eventuelt andre fagpersoner rundt brukeren. Den inneholder en beskrivelse av hva som har vært gjennomført under oppholdet, hvordan det har gått /utvikling, forslag til progresjon i ulike aktiviteter og anbefalte tiltak videre.

Jeg skal videre forklare hvordan VHSS jobber på de ulike områdene.

2.1.1 DIDAKTIKK VED VALNESFJORD HELSESPORTSSENTER

Problemstillingen i denne oppgaven er å måle effekt av habiliteringsopphold. Det er derfor viktig å redegjøre for *innholdet* i oppholdet og det metodiske opplegget, og den didaktiske tilnærmingen er en sentral del av dette.

Didaktikk kommer av det greske «didaskēik»: være lærer, utdanne.

Didaktikk, eller undervisningslære, er den del av pedagogikken som har med formidling av kunnskaper å gjøre. Begrepet didaktikk brukes i Skandinavia og Europa og tilhører den nord-europeiske didaktikktradisjonen. (Midtsundstad og Willbergh, 2010).

Generelt omhandler didaktikk sammenhengen mellom undervisningens begrunnelse, innhold og gjennomføring. Mer konkret omfatter didaktikken kunnskap om sammenhengen mellom undervisningens gjennomtenkning, planlegging, gjennomføring og evaluering. Innen hver av disse prosessene rettes oppmerksomheten mot følgende kategorier og sammenhengen mellom dem: mål, innhold, arbeidsmåte, evaluering og didaktiske forutsetninger. Med didaktiske forutsetninger menes f.eks. elevenes psykologiske, sosiale, kulturelle og faglige forutsetninger, lærerforutsetninger (utdanning, erfaringsbakgrunn m.m.), og en rekke rammefaktorer, f.eks. økonomiske ressurser og den enkelte skole som organisasjon. Denne didaktiske innstilling er til stede, oftest ubevisst, ved planlegging, gjennomføring og evaluering av målrettede læringstiltak på alle nivåer.

Historisk har didaktikkbegrepet hatt et mye snevrere innhold, gjerne sentrert rundt teoretiske synspunkter på undervisningens mål og innhold. Dette vide didaktikkbegrep beskrevet ovenfor, gir mulighet til helhetlig forståelse av undervisning og utdanning på ulike nivåer. De didaktiske kategoriene gjør det også mulig å integrere viten fra pedagogikkfaget som helhet. I dag er det i fra flere hold lagt vekt på praktisk undervisning som en del av didaktikken (Midtsundstad og Willbergh 2010). Denne helhetlige forståelsen av didaktikk, inkludert den praktiske undervisningen, som ved VHSS omhandler alle timene med trening, aktiviteter på ettermiddagstid og klasseromsundervisning til både barna og deres foresatt, er av betydning

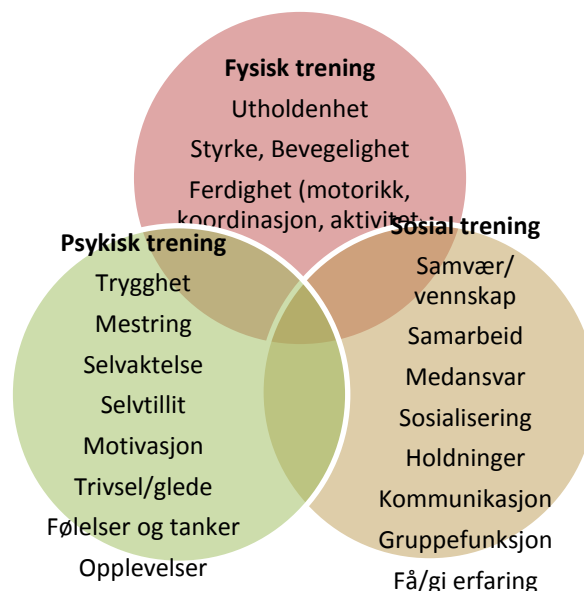
⁵ En epikrise uten medisinske opplysninger

for forventet effekt av opphold. Alle mellommenneskelige relasjoner og psykososiale elementer utenom det organiserte programmet hører også med didaktikkbegrepet. Læring og Betydningen av læringsmiljøet, både utforming en av det, og hvordan aktiviteter legges opp for om og hvordan læring skal finne sted, er viktig å ha fokus på (Flemmen 2003:36).

Jeg skal nå mer spesifikt beskrive innholdet i et opphold, eller didaktikken, når den forstås i den utvidete sammenhengen, som beskrevet ovenfor.

2.1.2 TILPASSET FYSISK AKTIVITET

Tilpasset Fysisk Aktivitet (TFA) benyttes som hovedvirkemiddel ved VHSS, og innholdet i metodikken illustreres med følgende figur:



Figur 1. Modell av tilpasset fysisk aktivitet

De tre hoveddelene *fysisk*, *psykisk* og *sosial trening* er bærebjelkene i modellen, og de går over i hverandre. Vi skal nå gå litt inn på delene av figuren.

Fysisk trening er det som de fleste forbinder med et opphold ved VHSS. Å bli sterkere i musklene, få bedre kondisjon, bli smidigere i bevegelsene, få bedre motorikk og koordinasjon slik at en kan lære seg en fysisk ferdighet. På de ulike aktivitetsarenaene legges det opp til aktiviteter og treningsformer som påvirker disse faktorene. Samtidig brukes aktivitetsarenaene, og det som skjer på aktivitetsarenaene, til å bygge opp psykiske og sosiale elementer for den enkelte og for gruppen.

Psykisk trening

Trygghet. Behov for trygghet er et grunnleggende behov som må ivaretas. For å komme i posisjon til å få en bruker til å utfordre egne grenser, til å gjøre aktiviteter hvor hans tidligere erfaringer, dersom han har noen, ofte er negative, må brukeren være trygg i gruppa som han er sammen med, og ikke minst må han oppleve trygghet i forhold til fagpersonene som legger opp aktiviteter og som skal veilede med mål om at han skal flytte egne grenser. Personale ved VHSS bruker tiden i starten av et opphold til å bli kjent med brukerne i gruppen, og brukerne skal bli kjente med hverandre. Aktivitetene i starten av oppholdet velges blant annet ut fra disse kriteriene.

Mestring. Å føle mestring er grunnleggende for at motivasjonen skal komme, beholdes eller øke under et habiliteringsopphold. For å få dette til må aktivitetene som det legges opp til gi muligheter for individuell tilrettelegging. Gjentatte mestringsopplevelser gir grobunn for motivasjon og ønske om å strekke seg enda lenger.

Selvtilliten til barn og unge med funksjonsnedsettelse varierer naturlig nok fra situasjon til situasjon, fra tema til tema og fra aktivitet til aktivitet. Tidligere erfaring med fysisk aktivitet og lek er ofte at de kommer til kort; deltakerne er ofte ikke blant de første som velges når målet er å være raskest, hoppe høyest eller skåre flest mål.

Selvfølelse er indre tanker en har om seg selv, om egenverdi, hvor betydningsfull man føler seg i forhold til andre. Barn og unge med funksjonsnedsettelse har generelt lavere selvfølelse enn barn og unge uten funksjonsnedsettelse (Grue 2001:171). Selvfølelsen kan bygges gjennom speiling av deg selv gjennom andre; hvordan oppfatter jeg at andre oppfatter meg? Styrking av en brukers selvfølelse handler derfor om mange ting. Under habiliteringsopphold på to uker forsøker vi å bidra gjennom holdninger og ord; Alle i gruppen er like verdifulle som andre mennesker uavhengig av hvilken funksjonsnedsettelse den enkelte har. For de foresatte er det undervisning med tema som positiv grensesetting, det å være et forbilde, samt utfordringer med å leve med funksjonsnedsettelse. De er viktige støttespillere for at barnet skal styrke selvfølelsen i hvordan man omtaler, snakker til, snakker med, snakker om sitt eget barn.

Motivasjonen kan variere for ulike aktiviteter som presenteres under et habiliteringsopphold. Årsakene kan være mange, kanskje har de aldri tidligere fått prøvd aktiviteten, og de er usikre på om de vil få den til. Tryggheten i gruppen og/eller tilliten til den som skal veilede er kanskje ikke god nok. Kanskje har barnet negative erfaringer fra tidligere, og vegrer seg av

den grunn. Når tryggheten og tilliten er stor nok, og barnet opplever at det har kontroll og kan bestemme når grensen hans er nådd, er forutsetningene gode for at han vil prøve. Litt av suksessfaktoren er at barnet faktisk opplever at det får til noe, og får tilbakemelding på *hva* han gjorde bra. Ved gjentatte mestringsopplevelser kan motivasjonen forsterkes.

Trivsel/glede må til for å blomstre i et miljø. Rammene må oppleves som trygge. Ved å fokusere på den enkeltes muligheter, legge til rette for mestring, være inkluderende som fagpersoner og ha samme fokus mot foreldregruppa og deltakerne, vil trivselen øke etter hvert som deltakerne blir kjent med hverandre og med de ansatte.

Følelser og tanker som kommer underveis, er viktige å være lydhøre overfor, og bør følges opp i, eller like etter, at det har kommet til uttrykk. Det meste som kommer til uttrykk skjer i samtale med foresatt etter at aktivitetene er over og roen har senket seg. Det kan være noe som er verdt å ta med seg til neste aktivitetstime og bruke som motivasjonsfaktor, forklaring, vise at du ser brukeren og at du forstår.

Identitet handler om hvem du er som menneske, det er ikke funksjonsnedsettelsen som skal identifisere hvem du er. Likevel er det viktig å være inneforstått med at funksjonsnedsettelsen er en del av deg og kan være en begrensende faktor i ulike situasjoner. Ungdom som ikke ønsker å skille seg ut kan oppleve denne prosessen som vanskelig. Det er godt å erfare at flere er i samme situasjon.

Inkludering er et mål når aktivitetene legges opp som gruppeaktiviteter, men også at deltakerne tar vare på hverandre i andre dettinger og aktiviteter under oppholdet.

Opplevelser som brukerne får sammen og kan dele underveis i oppholdet kan være nyttig å ta med seg på veien videre. Å dele opplevelser er likemannsarbeid som også foreldregruppa oppfordres til. VHSS ønsker at fokuset skal være konstruktivt og mulighetsfokustert, at de skal dele de gode erfaringene.

Samvær/ vennskap/sosial tilhørighet vokser fram etter hvert som deltakerne blir kjent med hverandre. Noen har ikke venner hjemme - annet enn gjennom sosiale medier, og det oppleves ekstra sterkt at andre i gruppen tar deg med på det som skjer også på ettermiddagstid og i helgene.

Samarbeid kan ofte være en utfordring dersom du er vant til at alt legges til rette for deg. Å lære seg å samarbeide gjennom for eksempel samarbeidsleker eller underholdningsinnslag på ”Hyggekvelden” er gode erfaringer å ta med seg.

Medansvar overfor hverandre handler om å se hverandre og inkludere hverandre i de aktiviteter og de gjøremål som finner sted ved VHSS. Å få den enkelte til å føle et ansvar for at alle har rett til å delta er viktig. Å kjenne følelsen av at det er mulig å utgjøre en forskjell for andre også er en nyttig erfaring.

Holdninger til hverandre. Noen kommer til VHSS med erfaringer på utestenging og mobbing. Det kan gi seg utslag i hvordan du møter andre når du plutselig befinner deg i en annen rolle.

Kommunikasjon med andre i gruppen og med ansatte foregår i andre rammer enn hjemme, og rollene kan bli annerledes. Hvordan kommunikasjon bør foregå er også en læringsprosess.

Gruppefunksjon og Sosialisering. Å lære å vente på tur, forholde seg til andre i konteksten på VHSS, ikke være den som alltid er sist eller som ingen vil være på lag sammen med kan være en god opplevelse.

Å *dele erfaringer* med andre barn og unge som er i liknende situasjon som deg selv setter gjerne egne utfordringer i perspektiv.

Ferdigheter. Å lære seg en konkret ferdighet gjør det mulig å bruke denne ferdigheten når du kommer hjem. Det kan medføre at du kan delta i fysisk aktivitet og/eller organiserte fritidsaktiviteter på en annen måte.

Jeg skal videre gi eksempel på ulike tilbud ved VHSS.

2.1.3 INNHOLDET I TILBUDET FOR BARN OG UNGE VED VHSS

VHSS sin filosofi er at motivasjonen for å fortsette med trening og aktivitet hjemme («livslang læring»), er større dersom erfaringen fra habiliteringsoppholdet er at trening og aktivitet er morsom å drive med. I tillegg til at det gir en helsemessig gevinst. Å lære seg en aktivitet og å erfare hvordan det kan gjøres, kjenne at det er mulig å få til, øker sjansen for å fortsette med aktiviteten etter endt opphold. Hovedtyngden av treningene / aktivitetene foregår sammen med de andre i gruppen, og opplegget til den enkelte individualiseres på bakgrunn av individuell målsetting, funksjon, type aktivitet og behov for assistanse i den aktuelle aktiviteten. Tilgjengelige ressurser, menneskelig og utstyrmessig danner de overordnede rammene. Gruppeprosessene mellom barn / unge, mellom ledsagere og mellom

ledsagere og barn / unge er viktige faktorer på veien mot målet for den enkelte som har behov for habiliteringsopphold. Det er ulike typer opphold, her skal jeg presentere to hovedtyper.

Intensiv trening med et allsidig aktivitetsfokus.

Intensivt treningsopphold er opphold som har et allsidig aktivitetsfokus hvor mange ulike aktivitetsarenaer tas i bruk, og flere ulike aktiviteter presenteres. Av aktiviteter inne kan nevnes gymsal med klatrevegg, svømmehall, styrkerom og kondisjonsrom – de to siste er mest aktuelle for ungdomsgrupper. Rideaktiviteten foregår i ridehall, men også ute når trygghet og ferdighet vurderes som tilstrekkelig. Aktivitetsvalgene ute avhenger av årstid. På vinteren kan det være for eksempel ski og skilekaktivitet, aking, gå på truger eller leke med truger på. På sommeren kan det være orientering og orienteringsrelaterte aktiviteter, padling og sykling. I tillegg til dette er friluftsliv en viktig del av disse habiliteringsoppholdene. Svømming med vanntilvenning, svømmeopplæring og innøving av ulike svømmeteknikker/-arter er en del av alle opphold. Avhengig av alder og funksjonsnivå velges metodisk tilnærming i ulike aktiviteter. Timeplaneksempel (rammeplan) ligger vedlagt som vedlegg 14.

Leken er barnets naturlige aktivitetsform og gjennom lek utvikler barnet seg (Frønes, 1998:70). Lek er sentral i aktivitetstilnærmingen ved VHSS. Gjennom lekpregede aktiviteter glemmes at noe kan være vanskelig eller at noe gjør fysisk eller psykisk vondt, og fokuset flyttes bort fra egne begrensninger til gleden ved å være i aktivitet. Ofte handler det om å ufarliggjøre aktiviteten gjennom å skape trygghet og tillit i gruppa med brukere, og mellom brukerne og de ansatte. Etter hvert som barna blir ungdommer, endres tilnærminga til aktivitet seg noe og det er mer fokus på innlæring av konkrete ferdigheter, men lekpreget er viktig å beholde.

Intensiv trening med fokus på en type aktivitet - temakurs

Andre opphold har fokus på én type aktiviteter, for eksempel svømmekurs. Målet for den enkelte kan være vanntilvenning, svømmeopplæring og / eller innlæring av ulike svømmeteknikker. Konkurransespektet er nedtonet og leken og å ha det moro sammen i ulike aktiviteter har fokus. Målet er også at aktiviteten og de ferdighetene som tilegnes under oppholdet skal kunne benyttes lokalt etter oppholdet.

Skole

Kontakten mellom VHSS og barnets skole ansees som viktig. Alle barn tilbringer 10 år av sitt liv i grunnskolen og 2-3 år i videregående skole. Skolen når derfor alle barn og unge, og god didaktikk ut fra den enkeltes didaktiske forutsetninger er et mål. Målet nås ikke alltid.

Kunnskapen og innsikten til lærer/gymlærer er viktig for at barn og unge med funksjonsnedsettelse skal ha en tilrettelagt skoledag ut fra individuelle behov og ressurser. Aktiviteter som mestres under et habiliteringsopphold kommer også til nytte i skolehverdagen så vel som at det åpner opp mulighetene for å delta i fritidsaktiviteter. Tverrfaglig rapport som skrives etter endt opphold sendes alltid med kopi til skolen.

Tilbakemeldinger fra foresatte og lærere er at tverrfaglig rapport er et nyttig verktøy, eller bidrag, for videre jobbing med konkret tilrettelegging og stimulering, spesielt i forhold til ulike fysiske aktiviteter, men også i forhold til tilrettelegging av skolehverdagen generelt. Dette er erfaringsbasert praksis fra VHSS, og foreløpig ikke dokumentert i noen studier.

2.2 FRITID

Tilbakemeldingene fra foresatte de seinere år er at skolehverdagen er ”enklere” å takle enn fritida. På skolen er elevene sammen i et slags fellesskap, selv om grad av inkludering varierer. Mye tid brukes imidlertid til å diskutere hva man har gjort og hva man gjør på fritida. Fritida har lenge vært en arena hvor vennskap utvikles, man har felles interesse, felles identitet, og felles samtaleemne når man møtes på andre arenaer. Her får du utløp for særinteresser og talenter som du har, og ikke minst, her utvikles vennskap og felles identitet mellom barn og ungdom (Frønes, 1998:63). I Norge har vi mye fritid og bruker mye tid – og penger - på ulike fritidsarenaer.

For barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse er det ikke alltid slik at fritida er full av interessante aktiviteter og gjøremål. Foresatte som kommer til VHSS rapporterer om ensomme og isolerte barn og unge på fritida. Spesielt utfordrende er det når du nærmer deg ungdomsskolealder og kommer i puberteten. Du blir opptatt av deg selv i relasjon til andre, har en gryende seksualitet, og det å være annerledes oppleves som vanskelig. Det blir stadig vanskeligere å henge med sine jevnaldrende; topping av lag i lagidretter og krav til gode prestasjoner på alle arenaer. Når det viktigste av alt for mange i denne fasen er å ikke være annerledes, er det ei stor utfordring når du selv erfarer at du ikke strekker til på noen av disse områdene. Forsterkingen av svakt selvbilde og dårlig selvtillit ligger nært. Dette gjør at det er særlig viktig å fokusere på gode og inkluderende fritidsaktiviteter for denne kategorien av barn og unge (Løvgren, 2009:57).

Den kunnskap og erfaring som opparbeides ved VHSS kan være vanskelig å overføre til de som driver aktiviteter i lag og foreninger i frivillig sektor lokalt. Erfaringer som gjøres ved

VHSS i forhold til det enkelte barn, og i forhold til barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse generelt, når ikke alltid fram. Frivillig sektor har ikke økonomiske rammer som muliggjør deltakelse når nettverk inviteres til VHSS under oppholdet, en dag som gjennomføres for å få ideer og utveksle erfaringer. Anbefalingene i tverrfaglig rapport får de ikke innsikt i dersom ikke foresatte orienterer om dette. Kunnskapsoverføringen fra VHSS til frivillig sektor er derfor noe begrenset gjennom dagens måte å gjennomføre habiliteringsopphold på VHSS.

2.2.1 NORGES IDRETTSFFORBUND OG FORUM FOR NATUR OG FRILUFTSLIV SINE FOKUS PÅ AKTIVITETER FOR BARN OG UNGE MED FUNKSJONSNEDESETTELSE

Visjonen for statlig idrettspolitikk er idrett og fysisk aktivitet for alle. I *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009* fastslås det at ved å gi idretten arbeidsbetingelser som gjør den i stand til å drive sin primæraktivitet, kan samfunnets ønske om helse for befolkningen ivaretas. En åpen og inkluderende idrett er valgt som hovedmål for idrettspolitikken 2007-2011, og integreringen av funksjonshemmede befester målet om idrett for alle (Elnan 2010). Norges Idrettsforbund (NIF) har per i dag 54 særidretter under sine vinger. Alle særidrettene har ansvar for organisering og tilrettelegging av fysisk aktivitet for funksjonshemmede i særforbundets idretter.⁶ Tidligere ble idrett for funksjonshemmede i stor grad organisert i egne forbund, men nå har særforbundene i norsk idrett ansvar for å organisere idrett for funksjonshemmede gjennom sine lag. Dette er en organisering som foreløpig er unik i verdensammenheng (ibid).

Integreringsprosessen startet etter initiativ fra Norges Handikapidrettsforbund som fremmet et forslag om at norsk idrett skulle ta ansvar også for funksjonshemmede. I 1996 vedtok Idrettstinget å starte en prosess for å integrere funksjonshemmede i den ordinære idretten, og opprettet samtidig Norges Funksjonshemmedes Idrettsforbund for å drive prosessen fremover. Dette var en sammenslåing av Norges Handikapidrettsforbund, Norges Døveidrettsforbund, samt en komité for idrett for utviklingshemmede som lå under NIF. Hovedmålet for prosessen har vært at særforbundene skulle ta ansvar for å gi tilbud til funksjonshemmede gjennom sine lag, og at funksjonshemmede skal få flere og bedre tilbud i sitt nærmiljø. Norges Funksjonshemmedes Idrettsforbund ble oppløst i 2007.

⁶ <http://www.idrett.no/tema/funksjonshemmede/Sider/Funksjonshemmede.aspx> (2012.01.29 kl 20.07)

I praksis betyr dette at alle som driver med ski gjør det gjennom Norges Skiforbund, alle som spiller el-innebandy gjør dette gjennom Norges Bandyforbund osv. Særforbundene har ansvar for å organisere både bredde- og toppidrett, og toppidretten ivaretas også gjennom Olympiatoppen som blant annet er ansvarlig for deltakelse i paralympiske leker. Det varierer hvor langt særforbundene har kommet i utvikling av sitt tilbud til funksjonshemmede. Noen har et bredt tilbud, mens andre har et begrenset tilbud⁷.

NIF har regionale fagpersoner som skal bistå lag og foreninger lokalt i sitt arbeid med tilrettelegging av aktiviteter for mennesker med ulike funksjonsnedsettelse. For Nord-Norge er denne ressursen 1 stilling som er lokalisert til Idrettens Hus i Bodø. Det muliggjør et samarbeid mellom VHSS og NIF, hvor NIFs representant kommer til VHSS og informerer om hvilke tilbud som finnes i den kommunen hvor den enkelte deltaker kommer fra. NIF har også et lokalt nettverk mot lokale lag og foreninger, og kan formidle kontakt mellom barn og foresatt som er på habiliteringsopphold ved VHSS, og et konkret tilbud som finnes lokalt. Det er mange aktiviteter som eksisterer lokalt som ikke er kjent for de som bor i kommunen. Gjennom dette møtet er det mulig å formidle kontakt, og det kan være ett steg på veien til å finne en god fritidsaktivitet.

I tillegg har NIFs regionale ressurs samarbeid med Forum for Natur og Friluftsliv (FNF) i Nordland, og formidler også kontakt når det gjelder aktiviteter som FNF står bak. Dette initiativet er NIF og FNF som står bak, med felles ønske om en bedre og mer meningsfull fritid for barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse.

FNF er samarbeids-nettverk mellom natur- og friluftslivsorganisasjonene på fylkesnivå. FNF skal blant annet jobbe for at natur- og friluftslivsinteressene blir ivaretatt i aktuelle saker i de enkelte fylkene. Etableringen av FNF er et samarbeid mellom Friluftslivets Fellesorganisasjon, Friluftsrådernes Landsforbund og Samarbeidsrådet for naturvernsaker. FNF Nordland, er et nettverk for 14 natur- og friluftslivsorganisasjoner i Nordland, med til sammen over 20 000 medlemmer. FNF Nordland arbeider blant annet for å sette friluftslivet og dets behov på dagsorden og øke bevisstheten om helse og livskvalitet. De arbeider også for å sikre arealer for et aktivt friluftsliv. De frivillige natur- og friluftslivsorganisasjonene er med sin demokratiske styreform og åpne medlemsadgang et talerør for de store gruppene av

⁷ <http://www.idrett.no/tema/funksjonshemmede/Sider/historie.aspx> (2012.01.29 kl 20.08)

allemannsrettighetshavere i norsk utmark. FNF Nordland har i de seinere år vært spesielt engasjert i friluftsliv for mennesker med funksjonsnedsettelse⁸

I Nord-Norge er det mange kommuner med få innbyggere og stort areal⁹ og geografiske forhold gjør det vanskelig å kjøre til nabokommunen for å delta i en aktivitet som ser spennende ut. Demografiske forhold, organisatoriske forhold i klubben og personlige forhold er alle på hver sine måter med og påvirker hva som finnes av tilbud og i hvor stor grad inkludering i lag og foreninger har forutsetninger for å kunne fungere. Det meste av arbeid i lag og foreninger gjøres på dugnad i små lag og foreninger, og hvilke aktiviteter som eksisterer lokalt er avhengig av ildsjeler og entusiasme. Motivasjonen til de som jobber dugnad som trener/aktivitetsleder for den lokale foreningen er ofte at de har egne barn som deltar i aktiviteten, eller de har en spesiell egeninteresse for denne idretten. Innsikt og kunnskap om tilrettelegging av aktiviteter for barn og unge med funksjonsnedsettelse vil derfor variere, og mange vil føle seg usikker i dette møtet. Det kan være rimelig å anta at holdningene til trenere og ledere som driver aktiviteten i møte med deltakeren med funksjonsnedsettelse ikke alltid er like inkluderende (Elnan, 2010:28). Holdningene til den som ønsker å delta på aktiviteten og dennes foresatte, bidrar også til hvordan møtet blir; hvordan forventer jeg å bli mottatt og inkludert når jeg møter opp til en aktivitet? Har jeg bidratt nok med informasjon til at første møtet skal gå bra? Mye kan gjøres med en dialog i forkant og informasjon om hva jeg trenger, eller hvordan forholdene må ligge til rette for at jeg skal kunne delta sammen med de andre.

Fritid for alle er en nettside som skal være en idé- og kunnskapsbank for alle som arbeider med å tilrettelegge fritid for andre og for de som søker informasjon knyttet til fagfeltet "*Støttekontakt, kultur- og fritidsdeltakelse*"¹⁰. Her formidles gode ideer for å få til en mer aktiv fritid.

