




Universitetet
i Stavanger

FAKULTET FOR UTDANNINGSVITENSKAP OG HUMANIORA

MASTEROPPGAVE

Studieprogram: Idrettsvitenskap	Fjerde semesteret, 2022 Åpen/ konfidensiell
Forfatter: Andjela Jovanovic	 (signatur forfatter)
Veileder: Førsteamanuensis Sebastian S. Sandgren	
Tittel på masteroppgaven: En kvalitativ undersøkelse av motivasjon til deltakelse i fysisk aktivitet blant rusavhengige mennesker i treningskontaktordningen. Engelsk tittel: A qualitative investigation of motivation for participating in physical activity among drug addicts in the training contact scheme.	
Emneord: Kvalitativ forskning; rusavhengighet; fysisk aktivitet; behandling; helsefremmendarbeid; motivasjon; mestring	Antall ord: 22499 + vedlegg/annet: 8162 Stavanger, 1. juni. 2022

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet av Andjela Jovanovic og utgjør et obligatorisk arbeid, som en avsluttende del av mastergraden i idrettsvitenskap ved Universitet i Stavanger. For meg merker denne oppgaven en avslutning på mitt spennende studieløp i Stavanger.

Jeg ønsker først og fremst rette en stor takk til min veileder Sebastian S. Sandgren og hans engasjement for temaet jeg presenterer i denne oppgaven. Jeg har satt stor pris på dine gode og konstruktive tilbakemeldinger og motiverende ord.

En stor takk til min mor Maja Jovanovic og hennes brennende engasjement for det helsefremmende arbeidet. Dette har gjennom denne perioden vekket enda større interesse for temaet i oppgaven hos meg.

Til slutt ønsker jeg å takke min medstudent Hanne Farestad, som har gjort mitt studieløp til en fantastisk og minneverdig tid. En ekstra tak til Per Helge Seljeboten som har tatt seg tid i til å hjelpe både med organisering og gjennomføring av dette forskningsarbeidet. Jeg ønsker også å rette en stor takk til alle deltakere som frivillig ønsket å delta og dele sine erfaringer og tanker med meg.

Uten deres støtte ville ikke oppgaven vært mulig.

Tusen takk, god lesing!

Innholdsfortegnelse

Del 1.0 - Introduksjon	14
1.1 Studiens hensikt, tema og forskningsspørsmål	16
1.2 Organisering av oppgaven	18
Del 2.0 - Teori.....	19
2.1 Rusavhengighet og deres behandling	19
2.2 Hva er helse?	20
2.3 Fysisk Aktivitet	20
2.4 Anbefalinger til FA og utvalg av treningstilbud i behandlingen mot rusavhengighet ...	22
2.4.1 Tilbud for FA i kommunen.....	22
2.4.2 Treningskontaktordningen i kommunen	23
2.5 Helsefremmende arbeid.....	23
2.5.1 Empowerment	24
2.6 Motivasjon knyttet til deltakelse i FA	25
2.6.1 Autonomi	26
2.6.2 Kompetanse:	27
2.6.3 Sosial tilhørighet	27
2.7 Mestring.....	29
Del 3.0 – Metode – en kvalitativ studie	30
3.1 Metodisk tilnærming	30
3.2 Forforståelse	31
3.3. Etske refleksjoner	31
3.3.1 Tillatelse til å gjennomføre prosjektet	32
3.3.2 Informert samtykke, konfidensialitet	32
3.3.3 Risikoanalyse/vurdering i forskning med mennesker	33
3.4. Utvalg og rekruttering	34
3.4.1 Deltakeres bakgrunn	35
3.5 Datainnsamlingsmetode – intervju.....	36

3.6 Utvikling av intervjuguide	37
3.6.1 Refleksjoner rundt prosedyre for pilottesting	38
3.7 Prosedyre.....