I dette kapitlet har vi sett på innholdet i habiliteringsopphold ved VHSS, og innholdet spesielt i forhold til fysisk aktivitet og deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Dette perspektivet er valgt fordi det danner grunnlaget for forskningsspørsmålene som er presentert i kapittel 1.4.1.

⁸ <http://www.fnf-nett.no/nordland/Default.asp?WCI=DisplayGroup&WCE=77&DGI=77> (2012.01.29 kl 20.11)

⁹ <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-057.html> (2012.01.28 kl 19.30)

¹⁰ <http://fritidforalle.no/lokale-loesninger.aspx> (2012.01.31)

3. TEORETISKE BEGREPER OG TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapittelet presenterer jeg teoretiske perspektiver og tidligere forskning. Det som presenteres er valgt på bakgrunn av relevans for mitt forskningsområde og min problemstilling. Undersøkelsen har som formål å få innsikt i om et habiliteringsopphold på VHSS har effekt på fysisk aktivitet og deltakelse på fritiden.

Tradisjonell forståelse av funksjonshemming er tuftet på med medisinske perspektivet, og har tidligere preget – og preger fortsatt – rehabiliteringsfeltet. Den sosiale forståelsen av funksjonshemming har flyttet fokuset bort fra individet og til samfunnet rundt. Dette har blant annet medført fokus på universell tilrettelegging, noe som er sentralt for at personer med ulike funksjonsnedsettelse skal kunne være aktiv og deltakende på alle samfunnsarenaer. Det relasjonelle perspektivet, med utvikling av ICF som verktøy for å få til et felles fagspråk som har som formål å identifisere gap mellom funksjon og krav til funksjon, for så å iverksette målrettede tiltak, er et forsøk på å sammenføre faktorer i det medisinske og det sosiale perspektivet, for å se den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene.

Med VHSS sitt holistiske perspektiv er det andre teorier som også er sentrale for mine forskningsspørsmål. Maslows behovspyramide er en av disse, og viser hvordan behov på være dekket på ett nivå før fokuset kan endres. Teori om stigma er også aktuell. Stigmatiseringen som funksjonshemmede opplever i samfunnet gjenspeiles også når de kommer til rehabiliteringsopphold på VHSS, og det er en nær sammenheng mellom at mennesker blir stigmatisert til at de opplever stigmaet som en sannhet, slik Speilteorien til Rosenthal beskriver.

Forskning rundt effekten av fysisk aktivitet er sentral fordi fysisk aktivitet er VHSS sitt hovedvirkemiddel i rehabiliteringen.

For barn og unge er den reelle muligheten til deltakelse i fritidsaktiviteter sentral for å føle tilhørighet, utvikling av identitet, osv. Forskning på dette området er derfor aktuell og ha med. I tillegg er det i fritidsaktivitetene et stort potensial for fysisk aktivitet.

3.1 TEORETISKE BEGREPER / PERSPEKTIVER

Dette kapittelet har to hoveddeler. I første del presenterer jeg noen teoretiske innfallsvinkler som jeg oppfatter som relevante for temaet i oppgaven. I andre del presenterer jeg relevant forskning som foreligger.

3.1.1. MEDISINSK FORSTÅELSE AV FUNKSJONSHEMMING

Den medisinske forståelsesrammen har preget store deler av det 20. århundre og ser funksjonshemming som et problem for personen, direkte forårsaket av sykdom, traumer eller andre helseforhold. Det er lite fokus på forhold som kan redusere eller oppheve den betydningen grunnlidelsen har for individets funksjonsdyktighet og sosiale forhold (Grue 2004:103). Det er påkrevd med medisinske tiltak for å bedre den medisinske status. Legens stilling og status står naturlig nok sterkt i denne tradisjonen; deres utdanning handler om å gi medisinsk hjelp til de som behøver det. Historisk sett kan man, meget kort fortalt, si at utviklingen av dette perspektivet var fremtredende siste del av 1700-tallet og første del av 1800-tallet. Medisinen stod sterkt i denne tiden og det foregikk kategorisering av funksjonshemmede for å skille ut de som var fysisk og psykisk syke. Dette foregikk omtrent samtidig som genetikken og arvelighetslæren grep om seg (Grue 2004: 42).

I det medisinske perspektivet har det vært en diagnostisk kultur som medfører en sosial kategorisering som behandler alle problemer gjennom et medisinsk tolkningskjema. Alt tolkes inn i individuelle diagnostiske kategorier (Froestad og Solvang 2006:19).

Kritikerne til denne forståelsen mener at den reflekterer en for ensidig vektlegging av kliniske diagnoser i forståelsen av funksjonshemninger, og den samfunnsmessige forankring ikke tillegges nok vekt. Den skaper sosial undertrykkelse og manglende tilrettelegging innenfor sentrale livsområder som bygninger, fortauskanter m.m. skaper funksjonshemmede (Grue 2004:104)

3.1.2. SOSIAL FORSTÅELSE AV FUNKSJONSHEMMING

I den sosiale forståelsesrammen flyttes fokuset fra kroppen og kroppens mangler, til den samfunnsmessige organiseringen. Funksjonshemmingen er resultatet av politiske og økonomiske forhold i et samfunn innenfor en bestemt historisk kontekst.

Funksjonshemmende barrierer identifiseres (Grue 2004:128). Årsaken til funksjonshemmingen ligger ikke i individet selv, men i omgivelsene og i samfunnet. Dersom omgivelsene og samfunnet tilrettelegges vil ikke en person være funksjonshemmet. Det er altså samfunnet som skaper funksjonshemmede i dennes manglende tilpassninger. Modellen ser bort fra den kausale logikken (årsak – virkning). Den sosiale modellen skiller mellom ”*impairment*” som oversettes med *funksjonsnedsettelse*, en fysisk manglende funksjon, og ”*disability*” som oversettes med *funksjonshemming*, en ulempe eller begrensning på aktivitet

og sosial deltakelse som er forårsaket av samfunnsmessig og sosial organisering.

Funksjonshemming som problem er dermed et politisk problem. Sentral i utviklingen av denne modellen er Michael Oliver (Grue 2004:119).

For funksjonshemmede har modellen har skapt grunnlag for økt identitet, bevisstgjøring og selvfølelse; det er ikke funksjonshemmede som er avvikere og mindreverdige, men samfunnet som har *konstruert* en forståelse av funksjonshemming som noe unormalt og annerledes som har fått dominere (ibid).

Kritikere til den sosiale modellen hevder blant annet at modellen fungerer godt i et samfunnsperspektiv, men er mindre egnet til å belyse personlige opplevelser; smerte og sorg blir glemt, og det er viktig å integrere den subjektive opplevelsen av egen kropp og sykdom i livet (Grue 2004:123).

Tom Shakespeare er en annen kritiker av den sosiale modellen. Han hevder at modellen ikke tar høyde for hvordan ulike kulturer påvirker synet på funksjonshemmede.

Hovedbudskapet innen den sosiale modellen kan oppsummeres i følgende sitat fra tidligere spesialrådgiver i FN Bengt Lindquist:

”Funksjonshemmede er ikke en gruppe i noen annen forstand enn at vi blir diskriminert og ekskludert fra store deler av samfunnet fordi vi har noen fysiske eller psykiske kjennetegn som andre mennesker gjenkjenner og definerer som avvik eller «funksjonsnedsettelse». Det eneste vi har felles, vi som puttes i denne kategorien, er nettopp dette at vi blir diskriminert og utestengt.”¹¹

3.1.3 RELASJONELL FORSTÅELSE AV FUNKSJONSHEMMING

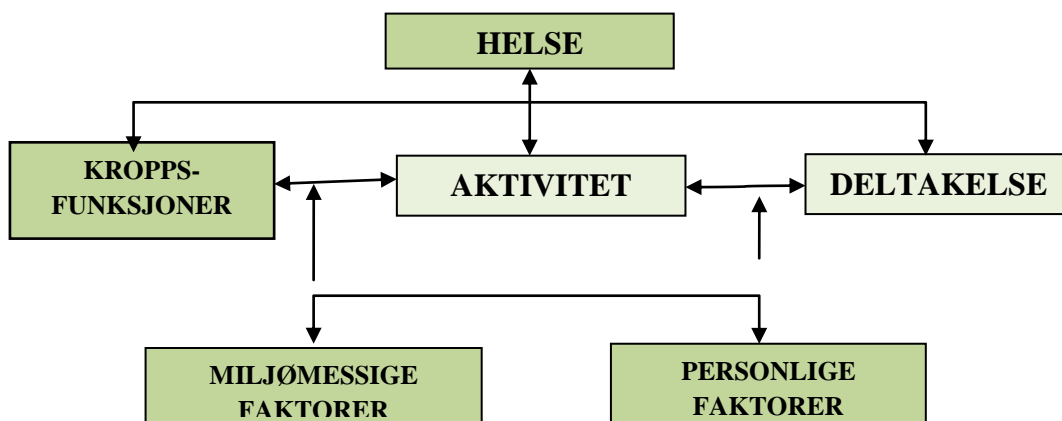
Gapet mellom samfunnets krav og forventninger og individets forutsetninger kan være vanskelig å identifisere. ICF er ment som et verktøy for å lette dette. ICF er ment å ta høyde for kulturelle forskjeller og for individets personlige opplevelser, noe som er fraværende i det medisinske perspektivet, og noe av kritikken mot den sosiale modellen. Denne relasjonelle forståelsen av funksjonshemming legges til grunn i norsk politikk, og er en kombinasjon av individuelle og sosiale faktorer.

¹¹ Norges Handikapforbund; <http://www.nhf.no/index.asp?mal=3&id=63301> (2012.02.13 kl. 8.45)

3.1.3.1 ICF

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet en klassifisering, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), som er ment å tjene som analyseverktøy både ved behandling, forskning og ved utformingen av politikk. ICFs arbeid bygger på at funksjonshemming er et komplekst fenomen som ikke kan forklares ved hjelp av en rent medisinsk modell, og heller ikke forstås ut fra en rent sosial modell basert på at funksjonshemming utelukkende er samfunnsskapt:

”Disability is a complex phenomena that is both a problem at the level of a person’s body, and a complex and primarily social phenomena. Disability is always an interaction between features of the person and features of the overall context in which the person lives, but some aspects of disability are almost entirely internal to the person, while another aspect is almost entirely external.” (World Health Organization 2002:8)



Figur 2 Skjematisk framstilling av ICF

ICF er særlig egnet til å beskrive funksjoner, og skal ha fokus på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene som bestemmer deltakelse i arbeidsliv, sosiale aktiviteter og mestring av daglige gjøremål. ICF er et felles fagspråk som er egnet i tverrfaglig individrettet arbeid, tverretatlig og internasjonal virksomhet (KITH 2010).

Ifølge ICF består funksjonshemming av tre elementer: funksjonsnedsettelse, aktivitetsbegrensning og deltakelsesbegrensning. Både individuelle forhold og

samfunnsforholdene som omgir individet, er faktorer som på ulik måte påvirker disse elementene.

Når den anbefalte intervensjonsplanen (trening, rehabilitering) ikke passer til den enkeltes behov, kan ICF brukes som et verktøy for å identifisere nøkkelfaktorer for hvorfor personen med funksjonsnedsettelse ikke kan delta eller ikke ønsker å delta. Ved å identifisere funksjonsnivået til personen, og ved å forstå miljøet og konteksten som den enkelte lever i og som kan påvirke den enkeltes mulighet til deltakelse, kan spesifikke tiltak settes inn for å muliggjøre aktivitet og deltakelse (Rimmer 2006:1087).

Rimmer refererer til en generell bekymring for helsetilstanden personer med funksjonsnedsettelse fordi muligheten for deltakelse i fysisk aktivitet og rehabilitering kan bli dobbelt vanskelig dersom du har dårlig helse i tillegg til at du har en funksjonsnedsettelse (ibid).

Nøkkelen til å øke aktivitetsnivået hos personer med funksjonsnedsettelse, er å forstå hvilke multiple faktorer som skal til for å få til deltakelse i fysisk aktivitet og rehabilitering. Ved å ta utgangspunkt i den enkeltes funksjonsnivå og sette det inn i en miljømessig kontekst, er det mulig å identifisere mulige barrierer som hindrer deltakelse. (Rimmer 2006:1088)

ICF beskriver funksjonsnedsettelsen som resultatet av et komplekst samspill mellom individuelle helseforhold og eksterne faktorer som representerer forholdene som personen lever i. Påvirkningen som miljømessige forhold har på aktivitet- og deltakelses-dimensjonen er spesielt viktig å være observant på (ibid).

ICF identifiserer altså tiltakene som er nødvendig for å redusere gapet i den relasjonelle modellen, gapet mellom omgivelsenes krav og den enkeltes forutsetninger. Målet er å sette inn målrettet og riktig tiltak i riktig omfang til riktig tid.

Kritikken mot ICF har blant annet vært at modellen er omfattende og ressurskrevende å gjennomføre. Spesielt gjelder det forventningene om at klassifikasjonssystemet skal gi entydige og målbare data om funksjonshemming. ICF-klassifisering innebærer utstrakt bruk av skjønn. Høyem (2007) har følgende konklusjon i sin oppgave:

*ICF er bygd opp etter idealene for naturvitenskapelige klassifikasjoner der fenomenene skal kategoriseres i gjensidig utelukkende kategorier. De rådene som gis i ICF-manualen om skåring av avvik basert på observert utførelse av pasientens handlinger og i forhold til en definert norm, gir inntrykk av at resultatene skal bli entydige, eksakte og objektive. Et vesentlig spørsmål er **hvordan** funksjonshemming*

forstått som en relasjon mellom en person og situasjonen han er i/miljøet han lever i, skal kunne skåres i forhold til biologiske og kulturelle normer for funksjon, aktivitet og deltakelse? I denne oppgaven er det vist mange eksempler på hvordan den som skårer må gjøre en rekke valg og fortolkninger i alle ledd av klassifiseringsprosessen. Å sammenligne eller aggregere skåringstall som er bygd på så stor usikkerhet, gir liten mening. Valgene og fortolkningene blir kamuflert bak kategorikoder og tall som gir inntrykk av en målbarhet og objektivitet som det ikke foreligger dekning for. Når ICF-skåring innen detaljerte kategorier skal brukes som målestokk på funksjonshemming for å gi entydige og objektive data, så kan dette etter mitt syn karakteriseres med den norske filosofen Hans Skjervheims kjente uttrykk "instrumentalistisk mistak" (2001). Mye av det som klassifiseres i ICF, særlig i aktivitet og deltakelsesklassifikasjonen, er handlinger som kjennetegnes av subjektivitet, valg, vilje og meningsfullhet. De utspiller seg i konkrete situasjoner, i samspill med andre og i en kulturell kontekst. **Både personens tilstand, situasjon og samfunnsforholdene kan endre seg raskt.** Disse handlingene skal i ICF graderes og tallfestes ut fra observert atferd, som om de var konstante og målbare i gram eller grader. Å redusere menneskelig handling til ytre, observerbar atferd er en instrumentalisering (Thornquist, 2003). Dette er å se bort fra det som kjennetegner menneskelig handling og eksistens (Høyem 2007:105).

Høyem er altså kritisk til at ICF ensidig skal brukes for å identifisere menneskers behov for bistand for å få til handling, og uttrykker bekymring for at dette kan føre til en instrumentalisering av mennesker med spesielle behov. Det leder meg over til neste avsnitt, for instrumentalisering og stigmatisering kan være to sider av samme sak.

3.1.4 STIGMATEORI OG ROSENTHALEFFEKTEN

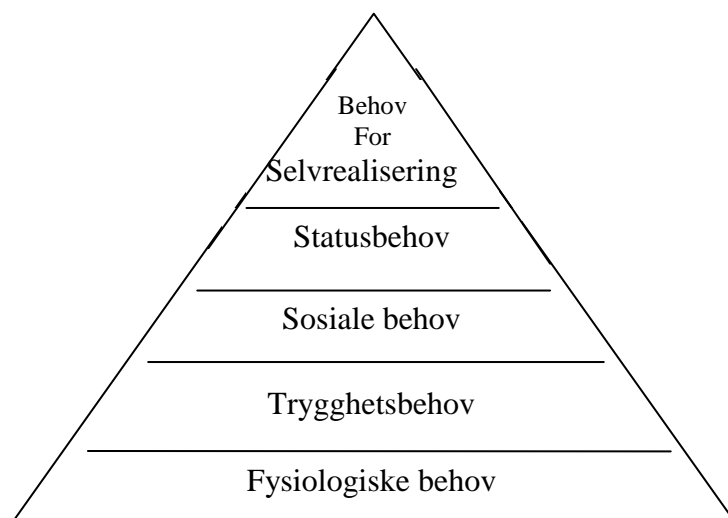
Goffmans stigma-teori forklarer hvordan funksjonshemmede blir fastlåst i sosiale roller. Goffmann prøvde å vise hvordan systematisk miskreditering skapes i sosial sammenheng, og at enkelte trekk ved en person gir personen et negativt stempel. Goffmanns studie av funksjonshemmede har fått stor betydning for generell samfunnsvitenskapelig teoridanning (Froestad & Solvang 2006:20). I sin teori skisserte Goffman tre ulike typer stigma. De som hadde en karaktermessig feil, de som hadde fysiske skavanker og de med tribiale stigma som nasjonalitet, rase, religion. Han sier at alle har et alminnelig grunnlag for å delta i det sosiale liv, men de har en tendens til å utestenges helt. Det som skaper stigma er den sosiale sammenhengen som en egenskap inngår i, og ikke egenskapen i seg selv (ibid).

Nært beslektet til stigma-teorien er stempingsteori, hvor fokuset på avvikene og det avvikende individ dempes, og oppmerksomheten flyttes mot institusjonen som står bak den samfunnsmessige reaksjonen på visse sosiale handlinger (Froestad & Solvang 2006:20). Becker definerer avvik som handlinger som noen med suksess har definert som avvikende (ibid). Det er ikke de sosiale samhandlingene på mikro-nivå som har fokus, som i stigma-teorien, men det er de kontekstuelle og kulturelle relative aspektene ved sosiale avvik som er i fokus i dette perspektivet. Grunntanken i stempingsteorien kan hjelpe oss å forstå hvordan menneskers opplevelser formes i sosialt samspill med omgivelsene, ved for eksempel å studere blinde på en skole for bare blinde.

Rosenthal-effekten, er også nært beslektet til stigmatteori. Den amerikanske psykologen Robert Rosenthal forklarer effekten med at en persons forventninger til en annen persons prestasjoner har en tendens til gå i oppfyllelse. Undersøkelser har vist at for eksempel en lærers positive eller negative forventninger (deres *bias*, forutinntagenhet) overfor de ulike elevene i en skoleklasse har innvirkning på elevenes prestasjoner uansett hva potensialene for å lære er. Det blir et slags *selvoppfyllende profeti*, som ble beskrevet av Robert K. Merton i 1938 (Merton 1938 i Østberg 1990:152).

3.1.5 MASLOWS BEHOVSHIERARKI

Abraham Maslow (1903-1970) blir ofte omtalt som den humanistiske psykologens far. Hovedideen i Maslow's behovsteori er at menneskers behov kan deles opp i fem ulike behovskategorier. Se illustrasjon under.



Figur 3 *Maslows behovshierarki*

Det sentrale ved Maslow's teori er den hierarkiske oppbygging av behovene. Maslow tenkte seg de menneskelige behov ordnet i et hierarki fra lavere til høyere orden. Når de fysiologiske behov (sult, tørst, varme) er dekket, søker en å få dekket behovene i neste trinn som er behov for trygghet. Menneskets trivsel vil således være avhengig av i hvilken grad behovene under er tilfredsstilt (Maslow 1954).

De fem ulike behovskategorier i Maslows teori er følgende:

1. *Fysiologiske behov*. Behov som har en klar organisk bakgrunn i organismen, og som kan føres tilbake til kjemisk/ fysiske prosesser. Når de fysiologiske behov er tilfredsstilt oppstår andre behov av høyere orden, som av individet i denne situasjon kan føles like sterkt som de fysiologiske.

2. *Trygghetsbehovene*. Når de fysiologiske behov er greit tilfredsstilt, oppstår behovet for sikkerhet og beskyttelse. For barn kan dette komme til uttrykk ved å ha forutsigbare rammer, trygge og tydelige voksne.

3. *Sosiale behov*. Behov for å høre til i en gruppe. Når de fysiologiske behov og sikkerhetsbehovene er noenlunde tilfredsstilt vil det oppstå behov for å bli satt pris på og avholdt av andre mennesker, ha venner som bryr seg.

4. *Statusbehov*. De fleste mennesker har et visst behov for å føle at de "er noe"; både i egne øyne og andres. Hvor sterkt dette behovet føles er individuelt.

5. Behovet for *selvrealisering*. Her ligger et behov for å føle at man får utnyttet sine egenskaper og evner fullt ut, å kunne prestere det man er i stand til, egoet er i fokus.

Maslow's teori har vært brukt i stor utstrekning for å forklare menneskelig adferd.

Behovsteorier bygger på antakelsen om at alle mennesker har visse behov, og at disse gjelder alle. Et behov kan defineres som *en mangeltilstand, og som skaper drivere - som er atferd med hensikt å tilfredsstille behov*. Behovsteorier er særlig relevante for å forstå hva som *igangsetter* atferd. Behov kan variere i styrke og varighet, samt over tid - eksempelvis kan behovet for å gjøre det godt i en studiesammenheng bli viktigere dess eldre en blir (variasjon over tid), behov for selvaktualisering er viktigere for noen mennesker (variasjon i styrke) og behov for drikke (umiddelbar behovstilfredsstillelse) i motsetning til behov for tilhørighet - som har en lengre tidshorisont (ibid).

Å tøyne egne grenser kan være en utfordrende øvelse, og særlig dersom tidligere erfaringer er negative. For å få den enkelte til å utfordre seg selv gjennom TFA, se kapittel 2.1.2, er det forhold i Maslows behovsteori som er gjenkjennbart. Det er et poeng å legge forholdene best

mulig til rette for at læring skal skje. Dersom et barn fryser, i svømmebassenget eller i skibakken, er det ikke enkelt å motivere til å tøyne egne grenser i en krevende fysisk aktivitet.

Nå har jeg beskrevet tre ulike teoretiske perspektiver som er relevant for denne oppgaven; det medisinske, det sosiale og det relasjonelle perspektivet. Jeg har også kort introdusert stigmatologi, som beskriver hvordan mennesker settes i bås på bakgrunn av holdninger fra omgivelsene. Til sist har jeg presentert Maslows behovsteori som blant annet legger noen premisser for hva som skal til for å frigjøre energi eller fokus for å kunne prestere.

3.2 TIDLIGERE FORSKNING

I dette avsnittet vil jeg presentere noe av den tidligere forskningen som er relevant for dette studiet. Først presenterer jeg forskning om fysisk aktivitet og den betydning dette har i relasjon til min studie. Deretter kommer forskning rundt deltakelsesaspektet.

3.2.1 BETYDNINGEN AV FYSISK AKTIVITET

Fysisk aktivitet kan defineres som *all slags kroppsbevegelse utført av skjelettmuskulatur som øker energiforbruket* (Berg, Mjaavatn 2009:45). Å være i god fysisk form har positiv innvirkning på helsa vår. I prinsippet vil det si all den tid som barnet ikke sover eller er helt i ro. For barn er leken en viktig arena for å være i fysisk aktivitet, og leken bidrar til barns utvikling på flere områder enn de fysiologiske.

I *Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, utgitt av Helsedirektoratet i 2009 er det satt opp norske anbefalinger om fysisk aktivitet for barn og unge. Anbefalingene er minimum 60 minutter moderat aktivitet hver dag. Dette samsvarer med Internasjonale anbefalinger.

I aktivitetshåndboka refereres flere undersøkelser som er gjort angående barn og unges fysiske form. Det er belegg for å hevde at grupper av barn og unge er for lite fysisk aktive. Jenter er mindre fysisk aktiv enn gutter, og graden av aktivitet synker med økende alder. Berg og Mjaavatn refererer til en kanadisk studie viser en sammenheng mellom fysisk aktivitet i barndommen og fysisk aktivitet i voksen alder (ibid). I Aktivitetshåndboka understrekes behovet for mer forskning på området (Berg og Mjaavatn 2009:48). Andersen m.fl. gjorde i 2008 en undersøkelse på oppdrag av Helsedirektoratet om fysisk aktivitet blant barn og unge. Resultatene viste at 91 % av de 9-årige guttene og 75 % av de 9-årige jentene har et fysisk aktivitetsnivå som tilfredsstillende gjeldende norske anbefalinger fra helsemyndighetene om minimum 60 minutter med daglig variert fysisk aktivitet. Blant

15-åringene tilfredsstilte 54 % av guttene og 50 % av jentene anbefalingene.”(Andersen m.fl. 2008:6).

De mulige effekter av fysisk aktivitet på barn og unge er mange. Kondisjon og muskelstyrke utvikles med stigende alder, men kan trenes opp allerede i oppvekstårene. Gunstige fysiologiske effekter av fysisk aktivitet på beinmasse, kroppsfett og framtidige risikofaktorer som hjerte-karsykdom og kreft, er godt kjent og dokumentert i dag, og viktig å ha med i et helseperspektiv. I tillegg er det viktig å ta høyde for betydningen av det voksende individets motoriske, kognitive, emosjonelle og sosiale utvikling. Hva som skyldes vekst, utvikling og modning, og hva som skyldes trening kan være vanskelig å avgjøre (Berg, Mjaavatn 2009:48). Studier som er gjort på effekt av kondisjonstrening på barn har derimot mer usikre resultater (ibid).

Effekter på kognitive evner

Motorisk utvikling er viktig for et barns totale utvikling, og barn med store konsentrasjonsvansker har umoden motorikk :49. Utvikling og automatisering av grovmotoriske bevegelsesmønstre kan hindre skader hos barn. Ericsson har funnet at barn med bevegelsesvansker har en tendens til å velge bort bevegelsesleker, og kan komme inn i en ond sirkel; de blir mindre fysisk aktive og får mindre av den viktige motoriske stimuleringen. (Ericsson 2003).

I Bunkefloprosjektet i Sverige har forskere sett på effekten av 1 time daglig fysisk aktivitet i løpet av skoledagen. I tillegg til disse timene fikk barna med motoriske utfordringer en ekstra time trening per uke. Barna i intervensjonsgruppen, også de med motoriske problemer, hadde forbedringer i prestasjoner i matematikk og svensk. Barna med motoriske problemer hadde fortsatt motoriske problemer. Når konsentrasjonsvanskene er en følge av nedsatt motorikk, og for elever der motoriske problemer hindrer dem i å kunne utnytte sine forutsetninger for å lære å lese, skrive og regne, bør målrettet motorisk trening være en del av det spesialpedagogiske tilbudet (ibid). I Aktivitetshåndboka refereres det til en rapport fra 2002 hvor Christiansen og Moser med bakgrunn i egen empiri og en omfattende litteraturgjennomgang konkluderer med at det finnes en korrelasjon mellom motorisk og kognitiv funksjon (Berg, Mjaavatn 2009:50). De sier også at det er uklart om det er motorikken som påvirker det kognitive nivået, eller om det er motsatt. Det kan også være en felles ukjent tredje faktor (f.eks nervesystemets funksjonsnivå) som påvirker både det motoriske og det kognitive, og de understreker at det er et område der det er behov for flere store og godt dokumenterte studier (ibid).

Uavhengig av hvilken forklaringsmodell som brukes, er allsidig bevegelseserfaring om motorisk trening viktig for barns vekst og utvikling.

Effekter på sinnstemning og psykisk helse.

Regelmessig fysisk aktivitet har positiv effekt på selvfølelsen, men studiene som foreligger kan ikke si noe om «riktig» intensitet, varighet eller i hvilken sammenheng aktiviteten ble utført (Berg, Mjaavatn 2009:50).

Effekter på skjelettet

Stor beintetthet og ytre diameter på skjelettet reduserer frakturrisikoen hos voksne. Vekt bærende fysisk aktivitet i oppvekstårene påvirker beintetthet og skjelettstørrelse. De viktigste effektene av fysisk trening på skjelettet opptrer før puberteten (Berg og Mjaavatn 2009:5). De refererer til en svensk studie som har funnet at frakturrisikoen er mindre seinere i livet hos mennesker som har vært i mye fysisk aktivitet som ungdom (ibid).

Fedme og hjerte-karsykdommer

Fedme og overvekt er vanskelig å behandle når den først er etablert, derfor er det viktig å forebygge. Fysisk aktivitet *sammen med* kostholdsforandringer har best effekt på allerede overvektige barn. Det er fortsatt for lite forskning som foreligger for å kunne si noe sikkert om fysisk aktivitet og overvekt (Berg og Mjaavatn 2009:52). Prosessen med åreforkalkning starter tidlig i livet, og overvekt i oppvekstårene øker risikoen for opphopning av risikofaktorer for å utvikle hjerte-karsykdom som voksen. Slike risikoindikatorer hos barn kan være høyt blodtrykk, hyperinsulinemi (tegn på lavere insulinfølsomhet) og økte blodfettverdier. Studier viser at fysisk kapasitet (kondisjon, max O₂) var viktigere enn antall timer barnet var fysisk aktiv for å forebygge forekomst av risikoindikatorer for hjerte-karsykdom aldersgruppene som var undersøkt (ibid)

Fysisk inaktivitet er forbundet med overvekt hos barn, men om de er overvektige på grunn av inaktivitet, eller inaktive på grunn av overvekt er uklart (ibid).

En altfor stor andel av elevene i grunnskole og i videregående skole deltar ikke i kroppsøvingstimene på skolen. 2/3 oppgir psykologiske eller sosiale årsaker til at de ikke deltar. Dette betyr at elevene trenger opplevelse av mestring også i kroppsøvingstimer (Berg og Mjaavatn 2009:53)!

Alle disse faktorer understreker betydningen av allsidig bevegelseserfaring og fysisk aktivitet hos barn og unge, og gjelder selvsagt også for barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse.

3.2.2 STUDIER AV DELTAKELSE I ORGANISERTE AKTIVITETER

Barn og unge med funksjonsnedsettelse er mindre fysisk aktive og deltar mindre i organiserte fritidsaktiviteter enn andre. Dette har Sæbu vist i en av sine artikler i sin doktoravhandling om fysisk aktivitet og mosjon hos unge voksne med fysisk funksjonshemming (Sæbu 2011:5). En svensk undersøkelse viser også at samme gruppe har dårligere helse enn funksjonsfriske (Statens Folkhälsoinstitut 2011). For å bedre livskvaliteten til denne gruppen er det viktig å få til økt deltakelse.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Norge har gjort en kunnskapsoppsummering som har til hensikt å oppsummere og evaluere effekter av fysisk trening på aktivitet og deltakelse hos barn og unge med habiliteringsbehov (Fønhus MS m.fl 2011). Hovedfunnene i kunnskapsoppsummeringen viser at det er usikkert hvilken effekt fysisk trening har på barnets utførelse av oppgaver og handlinger, altså aktivitet.

Oppsummeringen inkluderer 8 systematiske oversikter som oppsummerer 24 primærstudier. Primærstudiene inkluderer 643 barn og unge med habiliteringsbehov. To oversikter ser på effekten av kondisjonstrening alene eller i kombinasjon med styrketrening, tre oversikter ser på effekten av styrketrening, mens to oversikter ser på tredemølltrening med kroppsavlastning alene. Det er en systematisk oversikt for hver av treningsformene repeterende treningsøvelser, terapiridning og vannaktiviteter. Konklusjonen er den samme for alle studiene: Kvaliteten på dokumentasjonen er lav eller svært lav, og man kan ikke trekke sikre konklusjoner om den enkelte form for trening fører til økt aktivitet og deltakelse hos barn og unge med habiliteringsbehov. Det pekes videre på at det er nødvendig med mer forskning på området (Fønhus 2011:4).

De inkluderte systematiske oversiktsartiklene baserer seg på randomiserte og kontrollerte primærstudier som tar for seg barn og unge med cerebral parese, barn og unge med leukemi, barn og unge som har fått utført hemispherectomy¹² og barn med Down syndrom. Det ble funnet *tendens* til positive effekter på enkelte aktivitetsutfall for tiltakene kondisjonstrening alene eller i kombinasjon med styrketrening, styrketrening, og repeterende treningsøvelser hos barn og unge med cerebral parese, samt for tredemølltrening med kroppsavlastning hos barn med Down syndrom. Hos barn og unge med leukemi eller barn og unge som har fått utført hemispherectomy, er effektene av treningstiltakene usikre. For terapiridning og vannaktiviteter, som er

¹² Hemispherectomi er operasjon som utføres i den delen av hjernen som kalles hemisferen

fysiske treningstiltak forbundet med lek i sosiale rammer, er effektene er usikre for alle utfallsmål (Fønhus 2011). Kunnskapsoppsummeringen omfatter ikke systematiske oversikter som gir gode svar på om fysisk trening i form av ulike sosiale aktiviteter kan bidra til økt aktivitet og deltakelse hos barn og unge med habiliteringsbehov. Det er en svakhet i oppsummeringen. Rapporten sier heller ikke noe om kvalitative studier på området, som går i dybden og søker svar på mellommenneskelige relasjoner og betydningen det har for videre deltakelse i aktivitet.

Sæbu har skrevet et doktorgradsarbeid hvor han ser på fysisk aktivitet og motivasjon for unge voksne med fysisk funksjonsnedsettelse. Det er en multidimensjonal studie basert på en cross-sectional survey og et intervensjonsstudium (Sæbu 2011). Sæbu har sett på hva som er motivasjonen til unge voksne med funksjonsnedsettelse for å drive med fysisk aktivitet. Han har også, gjennom en intervensjon, sett på om adferd i forhold til deltakelse i fysisk aktivitet, motivasjonen for adferden og resultatene av det kunne bli påvirket av en intervensjon. Intervensjonen var et 3 ukers langt opphold på Beitostølen helsesportssenter, et rehabiliteringssenter som, i likhet med Valnesfjord Helsesportssenter, har tilpasset fysisk aktivitet som sitt hovedvirkemiddel. De har tilnærmet samme faggrupper som jobber tverrfaglig sammen med brukeren. Måten de møter brukerne på har svært mange likheter med VHSS sin tilnærming.

I litteraturstudiet som han gjorde fant han signifikante forskjeller hos noen typer funksjonsnedsettelser og funksjonsnivå (Sæbu, 2011:15), men også i ulike miljømessige forhold som kostnader, tilgjengelighet, bygget miljø, informasjon og sosial støtte, men også rundt personlige faktorer som alder, type aktivitet, selvfølelse, depresjon og mental helse. Han fant i sin undersøkelse at de *personlige faktorene* forklarer mer av variasjonen i total deltakelse i fysisk aktivitet enn både miljømessige faktorer og faktorer som relaterer seg til funksjon og funksjonsnedsettelse (Sæbu, 2011:paper II). Som hos befolkningen ellers er det indre motivasjon og identitet som er de mest betydningsfulle faktorene for å drive fysisk aktivitet (Trost, Owen m.flere i Sæbø 2011:35).

Resultatene fra intervensjonsstudiet viser at oppfattet autonomi (selvstendighet/uavhengighet) var sterkere på slutten av intervensjonen. Behov for tilfredshet var positivt knyttet til endringer i selvstendighet / uavhengighet, og motivasjon for fysisk aktivitet, og var også indirekte assosiert med fysisk aktivitetsøkning i løpet av intervensjonsperioden. Opplevd helse var også bedre 12 måneder etter intervensjonen. Tilfredshet på psykologiske parametere var positivt knyttet til endringer i opplevd mental helse i løpet av intervensjonen.

Litteratursøket som Sæbø gjorde, viser at det er lite forskning på denne målgruppen på funksjon, miljømessige og personlige faktorer som kan assosieres til fysisk aktivitet.

En av utfordringene i å forske på dette feltet er, i følge Sæbu, at vi ikke har kunnskap om hvilken påvirkning funksjonsnedsettelsen har på deltakelse i fysisk aktivitet.

Funksjonsnedsettelsen/diagnosen i seg selv kan ikke brukes som avhengig variabel, men det er nærliggende å formulere grad av funksjon for å se om det påvirker fysisk aktivitet (Sæbu 2011:38).

Sæbus referanser begrenser seg til forskning på unge voksne med funksjonsnedsettelse. Selv om dette er studier gjort på unge voksne med ulike funksjonsnedsettelser, er det naturlig å tenke seg paralleller til barn og unge.

Eget erfaringsgrunnlag med en allsidig bevegelseserfaring, er viktig for å få til en god motorisk utvikling. Opplevelse av bedret fysisk helse kan også være viktig for å klare dagliglivets aktiviteter og fortsatt ha kapasitet igjen til å klare å delta på fritidsarenaer ((Kemp & Thompson 2002 i Sæbu 2011:47). Å gi alle barn og unge en bred bevegelseserfaring, positive erfaringer og ferdigheter i fysiske aktiviteter er derfor viktig i et langsiktig perspektiv.

Funksjonshemmedes deltakelse i fysisk aktivitet

Elnan har, på oppdrag av Norges Idrettsforbund og Olympiske komité, gjort en studie for å kartlegge hva som finnes av kunnskap om funksjonshemmedes deltakelse i fysiske aktivitet (Elnan 2010). Litteratursøket som hun har gjort viser at forskningen på mange områder er mangelfull. En gruppe som har fått spesielt lite oppmerksomhet er utviklingshemmede. Noe som er relativt godt kartlagt er fysiske barrierer for funksjonshemmedes deltakelse i aktivitet i fritid, skole og idrett. Barrierer for deltakelse er mangel på tilgjengelighet, informasjon, transport, ledsagere og nødvendige hjelpemidler. I tillegg kommer sosiale barrierer som manglende kunnskap, fordommer hos omgivelsene og undervurdering av kompetanse (Elnan 2010).

Vi har i dag kunnskap om at fysisk aktivitet tidlig i livet er av betydning for en fysisk aktiv livsstil som voksen. Elnan finner at det ikke finnes retningslinjer som sikrer funksjonshemmede deltakelse i fysisk aktivitet i skolen, og det er bekymringsfullt. Læreres manglende kunnskap er en faktor som bidrar til å ekskludere funksjonshemmede fra fysisk aktivitet. Det finnes kunnskap om fysiske barrierene for funksjonshemmedes deltakelse, men

det foreligger lite finnes konkrete forslag til forbedringer og beskrivelser av velfungerende eksempler (Elnan 2010:20; Løvgren 2009:8)

Wendelborg fremholder at funksjonshemmede barn som deltar mye i vanlig undervisning, deltar mer i sosiale aktiviteter på fritiden enn barn som segregeres. Segregeringen får betydning ved å gi føringer for deltakelse i fritidsaktiviteter og for sosiale relasjoner med jevnaldrende. Det identifiseres et knekkpunkt i sosial deltakelse når barna blir rundt 10 år. Både tilgang på, og bruk av sosiale arenaer endres da, i tillegg til måten å være sammen på. Ofte er det slik at barn med funksjonshemninger opplever en økende distansering fra jevnaldrende i både skole og fritid etter hvert som de blir eldre (Wendelborg i Elnan 2010:19). Videre påpekes det at funksjonshemmede barn som i liten grad deltar i fritidsaktiviteter vil mangle erfaringer å snakke med jevnaldrende om, og vil slite med å bli god nok i noe som jevnaldrende verdsetter. Wendelborg viser blant annet til at bare 40 prosent av ungdom i alderen 14-16 år som har en fysisk funksjonsnedsettelse, føler de har de samme mulighetene til å delta i fritidsaktiviteter som andre ungdommer. Han viser også til at det skjer en endring i sosial deltakelse rundt 10 års alder. Barna med funksjonsnedsettelse som da segregeres opplever at tilgangen til, og bruk av sosiale arenaer endrer seg gjennom økende distansering fra jevnaldrende i både skole og fritid etter hvert som de blir eldre (Wendelborg 2010b:35). Det betyr at funksjonshemmede barn ikke sosialiseres tilstrekkelig på de arenaene jevnaldrende oppfatter som viktige å være sosialisert på. Ved at vektleggingen av interesse overføres mellom ulike arenaer, for eksempel skole og fritid, og mellom barna, marginaliseres barna både på skolen og i fritiden fordi de ikke behersker aktivitetene, og er lite til stede på arenaene hvor aktivitetene utspiller seg (ibid).

Løvgren (2009) påpeker at deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter kan bidra til sosial integrering og følelse av tilhørighet, men også reproducere det sosiale stigmaet og ekskluderingen som mange funksjonshemmede opplever. Hinder for deltakelse oppsummerer Løvgren som

”1. *Sosiale barrierer*: Undervurdering av kompetanse og mestring, fordommer hos omgivelsene

2. *Fysiske barrierer*: Manglende tilrettelegging ifht. deltakere med hørselstap, tilgjengelighet, ivaretagelse ved epileptisk anfall o.a.

3. *Manglende kunnskap om konsekvenser av den konkrete funksjonsnedsettelsen*: Nedsatt energinivå ved lungesykdom, nødvendige forhåndsregler ved epilepsi, gjenkjennelse av situasjoner hvor høreapparat ikke kan brukes eller i liten grad kompenserer for nedsatt hørsel” (Løvgren 2009:36).

Løvgren oppsummerer i sin undersøkelse egenskaper som fremmer deltakelse i slik:

”1. *Oppnåelse av egne målsettinger med deltakelse*: Disse er erkjente og ikke nedjustert som resultat av erfaring

2. *Vurdering av den enkelte ut fra individuelle forutsetninger for deltakelse*: Tilpassede forventninger betyr at deltakeren og dennes prestasjoner vurderes etter eget beste nivå, ikke fravær av evalueringskriterier. Kunnskap om potensielle konsekvenser av den konkrete nedsatte funksjonsevnen er viktig.

3. *Opplevelser av anerkjennelse og inkludering*: fritidsaktiviteten blir en arena for positive relasjoner til andre, hvor den enkelte opplever å bli sett, respektert og inkludert” (Løvgren 2009:42).

I en undersøkelse om unge funksjonshemmede var et av hovedfunnene at majoriteten av informantene ikke oppfattet deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter som aktuelt og viktig i deres hverdag (Løvgren 2009:8). Avslutningsvis peker Løvgren på utfordringer som kan bidra til å bedre funksjonshemmedes muligheter til en fysisk aktiv livsstil. En forutsetning for å bryte ned barrierene er at det tas en diskusjon om samfunnet godt nok legger til rette for like muligheter til fysisk aktivitet uavhengig av funksjonsnivå. I *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009* fastslås det at ved å gi idretten arbeidsbetingelser som setter den i stand til å drive sin primæraktivitet, kan samfunnets ønske om helsegevinst ivaretas. Dette innebærer at flest mulig skal gis mulighet til å utøve idrett og fysisk aktivitet både innenfor og utenfor den organiserte idretten (Helsedirektoratet 2005). Det kan imidlertid diskuteres om samfunnet godt nok legger til rette for aktivitet for alle, uavhengig av funksjonsnivå (Elnan 2010:31), jamfør nevnte barrierer ovenfor.

Forskningsarbeidet til Anderssen m.fl (2008) om *Fysisk aktivitet blant barn og unge* omhandler også faktorer som beskriver hva som skal til for at man skal få gode ferdigheter. Troen på at bedring i ferdigheter knytter seg til innsats og øving er sterkere hos de aktive 15-åringene enn hos de inaktive 15-åringene. Sammenliknet med inaktive 15-åringene rapporterer de aktive sterkere sosiale støtte fra venner og foreldre vedrørende deres egen aktivitet, de er i større grad motivert ut av indre lyst. De rapporterer mer glede i aktivitet, har sterkere mestringfølelse, og fysisk aktive vurderer fysiske og sosiale omgivelser som mer stimulerende for fysisk aktivitet enn de inaktive (Anderssen m.fl 2008:8).

Når man sammenlikner de med 20 % høyest aktivitetsnivå med de som 20 % lavest aktivitetsnivå viser resultatet sterkere sosial støtte fra venner blant de 20 prosentene av 9- og 15 åringene som har det høyeste aktivitetsnivået. De mest aktive er også sterkere preget av

indre motivasjon. Det var ingen forskjeller blant 9 og 15-åringene som befant seg på ulike nivåer av objektivt målt fysisk aktivitet vedrørende foreldrestøtte, lærerstøtte, kompetanse, glede og oppfatninger om ferdighet eller vedrørende oppfattet fysisk og sosialt miljø for fysisk aktivitet (ibid).

Fysisk aktivitet blant barn er kompleks og sammensatt med mange sett av forløpere eller medbestemmende faktorer. Biologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og miljømessige faktorer er medbestemmende for, eller i det minste relatert til, barn og unges fysiske aktivitet og idrettslige deltagelse (Andersen m.fl 2008:33). Flere psykologiske, sosiale og miljømessige variabler fremstår som relativt konsistente relatert til fysisk aktivitet og idrettsinvolvering blant barn i alle aldre. Disse innbefatter miljømessige muligheter til å være fysisk aktiv, tilgang til tilbud om fysisk aktivitet, tilgang til anlegg, fravær av ulike typer barrierer, opplevd fysisk ferdighet/ kompetanse/ forventninger om å mestre, opplevelse av glede i fysisk aktivitet og sosial støtte fra betydningsfulle andre, som venner og foreldre (Anderssen m. fl. 2008:9). Ikke noe tilsier at barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse har andre effekter av fysisk aktivitet generelt. Når aktivitetsnivået går ned i befolkningen generelt er det naturlig å trekke slutningen om at aktivitetsnivået også går ned hos barn og unge med funksjonsnedsettelse siden de ofte er avhengige av hjelpere, en tilrettelegger for å kunne delta (ibid).

Vi har nå sett på ulik forskning som viser ulike effekter som fysisk aktivitet kan ha for barn og unge generelt, og for barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse spesielt. Vi har sett på litteratur som dokumenterer betydning av deltakelse sosialt og i samfunnet, men med et ekstra fokus på organiserte fritidsaktiviteter, samt hvordan muligheter for deltakelse ivaretas – eller ikke ivaretas for denne målgruppen.

4. METODE

Jeg skal nå redegjøre for valg av metode og forskningsstrategi og forskningsdesign.

Metode omhandler praktiske verktøy for å samle inn og tilrettelegge data, den planmessige fremgangsmåten til og med det publiserbare skriftlige produktet (Blaikie 2005, Law 2004). Samfunnsvitenskapens ambisjoner er å beskrive, forklare og forstå. Dette gjøres ved bruk av kvalitativ eller kvantitativ metode, eller en kombinasjon av disse (Thagaard 2003). Hellevik siterer sosiologen Vilhelm Aubert i spørsmålet om hva metode er:

”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formål hører med til arsenalet av metode.” (Hellevik 2002:12)

Metode handler om å gjøre teoretiske begreper om til målbare variabler. Denne prosessen kalles for operasjonalisering. *Hvordan* forskningsspørsmål operasjonaliseres er viktig fordi ulike målemetoder kan gi ulike svar. Hovedkategoriene innen metodelære er kvalitative og kvantitative.

Med kvantitativ metode menes fremgangsmåter der forskeren først systematisk skaffer seg sammenlignbare opplysninger om flere undersøkelsesobjekter av et visst slag, så uttrykker disse opplysningene i form og tall, og til slutt foretar en analyse av mønsteret i dette tallmaterialet (Hellevik 2002:13). Den kvantitative metoden har som utgangspunkt at den sosiale virkeligheten kan måles ved hjelp av metoder og instrumenter som gir informasjon i form av tall (ibid).

Denne undersøkelsen har en kvantitativ tilnærming til problemstillingen, det er et kvasiekperimentelt design hvor jeg skal prøve å identifisere kausale effekter på fysisk aktivitet og deltakelse i fritidsaktiviteter etter habiliteringsopphold for barn og unge på VHSS. For å belyse forskningsspørsmålene har jeg brukt et strukturert spørreskjema som også har noen halvåpne spørsmål.

Jeg skal videre i kapittelet forklare og begrunne metodevalget mitt. Som en innledning til dette er det relevant å belyse effektbegrepet i et naturvitenskapelig perspektiv, i et samfunnsvitenskapelig perspektiv og i relasjon til min problemstilling. Men aller først litt om den store effektstudien som er i gang ved VHSS

4.1 STØRRE EFFEKTSTUDIE VED VHSS

Mitt materiale er en del av en større effektstudie som ble igangsatt høsten 2010 ved VHSS. Dette har avgjort mitt valg av metode. Studiet har som hovedproblemstilling å måle effekt av habiliteringsopphold for barn og unge ved VHSS. Utvalget var alle barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse opp til 18 år som i løpet av 12 måneder, fra august 2010 til juli 2011, gjennomførte habiliteringsopphold. Utvalgets størrelse var 202 barn og unge. Det var naturlig for meg å vurdere om noen deler av dette studiet kunne brukes som grunnlag i min masteroppgave.

Målet med hovedprosjektet er å få mer kunnskap om deltakernes aktivitetsnivå og forbedringer i løpet av oppholdet, samt på hvilke måter man kan forbedre habiliteringstilbud for å fremme målsetningene om aktivitet og deltakelse. Som nevnt under innledningen er problemstillingen todelt:

1. Vil et to ukers opphold på VHSS for barn og unge (7-18 år) med funksjonsnedsettelse, fulgt av en periode på 3 måneder hjemme, øke aktivitet, deltakelse og livskvalitet på barnets/ungdommens hjemmearena?
2. Hvilken effekt har to ukers opphold på VHSS for barn og unge (7-18 år) med funksjonsnedsettelse på
 - a. utvalgte parametre av fysisk form
 - b. opplevelse av mestring og glede ved deltakelse på utvalgte aktiviteter

Personopplysningene samles inn ved bruk av strukturert spørreskjema, bruk av journaldata, en fysisk test og et skjema hvor deltakerne beskriver hvordan de subjektivt opplever utvalgte aktiviteter¹³

En del av effektstudiet består av spørreskjemaer som skal måle effekt på utvalgte indikatorer. Hovedtemaene i spørreskjemaet er

- Bakgrunnsvariabler (foresattes spørreskjema)
- Determinanter for aktivitet
- Holdninger til aktivitet (egne, foresattes, lærer)
- Tilrettelegging for aktivitet i nærmiljøet
- Deltakelse i fritidsaktiviteter, ønsker og hindringer
- Livskvalitet

¹³ Meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) er vedlagt som vedlegg 1, sammen med godkjenningen fra NSD, vedlegg 2.

Spørsmålene i spørreskjemaet er hentet fra Personal and Environment Associations with Childrens Health (PEACH). Spørreskjemaet er vedlagt. Dette spørreskjemaet ble utviklet som en del av et større testbatteri for å se på risikofaktorer for hjerte- og karsykdom i flere europeiske land (Riddoch m.fl 2005). I Helsedirektoratets Kartlegging av fysisk aktivitet blant barn og ungdom (Helsedirektoratet 2008) ble også deler av PEACH brukt. Spørreskjemaet er helt eller delvis brukt for å se på aktivitetsnivå og determinanter for aktivitet hos barn og unge i Norge (Heggebø 2003; Helsedirektoratet 2008; Omundsen m.fl 2006). Et utvalg av spørsmålene fra spørreskjemaet er brukt for å komme fram til resultatene i denne undersøkelsen. PEACH er ikke spesielt utviklet for å måle fysisk aktivitet hos barn med funksjonsnedsettelse.

4.2 EFFEKT

Tilbake til effektbegrepet. Effekt brukes med til dels skiftende innhold i ulike sammenhenger. Naturvitenskapelig og samfunnsvitenskapelig tilnærming til begrepet effekt har ulike tradisjoner. På VHSS jobber vi i tverrfaglige team hvor noen profesjoner har en naturvitenskapelig forankring, for eksempel leger og fysioterapeuter, mens andre har et trygt samfunnsfaglig fundament, for eksempel psykologer og sosionomer. Disse to motsetningene er et spenningsfelt i diskusjonen om hva som virker for våre brukere, hvilke tiltak som skal velges, hvordan det virker og hvorfor det eventuelt virker. Effektbegrepet vil ha ulikt innhold i disse perspektivene. Min egen bakgrunn som idrettspedagog med utdanning fra midt på 1980-tallet og tidlig 1990, har en tradisjonell forankring i naturvitenskapen. Arbeidsfeltet mitt de siste 15 år har vært (re)habilitering, og i praksisfeltet har erfaringer med brukere og deres foresatte, og med andre profesjoner i tverrfaglig team, vist meg at de resultater, eller effekter, som oppnås i løpet av et habiliteringsopphold kan være vanskelig å tallfeste, og når det lar seg gjøre sitter jeg igjen med følelsen av at resultatene ikke samsvarer med hele bildet. Andre metodiske tilnærminger må tas i bruk for å kunne utdype hvilke effekter den enkelte bruker har av oppholdet.

4.2.1 EFFEKT I ET NATURVITENSKAPLIG PERSPEKTIV

I fysikken er effekt definert som arbeid utført per tidsenhet¹⁴.

Effekt kan referere til endringen av noe. Ofte brukes effekt om sammenhengen mellom årsak og virkning. Skog (2005) omtaler kausalitet som det å finne sammenhenger mellom årsaken

¹⁴ <http://no.wikipedia.org/wiki/Effekt> (2012.01.29 kl 22.34)

til at noe skjer og virkningen dette gir. Virkningen omtales som en konsekvens av årsaken (Skog 2005). Indikatorer kan tallfestes og de er således målbare.

I den naturvitenskapelige tradisjon er dette kausalitetsprinsippet vært tegn på kvalitet. For eksempel dersom du har en infeksjon i kroppen som gjør deg syk (årsak) så får du penicillin som gjør deg frisk (virkning). Det er sett på som en eksakt vitenskap.

4.2.2. EFFEKT I ET SAMFUNNSVITENSKAPELIG PERSPEKTIV

I samfunnsvitenskapelig tradisjon er det viktigere å forstå og forklare fenomener enn å finne et eksakt svar, her er det et mer ambivalent forhold til kausalitet. For en forsker i denne tradisjonen er evnen til å leve seg inn i og oppfatte mønster i mangfoldet av sanseintrykk som mottas, og ikke trekke ut et begrenset antall aspekter ved helheten som skal måles og analyseres ved hjelp av tall (Hellevik 2002:13).

Definisjonen av rehabilitering er å oppfatte som en holistisk prosess basert på individets egne mål og preferanser, og rehabiliteringstiltak må forankres i brukerens lokale miljø der brukeren har sitt hverdagsliv. Dette fordi målet og fokuset gradvis er flyttet fra kroppslig funksjon og intervensjoner for å endre på denne, til større vekt på deltakelse, selvbestemmelse og like muligheter (Hanssen & Lindqvist 2003). Dette er gjenkjennbart fra den sosiale modellen som er omtalt i kapittel 3.1.2.

4.2.3 EFFEKT I ET RELASJONELT PERSPEKTIV

For å kunne forstå rehabiliteringsprosessen og et tiltaks påvirkning på deltakeren må vi forholde oss til begge effekt-perspektivene, den medisinske og den samfunnsvitenskaplige. Dette sammenfaller med ICF som forståelsesramme for en persons funksjon i ulike kontekster. En er avhengig av å identifisere funksjonsnedsettelsen, aktivitetsbegrensningen og deltakelsesbegrensningen for å sette inn riktige tiltak for å oppnå en bedre livskvalitet på de ulike områdene.

4.2.4 FORVENTET EFFEKT PÅ FYSISK AKTIVITET OG DELTAKELSE I FRITIDSAKTIVITETER

Hva gjør at det kan forventes å finne effekt av habiliteringsopphold på fysisk aktivitet og deltakelse i fritidsaktiviteter? Gjennom mitt arbeid ved VHSS har jeg erfart at habiliteringsopphold kan ha positiv innvirkning på barn og unge. Erfaringene som idrettspedagog på habiliteringsteamet i samhandling med barn og unge, gjennom direkte

tilbakemeldinger fra barn og unge og deres foresatte, og gjennom tilbakemeldinger fra lærere i barn /unges hjemmeskole, samt fra andre samarbeidspartnere. Jeg deler faktorene inn i fysiologiske faktorer (bio-fysiologiske) og psykososiale faktorer.

Når det gjelder forventet effekt på de fysiologiske faktorer er det mange av deltakerne som får et motorisk løft. Når de trener 3-4 økter hver dag i to uker er det en naturlig konsekvens. En del forbedrer ferdigheter i spesifikke aktiviteter, og en del lærer seg en ny aktivitet, for eksempel å svømme. Mange av aktivitetene er det mulig å fortsette med i lokalmiljøet når de kommer hjem.

Forventet effekt på psykososiale faktorer som påvirker deltakerne under et opphold er flere. Samtaler og veiledning som vi har med foresatte, med fokus på positive faktorer rundt fysisk aktivitet, mulighetene som finnes lokalt, positiv grensesetting, å være forbilde for egne barn, er alle elementer som vi mener er av betydning for effekten av habiliteringsopphold. For deltakerne gir det selvtillit når de mestrer aktiviteten, når de kjenner på egen kropp at det er mulig, og når de ser hva andre deltakere, som de opplever har større funksjonsnedsettelse enn de selv, faktisk får til. Gjennom gruppeprosesser forsøker vi å ha et bevisst fokus på likeverd, og vi håper det kan være et bidrag til økt selvfølelse, som igjen kan bidra til økt deltakelse.

Når et habiliteringsopphold varer to uker, vil lengden på oppholdet være en begrensende faktor på effekten av oppholdet, spesielt i forhold til prosesser, for eksempel å påvirke til en mer aktiv livsstil og positiv grensesetting og på målbare fysiologiske forhold som blant annet kondisjon og styrke.

4.2.5 EFFEKT AV TILTAK ETTERSØRRES

Når effekt av tiltak ettersørres fra den som finansierer oppholdet, her Helsedirektoratet representert ved Helse Nord RHF, vil det være riktig å diskutere hvilken effekt som eventuelt måles og finnes (Helsedirektoratet 2011; Helse Nord RHF 2010)

For praksisfeltet er det av interesse å finne ut av om tiltakene, eller programmene, som tilbys virker. Kanskje finner jeg ikke noen svar som jeg liker. Er det da innholdet i tilbudet som ikke virker, eller er det tilnærmingen (metoden) som jeg velger som ikke er god nok? Dette må teoretiseres og belyses i oppgaven.

I kommende avsnitt skal jeg redegjøre for den helhetlige planen for forskningsdesignet og forskningsmetoden som jeg har i denne oppgaven, samt belyse styrker og svakheter med mitt design.

4.3 FORSKNINGSDESIGN

Hovedhensikten med forskningsdesignet er å lage en plan for gjennomføringen som gir et best mulig og utfyllende svar på forskningsspørsmålet (Ringdal 2001:103). Forskningsdesign bør variere med hensyn til de kausale slutninger de tillater (Baumann et al 2002), ellers kan designet være en trussel mot validiteten (Bartholomew, Parcel, Kok, Gotlieb & N 2001). Dette vil jeg komme tilbake til seinere i kapittelet. Det er viktig å belyse alle delene av metodearbeidet for å få et godt grunnlag til analysen av dataene. De fleste vitenskapelige undersøkelser har som mål å forklare det fenomen som studeres, i tillegg til å gi en beskrivelse av fenomenet (Ringdal 2001:104).

4.3.1 EKSPERIMENT

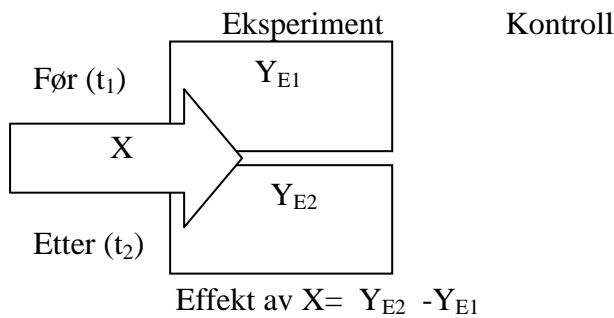
Et eksperiment er et kontrollert forsøk hvor målet er å finne årsakssammenhenger, kausalitet, og regnes som den beste måten å studere årsakssammenhenger på, fordi det forsøker å skille mellom kontrollvariabler (avhengige variabler) og årsaksvariabler (uavhengige variabler). I tillegg er tidsrekkefølgen mellom årsak og virkning tydelig i eksperimenter (Ringdal 2001:211; Svartdal 1998:153). Det er ulike typer eksperimentelle design, men et hovedskille går mellom ekte eksperimenter og kvasieksperimenter.

4.3.1.1 KVASIEKSPERIMENTER OG EKTE EKSPERIMENTER

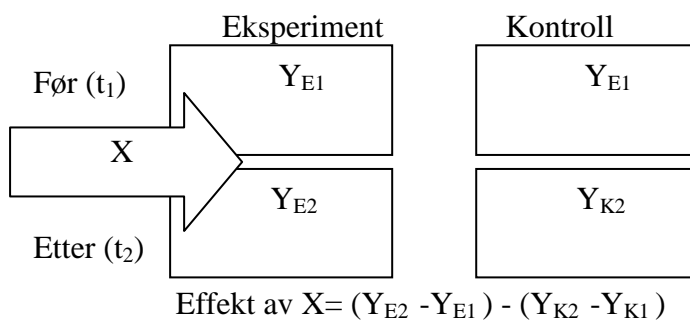
Ekte eksperiment kjennetegnes ved at utvalget fordeles tilfeldig, randomisert, mellom eksperiment- og kontrollgruppen (Ringdal 2001:217). Kvasieksperimenter skiller seg fra ekte eksperimenter ved at kvasieksperimentet ikke kontrolleres av andre faktorer ved tilfeldig fordeling av forsøkspersoner på eksperiment- og kontrollgruppe (Ringdal:2001:213).

Kvasieksperimenter har som formål å lage sammenlikninger der effekten av en eksperimentell faktor kan studeres. Nedenfor illustreres to enkle modeller av kvasieksperimenter. Figurene er hentet fra Ringdal (Ringdal 2001:217), men gjort om noe for å illustrer min oppgave bedre.

a) *En gruppe, før og etter:*



b) *To grupper, før og etter:*



X = intervensjonen.

Figur 4 Modell av a) kvasiexperiment og b) ekte eksperiment

Det første eksempelet illustrerer hvordan effekten av X måles før (t_1) og etter (t_2). Effekten X er resultatet av en intervensjon (Y_{E2}) minus resultatet før intervensjonen (Y_{E1}). I dette første eksempelet er det ingen kontrollgruppe. Det andre eksempelet illustrerer effekten av X målt før (t_1) og etter (t_2), og hvordan resultatet justeres ved å ha en kontrollgruppe. (Ringdal 2001:217 og Svartdal 1998:155). Kontrollgruppene sin funksjon er å oppdage, og dermed kunne justere for, andre forhold enn intervensjonen som påvirker resultatet. Kontrollgruppen må være mest mulig lik eksperimentgruppene for at dette skal fungere. Kausale relasjoner kan være *relativt svake* og de kan være *komplekse*. I eksperimentell forskning sies det at det er en kausal forbindelse dersom en variabel påvirker en annen (Svartdal 1998:161). Det er altså viktig å ha kunnskap om *at* en faktor har en bestemt effekt, men vel så viktig å vite *hvordan* den har effekt (Svartdal 1998:162).

Dersom intervensjonen for fysisk form er trening, kan det illustreres som følger:

Ingen trening -> Dårlig fysisk form -> intervensjon: trening -> økt fysisk form

Er det treningen som virker alene, er det bevissthet omkring kosthold som er blitt bedre siden fokuset er på å komme i bedre form, eller er det en kombinasjon av disse? Identifikasjon av

mekanismer i kausale relasjoner er ofte en komplisert prosess, og flere mekanismer kan virke samtidig (Svartdal 1998:164).

Det er tre måter å kontrollere for alle andre variabler som kan ha relevans for eksperimenter.

Det kan gjøres ved å *holde andre variabler konstant, matching og randomisering.*

Å holde andre variabler konstante kan gjøres gjennom utvelgelse av deltakere til studiet. En kan kontrollere for kjønn ved å velge bare gutter med diagnosen cerebral parese som deltakere. Dette øker sjansene for funn, men reduserer interessen for undersøkelsen fordi mulighetene for å generalisere reduseres.

Matching består i å finne par som er like på variabler som vurderes som viktige i eksperimentet, for så trekke ut den ene av paret som skal inngå i eksperimentgruppa, mens den andre plasseres i kontrollgruppa.

Randomisering vil si å fordele deltakerne tilfeldig i kontroll- og eksperimentgruppa (Ringdal 2001:228).

Denne studien oppfyller ikke kriteriene for ekte eksperiment, men er et kvasieksperiment fordi jeg ikke kan kontrollere for alle andre variabler som kan ha relevans for prosjektet:

- *Å holde andre variabler konstante* er ikke mulig fordi deltakerne skal tilbys samme intervensjon, og utvalget mitt består av alle de som er søkt inn til habiliteringsopphold ved VHSS i den gitte perioden, og som har blitt vurdert til å ha rett til helsehjelp, uavhengig av funksjonsnedsettelse, diagnose, funksjonsnivå, kjønn og alder. I perioden mellom måletidspunkt 1 og 2 reiser deltakerne hjem til sitt vante miljø og påvirkes av dette på skolen, i fritida og i familien. Dette er faktorer som kan påvirke validiteten i eksperimentet, jeg kommer tilbake til det i neste avsnitt.
- *Matching* ved å ha en kontrollgruppe vurderer jeg som etisk betenkelig fordi vi ikke bør nekte en gruppe barn med samme behov for rehabilitering som den gruppen med barn som inkluderes i studien, habiliteringsopphold fordi de var ”uheldige med trekningen”.
- *Randomisering* er uaktuelt fordi utvalget ikke er stort nok.

I dette studiet måles effekt før (t_1) og tre måneder etter (t_2) habiliteringsopphold.

Habiliteringsoppholdet er intervensjonen X.

4.3.1.2 FAKTORER SOM KAN PÅVIRKE VALIDITETEN I ET EKSPERIMENT

Validitet¹⁵ i eksperimenter kan deles inn i *indre* og *ytre validitet*. Indre validitet handler om mulighetene en har til å trekke sikre slutninger om årsakssammenhenger, mens ytre validitet handler om i hvilken grad resultatene kan generaliseres (Ringdal 2001:229 og Svartdal 1998:168). Jo mer kontroll, eller jo høyere indre validitet, desto lavere realisme, eller desto lavere ytre validitet. De viktigste feilkilder som kan true indre validitet er historie, modning, instrumenteffekter, seleksjon og frafall.

Historie er hendinger i eksperimentperioden som kan påvirke effekten. *Modning* er en naturlig prosess som kan påvirke adferden til deltakerne, for eksempel intellektuell modning eller vekst. *Instrumenteffekter* er at selve det å delta i eksperimentet påvirker svarene og dermed resultatet. *Seleksjon* påvirker validiteten dersom man for eksempel velger ut eksperiment- og kontrollgruppe på ulike måter. *Frafall* er oftere et problem dersom undersøkelsen går over lang tid, og er mer alvorlig dersom det er systematiske frafall sammenliknet med tilfeldig frafall. *Skjeve utvalg* vil redusere generaliserbarheten av dataene (Ringdal 2001:229 og Svartdal 1998:169).

4.3.1.3 FAKTORER SOM KAN PÅVIRKE VALIDITETEN I MITT DESIGN

Historie

Hva har skjedd i deltakerens liv i løpet av tre måneder, mellom t_1 og t_2 ? I forhold til fysisk aktivitetsnivå og deltakelse i fritidsaktiviteter er det flere faktorer som man må være oppmerksomme på. En del fritidsaktiviteter er sesongrelatert, og dermed kan resultatet endres fordi det er eller ikke er sesong for aktiviteten. Årstid er en annen faktor, spesielt gjelder dette uteaktiviteter som krever barmark eller snø, vann eller is. Datainnsamlingsperioden gikk over tre årstider; høst, vinter og vår, dermed vil sesong- og årstidsvariasjoner kunne gjøre seg gjeldende. Kanskje har noen flyttet mellom tidspunkt for utfylling av spørreskjema, kanskje noen har byttet skole? Tilbudet og tilgjengeligheten kan være endret. Trenger brukeren ekstra støtte og veiledning under utøvelse av fysisk aktivitet og fritidsaktiviteter vil det være av betydning om det skjer endring i dette forholdet. Et eksempel kan være om respondenten har fått/eller mistet en støttekontakt.

¹⁵ **Validitet** refererer til hvor relevante de data som kommer fram er for problemstillingen. Den refererer til hva det er som er målt, om vi får svar på spørsmålene i problemstillingen (Hellevik 2002:102).

Har du en progredierende sykdom eller en funksjonsnedsettelse som det kan/bør/skal iverksettes tiltak i forhold til, for eksempel en operasjon, kan dette også påvirke muligheten for fysisk aktivitet og deltakelse i fritidsaktiviteter som ikke nødvendigvis fanges opp via spørreskjemaet.

Modning

Intellektuell modning eller utvikling sett i et tre måneders perspektiv er antagelig ikke sannsynlig. Modning er en prosess som det er vanskelig å tidfeste.

Instrumenteffekter

Kan det å delta i undersøkelsen påvirke svarene? Ja, i tenkte tilfeller vil det kunne gjøre det, for eksempel ved å svare det som en tror er ”riktig” svar, eller det som en ønsker skulle være riktig om virkeligheten. Når mange i målgruppen oppgir ensomhet og isolasjon på fritida som en utfordring, kan det være sårt å være ærlig i forhold til dette temaet.

De aller fleste som gjennomfører habiliteringsopphold på VHSS trives under oppholdet og føler at de har så stort utbytte av oppholdet at de ønsker å komme tilbake til nytt opphold.

Dette kan påvirke hva de svarer på enkelte av spørsmålene, de kan svare det de tror VHSS ønsker at de skal svare. Kanskje er dette en ekstra validitetsutfordring siden det er barn som respondenter.

Spørsmålene i spørreskjemaet er validert og testet for bruk på barn tidligere (se s. 38), og det skal høyne validiteten. En del av barna har redusert kognitiv funksjon, og en del har en fysisk funksjonsnedsettelse som gjorde det utfordrende å fylle ut spørreskjemaene aleine. Disse utfordringene prøvde vi å ivareta ved at barna kunne få hjelp av en foresatt til å fylle ut spørreskjemaet, eller foresatte kunne fylle ut på vegne av barnet. Foresatte svarte på samme spørsmål som barna, og det er derfor mulig å sammenlikne svarene for å se om det er diskrepans. Dette er gjort når det gjelder spørsmålene som omhandler fritidsaktiviteter de deltar eller ønsker å delta på fordi det kan være fristende å svare hva de *ønsker* at de kunne delta på mer enn den reelle situasjonen.

Frafall

Frafallsprosenten i effektundersøkelsen er stor, bare 26 % av utvalget svarte på begge spørreskjemaene (pre- og post-), mens 46 % svarte på pre-spørreskjemaet. Den lave svarprosenten gjør det vanskelig å generalisere for andre deltakere på andre typer opphold, men det gir meg en *indikasjon* på hvordan effekten er. Og effekten, resultatene som jeg finner, omhandler de som har svart, og ikke nødvendigvis de som ikke har svart.

Datagrunnlaget for den store Effekt-undersøkelsen ved VHSS er de barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse som søkte og fikk innvilget opphold om habilitering ved VHSS i perioden august 2010 – juli 2011. I perioden var det 202 barn som gjennomførte habiliteringsopphold. Datainnstillingsperioden i mitt prosjekt var 3 måneder kortere og ble avsluttet i april 2011. I perioden inngikk det 169 barn og unge i populasjonen.

Utvalget i denne undersøkelsen er ikke representativt for alle barn og unge med funksjonsnedsettelse i denne aldersgruppen i Norge, og det er ikke representativt for alle som gjennomførte habiliteringsopphold i samme periode. Det er et forsøk på å få innblikk i hva disse barn og unge gjør på feltet fysisk aktivitet og deltakelse i fritidsaktiviteter før kontra etter et habiliteringsopphold. Det kan også være en skjevhet i hvem som har valgt å svare og hvem som ikke har svart. En mor til et multifunksjonshemmet barn sa at hun ikke oppfattet denne undersøkelsen til å handle om sitt barn, fordi deltakelse i fysisk aktivitet og fritidsaktiviteter oppfattet hun som svært, langt utenfor rekkevidden for hennes barn. Denne oppfattelsen kan flere av de i utvalget ha som har de svakest stilte barna i forhold til funksjonsnivå.

Valg av datakilde

Valg av datakilde bør overveies fordi det kan være enkelte grupper i samfunnet som er spesielt yndede mål for informasjonsinnhenting (Hellevik 2002:104). For min problemstilling og mitt utvalg forelå det ikke data som allerede var innhentet, jeg måtte derfor samle inn data selv. Tilbakemeldinger fra enkelte i utvalget mitt var en generell tretthet i forhold til det å fylle ut skjemaer av ulik art. Dette kan ha påvirket svarprosenten negativt.

Nærhet og distanse

Valg av forskningstema og sted for datainnhenting er ikke noe jeg kan si at jeg er nøytral i forhold til. Jeg arbeider på VHSS som teamsjef for det teamet hvor mine respondenter gjennomfører habiliteringsopphold, og jeg kan således både påvirke respondentene og selv være påvirket når data skal analyseres. I tillegg har jeg fagbakgrunn som idrettspedagog, og har kløkketro på at tilpasset fysisk aktivitet og innlæring av ferdigheter er av stor verdi for den enkelte på flere områder, også i forhold til fysisk aktivitet og deltakelse i fritidsaktiviteter. Jeg forsøker å være kritisk til resultatene, og har hatt som mål å være nøytral i møte med respondentene. Jo mindre avstand mellom forsker og handling, desto større presisjon, mens objektiviteten og etterprøvbareheten blir mindre fordi den ikke like lett kan etterprøves av andre (Ringdal 2001:107).

4.3.1.4 FAKTORIELLE DESIGN

Faktorielle design er en tredje variant av eksperiment. Her ønsker man å studere effekten av to eller flere uavhengige variabler samtidig for å identifisere styrkeforholdet mellom variablene på den avhengige variabelen. Et tilleggsproblem er det sterkt økende antallet interaksjonseffekter (Ringdal 2001:217 og Svartdal 1998:194), og det er lite egnet dersom antallet respondenter er lite.

I mitt materiale er det et meget lite antall respondenter (N=44). Det medfører at jeg ikke kan bruke dette designet selv om det hadde vært svært interessant, nettopp fordi det er mange uavhengige variabler som kan påvirke resultatet, og styrken mellom variablene vil variere.

4.3.2 MITT FORSKNINGSDESIGN

Jeg har forsøkt å belyse og begrunne forskningsdesignet mitt ovenfor. Oppsummert er det en *kvantitativ studie* hvor jeg bruker strukturerte spørreskjemaer. Studien er en type eksperiment fordi det måler effekt av fysisk aktivitet og deltakelse ved to ulike tidspunkter; før og tre måneder etter habiliteringsopphold for å avdekke kausalitet. Det har et *kvasiekperimentelt design* fordi jeg ikke kan kontrollere de uavhengige variablene som kan ha relevans for resultatet i eksperimentet.

4.4 SPØRRESKJEMAET

Nå litt om innholdet i spørreskjemaene som ble brukt. Jeg konsentrerer meg mest om de spørsmålene som jeg har inkludert i min studie.

Spørreskjema 1 til deltaker består av 36 ulike spørsmål. Det er vedlagt som vedlegg 4.

Spørsmålene som er benyttet er skrevet i kursiv og med rød skrift. Spørsmål i spørreskjema til deltakerne som er benyttet er som følger:

- Bakgrunnsvariabler sp.m 0, 1
- Determinant for fysisk aktivitet sp.m 6,
- Determinant for venners betydning sp.m 8,
- Determinant for foresattes oppmuntring sp.m 11,
- Determinanter for deltakelse i fritidsaktiviteter sp.m 18, 19.
- Eget kommentarfeltet til slutt.

Spørreskjema 2 til deltaker består av de samme spørsmålene som spørreskjema 1 til deltakerne.

Spørreskjema 1 til foresatte består av en del A som omhandler 11 spørsmål rund barnet og andre bakgrunnsvariabler, en del B med 8 spørsmål til deltakerens mor/kvinnelige foresatt og en del C til deltakerens far/mannlige foresatt. Del B og del C hadde likelydende spørsmål. Spørreskjemaet er vedlagt som vedlegg 5. Spørsmålene som er benyttet er skrevet i kursiv og med rød skrift. Spørsmål i spørreskjema til foresatte som er brukt er:

- Bakgrunnsvariabler sp.m 1, 2, 11
- Lokal oppfølging sp.m 8
- Determinanter for deltakelse i fritidsaktiviteter sp.m 9 og 10

I tillegg brukte jeg foresattes spørreskjema til å dobbeltsjekke svar når det var mistanke om at noe ikke stemte ved barnets svar. Ett eksempel er når deltaker krysset av for deltakelse i organiserte aktiviteter, men ikke hadde skrevet opp noen aktiviteter. Foresattes svar ble da ført inn.

Spørreskjema 2 til foresatte består av en del A med 6 spørsmål. Her var bakgrunnsvariabler som ikke ville ha endre seg i løpet av tre måneder tatt bort. Del B og del C hadde også 6 spørsmål.

4.4.1 DATAGRUNNLAG / UTVALGET AV RESPONDENTER

Datainnsamlingen foregikk mellom august 2010 og april 2011.. Bearbeiding av dataene var planlagt gjort fra april 2011. I perioden inngikk det 169 mulige respondenter.

Av disse svarte 76 på spørreskjema før opphold og 44 svarte også på skjemaene etter 3 måneder.

I en folkehelseundersøkelse fra 2005 finner SSB at 14 % av barn i alderen 6–15 år har en varig sykdom eller funksjonshemming som påvirker hverdagen deres i høy grad (4 %) eller noen grad (10 %). Når alle planens kilder sees under ett, konkluderes det på følgende måte:

”Ved gjennomgang av statistikk over barn og unge som mottar ulike offentlige bistandstjenester og rapporter som illustrerer andel barn og unge som lever med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse, er det ikke urimelig å anta at rundt 10 prosent av befolkningen i alder 0–17 år på et eller annet tidspunkt vil ha behov for habiliteringsbistand fra det kommunale hjelpeapparatet, mens andelen som også har behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten antas å ligge en del lavere”

(Helsedirektoratet 2009, Grue og Rua 2009:26)

Av disse som trenger bistand fra spesialisthelsetjenesten er det en liten del som søker og får plass på habiliteringsopphold på VHSS. Deltakernes diagnoser og funksjonsnivå varierer mye både innad i gruppen og fra gruppe til gruppe.

4.4.2 PRAKTISK GJENNOMFØRING AV DATAINNSAMLINGEN.

Respondentene fikk tilsendt Spørreskjema 1 i posten sammen med annen informasjon som omhandlet innleggelsen ved Valnesfjord Helseportssenter. Vi ba om at utfylt spørreskjema ble returnert sammen med resten av informasjonen som pasienten uansett skulle returnere til Helseportssenteret. Svarprosenten var meget lav, og strategien ble endret etter ca 4 måneder. Konvoluttene med informasjon om undersøkelsen og spørreskjemaene ble da delt ut når de ankom Valnesfjord Helseportssenter. Den fikk de med seg samtidig som de fikk nøkkelen til rommet hvor de skulle bo under oppholdet. På konvoluttene var det påført en frist for innlevering – seinest 2 dager etter ankomst, og at de skulle levere det i Servicetorget. På den måten forsøkte vi å minimalisere mulig påvirkning fra ansatte som stod barn og foresatt nærmest under oppholdet. De skulle ikke ha noe med innsamlingen av spørreskjemaene å gjøre.

Første gang gruppen av foresatte og barn/unge var samlet etter ankomst, ble det gitt en kort informasjon om undersøkelsen og formålet med denne. Informasjonen ble enten gitt av sykepleier på teamet, gruppekontakten for gruppen som var inne eller undertegnede. Det ble understreket at det var en frivillig sak å delta, men at vi ønsket at flest mulig ville delta. Svarprosenten økte betraktelig etter denne endringen.

Vi fikk også tilbakemeldinger om at de synes det var mange spørsmål å svare på. Fra nyttår valgte vi derfor å redusere antall spørsmål noe. Om dette hadde innvirkning på svarprosenten er uklart.

Etter tre måneder ble Spørreskjema 2 sendt per post til de av deltakerne som hadde valgt å være med i undersøkelsen. Sammen med spørreskjemat lå en ferdig frankert konvolutt som skulle brukes til retursendingen. I tillegg ble det gjennomført en eller to purrerunder per telefon til mor eller far når det var gått ca 1 måned hvis vi ikke hadde fått skjemaet i retur. For de første gruppene gikk det mer enn 1 måned, snarere 2, før purring per telefon ble gjennomført. Det kom av at rutinene for oppfølging ikke var gode nok fra min side.

Dataene ble overført fra spørreskjemaene til excel regneark. Fra excel ble de kopiert over til NSD Stat, som er det statistikkprogrammet som er brukt i analysen.

4.4.3 ENDRINGER AV VERDIER I SPØRSMÅL FRA DATAMATERIALET

Når antallet respondenter i mitt materiale er så få, N=44, begrenser det analysemulighetene. Multivariate analyser kan jeg i liten grad bruke siden utvalget er så lite. Jeg har brukt krysstabeller for en og en av de uavhengige variablene, og har slått sammen verdier slik at det ikke skulle bli for lavt antall i hver celle. Det betyr at jeg ikke har kunnet kjøre flere variabler opp mot hverandre for å sammenlikne styrkeforholdet deres i forhold til den avhengige variabelen.

Jeg skal i min oppgave se endringer på gruppenivå, og presenterer derfor dataene i tabeller som illustrerer verdier *før opphold* og *tre måneder etter opphold*, slik at dataene kan sammenliknes. I spørreskjemaet er det to spørsmål som kan gi svar på hvor mye fysisk aktivitet per uke den enkelte driver med. Det er spørsmål 5 *Utenom skoletid: Hvor mange ganger i uka driver du idrett / mosjon slik at du blir andpusten eller svett?* og spørsmål 6 *Omtrent hvor mange timer bruker du på dette?* Jeg har valgt å bruke spørsmål 6 som omhandler *antall timer* som avhengig variabel fordi det er et mer presist mål som kan gi meg mer presis informasjon i forhold til min problemstilling. Anbefalinger rundt fysisk aktivitet presenteres ofte i antall timer som ansees som nødvendig for å ivareta og fremme helsen i befolkningen.

I den første avhengige variabelen, *antall timer fysisk aktivitet per uke før/tre måneder etter*, har jeg slått sammen verdien til to istedenfor fem. Verdiene *0 timer* og *1-2 timer* er slått sammen til *0-2 timer*. Dette omtales også som *”lavt aktivitetsnivå”*, eller *”lite fysisk aktivitet”*. Verdiene *”3-4 timer”* og *”5 timer eller mer”* er slått sammen til *”3 timer eller mer.”* Dette omtales også som *”forholdsvis mye”* eller *”mye”* fysisk aktivitet. I de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet anbefales 60 min per dag, altså 7 timer per uke (Berg og Mjaavatn 2009:48). Dersom jeg forutsetter at 3 timer fysisk aktivitet foregår i skolens regi, er det mange som er nært opp til eller når de nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet, omtalt i kapittel 3.

For å identifisere hvor mange av respondenten som øket sitt aktivitetsnivå fra 0-2 timer per uke til 3 timer eller mer per uke etter tre måneder, valgte jeg å kjøre en krysstabell med de opprinnelige verdiene i spørreskjemaet.

Aldersvariabelen har jeg fordelt i to verder. Den ene går fra *7-11 år* og den andre fra *12-17 år*. Grunnene til at jeg har valgt denne delingen er flere. I 12 års-alderen er de fleste barn inne i en prepubertal fase. Frafallet i organiserte aktiviteter akselererer fra 12-årsalderen. Type

aktiviteter som tiltrekker de yngste sammenliknet med de eldste kan også variere. Mens de yngste ofte deltar på flere idretter og i idrettsskole, spesialiserer man seg etter hvert som man blir eldre. Mange kommer i opposisjon til sine foresatte, mens venners støtte får økt betydning. Respondenter i aldersgruppe 7-11 år omtales også som barn, mens respondentene i aldersgruppen 12-17 år omtales også som ungdom.

Støtte fra foreldrene omhandles i 5 ulike spørsmål i spørreskjemaet, fra spørsmål 11-15. Jeg valgte å se på spørsmål 11 "Hvor ofte oppmuntrer mor eller far deg til å trene, leke eller drive med idrett / fysisk aktivitet?". Det er et positivt ladet spørsmål og oppmuntringen kan foregå hver dag uavhengig av hvor mange timer den enkelte er i fysisk aktivitet, og *hvor* den fysiske aktiviteten foregår. Spørsmål 14 "Hvor ofte trener, leker eller driver din mor eller far idrett eller fysisk aktivitet sammen med deg?" er også aktuelt, men det kan utgjøre en feilkilde fordi det er mer vanlig at foresatte leker med sine barn når de er barn enn når de er ungdommer. Jeg deler også denne variabelen også opp i to verdier; *mor eller far oppmuntrer meg lite (nesten aldri eller aldri og en eller to ganger i uken)* og *mor eller far oppmuntrer meg ofte (nesten hver dag og hver dag)*.

Kommunestørrelse er en uavhengig variabel som er interessant å ha med fordi det er en vanlig oppfatning at når du bor i en liten kommune er det færre aktivitetstilbud enn når du bor i en stor kommune. Ingen av mine respondenter har oppgitt at de bor i en kommune med mindre enn 1 000 innbyggere, derfor er den verdien tatt bort. Det er forholdsvis mange som bor i kommuner som har mellom 1 001 og 5 000 innbyggere, så den verdien beholder jeg. Det samme er tilfelle for kommuner med innbyggertall mellom 5 001 og 10 000 innbyggere. De som bor i en kommune med mer enn 10 001 innbyggere velger jeg å slå sammen til en kategori. Er det mer enn 10 001 innbyggere i en kommune vurderer jeg i denne oppgaven, med denne problemstillingen, at mulighetene til fysisk aktivitet, og spesielt deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter er gode, uavhengig av om det er 20 000 eller 40 000 innbyggere. Jeg omtaler kommunene som *liten, middels og stor kommune*, og da er det ut fra en nordnorsk målestokk. Dataene om kommunestørrelse er hentet fra spørreskjemaene til foresatte.

4.4.4 FRAMSTILLING AV MATERIALET SOM OMHANDLER DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDS AKTIVITETER

Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter omfatter spørsmål 17 og 18 i spørreskjemaet. Disse spørsmålene har et kommentarfelt hvor respondentene ble bedt om å skrive inn hvilke organiserte aktivitet den enkelte deltok på (spørsmål 17), og i spørsmål 18 ønsket vi å

kartlegge mulige barrierer for deltakelse. Det ble gjort ved først å spørre om det var noen aktiviteter som den enkelte ønsket å være med på, men opplevde at han ikke kunne. Deretter var det to kommentarfelt som skulle fylles ut for de som opplevde barrierer for deltakelse. Det første var *hvilke* aktiviteter respondentene opplevde at de ikke kunne delta på, mens det andre var et spørsmål om *hvorfor* de ikke kunne delta, altså en kartlegging av opplevde barrierer for deltakelse.

Kommentarene har en mer kvalitativ form enn spørsmålene med ferdige alternativer. For å få ut dataene gikk jeg inn i exel-skjemaet og så på svarene til hver enkelt respondent. Det samme gjorde jeg med registrerte data fra foresatte som omhandlet barrierer for deltakelse og eventuelle andre kommentarer. Framstillingen av dataene er derfor forskjellig fra resultatene som omhandler fysisk trening, og er derfor presentert i et eget kapittel 6 i resultatdelen.

Kategoriene er valgt etter hva respondentene svarte. Ringdal beskriver at kategorier kan beskrives generelt og illustreres med utvalgte eksempler (Ringdal 2001:250). Jeg har forsøkt å kategorisere på en slik måte at alle enheter er satt inn i hver sin kategori, og det er ikke flere kategorier enn nødvendig (Ringdal:2002:252).

Venners betydning har jeg valgt å se på i et eget avsnitt. Indikatorene for *venners påvirkning* på antall timer fysisk aktivitet per uke omfatter tre spørsmål, spørsmål 8-10. Jeg velger å se på spørsmål 8 ”Hvor ofte trener, leker eller driver du med idrett / fysisk aktivitet sammen med vennene dine?”. Dette gir informasjon om hvor ofte den enkelte faktisk er i fysisk aktivitet sammen med vennene. De to andre spørsmålene omhandler hvor ofte *du spør* vennene dine eller *vennene dine spør* deg om å drive fysisk aktivitet sammen, og gir ikke økt innsikt i hvor ofte dette skjer. To og to verdier er slått sammen, slik at *jeg trener nesten aldri eller aldri* og *en eller to ganger* i uken blir til *sjelden* og *nesten hver dag* og *hver dag* blir til *ofte*.

Jeg skiller mellom *deltakelse* eller *ikke deltakelse* i organiserte fritidsaktiviteter, og antall oppgitt timer fysisk aktivitet. *Antall timer fysisk aktivitet per uke* er delt opp som i kapittel 5 og med samme begrunnelse som forklart under avsnitt 4.3.3.

- Ikke deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, og mindre fysisk aktive enn nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet
- Ikke deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, men fysisk aktive innenfor nasjonale anbefalinger
- Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, men mindre fysisk aktive enn nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet
- Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktive innenfor nasjonale anbefalinger

Jeg vil se etter forskjeller mellom de som deltar i organiserte fritidsaktiviteter og de som ikke deltar, når jeg sammenlikner med hvor mye fysisk aktivitet respondentene driver sammen med venner. Organiserte fritidsaktiviteter er en arena for sosialt fellesskap og utvikling av vennskap, og det er derfor av interesse å se om det er et mønster i mitt materiale. Samtidig er det nærliggende å se på om det er mulig å finne noen mønster i forhold til diagnose. Tradisjonelt sett har den medisinske modellen stått sterkt i rehabiliteringsfeltet, mens den relasjonelle modellen, representert ved ICF, som har kommet inn de siste årene, har sterkere fokus på funksjon.

Barrierer for deltakelse presenteres i et eget resultatkapittel.

I spørsmålet om det var noen aktiviteter deltakerne ønsket å delta på, men opplevde at de ikke kunne delta på, var det flere respondenter som oppgav mer enn 1 aktivitet som de ikke kunne delta på. Hver enkelt av aktivitetene er registrert. På samme måte registrerte jeg årsaken til at de ikke kunne delta. Dersom noen hadde et ønske om å spille håndball og fotball, men ikke kan på grunn av min funksjonsnedsettelse, ville det ha medført 2 registreringer under *ballspill*, individuelle forhold.

Siden materialet er lite, omtaler jeg alle med samme kjønn i noen avsnitt for å redusere gjenkjennelsesgraden. Når jeg i noen avsnitt varierer mellom gutt og jente, er det mer for variasjonens del enn for sannhetsgestalten.

4.5 ETISKE HENSYN

Etikk refereres som læren om hva som er rett og galt, mens forskningsetikk er de grunnleggende moralnormene for vitenskapelig praksis (Ringdal 2001:85).

I informasjonsskrivet som var lagt ved spørreskjemaet ble målsettingen med studien informert om, og det ble understreket at dataene skulle behandles konfidensielt, samt at resultatene skal presenteres på en måte som gjør at anonymiteten varetas. Det står eksplisitt at deltakelse var frivillig. Informasjonsskrivet er vedlagt som vedlegg 3. Når utdelingen av spørreskjemaet ble endret fra å komme i posten til å få det utdelt ved ankomst til VHSS, og vi hadde Effektundersøkelsen med som tema på informasjonsmøte var det ene og alene for å se om vi kunne øke svarprosenten. Vi prøvde å være bevisst på hvordan vi la fram informasjonen, gjentok mye av det som stod i informasjonsskrivet, og vi la vekt på å motivere deltakerne på habiliteringsoppholdet til å ta seg tid til å fylle ut spørreskjemaene.

5. RESULTAT FYSISK AKTIVITET

Resultatdelen er delt inn i to ulike kapitler. Kapittel 5 omhandler forskningsspørsmål 1; *Kan vi måle endring i fysisk aktivitetsnivå hos barn og unge med funksjonsnedsettelse etter et habiliteringsopphold på Valnesfjord Helsesportssenter?* Kapittel 6 tar for seg forskningsspørsmål 2; *Kan vi måle endring i deltakelse i fritidsaktiviteter hos barn og unge med funksjonsnedsettelse etter et habiliteringsopphold på Valnesfjord Helsesportssenter?* Drøfting av funnene, hvilken betydning det har, presenterer jeg etter begge resultatkapitlene i kapittel 7 og 8.

Først presenteres resultatene som omhandler eventuelle endring i fysisk aktivitetsnivå før og 3 måneder etter habiliteringsopphold på VHSS. Her presenteres én og én uavhengig variabel, i rekkefølge er disse variablene *kjønn, alder, oppmuntring fra foresatte og kommunestørrelse* målt etter antall innbyggere i kommunen.

Svarprosenten for Spørreskjema 1 var på 45 %, mens 26 % av utvalget også svarte på Spørreskjema 2. Av de som svarte på Spørreskjema 1 var det 57,9 % som også svarte på Spørreskjema 2. Analysene er gjort på gruppenivå, og ikke på individnivå, som omtalt i kapittel 4.4.3.

Respondentene består av 59,1% gutter og 40,9% jenter. I utvalget er kjønnsfordelingen 58,9 % gutter og 41,1 % jenter. Det tilsier at kjønnsfordelingen på for de som valgte å delta på undersøkelsen samsvarte godt med utvalget.

Aldersfordelingen fordeler seg med 36,4 % fra 8-11 år og 63,6 % mellom 12-17 år. I hele utvalget er aldersfordelingen 44,6 % fra 8-11 år og 55,4 % fra 12-17 år. Alderen er målt ved respondentenes innsøkningsstidspunkt.

5.1 FYSISK AKTIVITETSNIVÅ

Skjedde det endringer i fysisk aktivitetsnivå fra før til 3 måneder etter habiliteringsopphold på VHSS? Tabell 1 gir en oversikt over resultatene.

Tabell 1 a) Antall timer i uka, utenom skoletiden, med lek, idretts- eller mosjonsaktiviteter slik at du blir andpusten eller svett, t₁ og t₂. Prosent. N=44

	0-2 timer fysisk aktivitet	3 timer el. mer fysisk aktivitet	Ubesvart	Sum
	%	%	%	%
Antall timer fysisk aktivitet FØR	59.1	38.6	2.3	100.0
Antall timer fysisk aktivitet ETTER	43.2	54.5	2.3	100.0

Tabell 1a) viser at 59,1 % av deltakerne var i fysisk aktivitet 0-2 timer per uke utenom skoletid før habiliteringsoppholdet. Tre måneder etter oppgav 43,2 % at de var fysisk aktive 0-2 timer per uke. Andelen av de som oppgav at de drev med fysisk aktivitet 3 timer eller mer før oppholdet var 38,6 %, og 3 måneder etter var det 54,5 %. Det var altså en nedgang av andelen som oppgav at de drev med fysisk aktivitet 0-2 timer per uke, og det er en økning i andelen som oppgav at de var fysisk aktive 3 timer eller mer per uke. Endringen var på 15,9 % -poeng.

For å identifisere *hvem* som økte eller minsket antall timer fysisk aktivitet per uke kjørte jeg en krysstabell.

Tabell 1b) Antall timer fysisk aktivitet t1 og t2. Loddrett prosentuering N=44

Antall timer fysisk aktivitet pre	0-2 timer idrett/mosjon	3-4 timer el. mer idrett/ mosjon	Sum
Antall timer fysisk aktivitet post	%	%	%
0-2 timer idrett/mosjon post	57.7	23.5	44.2
3-4 timer idrett/mosjon	42.3	58.8	48.8
5 timer el. mer idrett/mosjon	0.0	17.6	7.0
Sum %	100.0	100.0	100.0

Tabellen viser at alle respondentene som oppgav at de drev med fysisk aktivitet 0-2 timer per uke før oppholdet var det etter 3 måneder 57,7 % som fortsatt var fysisk aktive på samme nivået. 42,3 % av de som oppga at de var fysisk aktive 0-2 timer før oppholdet oppgav at de etter 3 måneder var fysisk aktive 3-4 timer per uke.

5.2 KJØNSFORSKJELLER I FYSISK AKTIVITETSNIVÅ

Er det forskjell i fysisk aktivitetsnivå mellom jenter og gutter etter habiliteringsopphold på VHSS. Dette er interessant fordi vi vet at det er kjønnsmessige variasjoner¹⁶ i forhold til hvor mye og hvilken type fysisk aktivitet jenter og gutter driver (Limstrand 2003).

¹⁶ http://www.ssb.no/emner/02/barn_og_unge/2011/fritid/ (2012.02.01 kl 18.40)

Tabell 2. Antall timer fysisk aktivitet utenom skoletid, t₁ og t₂, gutter og jenter. Prosent. N=44.

N=44	Gutt	Jente	Sum
	%	%	%
Antall timer fysisk aktivitet FØR			
0-2 timer fysisk aktivitet	65.4	50.0	59.1
3 timer el. mer fysisk aktivitet	34.6	44.4	38.6
Ikke besvart	0.0	5.6	2.3
Sum	100.0	100.0	100.0
Antall timer fysisk aktivitet ETTER			
0-2 timer fysisk aktivitet	46.2	38.9	43.2
3 timer el. mer fysisk aktivitet	53.8	55.6	54.5
Ikke besvart	0.0	5.6	
Sum	100.0	100.0	100.0

Tabell 2 viser at andelen jenter som oppgav at de var fysisk aktive 3 timer eller mer per uke var større enn andelen gutter, 44,4 % mot 34,6 %. Før habiliteringsoppholdet var det 65,4 % av guttene som oppgav at de drev med fysisk aktivitet 0-2 timer i uka og 34,6 % som oppgav 3 timer eller mer. Etter oppholdet var andelen som drev lite med fysisk aktivitet sunket til 46,2 %, og tilsvarende økning for andelen som oppgav at de var fysisk aktive 3 timer eller mer per uke. Prosentandelen gutter som hadde øket sitt fysiske aktivitetsnivå fra 0-2 til 3 timer eller mer per uke etter oppholdet, var på 19,2 % -poeng.

For jentene var det litt andre tall. Halvparten oppgav at de var fysisk aktive 0-2 timer før habiliteringsoppholdet, mens 44,4 % oppgav 3 timer eller mer med fysisk aktivitet. 3 måneder etter oppholdet var det 38,9 % som oppgav 0-2 timer fysisk aktivitet, og 55,6 % som oppgav at de trente 3 timer eller mer. Prosentandelen jenter som drev fysisk aktivitet 0-2 timer per uke var redusert med 11,1 % -poeng, og tilsvarende økning hos de som oppgav 3 timer eller mer med fysisk aktivitet per uke.

Av tabellen sees også at flere gutter, 65,4 %, enn jenter, 50,0 %, oppgav at de var fysisk aktive 0-2 timer per uke før oppholdet. Den relative endringen var størst hos guttene, 19,2 % -poeng, mens tilsvarende positive endring for jentene var 11,1 % -poeng.

5.3 ER DET ALDERSMESSIGE FORSKJELLER FOR I FYSISK AKTIVITETSNIVÅ

Hvordan slo variabelen for alder ut i mitt materiale? Vi vet at barn og ungdom har ulike måter å være aktive på, og vi vet at frafall fra idretten er stor fra 12-13 års alderen (se kapittel 3.2.2), derfor er det interessant å se om det er liknende funn i mitt utvalg.

Tabell 3. Antall timer fysisk aktivitet utenom skoletid, t₁ og t₂, 2 aldersgrupper. Prosent. N=44

	7-11 år	12-17 ÅR	Sum
	%	%	%
Antall timer fysisk aktivitet FØR			
0-2 timer fysisk aktivitet	50.0	64.3	59.1
3 timer el. mer fysisk aktivitet	43.8	35.7	38.6
Ikke besvart	6.3	0.0	2.3
Sum	100.0	100.0	100.0
Antall timer fysisk aktivitet ETTER			
0-2 timer fysisk aktivitet	37.5	46.4	43.2
3 timer el. mer fysisk aktivitet	56.3	53.6	54.5
Ikke besvart	6.3	0.0	2.3
Sum	100.0	100.0	100.0

Den eldste gruppen utgjorde 63,6 % av respondenten, og den yngste utgjorde 36,4 %. Tabell 3 viste at det var flere i den yngste gruppen som var fysisk aktive 3 timer eller mer per uke enn i den eldste gruppen, 43,8 % mot 35,7 %. Tabellen viser at 50,0 % av 7-11 åringene oppga at var i fysisk aktivitet 0-2 timer per uke før habiliteringsopphold på VHSS, mens 43,8 % var fysisk aktive 3 timer eller mer. Tilsvarende andel for aldersgruppen 12-17 år var 64,3 % for 0-2 timer og 35,7 % for 3 timer eller mer. Den relative økningen, prosentandelen, som gikk fra å trene 0-2 timer til 3 timer eller mer per uke etter tre måneder, var for den yngste gruppen 12,5 % -poeng. For den eldste gruppen var den relative økningen på 17,9 % -poeng.

Før oppholdet var det en større andel i aldersgruppen 12-17 år som oppgav at de var i fysisk aktivitet 0-2 timer, enn i aldersgruppen 7-11 år. Det var en noe større andel av de eldste som økte mengden fysisk aktivitet til 3 timer eller mer. Aldersgruppen 12-17 år hadde et noe lavere utgangspunkt enn 7-11-åringene. Tre måneder etter habiliteringsoppholdet hadde forskjellen utjevnet seg.

5.4 FYSISK AKTIVITETSNIVÅ OG STØTTE FRA FORELDRE

Har oppmuntring fra foresatte betydning for hvor i mange timer fysisk aktivitet per uke den enkelte er? Vi vet fra andre studier at utdannelse, karakterer, aktivitetsvalg påvirkes av foresatte (Mjaavatn og Fjørtoft 2009; Anderssen m.fl. 2008; Raudsepp og Viira 2000).

Tabell 4. Antall timer fysisk aktivitet utenom skoletid, t₁ og t₂, etter oppmuntring fra mor eller far. Prosent. N=44

	Mor eller far oppmuntrer meg lite	Mor eller far oppmuntrer meg mye	Sum
Antall timer fysisk aktivitet FØR	%	%	%
0-2 timer fysisk aktivitet	77.8	46.2	59.1
3 timer el. mer fysisk aktivitet	16.7	53.8	38.6
Ikke besvart	5.6	0.0	2.3
Sum	100.0	100.0	100.0
Antall timer fysisk aktivitet ETTER	%	%	%
0-2 timer fysisk aktivitet	55.0	33.3	43.2
3 timer el. mer fysisk aktivitet	45.0	62.5	54.5
Ikke besvart	0.0	4.2	2.3
Sum	100.0	100.0	100.0

For de som var fysisk aktive 3 timer eller mer var det 16,7 % som oppgav at de fikk *lite oppmuntring* fra foresatte, mens 53.8 % oppgav at de fikk *mye oppmuntring*. Dette er en markant forskjell.

Av respondentene som hadde foresatte som oppmuntret lite til fysisk aktivitet var det 77,8 % som var fysisk aktive 0-2 timer per uke før habiliteringsoppholdet. For de som drev lite fysisk aktivitet, men som opplevde mye oppmuntring fra mor eller far, var andelen 46,2 %.

Barn og unge som oppgav at de hadde foresatte som oppmuntret dem lite hadde størst relativ endring i antall timer fysisk aktivitet per uke, fra 16,7 % før habiliteringsoppholdet til 45,0 % tre måneder etter. Den relative endringen var 28,3 % -poeng.

5.5 FYSISK AKTIVITETSNIVÅ OG KOMMUNESTØRRELSE

Er det forskjell på ending i antall timer fysisk aktivitet utenom skoletid sett i forhold til antall innbyggere i hjemkommunen? I store kommuner er det stort utvalg i aktiviteter og i små kommuner er det mindre utvalg.

Tabell 5. Antall timer fysisk aktivitet utenom skoletid, t₁ og t₂, etter innbyggerantall i kommunene. Prosent. N=38

Antall innbyggere i kommunen	1001-5000 Liten	5001-10 000 Mellomstor	10 001 < Stor	Sum
Antall timer fysisk aktivitet FØR	%	%	%	%
0-2 timer fysisk aktivitet	66.7	83.3	41.2	60.5
3 timer el. mer fysisk aktivitet	33.3	16.7	52.9	36.8
Ikke besvart	0.0	0.0	5.9	2.6
Sum	100.0	100.0	100.0	
Antall timer fysisk aktivitet ETTER	%	%	%	%
0-2 timer fysisk aktivitet	55.6	58.3	35.3	47.4
3 timer el. mer fysisk aktivitet	44.4	41.7	58.8	50.0
Ikke besvart	0.0	0.0	5.9	2.6
Sum	100.0	100.0	100.0	

Av respondentene var det 20,5 % som bodde i en liten kommune, 27,3 % bodde i en mellomstor kommune, og 38,6 % av deltakerne hadde bosted i en stor kommune.

Tabell 5 viser at respondentene som bodde i en stor kommune har den høyeste andelen av de som var fysisk aktive 3 timer eller mer per uke (52,9 %) før habiliteringsoppholdet. For de som bodde i en liten eller en mellomstor kommune, var andelen henholdsvis 33,3 % og 16,7%.

Av de som bodde i en liten kommune oppgav 66,7 % at de var i lite fysisk aktivitet før habiliteringsoppholdet, mens 33,3 % oppgav at de var i fysisk aktivitet 3 timer eller mer per uke. Etter oppholdet oppgav 55,5 % at de var i lite fysisk aktivitet, mens 44,4 % var fysisk aktive 3 timer eller mer per uke. Prosentandelen som økte sitt fysiske aktivitetsnivå fra 0-2 timer per uke til 3 timer eller mer per uke og som bodde i en liten kommune var på 11,1 % - poeng.

Av de som bodde i en mellomstor kommune oppgav 83,3 % at de var i lite fysisk aktivitet, mens 16,7 % oppgav at de var i fysisk aktivitet 3 timer eller mer per uke. Tre måneder etter oppholdet har andelen som var fysisk aktiv 3 timer eller mer, øket til 41,7 %. Andelen som økte sitt aktivitetsnivå fra før til 3 måneder etter habiliteringsoppholdet, og som bodde i en mellomstor kommune var på 25 % -poeng.

Av de som bodde i en stor kommune oppgav 52,9 % at de var fysisk aktive i 3 timer eller mer. tre måneder etter var andelen 58,8 %. Økningen fra før til 3 måneder etter var 4,9 % -poeng. De som bodde i en stor kommune hadde den største andelen som var fysisk aktive 3 timer eller mer per uke før og tre måneder etter habiliteringsoppholdet. Den relative endringen er størst hos mellomstore kommuner, som før oppholdet hadde lavest andel av de som var fysisk aktive 3 timer eller mer per uke.

5.6 OPPSUMMERING; ENDRINGER I FYSISK AKTIVITETSNIVÅ

- 15,9 % av deltakerne økte sitt aktivitetsnivå (målt som antall timer/uke), fra *0-2 timer til 3 timer eller mer*
- En stor andel (42,3 %) av de som var i lite fysisk aktivitet før oppholdet oppgav at de økte sitt fysiske aktivitetsnivå slik at de nådde opp til de nasjonale anbefalingene.
- Noen flere *gutter* enn *jenter* oppgav et fysisk aktivitetsnivå på *0-2 timer* før habiliteringsoppholdet. Andelen som øket antall timer fysisk aktivitet per uke var større blant guttene enn blant jentene.
- Færre i aldersgruppen *12-17 år* var fysisk aktive *3 timer eller mer* per uke sammenliknet med aldersgruppen *7-11 år*. Det var en noe større andel av aldersgruppen *12-17 år* som økte mengden fysisk aktivitet til 3 timer eller mer.
- *Mors og fars oppmuntring* til fysisk aktivitet hadde stor betydning for hvor fysisk aktiv deltakerne oppgav at de var. Barn og unge som oppgav at de hadde foresatte som oppmuntret dem lite hadde størst relativ endring i antall timer fysisk aktivitet per uke.
- De som bodde i en *stor kommune* hadde den største andelen som var fysisk aktive 3 timer eller mer per uke. Deltakerne som kom fra en mellomstor kommune hadde størst endring av sitt aktivitetsnivå, men de hadde også flere deltakere med lavt aktivitetsnivå i utgangspunktet.

6. ENDRINGER FOR DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER

I forrige kapittel så vi på *fysisk aktivitetsnivå* før og tre måneder etter habiliteringsopphold ved VHSS. Det andre forskningsspørsmålet er om vi kan måle endring i *deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter* hos barn og unge med funksjonsnedsettelse tre måneder etter habiliteringsopphold på Valnesfjord Helseportssenter? Først presenterer jeg hvilke organiserte fritidsaktiviteter mine respondenter oppgav at de deltok på, deretter presenterer jeg opplevde barrierer for deltakelse. Til sist ser jeg på hvor ofte deltakerne er fysisk aktive sammen med venner sett opp mot deltakelse i organiserte aktiviteter.

Først ser vi på andelen som deltok og ikke deltok i organiserte fritidsaktiviteter. Fullstendig oversikt over hvilke aktiviteter som var registrert, samt hvor mange som deltok på de ulike fritidsaktivitetene, finnes som vedlegg nr 8.

Tabell 6. Oversikt over deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Prosent. N=44

Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter	Sum		
	Deltar	Deltar ikke	
	%	%	%
Før habiliteringsopphold (t₁)	70.5	29.5	100.0
Etter habiliteringsopphold (t₂)	63.6	36.4	100.0

Tabellen viser at 63,6 % deltok på organiserte fritidsaktiviteter tre måneder etter habiliteringsoppholdet, mens 70,5 % deltok før oppholdet. Av de som deltok tre måneder etter var det 60,7 % som var med på 2 eller flere aktiviteter. Én av fire oppgav at de ikke deltok i organiserte fritidsaktivitet hverken før eller tre måneder etter habiliteringsopphold. Av disse var 36,4 % i aldersgruppen 7-11 år og 63,6 % i aldersgruppen 12-17 år.

Videre viste det seg at av de som hadde endret status til at de ikke lenger deltok i organiserte fritidsaktiviteter, var det 20 % som hadde sluttet uten at det var oppgitt noen spesiell årsak, 40 % oppgav forverret / endret sykdomsbilde, 20 % hadde tilbudet blitt lagt ned. Andelen som gikk motsatt vei, fra ikke deltakelse til deltakelse var 11,4 % av respondentene.

6.1 HVILKE ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER DELTOK DE PÅ?

Hvilke typer organiserte fritidsaktiviteter deltok respondentene på før og tre måneder etter rehabiliteringsopphold? Tabell 7 gir en oversikt.

Tabell 7. Oversikt over hvilke organiserte fritidsaktiviteter respondentene deltok i, t₁ og t₂.

Hvilke ulike organiserte fritidsaktiviteter deltar de på?	Før antall	Etter antall
Musikk og teater (musikkskole, korps, sangkor, teater)	11	14
Rolige fritidsaktiviteter (tegneskole, fritids-/ungdomsklubb, fotoklubb, politikk)	7	4
Fritidsaktiviteter som krever konsentrasjon og presisjon (bowling, bueskyting)	2	3
Fritidsaktiviteter som er mer fysisk krevende (svømming, fotball, ski, treningsstudio, tennis, taekwondo, turn, allidrett, innebandy, basketball, klatring)	22	27
Fritidsaktiviteter som heller mot friluftsliv (dykking, speider, 4H, Barnas Fiskeklubb, Norsk Folkehjelp)	6	7
Totalt antall organiserte fritidsaktiviteter	48	55

Til sammen oppgav respondentene at de deltok i 48 ulike organiserte fritidsaktiviteter før habiliteringsoppholdet, mens antallet tre måneder etter hadde det endret seg til 55. Flere oppgav at de deltok på det man kan kategorisere som *mer fysisk krevende fritidsaktiviteter* Tre måneder etter habiliteringsoppholdet. Her var det en økning fra 22, eller 45,8 % av alle registreringene før habiliteringsoppholdet, til 27, eller 49,1 % av registreringene tre måneder etter. Fotball og svømming hadde flest deltakere før opphold, tre måneder etter opphold hadde svømming en knapp ledelse på fotballen. Ski var den organiserte fritidsaktiviteten som tredje flest oppgav at de deltok på både før og tre måneder etter habiliteringsoppholdet. Under kategorien *musikk og teater* var det 11 registreringer før og 14 etter tre måneder. Musikkskole og korps hadde flest registreringer under denne kategorien. Korps hadde størst økning etter tre måneder.

Når jeg gikk inn i materialet mitt, så jeg at antall som hadde byttet en eller flere organiserte fritidsaktivitet med en annen aktivitet tre måneder etter opphold, var 9,1 %. Disse var byttet ut med det som jeg benevner som mer krevende fysiske aktiviteter (ski, svømming).

6.2.1 OPPLEVDE BARRIERER FOR DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER

Hvilke barrierer oppgav deltakerne for å delta på de organiserte fritidsaktiviteter som de ønsket? I tabell 8 har jeg forsøkt å sammenfatte svarene som jeg fikk. Tabellen ligger vedlagt som vedlegg 9 b). Jeg har valgt å dele kommentarene inn i 2 hovedkategorier: Individuelle forhold og strukturelle forhold.

Individuelle forhold innebærer forhold rundt funksjonsnedsettelsen som respondenten opplever hindrer deltakelse. Dette kan være at funksjonsnedsettelsen gjør at det ikke er medisinsk tilrådelig å drive enkelte typer aktivitet, alvorlig og langvarig sykdom som har satt

personen tilbake, eller det kan være gap mellom tilrettelegging og respondentens opplevelse av mulighet for deltakelse.

Strukturelle forhold er forhold som ligger utenfor individet selv, i samfunnets strukturer. I kapittel 3.1.2 omtaler jeg den sosiale modellen og ulike dimensjoner rundt den. I mitt materiale er det først og fremst to dimensjoner som har kommet fram når det gjelder strukturelle forhold. Det er *manglende tilbud* og *manglende tilgjengelighet*.

Manglende tilbud innebærer at tilbud finnes, men av ulike årsaker deltar ikke respondenten på tilbudet. Det kan også innebære at den aktuelle aktiviteten ikke finnes i nærmiljøet, eller at anlegget som trengs ikke finnes lokalt.

Manglende tilgjengelighet innebærer at det aktuelle anlegget eller lokale, ikke er tilrettelagt for den som ønsker å delta. Manglende tilgjengelighet omfatter også adkomst til anlegget/bygget.

56,8 % oppgav før habiliteringsoppholdet at det var organiserte aktiviteter som de ønsket å delta på, men ikke kunne. Tre måneder etter habiliteringsoppholdet var andelen 52,3 %. Når jeg gikk inn i materialet mitt, fant jeg at før habiliteringsoppholdet oppgav respondentene i alt 30 ulike aktiviteter de ønsket å delta på, men ikke kunne, tre måneder etter var tallet 31.

Tabell 8 viser en oversikt over organiserte fritidsaktiviteter som deltakerne ønsket og delta på, men opplevde at de ikke kunne delta på. Tabellen er vedlagt som vedlegg 9 b). Fullstendig oversikt over hva respondentene svarte, finnes som vedlegg 9 a).

Individuelle forhold

Det var 14 anmerkninger under kategoriene *individuelle forhold* som ble oppgitt som årsak til at de ikke kunne delta i de organiserte aktivitetene som de ønsket før habiliteringsoppholdet, og 15 etter tre måneder. Når jeg gikk inn i materialet så jeg at for 2 av disse var symptomer som følge av diagnosen årsak til at de ikke kunne delta på de aktivitetene som de ønsket. For de andre var manglende individuell tilrettelegging oppgitt som årsak. Dette varierte fra manglende krefter etter alvorlig og langvarig sykdom, via redusert funksjon i beina som medfører at han ikke greier å springe like mye og like fort som andre funksjonsfriske, til lav selvtillit.

To ungdommer rapportert ulike opplevde barrierer; Den ene flyttet på hybel for å gå på videregående skole og mistet sitt tilbud i kulturskolens. Han var utestengt fra ungdomsklubben fordi den ikke var tilrettelagt for rullestolbrukere. Den andre hadde ønske om å delta i boksing, klatring og fotball, men hadde en diagnose som ikke lot seg forene med

tøff kroppskontakt, taklinger og liknende. Begge ligger under nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet tre måneder etter habiliteringsopphold.

Strukturelle forhold

Det var 16 kommentarer som omhandlet *manglende tilbud* før habiliteringsoppholdet og 15 kommentarer etter tre måneder. Dette stod frem som en viktig årsak til at barna ikke kunne delta i organiserte aktiviteter. Det var flest respondenter, 65,2 %, som hadde merknader i forhold til dette.

8,7 % av deltakerne oppgav *manglende tilgjengelighet* som årsak til ikke deltakelse. Dette gjaldt manglende tilrettelegging på en ungdomsklubb og på ei flytebrygge, samt dårlig tilgjengelighet til klatreaktivitet.

6.3 VENNERS BETYDNING FOR DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER

Er det de samme respondentene som oppgav at de lekte og trente mye sammen med venner som også deltar i organiserte fritidsaktiviteter? 51,5 % av respondentene oppgav at de deltok på 2 eller flere organiserte fritidsaktiviteter. Er det noen sammenheng mellom disse og den andelen som oppgir at de er mest fysisk aktiv sammen med venner? Kan jeg se noe mønster i forhold deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktiv sammen med venner? I tabellene under har jeg laget en framstilling av det jeg fant.

Tabell 9. Oversikt over deltakere som er med i organiserte fritidstilbud, justert for hvor ofte de er fysisk aktive sammen med venner, t2. Prosent.

Fysisk aktivitet sammen med venner	Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter	
	Ja	Nei
Nesten hver dag/ hver dag	26.7	15.4
1-2 ganger i uka	47.6	23.1
Aldri eller nesten aldri	26.7	61.5
Sum	100.0 (n=30)	100.0 (n=13)

Tabell 9 viser at nesten halvparten (47,6 %) av de som deltok i organiserte fritidsaktiviteter var i fysisk aktivitet sammen med venner 1-2 ganger per uke. Tilsvarende andel for de som ikke deltok i organiserte fritidsaktiviteter var 23,1 %. For de som oppgav at de nesten aldri eller aldri var fysisk aktive sammen med venner var det 26,7 % som deltok i organiserte fritidsaktiviteter og 61,5 % som nesten aldri eller aldri var fysisk aktiv sammen med venner. Det var et flertall av respondentene i mitt materiale som sjelden eller aldri lekte og var fysisk aktive sammen med venner. Før habiliteringsoppholdet oppgav 79,5 % som at de sjelden eller

driver fysisk aktivitet sammen med venner. Tre måneder etter habiliteringsoppholdet er andelen 75,0 %.

6.4 KOMBINASJONER AV FYSISK AKTIVITET OG DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER

Fram til nå har jeg analysert det som omhandler deltakelse i fritidsaktiviteter, og i kapittel 5 så jeg på fysisk aktivitetsnivå. Et interessant spørsmål nå er hvordan forholdet mellom disse dimensjonene er. Kan jeg se sammenheng mellom deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og antall timer fysisk aktivitet, eller er det slik for denne gruppen som litteraturen refererer, at mye av den fysiske aktiviteten for barn og unge med funksjonsnedsettelse skjer utenfor organiserte tilbud i lag og foreninger (Wendelborg 2010, Elnan 2010). Jeg har valgt å sette opp fire mulige dimensjoner mellom deltakelse i fritidsaktiviteter og antall timer fysisk aktivitet, og analyserer ut fra dette. De fire dimensjonene er:

- Ikke deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, og mindre aktive enn nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet
- Ikke deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, men fysisk aktive innenfor nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet
- Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, men mindre aktive enn nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet
- Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktive innenfor nasjonale anbefalinger

Formålet med denne analysen var å komme litt tettere inn på situasjonen til deltakerne for å beskrive mer i detalj hva som kjennetegnet de ulike gruppene. Hovedinntrykket, etter å ha jobbet med dataene, er at det største kjennetegnet er at det er mange ulike og individuelle historier som ligger bak.

6.4.1 IKKE DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER OG MINDRE AKTIVE ENN NASJONALE ANBEFALINGER FOR FYSISK AKTIVITET

Jeg skal nå forsøke å redegjøre mine funn for de som hverken deltok i organiserte fritidsaktiviteter eller nådde opp til den nasjonale anbefalingen for fysisk aktivitet.

Som omtalt i kapittel 6.1 oppgav 1 av 4 at de ikke var med i organiserte fritidsaktiviteter hverken før eller tre måneder etter habiliteringsoppholdet. I kapittel 5.1 fant jeg at 57,7 % av deltakerne var lite fysisk aktive; 0-2 timer per uke. Ved å gå inn i materialet fant jeg at andelen som hverken deltok i organiserte fritidsaktiviteter eller var fysisk aktive nok til å

tilfredsstillte de nasjonale anbefalingene ved t_2 , var 15,9 %. Det er disse 15,9 % jeg nå skal se nærmere på. Fullstendig oversikt over svarene til disse respondentene finnes som vedlegg 10.

I overkant av 1/4 oppgav at de hadde støttekontakt. Det var ingen endringer i materialet før kontra tre måneder etter habiliteringsoppholdet. Ingen oppgav at de hadde treningskontakt, noe som også var et av svaralternativene i spørreskjemaet. Det ble ikke stilt spørsmål angående *følt behov* for støttekontakt eller treningskontakt. Alle oppgav at de sjelden eller aldri var fysisk aktiv sammen med venner.

Kommunestørrelse. Det var 57,1 % som bodde i en stor kommune og 14,2 % som bodde i henholdsvis middels stor og liten kommune. 14,2 % var ubesvart.

Ingen organiserte fritidsaktiviteter hverken før eller etter habiliteringsopphold

14,3 % hadde redusert antall timer fysisk aktivitet per uke fra 3-4 timer til 0-2 timer fra før til 3 måneder etter habiliteringsoppholdet. De andre 85,7 % oppgav et fysisk aktivitetsnivå på 0-2 timer både før og 3 måneder etter habiliteringsoppholdet. Av disse var nesten 3/4 gutter og i overkant av 1/4 var jenter.

Alle oppgav at de sjelden eller aldri trente sammen med venner. På spørsmål om det var aktiviteter de ønsket å delta på, men ikke kunne, var det mer enn 1/4 som oppgav både på t_1 og t_2 at det ikke var noen organiserte aktiviteter som de savnet. I overkant av 2/5 oppgav at det var organiserte aktiviteter som de ikke kunne delta på både før og tre måneder etter oppholdet. Årsakene var ulike, fra ikke å kunne på grunn av begrensninger som diagnosen gav, manglende individuell tilrettelegging og manglende lokalt tilbud, samt lav terskel for støy og vansker med å forholde seg til store grupper.

Deltok i organiserte aktiviteter, men sluttet.

Jeg presenterer historien til en gutt, 12 år som hadde sluttet i speideren tre måneder etter oppholdet. Før habiliteringsoppholdet oppgav han ingen problemer med deltakelse på det han ønsket, tre måneder etter ønsket han å delta på svømming, men kunne ikke fordi det ikke var vann i bassenget lokalt. Han deltok på habiliteringsoppholdet svømmekurs. Han hadde som målsetting under oppholdet å lære seg å svømme, foresatt oppgir at han delvis nådde målet; han er nå trygg i vannet og kan svømme noe under vann. Han var ikke fysisk aktiv utenom skolen verken før eller tre måneder etter habiliteringsoppholdet. Foresatte oppgav at han tidligere deltok på ei kommunal treningsgruppe som ble drevet av støttekontakter, men at denne ble nedlagt. Han hadde fortsatt støttekontakt tre måneder etter oppholdet, hva tiden sammen med støttekontakt ble brukt til var ikke oppgitt. Han bodde i en stor kommune.

Historien viser at selv om man når målet på et habiliteringsopphold, og lærer seg en fysisk ferdighet, er det mange forhold lokalt som må være lagt til rette for at det skal være mulig å få til videre trenig og øvelse for å opprettholde eller kanskje øke ferdigheten. Dette er viktig for å automatisere en bevegelse som nylig er innlært (Flemmen 2003).

6.4.2 DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER, MEN MINDRE AKTIVE ENN NASJONALE ANBEFALINGER FOR FYSISK AKTIVITET

Jeg skal i det videre se på resultater for de som deltar i organiserte fritidsaktiviteter og ser ut til å ligge under anbefalt mengde fysisk aktivitet. Tabell 10 viser oversikt over hvilke ulike organiserte fritidsaktiviteter disse respondentene deltok på før og tre måneder etter habiliteringsopphold. Fullstendig oversikt over svarene til disse respondentene finnes som vedlegg 12.

Tabell 10. Oversikt over hvilke organiserte fritidsaktiviteter respondentene som er lite fysisk aktive, 0-2 timer per uke, deltar i ved t_1 og t_2 . $N=12$

Hvilke ulike organiserte fritidsaktiviteter deltar de på?	Antall aktiviteter (t_1)	Antall aktiviteter (t_2)
Musikk og teater (musikkskole, korps, sangkor, teater)	pianotimer musikkskole, teater skolekorps korps gitar piano, kulturskole 8	kulturskolen musikkskole kulturskole, teater skolekorps korps gitar 7
Rolige fritidsaktiviteter (tegneskole, fritids-/ungdomsklubb, fotoklubb, politikk)	ungdomsklubb tegneskole 2	Tegneskole 1
Fritidsaktiviteter som krever konsentrasjon og presisjon (bowling, bueskyting)		Bueskyting 1
Fritidsaktiviteter som er mer fysisk krevende (svømming, fotball, ski, treningsstudio, tennis, taekwondo, turn, allidrett, innebandy, basketball, klatring) t_1 : n= 5, 5/12=41,2 % t_2 : n=8, 8/12= 66,7 %	svømming klatring Fotball, fotball Turning idrettslag 6	svømming treningscenter Fotball fotball svømming, ski svømming Turning fotball, barneidrett 10
Friluftrelaterte fritidsaktiviteter (dykking, speider, 4H , Barnas Fiskeklubb, Norsk Folkehjelp)	4H dykking, speideren 3	4H dykking speider 3
Totalt antall organiserte fritidsaktiviteter	19	22

Tabell 10 viser at i overkant av $\frac{1}{4}$ av respondentene deltok i organiserte fritidsaktiviteter etter oppholdet, men lå under nasjonal anbefaling for fysisk aktivitet. De oppgav at de deltok i 19 ulike organiserte aktiviteter før, og 22 aktiviteter tre måneder etter habiliteringsoppholdet, altså en liten økning. Av disse oppgav $\frac{1}{10}$ at de ikke deltok på noen organiserte fritidsaktiviteter før oppholdet. Av de andre var det litt under halvparten som byttet fritidsaktivitet eller begynte på flere organiserte aktiviteter. Ingen av disse respondentene deltok på færre organiserte fritidsaktiviteter 3 måneder etter sammenliknet med før habiliteringsoppholdet.

Av opplevde barrierer for å kunne delta kunne jeg ikke identifisere merkbar endring fra før til tre måneder etter habiliteringsoppholdet. De fleste merknadene gjaldt manglende tilbud og individuelle faktorer.

Når det gjelder kommunestørrelse oppgav $\frac{1}{3}$ at de bodde i en liten kommune, én av to bodde i en mellomstor kommune og $\frac{1}{6}$ bodde i en stor kommune.

For dimensjonen fysisk aktivitet med venner oppgav godt over halvparten at de sjelden lekte eller trente sammen med venner tre måneder etter habiliteringsoppholdet. $\frac{1}{4}$ oppgav at de trente mindre sammen med venner, mens $\frac{1}{6}$ gikk motsatt vei fra av og til, til nesten hver dag tre måneder etter oppholdet.

Godt over halvparten oppgav lite støtte fra foresatte tre måneder etter habiliteringsopphold.

Av disse var det nesten $\frac{3}{5}$ som oppgav mindre støtte før enn tre måneder etter oppholdet. I overkant av $\frac{2}{5}$ oppgav ofte støtte fra foresatte. Av disse igjen var det 2 av 5 som rapporterte at oppmuntring fra foresatte hadde økt fra lite til mye 3 måneder etter habiliteringsopphold.

1 av 6 oppgav å ha støttekontakt både før og tre måneder etter habiliteringsoppholdet, og disse bodde i mellomstor eller liten kommune. *Behovet* for støttekontakt eller treningskontakt er, som tidligere nevnt, ikke kartlagt.

6.4.3 IKKE DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER, MEN INNENFOR NASJONALE ANBEFALINGER FOR FYSISK AKTIVITET

I materialet var det $\frac{1}{4}$ av respondentene som økte antall timer med fysisk aktivitet slik at de var innenfor nasjonale anbefalinger, se kapittel 5.1. Av disse var nesten $\frac{3}{4}$ gutter og i overkant av $\frac{1}{4}$ jenter.

I tabell 6 først i dette kapittelet, ser vi at 36,4 % av respondentene ikke deltok i organiserte fritidsaktiviteter tre måneder etter habiliteringsopphold.

Når vi kobler andelen som er fysisk aktiv innenfor nasjonale anbefalinger med de som ikke deltar i organiserte fritidsaktiviteter, utgjør de 1/5 av alle respondentene. Fullstendig oversikt over svarene til disse respondentene finnes som vedlegg 11.

Mer enn 3/4 oppgav at de foresatte ofte oppmuntret til fysisk aktivitet. I underkant av halvparten av disse oppgav at oppmuntringen hadde øket tre måneder etter habiliteringsoppholdet. 1 av 5 opplevde sjelden eller aldri oppmuntring til fysisk aktivitet fra foresatte, og det var ingen endring for disse fra før til tre måneder etter.

Over halvparten bodde i en stor kommune, 1 av 5 i en middels stor kommune. Ingen oppgav at de bodde i en liten kommune. 22,2 % var ubesvart.

Ingen deltakelse i organiserte aktiviteter verken før eller etter.

Én av tre deltok ikke i organiserte aktiviteter hverken før eller etter habiliteringsoppholdet. 1/6 av disse oppgav at de ikke kunne delta på de aktivitetene de hadde lyst på. Manglende tilrettelegging var oppgitt som årsak; dårlig tilgjengelighet og spesielle behov for tilrettelagt aktivitet og rammer. Ulikt funksjonsnivå kan se ut til å ha ulike årsaker til hvorfor de ikke deltok, her er noen eksempler på det;

Ungdom med hypermobile ledd og sosial angst, var på treningsstudio sammen med fysioterapeut 2 ganger per uke tre måneder etter habiliteringsoppholdet, men oppgav ingen fysisk aktiv sammen med venner. Hadde ikke støttekontakt eller treningskontakt. En annen gutt med kreftdiagnose, følte seg ikke sterk nok til å delta med jevnaldrende. Før han ble syk deltok han i organiserte aktiviteter, i følge foresatte. Til sist, en ungdom med autismediagnose som ble motivert til fysisk aktivitet etter oppholdet, men det var vanskelig å finne noen å være aktiv sammen med. Foresatte oppgav at gutten hadde støttekontakt. Bodde i en stor nordnorsk kommune.

Her var det én med angstproblematikk, én med utmattethet etter kreftbehandling og én autist som ikke finner seg tilrette i organiserte aktiviteter av ulike grunner.

Fra deltakelse til ikke deltakelse i organiserte aktiviteter

To av fem beveget seg fra å delta i organiserte fritidsaktiviteter til ikke å delta tre måneder etter habiliteringsoppholdet. Årsaker til at de ikke deltok lenger var forverret helsetilstand og manglede tilbud

Forverret helsetilstand. Noen oppgav operasjon som årsak til ikke å kunne delta tre måneder etter oppholdet. En hadde tro på mulighet for deltakelse etter operasjonen, mens en annen

oppgav for dårlig selvtillit til at han trodde det lot seg gjøre. Han hadde en angstproblematikk i tillegg til en kreftdiagnose. Foresatte oppmuntret ofte til fysisk aktivitet.

Manglende tilbud. Ungdom som tidligere spilte basketball, men 3 måneder etter oppholdet oppgav han at det ikke var lag for rullestolbasket. Han hadde en progredierende muskelsykdom, og oppgav sykdomstilstanden som grunn til ikke deltakelse på det han ønsket. Trente eller lekte med kamerater både før og tre måneder etter oppholdet. Foreldrene oppmuntret ofte til fysisk aktivitet. Bodde i en stor nordnorsk kommune. En annen deltok på svømmekurs, men manglet nå vann i det lokale bassenget for å kunne fortsette med aktiviteten.

Her er også historiene ulike, men illustrerer på ulikt vis at det ikke alltid er mulig å opprettholde deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter selv om man ønsker det; medisinske forhold, manglende tilbud og kommunale prioriteringer.

6.4.4 DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER OG INNENFOR NASJONALE ANBEFALINGER FOR FYSISK AKTIVITET

Som nevnt i kapittel 6.1 oppgav $\frac{3}{4}$ av respondentene at de deltok i organiserte fritidsaktiviteter tre måneder etter habiliteringsoppholdet. Av disse oppfylte nesten halvparten nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet, slik det er definert i denne oppgaven. Det var like mange jenter som gutter. Fullstendig oversikt over svarene til disse respondentene finnes som vedlegg 13.

Én av fire hadde øket det fysiske aktivitetsnivået tre måneder etter habiliteringsopphold fra 0-2 timer fysisk aktivitet til 3 timer eller mer. Den andre $\frac{3}{4}$ oppgav 3 timer eller mer fysisk aktivitet per uke både før og tre måneder etter oppholdet.

Nesten 2 av 3 oppgav at de sjelden lekte eller var fysisk aktive sammen med venner, mens i overkant av $\frac{1}{3}$ oppgav at de ofte gjorde det. Dette gjaldt tre måneder etter habiliteringsoppholdet. Av disse var det 1 av 4 som oppgav en økning i fysisk aktivitet med venner fra før til tre måneder etter oppholdet.

Tre måneder etter habiliteringsoppholdet oppgav nesten $\frac{3}{5}$ at de ofte opplevde oppmuntring fra foresatte. Av disse var det 1 av 5 som oppgav en økning fra før til tre måneder etter.

37,5 % oppgav at de bodde i en stor kommune, 18,8 % i en mellomstor kommune, mens 25 % bodde i en liten kommune. 18,8 % var ubesvart.

I overkant av 2/5 opplevde at det var organiserte fritidsaktiviteter som de ønsket å delta på, men som de ikke kunne delta på. Dette gjaldt både før og tre måneder etter habiliteringsoppholdet.

Nesten 1 av 5 respondenter hadde ulike svar på deltakelse i fritidsaktiviteter før kontra tre måneder etter habiliteringsoppholdet. Av disse gikk 1/3 fra nei til ja, og endret dermed oppfatning angående om det var noen organiserte aktiviteter han ønsket å delta på.

Her er en historie om en ungdom som ble fysisk aktiv etter habiliteringsoppholdet. Det er et eksempel på at aktiviteten hun startet opp med lokalt var en følge av aktiviteter som hun fikk prøve på VHSS. Hun gikk fra å være inaktiv til å trene på treningsstudio, samt at hun begynte med klatring. Begge aktivitetene var hun presentert for under oppholdet på VHSS. Hun var nesten aldri i fysisk aktivitet sammen med venner, men etter habiliteringsoppholdet hadde hun fått treningskontakt. Hun hadde diagnosen cerebral parese.

En annen ungdom med EDS-diagnose hadde startet men en fritidsaktivitet som ikke gikk ut over helsetilstanden; korps, og savnet ikke de andre aktivitetene. Hun var blitt mer fysisk aktiv, og var fysisk aktiv sammen med venner, men utenom organiserte aktiviteter. Før habiliteringsoppholdet oppgav hun at hun savnet aktiviteter som hun av medisinske grunner ble anbefalt å holde seg borte fra. Dette kan være et uttrykk for at fokuset hennes ble flyttet fra å se begrensningene til å se mulighetene.

Deltok i organiserte fritidsaktiviteter, men hadde også andre ønsker.

Mer enn halvparten av respondentene som deltok i organiserte fritidsaktiviteter hadde ønsker om deltakelse i andre eller flere organiserte aktiviteter, men opplevde barrierer som hindret dem i dette. Hvilke aktiviteter dette gjaldt ble noe endret fra før opphold til tre måneder etter. Oversikt finnes i tabell 8 (vedlegg 9). Det er mange ulike historier, og vanskelig å finne tydelige fellestrekk bortsett fra at flere har økt det fysiske aktivitetsnivået *utenfor* organiserte aktiviteter. Her er noen inntrykk for å nyansere resultatene:

En ungdom ønsket å delta på svømming og klatring. Klatring fantes ikke tilbud om, og det var dårlig tilgjengelighet i svømmehallen. Hans økning i antall timer fysisk aktivitet skjedde utenfor organiserte fritidsgrupper. Han hadde ikke støttekontakt. Bodde i en liten kommune.

Ungdom 13 år, gikk fra å være inaktiv til å trene mer enn 3 timer etter at han fikk støttekontakt. Han kunne da delta på mer fysisk krevende aktiviteter, men ikke i organisert regi. Har oppgav at han sjelden eller aldri var fysisk aktiv sammen med venner. Foresatte

hadde ønske om oppstart av treningsgruppe i regi av støttekontakter. Av organiserte fritidsaktiviteter oppgav han Norsk Folkehjelp og Barnas Fiskeklubb. Innbyggertall for kommunen er ikke oppgitt.

Ungdom 16 år, var aktiv i flere organiserte aktiviteter både før og tre måneder etter oppholdet. Foresatt kommenterer følgende 3 måneder etter oppholdet:

” Han er mer positiv, økt bevissthet på hvilke aktiviteter han kan delta på som ikke gir så mye smerter. Vektstabilisering skjedde etter samtale med idrettspedagog på VHSS:”

Han hadde ønske om å delta på svømming og klatring, men foresatte oppgav at det ikke var noen som kunne være sammen med han på klatring. Han hadde hverken støttekontakt eller treningskontakt.

En annen ungdom med stivhet i muskler og ledd på grunn av veksthormoner, deltok på innebandy før habiliteringsoppholdet. Etter oppholdet deltok han også på ski og speider. Ønsket å delta på karate, men manglet tilbud i nærmiljøet.

Det siste eksempelet var en som økte sitt fysiske aktivitetsnivå innenfor organisert aktivitet. Manglende støttekontakt var en kommentar som gikk igjen fra svarene til flere foresatte på spørsmål om hvorfor barna ikke kunne delta i organiserte aktiviteter.

6.8 OPPSUMMERING; ENDRINGER I DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDSAKTIVITETER

- Det er noen færre som deltar i organiserte fritidsaktiviteter fra t_1 til t_2 , men de som deltar er med i noen flere aktiviteter. Av de som endret type organisert aktivitet fra t_1 til t_2 , byttet noen ut én aktivitet med én som var mer fysisk krevende.
- Henholdsvis 56,8 % (t_1) og 52,2 % (t_2) av respondentene oppgav at det var organiserte fritidsaktiviteter som de ønsket å delta på, men ikke kunne. Årsakene var i hovedsak manglende tilbud lokalt og individuelle forhold.
- Det er lite endringer i opplevde barrierer fra t_1 til t_2 .
- *Venners betydning for deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter:* Det er en større andel av de som deltar i organiserte fritidsaktiviteter som også er fysisk aktive sammen med venner, sammenliknet med de som ikke er med i organiserte fritidstilbud. Økningen i antall timer fysisk aktivitet per uke ser ikke ut til å ha noen sammenheng med økende antall timer fysisk aktivitet med venner.

- 15,9 % deltok *hverken i organiserte fritidsaktiviteter eller er i fysisk aktivitet* tilsvarende de nasjonale anbefalingene ved t₂. Over halvparten av disse bodde i en stor kommune. De var ikke fysisk aktive sammen med venner.
- Godt og vel ¼ av deltakerne *deltok i organiserte fritidsaktiviteter, men var mindre aktive enn nasjonal anbefaling for fysisk aktivitet*. Det var en økning i antall fritidsaktiviteter som anses fysisk krevende. Halvparten bodde i en mellomstor kommune. Kunne ikke finne endringer i når det gjelder fysisk aktivitet med venner. 2/5 opplevde mye oppmuntring fra foresatte, men ingen systematiske funn i endringer fra t₁ til t₂.
- *Ikke deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, men innenfor nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet*: De som hadde sluttet i organiserte aktiviteter ved t₂, oppgav forverret helsetilstand eller manglende tilbud som årsak. Over halvparten bodde i en stor kommune. Et flertall, opplevde mye støtte fra foresatte, og i overkant av 40 % oppgav styrket foreldrestøtte ved t₂. Den største andelen av de som rapporterte stor grad av oppmuntring fra foresatte ved t₂ fantes i denne kategorien.
- *Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og innenfor nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet*: 25 % økte sitt fysiske aktivitetsnivå og var kommet opp på de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet ved t₂. Blant disse var det en økning for de som var fysisk aktiv med venner. Over halvparten opplevde ofte oppmuntring fra foresatte, og økningen fra før til etter habiliteringsopphold var 18,8 % -poeng.
- Over halvparten opplevde barrierer for deltakelse. Ingen endring fra t₁ til t₂. De fleste oppgav manglende tilbud og individuelle forhold som årsak. 37,5 % bodde i en stor kommune.

7. DRØFTING

Hva betyr funnene mine sett i relasjon til tidligere forskning og teoretiske perspektiver som er presentert i kapittel 3, og hvilken betydning kan dette få for praksis på VHSS?

7.1 FYSISK AKTIVITET

Resultatet har vist en økning i fysisk aktivitetsnivå tre måneder etter habiliteringsoppholdet, sammenliknet med før oppholdet. Det var flere som økte antall timer slik at de nådde opp til de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet, som sier 60 minutt lek og trening per dag slik at du er andpusten eller svett (Helsedirektoratet 2011). Dette er av klinisk betydning fordi det er helsefremmende og forebyggende på sikt (ibid). Gode vaner for fysisk aktivitet legges i barne- og ungdomsårene, og det er ekstra viktig for barn og unge med funksjonsnedsettelse at de motiveres, stimuleres samt at det legges til rette slik at de har en reelle muligheter for dette. Deltakerne trenger å lære seg teknikken / aktiviteten på en slik måte at aktiviteten kan utføres hensiktsmessig og dermed også kan brukes etter habiliteringsopphold. Hvor lenge etter habiliteringsopphold økningen i fysisk aktivitetsnivå varer, vites ikke.

I de nasjonale anbefalingene er forutsatt at *intensiteten* på aktiviteten er slik at en blir svett og andpusten (Berg og Mjaavatn 2009). Dette samsvarer med spørsmålsstillingen i min undersøkelse, men det er den enkeltes *subjektive opplevelse* av å være ”svett og andpusten” som er referert. Et annet forbehold som jeg refererte i metodekapittelet, er forutsetningen om fysisk aktivitet i skolehverdagen med minimum 3-4 timer hver uke (gymnastikktimer, andre aktivitetstimer, friminutt, turdager osv). For barn og unge generelt, og de med ulike funksjonsnedsettelser spesielt, som er i lite fysisk aktivitet i utgangspunktet, vil enhver økning uansett være at det gode i et helsemessig perspektiv.

Mange bruker mye fritid til trening som har til hensikt å demme opp for de fysiologiske følgene funksjonshemningen medfører eller å bedre funksjonsevnen (Grue 2001). Dette er imidlertid trening som skjer på andre arenaer enn i organisert idrett. I denne undersøkelsen er det en større andel som øker antall timer fysisk aktivitet per uke enn de som øker deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Det er sannsynlig at motivasjonen til fysisk aktivitet ble påvirket gjennom habiliteringsoppholdet, men at det ikke medførte stor grad av økt deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter.

Forskning viser at det er ulikheter mellom mennesker med ervervet vs. medfødt funksjonsnedsettelse når det gjelder hvor fysisk aktivt de er. Personer med ervervet

funksjonsnedsettelse har tidligere erfaring med å være fysisk aktive, de har en preferanse på hvordan det er å utføre ulike aktiviteter. Personer med medfødte funksjonsnedsettelse kan ha blitt overbeskyttet av sine foreldre i oppveksten. Det betyr at de har andre preferanser, og et mer begrenset erfaringsgrunnlag (Elnan 2010). Dette understreker viktigheten av å differensiere tiltak mot foresatte under habiliteringsopphold, slik at de ser denne mulige ulikheten, samt bruke gode erfaringer på ulike eksempler i likemannsarbeidet, se kapittel 2. Er informasjonen som formidles til foresatte under oppholdet spesifikk nok, og nok målrettet? Dette bør vurderes av VHSS.

7.1.1 KJØNN

Gutter er vanligvis i mer fysisk aktivitet enn jenter, jamfør kapittel 3.2. Noe overraskende er funnet om at jentene i denne undersøkelsen var mer aktive enn guttene før habiliteringsopphold. En forklaring på dette kan være at jenter generelt har en bedre relasjonskompetanse enn guttene (Nielsen 2010:303). Nielsen viser til at nesten alle jentene i studien hennes om jenter og gutter, som hun har fulgt fra 1. til 10. klasse, har vist en relasjonell interesse og gradvis tilegnet seg relasjonskompetanse. Det har ikke guttene gjort i samme grad (ibid). Dette kan medføre at jenter letter inkluderer jenter med funksjonsnedsettelse i aktivitet. Limstrand (2003) har undersøkt aktivitetsnivået i ungdomsskolene i Nordland. Han understreker at preferansene for aktiviteter er forskjellige hos jenter og gutter. Eksempler på typiske jenteaktiviteter er å gå tur, sitte i ro og prate, sole seg, ake og gå på skøyter. Dette er aktiviteter som har et sosialt aspekt, er lite konkurranseorienterte og i mindre grad fysisk/motorisk krevende. Guttene ønsker i mye større grad enn jentene basketball, fotball og skating - aktiviteter som alle kan karakteriseres som relativt fysisk/motorisk krevende og konkurranseorienterte (Limstrand 2003:34). Jeg har ikke spurt respondentene om hvem de driver fysisk aktivitet sammen med, om det er jente- eller guttevenner.

Den relative økningen i fysisk aktivitet var større hos guttene enn hos jentene, men utgangspunktet deres var lavest. Et annet spørsmål som dukker opp i dette perspektivet, er om VHSS i valg av aktiviteter har gått i den tradisjonelle "kjønnsfella" som Limstrand omtaler (ibid), og valgt mer tradisjonelle gutteaktiviteter enn jenteaktiviteter under oppholdet? Dette kan handle om både valg av aktiviteter og tilnærmingen til aktivitetene.

7.1.2 ALDER

Før habiliteringsoppholdet var aldersgruppen 12-17 år, i mindre fysisk aktivitet enn barna, aldersgruppen 7-11 år. Dette var som forventet. Barn er skapt til bevegelse, de utforsker alt rundt seg med kroppen sin og sansene sine, selv om dette også avhenger av at miljøene legges til rette for det (Flemmen 2003:26). Etter hvert som alderen øker, erstattes den aktive uorganiserte leken med stillesittende aktivitet og organiserte aktiviteter, og antall timer med fysisk aktivitet går ned (Frønes 1990). Frafallsproblematikken i den organiserte idretten skyter fart når deltakerne nærmer seg puberteten, dette er en generell tendens i Norges Idrettsforbunds aktivitetsregister. Den relative endringen var derimot størst i en den eldste gruppen. Det viser at potensialet for å øke antall timer fysisk aktivitet etter denne typen intervensjon er stort. En mulig forklaring kan være at de eldste er i større grad i stand til å komme seg ut på eget initiativ, uten at foresatte må være med. Dette gjelder for den delen av mine respondenter som ikke har andre individuelle barrierer som hindrer fysisk aktivitet. For de som er avhengige av ulike former for bistand er forholdene annerledes.

7.1.3 FORELDRESTØTTE

Resultatet viser at oppmuntring fra foreldre har stor betydning for hvor fysisk aktiv deltakerne er. Det er ingen overraskelse, og støttes av forskning som omhandler betydningen av foreldrestøtte og foreldremotivasjon for barn og unge generelt (Mjaavatn 2007). Foreldre er et barns viktigste ressurs. Foreldreperspektivet og den forholdsvis tette oppfølgingen foresatte har på VHSS, sannsynliggjør at endring i aktivitet og deltakelse har sammenheng med oppfølgingen av foresatte som foregikk på VHSS. Den relative endringen i fysisk aktivitet var størst hos de som fikk lite oppmuntring fra foresatte fra før, og det kan bety at fokuset har økt etter habiliteringsoppholdet. Dette er interessant, fordi det kan bety at erfaringer fra habiliteringsopphold i noen grad kan kompensere på manglende oppmuntring fra foresatte. Kompetente foresatte som oppmuntrer sine barn er viktig for å øke det fysiske aktivitetsnivået hos våre deltakere. Tiltakene må være målrettet og gi dem redskaper for å støtte og motivere egen barn.

Vi vet fra andre undersøkelser at foreldres støtte har stor betydning for barns situasjon, både når det gjelder skoleprestasjoner, utdanning, fritidsaktiviteter m.m (Mjaavatn og Fjørtoft 2009; Anderssen m. fl. 2008; Raudsepp og Viira 2000). Mange foreldre opplever at de må være deres egne barns advokater. Foreldre til barn og unge med funksjonsnedsettelse er som foreldre flest; ulike. Noen oppleves som ressurssterke og har stort og godt nettverk. Andre

oppleves som ressurssvake og har knapt noe nettverk. Forutsetningene for at barna til disse skal lykkes er ulikt. Kanskje når VHSS bare de ressursterke foresatte som evner å ta tak i utfordringene selv, og ikke de ressurssvake som kan være mer avhengig av støttesystemene lokalt for at barnet skal kunne være fysisk aktiv og delta i organiserte fritidsaktiviteter. Dette støttes av tidligere forskning som omhandler sosiale forskjeller (ibid).

Oppmuntrende ord fra foresatte er ikke alltid hensiktsmessig, for eksempel når funksjonsnedsettelsen medfører at det ikke er mulig å drive fysisk aktivitet uten hjelp eller bistand fra andre, og denne bistanden ikke er tilgjengelig. Dette er en del av validitetsutfordringen i denne oppgaven, se kapittel 4.3.1.3, og det kan ha påvirket andelen som oppgav at foresatte oppmuntret dem til aktivitet. Dersom deltakeren etter habiliteringsopphold får en støttekontakt eller treningskontakt som han kan være fysisk aktiv sammen med, kan foresatte tillate seg å oppmuntre til fysisk aktivitet. Bevisstgjøring av foresatte og anbefalinger i tverrfaglig epikrise/rapport kan bidra til at dette får fokus og kommer i orden etter et habiliteringsopphold. Kan VHSS individualisere mer mot foresatte med tanke på den enkeltes funksjonsnivå og måten en forsøker å gjøre foresatte kompetente?

7.1.4 ANTALL INNBYGGERE I KOMMUNEN

I utgangspunktet forventet jeg flest antall timer fysisk aktivitet hos andelen av respondentene som bodde i de største kommunene. Der finnes flere ulike tilbud når det gjelder trening og fritidsaktiviteter, og flere mennesker med ulike funksjonsnedsettelse som kan gjøre det lettere å finne likesinnede med felles interesser. Følger jeg dette resonnerementet ville resultatene blitt svakere med reduksjon i kommunestørrelse. Dette stemte delvis i mitt materiale. Før habiliteringsoppholdet hadde de som bodde i de største kommunene den største andelen av de som var fysisk aktive innenfor de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet. De som bodde i de minste kommunene hadde imidlertid et høyere fysisk aktivitetsnivå enn de som bodde i de mellomstore. Den relative endringen for antall timer fysisk aktivitet fra t₁ til t₂ var størst for de som bodde i de mellomstore kommunene. Det viser at potensialet for å øke antall timer fysisk aktivitet hos barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse var til stede i mellomstore og små kommuner, og noe mindre hos de som bodde i store kommuner, hvor de var ganske aktive fra før. En årsak kan være at tilbudene i store kommuner er organiserte slik at det er tydelig hvem som er målgruppen for aktiviteten. I små og mellomstore kommuner er ikke aktivitetene spesielt tilrettelagt for grupper med ulike funksjonsnedsettelse, og deltakerne må inn i eksisterende tilbud.

Fokuset under habiliteringsopphold på å delta i fysisk aktivitet også etter endt opphold er en del av formidlingen som skjer til foresatte. Det kan medføre mer bevisste valg fra foresatte på barnas vegne.

7.1.5 FYSISK AKTIVITET SAMMEN MED VENNER

Samvær med venner betyr mye for barn og unge generelt (Frøstad 1990:68). Samtidig rapporterer barn og unge med funksjonsnedsettelse om ensomhet og en fritid uten venner, jamfør kapittel 3. Resultatene i min undersøkelse viste liten endring for fysisk aktivitet sammen med venner fra før til tre måneder etter habiliteringsopphold, et flertall er sjelden i fysisk aktivitet sammen med venner. For barn, hvor leken kan være veldig fysisk, er det nærliggende å tro at andelen er høyere enn hos ungdommer hvor vennskap endrer form og får et annet meningsinnhold (Løvgren 2008). Fokuset under habiliteringsopphold på VHSS er ikke rettet mot betydningen av å være fysisk aktiv sammen med venner spesielt, men handler mer om relasjonsbygging og styrking av identitet innad i gruppen som er sammen på habiliteringsoppholdet, se kapittel 2.

En stor andel av de som nesten aldri er fysisk aktive sammen med venner deltar heller ikke i organiserte fritidsaktiviteter. Det er nærliggende å tenke at de som er fysisk aktiv sammen med venner har minst grad av funksjonsnedsettelse, og ikke store adferdsmessige og utviklingsmessige utfordringer. De kan ofte være selvhjulpne i en aktivitet eller i leik. Elnan (2009) oppsummerer status for integreringsprosessen i idretten ved at utøvere opplever at funksjonsnivå avgjør potensialet for integrering, og at integreringsvedtaket fortrinnsvis gagnar utøvere som fungerer godt i idretten. Det er dagens status for idretten (se kapittel 3.2.2). Kanskje er det noen likheter her.

7.2 DELTAKELSE I ORGANISERTE FRITIDS AKTIVITETER

Deltakelse i ulike fritidsaktiviteter er viktige sosiale arenaer for barn og unge med funksjonsnedsettelser, dette er omtalt i kapittel 3.2.2. Resultatene i denne undersøkelsen viser at andelen som deltar i organiserte fritidsaktiviteter ligger noe under deltakelse for andre barn og unge (Elnan 2010). Hvor mange av respondentene som er aktive medlemmer i organisasjonene er ikke identifisert her, men Molden mfl fant at 75 % av funksjonshemmede er medlem en organisasjon eller forening, og litt færre enn 50 % er aktive medlemmer (Molden m. fl 2008:14). Det er vel ikke usannsynlig at andelen aktive medlemmer ligger på samme nivå i mitt materiale.

Sosialisering inn i lag og foreninger må skje tidlig, helst før de er 10 år (Wendelborg 2010; Løvgren 2009; Anderssen m.fl 2008). Fritidsaktiviteter er viktige arenaer for sosialisering, og segregeringen starter allerede fra 10-årsalderen i følge Wennelborg; barna får et gradvis endret mønster for samvær, og barn med ulike funksjonsnedsettelse får en økende bevissthet rundt egen annerledeshet. Barn som ikke deltar i fritidsaktiviteter vil mangle erfaringer med å snakke med jevnaldrende, og vil slite med å bli gode nok i noe jevnaldrende er gode i (Wennelborg 2010). Disse barna marginaliseres både i skolehverdagen og i fritiden, se kapittelet 3.2. Fokuset fra VHSS sin side på deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, er kanskje størst når deltakerne har passert 10 år? Dette kan være for sent.

Ett av hovedfunnene i Løvgren sin studie av ungdom og unge voksne funksjonshemmede var at mange av informantene ikke oppfatter deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter som viktig i deres hverdager. Dette kan reflektere tidligere negative erfaringer fra slik deltakelse når det gjelder å inkludere og integrere disse ungdommene og unge voksne (Løvgren 2009:9). Disse erfaringene kommer allerede i barneårene (Wendelborg 2010, Løvgren 2009, Anderssen m.fl. 2008). Informantene til Løvgren anså organiserte fritidsaktiviteter som en konservativ arena hvor barrierene for deltakelse reproduseres. Sosiale barrierer for deltakelse gjenkjennes sjelden som det, men blir snarere tilskrevet trekk ved den enkelte deltaker, og er med det en stigmatisering (Løvgren 2009:9). Dette er også nærmere omtalt i kapittel 3. Borg fant at holdninger hos funksjonsfriske til funksjonshemmede som skulle inn i ordinær idrett, var ganske nedslående og viser at det fortsatt er lang vei å gå til tross for den politiske satsingen som er gjort de seinere år (Borg 2008 i Elnan 2010:28).

Hvorfor skal en institusjon som VHSS oppfordre til deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter når mange med funksjonsnedsettelse erfarer at de blir stigmatiserte og ikke anser at dette er arenaer for dem? Erfaringene med integreringsprosessen i NIF, hvor det, tross alt, går sakte *framover* (Elnan 2010) og det økte fokuset som er på aktivitet og deltakelse for denne målgruppen, jamfør innledningskapittelet, øker troen på at samfunnet er inne i en endringsprosess. Samtidig er det viktig at rehabiliteringsinstitusjoner, og spesielt de som har barn og unge som målgruppe, er oppmerksomme på disse stigmatiseringserfaringene, og aktivt arbeider for å motvirke dem blant annet gjennom informasjon til, og samarbeid med frivillig sektor, men også mot andre, som foresatte, kommuner, ulike nettverk, Helsedirektoratet m.v.

Samarbeide med lag og foreninger, først og fremst gjennom NIF, men også gjennom Forum for Natur og Friluftsliv, er en annen faktor som støtter opp om at habiliteringsoppholdet har betydning for økt fysisk aktivitet og deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Dette gjennom informasjonen som foresatte får om hva som finnes av tilbud og hvordan dette fungerer, og betydningen av å ha en meningsfull og aktiv fritid m.v. som beskrevet i kapittel 2.

Rammer for habiliteringsopphold vs. lokale rammer

I kapittel 2 beskrev jeg rammene for habiliteringsopphold og det holistiske perspektivet som VHSS har i sitt møte med brukeren. Tett oppfølging av den enkelte, inntak i forholdsvis små grupper, hvordan det jobbes for å trygge den enkelte i den nye situasjonen for å være i stand til å ta i mot læring. Dette er gjenkjennbart fra Maslows behovspyramide som er omtalt i kapittel 3.1.4. Videre; bygging av identitet og styrking av selvfølelse og selvtillit, og motivasjon og mestring gjennom TFA (figur 1 i kapittel 2.1.2) sannsynliggjør at habiliteringsopphold har effekt på fysisk aktivitet og deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for sine brukere. Eikeland og Heggen omtaler *mestring* som sosial kapital (Eikeland og Heggen 2007:77). En oppnår anerkjennelse eller verdsetting av handlinger eller kjennetegn ved en person eller en gruppe. Mestring er ikke noe som individet har, men som blir skapt gjennom relasjoner (Eikeland og Heggen 2007:78; Sæbu 2011). Det understøtter viktigheten av å lære seg en ferdighet som medfører økt mulighet for deltakelse sammen med andre.

Relasjoner som bygges opp på VHSS lar seg ikke direkte overføre til hjemmemiljøet, de må bygges opp på nytt sammen med de andre i det lokale miljøet hvor en ønsker å delta, se kapittel 3.2.2. Men mestring av en ferdighet er en sosial kapital som kan benyttes når relasjoner skal bygges. Å ha gode relasjoner til andre er en viktig helseressurs, av og til den viktigste (Ekeland og Heggen 2007:42). Gode relasjoner skaper tilhørighet, og bidrar til å bygge opp identitet. Å ha tilhørighet og en trygg identitet forsterker følelsen av sammenheng i tilværelsen. På samme måte som en salutogenesisk orientering i tilværelsen har fokus på at det friske gir bedre helse, gir det også en sterkere følelse av sammenheng (Ekeland og Heggen 2007:75). Mestring av en aktivitet eller en ferdighet er også en kapital i seg selv, fordi det er et verktøy som kan brukes for å ivareta egen helse. Dette er gjenkjennelig fra VHSS. Ved å bidra til at identiteten og troen på egne ressurser styrkes kan VHSS-opphold bidra i denne prosessen.

Behov for en ”døråpner”

Å ha en støttekontakt/treningskontakt/"fadder" i idrettslaget kan være døråpneren til en meningsfull fritid. I kommunene generelt er det for lite fokus på mulighetene som ligger i støttekontaktordningen, se kapittel 2.2. Dette er også erfaringer som VHSS gjorde gjennom prosjektet STØFRI, som hadde som hovedmål å få til mer og bedre aktivitet på fritida for barn og unge med funksjonsnedsettelse gjennom fokus på støttekontaktordningen (Gjertsen 2010). Å ha en treningskontakt eller en støttekontakt kan være døråpner til et fysisk aktivt liv og et deltakende og sosialt liv dersom kommunene bruker de mulighetene som ligger i den nye Helse- og omsorgsloven¹⁷ som også omfatter støttekontaktordningen. I kapittel nr 3,§3-2 om kommunene sitt ansvar, er støttekontakt omtalt som et underpunkt under personlig assistanse. Hva dette medfører for hvordan ordningen vil brukes som et aktivt tiltak for mer fysisk aktivitet og deltakelse i fritidsaktiviteter, gjenstår å se.

Behovet og muligheter for støttekontakt eller treningskontakt er tema med foreldregruppen. Dersom det tverrfaglige teamet ser behovet og nytten av dette sammen med foresatte, anbefales dette i tverrfaglig rapport/epikrise. I så måte kan det virke som en brekkstang for å få vedtak om støttekontakt. Om dette i praksis medfører økt fysisk aktivitet og deltakelse i fritidsaktiviteter vites ikke. Hvordan kommunen organiserer og følger opp er mer avgjørende. I Løvgren sin undersøkelse fra 2009 kommer det fram at barn og unge med funksjonsnedsettelse er en sammensatt og uensartet gruppe (Løvgren 2009:58). Det er et inntrykk som også befester seg i kapittel 6 i denne undersøkelsen. Løvgren sier videre at mange ikke ser at støttekontakt er et alternativ for dem fordi støttekontakttjenesten oppfattes som beregnet på spesielt utsatte og sårbare grupper som mange ikke vil identifisere seg med. Derfor vil tiltak som bygger på vedtak om støttekontakt vanskelig kunne gjennomføres for denne gruppen (ibid). Dette er viktige innspill som VHSS må ta med seg i videreformidling til kommunalt nivå.

Helsetilsynet utførte i 2008 tilsyn i norske kommuner som blant annet gjaldt opplæring og oppfølging av støttekontakter, praksis for tildeling av støttekontakter m.v. Tilsynet konkluderte med at

"...mange av kommunene ikke sikrer forsvarlig saksbehandling av søknader om, og iverksetting av, avlastnings- og støttekontakttjenester til alle aktuelle tjenestemottakere i kommunen."

(Helsetilsynet 2008:4)

¹⁷ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) http://www.lovdatab.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/tl-20110624-030-003.html&emne=st%F8ttekontakt*& (2012.02.06 kl. 11.00)

Dette gir grunnlag for å tro at det er et stort forbedringspotensial på kommunalt nivå både organisatorisk og prioriteringsmessig, for å øke mulighet for fysisk aktivitet og deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter (kapittel 2.2 og Helsedirektoratet 2007).

ICF, se kapittel 3.1.3, sin egnethet til å beskrive funksjon og funksjonsevne i samspill med omgivelsene, er kjent på VHSS. Omgivelsene og konteksten på VHSS er ikke de samme som rammene hjemme. Derfor er ikke anbefalingene som står beskrevet i den tverrfaglige rapporten fra VHSS (se kapittel 2) alltid direkte overførbare til lokale forhold, men de viser muligheter ved visse forutsetninger, og de anbefalte tiltakene må vurderes ut fra det. Dette er en viktig del av den tverrfaglige rapporten som formidles til foresatte, skole og eventuelle andre. Ulik kontekst må ikke bli en unnskyldning for ikke å forsøke å få til anbefalte tiltak. Et aspekt ved *aktivitet* og *deltakelses*-klassifikasjonen i ICF, er at handlinger kjennetegnes av subjektivitet, valg, vilje og meningsfullhet for det enkelte individ. Aktivitet og deltakelse utspiller seg i konkrete situasjoner, i samspill med andre og i en kulturell kontekst, og dersom det skal reduseres til noe konstant og målbart, slik ICF beskriver det, kan det være en medvirkende årsak til stigmatisering (Høyem 2007). Barn og unge som er i vekst og utvikling – og som endrer interesser – må møte et fleksibelt og inkluderende system. Det er også viktig å formidle til hjemkommunen.

Som nevnt i kapittel 3.2 ser det ut som om det meste av den fysiske aktiviteten som barn og unge med funksjonsnedsettelse driver med, skjer utenfor organiserte tilbud. Fokuset fra VHSS mot kommunene i denne sammenhengen bør vurderes. Vektlegges denne påvirkningen på riktig måte og med riktig innsats for barn og unge?

Arbeid med forskning og utvikling med spesielt fokus på aktivitet og deltakelse, er noe VHSS allerede prioriterer. Et resultat av det er tildeling av nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse fra 2012.01.01.¹⁸ Den overordnede målsettingen for denne tjenesten er

”...å løfte kunnskaps- og kompetansenivået nasjonalt og lokalt til et slikt nivå at alle – brukere, tjenesteytere, politikere, forskere – har den kunnskapen som er nødvendig for å realisere likeverdige muligheter og reell deltakelse for barn og unge med funksjonsnedsettelse.”

Dette arbeidet er helt i startfasen og blir spennende å følge.

¹⁸ http://www.vhss.no/?ac_id=147&ac_parent=115

Lokale tilbud

Mange oppgav manglende tilbud som årsak til at de ikke kunne delta på de organiserte fritidstilbud som de ønsket. Noen drømte om å delta i en aktivitet som de sannsynligvis ikke vil kunne delta aktivt i.. De fleste anmerkningene som respondentene hadde i forhold til manglende tilbud, oppfattet jeg imidlertid som nære og realistiske og ikke uoppnåelige drømmer.

Under habiliteringsoppholdene informerte NIF de fleste foresatte om de ulike tilbudene som idretten har i den enkeltes kommune. Her kommer det fram mange ganger at foresatte ikke har oversikt over alle tilbud som finnes lokalt. Når foresatte og deltakere oppgir manglende tilbud lokalt som årsak til at de ikke deltar, kan det være noe misvisende. Kanskje vet de om aktiviteten, men definerer seg ikke inn i målgruppa for aktiviteten, jamfør kapittel 3.2.2.

Hvor aktivt foresatte forsøker å orientere seg på dette feltet varierer, og engasjementet hos foresatte for at egne barn skal delta i organiserte fritidsaktiviteter varierer også, som det gjør hos andre foreldre (Wendelborg i Elnan 2010:19). Informasjon om de ulike tilbudene er viktig. De som ønsker å delta må gis denne muligheten ved at de ønskes velkommen, og lag og foreninger må få nok og spesifikk nok informasjon om hva som trengs for at inkludering kan være mulig.

Mangfoldet i tilbudene som finnes lokalt gjenspeiler tradisjoner på stedet, lokale ildsjelers engasjement og naturgitte forhold (snø og is eller barmark, vann og sjø eller innland). Lag og foreninger drives stort sett på dugnad av ildsjeler og foreldre til de barna som deltar.

Motivasjonen for å starte opp aktiviteter som egne barn ikke har interesse av å delta på, kan være liten. Har man et barn som ikke finner ”den riktige” aktiviteten, er det ikke sikkert at noen i den lokale foreningen har ønske om å ta tak og starte opp. Ved å gå i dialog med kompetente folk i NIF og i IL, kan det være at en ser nye muligheter sammen. Dette er viktig kunnskap som foresatte må sikres informasjon om, og VHSS bidrar til dette under habiliteringsoppholdet, men om det er tydelig nok er usikkert.

8 MER FYSISK AKTIVE OG DELTAKENDE BARN PÅ GRUNN AV HABILITERINGSOPPHOLD – ILLUSJON ELLER REALITET?

I kapittel 1 presenterte jeg hovedproblemstilling som stiller spørsmål om habiliteringsopphold ved VHSS har effekt på fysisk aktivitet og deltakelse i fritidsaktiviteter for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Deretter presenterte jeg to forskningsspørsmål. Det første var om vi kunne måle endring i fysisk aktivitetsnivå hos barn og unge med funksjonsnedsettelse etter et habiliteringsopphold på VHSS, sett i forhold til alder, kjønn, foreldrestøtte, fysisk aktivitet med venner og kommunestørrelse. Det andre var om vi kunne måle endring i deltakelse i fritidsaktiviteter hos barn og unge med funksjonsnedsettelse etter et habiliteringsopphold på VHSS sett i forhold til hvilke typer organiserte fritidsaktiviteter, opplevde barrierer for deltakelse, fysisk aktivitetsnivå og fysisk aktivitet sammen med venner.

I kapittel 5 og 6 har jeg presentert resultatene fra undersøkelsen, og i kapittel 7 er resultatene drøftet på bakgrunn av beskrevet behandlingsfilosofi, hovedvirkemiddel og innhold i habiliteringsopphold ved VHSS, se kapittel 2, og tidligere forskning og noen teoretiske perspektiver, presentert i kapittel 3.

Resultatene viser at det er endring i fysisk aktivitetsnivå målt ved habiliteringsoppholdets start sammenliknet med 3 måneder etter. Det er flere som er i mer fysisk aktivitet. Det er også noe endring fra før habiliteringsoppholdet til 3 måneder etter når det gjelder deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter; de som ikke deltok mye fra før har blitt noe mer deltakende, og noen begynte med mer fysisk krevende fritidsaktiviteter.

Resultatene viser også at det er forskjeller i endringen for ulike grupper. I oppgaven er variablene alder, jenter og gutter, hvor mange innbyggere som bodde i kommunen og hvor mye foreldre oppmuntret til fysisk aktivitet.

- Jenter var mer aktive enn gutter før oppholdet, mens guttene hadde den største relative økningen.
- De yngste var noe mer fysisk aktive enn de eldste før oppholdet, mens den relative økningen var størst hos eldste gruppen.
- De som bodde i kommuner med over 10 000 innbyggere var i mest fysisk aktivitet før oppholdet, men den relative økningen var for de som bodde i kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere.
- Oppmuntring fra foresatte har stor betydning for hvor fysisk aktiv deltakerne var.

Hvor sannsynlig er det at endringene kan knyttes til det som skjedde under, og/eller som en følge av, habiliteringsopphold på VHSS? I kapittel 2 har jeg beskrevet VHSS generelt og innholdet i habiliteringsopphold spesielt med en holistisk tilnærming, tilpasset fysisk aktivitet som hovedvirkemiddel og hvordan det jobbes mot flere nivå i løpet av oppholdet; barnet / ungdommen med funksjonsnedsettelse, foresatte, skole, frivillig sektor (idrett og friluftsliv spesielt). I kapittel 4, metodekapittelet, trakk jeg fram forhold som kompliserer det faktum at resultatene utelukkende kan tilskrives effekt av habiliteringsopphold.; antall respondenter er få, respondentene er barn og unge, historie, modning, instrumenteffekter og frafall. Jeg reflekterte også rundt min nærhet til forskningsfeltet og de utfordringer som det medfører.

Med forutgående resonnement om innhold i habiliteringsopphold, og med alle forbehold som er nevnt i metodekapittelet, har jeg fått sannsynliggjort at habiliteringsopphold ved VHSS bidrar positivt til økt fysisk aktivitet og noe i forhold til deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter.

For å få styrket konklusjonen, vil det være interessant å kunne prøve ut en eksperimentell design, med en kontrollgruppe i tillegg til en eksperimentgruppe. Det vil styrke validiteten i undersøkelsen siden jeg ikke kan kontrollere for de uavhengige variablene i eksperimentgruppa; hva skyldes habiliteringsoppholdet og hva skyldes andre faktorer.

Denne undersøkelsen har åpnet opp for flere nye spørsmål som det kan være interessant å gå inn og undersøke. Barn og unge med ulike funksjonsnedsettelse er på mange områder en meget uensartet gruppe, det fikk vi bare en liten smakebit av i kommentarfeltene i spørreskjemaene som de fylte ut. Hvilke historier skjuler deg bak disse kommentarene, hvilke årsaker ligger bak at det gikk som det gikk – og hvilke faktorer påvirker deltakelse? Dette kan gi ytterligere svar på ulike effekter som habiliteringsopphold på VHSS har på fysisk aktivitet og deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for sine brukere. Det vil kreve en kvalitativ metodisk tilnærming.

Et annet spørsmål er om alt som skjer under og etter et habiliteringsopphold kan og bør måles, og hvem skal målingene i så fall være til nytte for? For eksempel er tilhørighet, selvfølelse, troen på egne ressurser, samspill mellom foreldre og barn, støttekontaktens bidrag, alle forhold som er vevet inn i hverandre og kan påvirke gjensidig i prosessen som habilitering er, og som habiliteringsopphold på VHSS er en del av.

LITTERATURLISTE

- Anderssen Sigmund Alfred, Kolle Elin, Steene-Johannessen Jostein, Ommundsen Yngvar, Andersen Lars Bo (2008): *Fysisk aktivitet blant barn og unge*. Rapport IS 1533; Helsedirektoratet
- Hanssen, J.-I., Bliksvær, T. & Berg, E. (2003): *Funksjonshemmet i Nordland 2001. Levekår og livskvalitet*. NF-rapport 5/2003. Nordlandsforskning
- Blaikie, Norman (2009): *Designing social research*. Polity Press, Cambridge, UK
- Blaikie, Norman (2007): *Approaches to social enquiry*, Polity Press, Cambridge, UK
- Berg Ulrika, Mjaavatt Per Egil (2009); *Kapittel 3 Barn og unge i Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet
- Borg, E. (2008) *Holdninger til funksjonshemmede i Norge 1999-2005*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA notat 4/08.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet*. Oslo: Gyldendal.
- Brunborg Geir Scott, Ingrid Leversen, Manger Mari Skar, Samdal Oddrun, Torsheim Torbjørn, Wold Bente (2009): *Trender i helse og livsstil blant barn og unge 1985-2005*. HEMIL-rapport 3/2009. Universitetet i Bergen.
- Ekeland Tor-Ove, Heggen Kåre (red) (2007): *Mestring og myndiggjering – reform eller retorikk*. Gyldendal akademiske.
- Elnan Ingrid (2010): *Idrett for alle? Studie av funksjonshemmedes idrettsdeltagelse og fysiske aktivitet*. NTNU Samfunnsforskning AS. Senter for idrettsforskning.
- Ericsson I. (2003): *Motorik, koncentrationsförmåga och skolprestationer. En interventionsstudie i skolår 1–3*. Malmö: Malmö högskola. <http://www.bunkeflomodellen.com/upload/pdf/Aktumotorik.pdf> 2012.02.12 kl 14.20
- Flemmen Asbjørn (2003): *Skileik*. Universitetsforlaget. Oslo
- Fønhus, Marita Sporstøl m. fl (2011): Rapport fra Kunnskapssenteret nr 20–2011 *Systematisk oversikt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. ISBN 978-82-8121-432-3
- Gjernes Trude (2010): *Evaluering av STØFRI: Større aktivitet på fritiden for barn og ungdom med funksjonsnedsettelse*. NF-rapport nr.: 14/2010 ISBN nr. 978-82-7321-603-8
- Grue, Lars (1999) *Funksjonshemmet ungdoms livskvalitet*. Oslo. Gyldendal forlag.
- Grue, L. (1991) *Etter skoletid – Fritidsbruk blant barn med fysiske funksjonshemninger*.
- Grue, L. (2001) *Motstand og mestring. Om funksjonshemming og livsvilkår* INAS rapport nr. 91:1 Oslo, Abstrakt Forlag.
- Grue Lars (2004): *Funksjonshemmet er bare et ord*. Oslo. Abstrakt forlag
- Grue, Lars og Rua Marte (2010): NOVA Rapport 19/2010 Funksjonsnedsettelse, oppvekst og habilitering. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Heggebø, Lena Klasson (2003): *European Youth Heart Study - the Norwegian part : a cross-sectional study of physical activity, cardiorespiratory fitness, obesity and blood pressure in children and youth*. Norges Idrettshøgskole. ISBN [8250203720](#)

Hellevik Ottar (2002): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget. Oslo

Helsedirektoratet (2007): *Sammen med andre – Nye veier for støttekontakttjenesten*. Informasjonsdokument.

Helsetilsynet (4/2008), *Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv! Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med avlastnings- og støttekontakttjenester etter sosialtjenesteloven*. Rapport fra Helsetilsynet 4/2008

Helsedirektoratet 2005: *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009*

Helsedirektoratet 2008:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00005/Utarbeidelse_av_m_lem_5500_a.pdf (2011.11.27. kl 14.30)

Helsedirektoratet (2008): *Kartlegging av fysisk aktivitet blant barn og ungdom*

Helsedirektoratet; 2009 Mar. (15-1676.): *Samhandling gir god praksis - Eksempler på nytten av habilitering og rehabilitering*. Oslo

Helsedirektoratet 2009a: *Handlingsplan Habilitering av barn og unge*. IS 1692

Helsedirektoratet 2009b: *Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling* Oslo. Helsedirektoratet

Holte Hilde H, Ranheim Trine, Flottorp Signe (2009): Rapport nr 27 - 2009 - Systematisk kunnskapsoversikt. *Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet* Kunnskapssenteret

KITH, Kompetansesenter for IT- i helsesektoren www.kith.no

Kunnskapsdepartementet (2008) *Kartlegging av fritidstilbudet til barn og unge med nedsattfunksjonsevne*. Rapport.

Limstrand, Torgeir (2003): *Tarzan eller sytpeis? En undersøkelse om fysisk aktivitet på ungdomsskolen*. Norges Idrettshøgskole. Oslo

Løvgren, M. (2009) *Unge funksjonshemmede. Selvbilde, sosial tilhørighet og deltagelse i fritidsaktiviteter*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA rapport 09/09. (61 sider)

Midtsundstad, J.H. og Willbergh, I. (2010): *Didaktikk. Nye teoretiske perspektiver på undervisning*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Mjaavatn, Per Egil (2007): *Fysisk aktivitet for de som trenger det mest*. NTNU

- Mjaavatn, Per Egil, Fjørtoft Ingun (2008): *Barn og fysisk aktivitet. Program for foreldreveiledning*. BUF00072. Helsedirektoratet
- Molden Thomas Hugaas, Christian Wendelborg, Jan Tøssebro (2008) : *Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne*. Sammendragsrapport. NTNU Samfunnsforskning 15sider
- Norges Idrettsforbund og olympiske og paralympiske komitè (2010c) *Idrett for funksjonshemmede nyhetsbrev nr.2 2010*. Hentet 18.08.2010 fra <http://www.nif.idrett.no/files/%7BB3963B06-2A57-43C6-AB61-18B7EB92E428%7D.pdf>.
- Ommundsen Yngvar, Heggebø Lena Klasson and Anderssen Sigmund A (2006): *Psychosocial and environmental correlates of location-specific physical activity among 9- and 15-year-old Norwegian boys and girls: the European Youth Heart Study*. Norwegian School of Sport Sciences
- Raudsepp, L.,Viira, R. (2000). *Sociocultural correlates of physical activity in adolescents*. Pediatric Exercise Science, 12, 51-60
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Riddoch Chris, Edwards, Page Dawn Angie, Froberg Karsten, Anderssen Sigmund A., Wedderkopp Niels, Brage Soren, Cooper Ashley R., Sardinha Luis B.,Maarike Harro, Heggebø Lena Klasson, Mechelen Willem van, Boreham Colin, Ekelund Ulf, Andersen Lars Bo (2005): *The European Youth Heart Study—Cardiovascular Disease Risk Factors in Children: Rationale, Aims, Study Design, and Validation of Methods*. Journal of Physical Activity and Health, 2005, 2, 115-129 © 2005 Human Kinetics Publishers, Inc.
- Ringdal, Kristen. (2001). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen. Fagbokforlaget
- Sosial og Helsedepartementet (1998-1999): *St.meld.nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*
- Sosialdepartementet (2002-2003): *St. meld. nr. 40. Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*
- Skog Ole-Jakob (2005): *Å forklare sosiale fenomener*. Gyldendal akademiske. Oslo
- Statens Folkhälseinstitut (2011): *Hälsan hos barn och unga med funktionsnesetting* ISBN: 978-91-7257-839-5 (PDF)
- Svartdal Frode (1998): *Psykologiens forskningsmetoder. En innføring*. Fagbokforlaget. 2 utgave (131 – 209)
- Sæbu Martin (2011): *Physical activity and motivation in young adults with physical disability*. Norwegian School of Sport Science. Oslo
- Thagaard, Tove (2003): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget: Bergen

Tidsskrift for Den norske lægeforening (2002): *Temahefte Fysisk aktivitet og helse*. Sosial- og helsedirektoratet.

Tøssbro, J. og Ytterhus, B. (2006) *Funksjonshemmete barn i skole og familie*. Oslo, Gyldendal

Bahr R. Skapt for bevegelse. *Fysioterapeuten*. 2001(1).

Trudeau F, Laurencelle L, Shepard R.J. (2004): *Tracking of physical activity from childhood to adulthood*. *Med Sci Sports Exerc*;36:1937-43.

Wendelborg, C. (2010a) *Å vokse opp med funksjonshemming i skole og blant jevnaldrene. En studie av opplæringstilbud og deltakelse blant barn med nedsatt funksjonsevne*. Doktorgrad Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap: NTNU.

Wendelborg Christian (2010b): *Barrierer mot deltakelse*. NTNU Samfunnsforskning AS Avdeling for mangfold og inkludering

World Health Organization (2002): *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva (<http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf> 2012.02.13, kl 8.40)

Vedlegg

1. Meldeskjema til NSD
2. Svar fra NSD
3. Informasjonsskriv til utvalget
4. Spørreskjema til deltakere
5. Spørreskjema til foresatte
6. Spørreskjema til deltakere – 3 måneder etter habiliteringsopphold
7. Spørreskjema til foresatte – 3 måneder etter habiliteringsopphold
8. Oversikt over organiserte fritidsaktiviteter respondentene deltok i
9. a) Opplevde barrierer for deltakelse i fritidsaktiviteter
9 b) Tabell 8. Oversikt over hvilke organiserte fritidsaktiviteter respondentene ønsket å delta i – sammenfatning av vedlegg 9 a)
10. Ikke deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, og under nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet
11. Ikke deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, men fysisk aktive innenfor nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet
12. Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, og under nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet
13. Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktive innenfor nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet
14. Eksempel på rammetimeplan for habiliteringsopphold intensiv trening ved VHSS
15. Kravspesifikasjon. Kjøp av spesialiserte rehabiliteringstjenester. Helse Nord RHF 2010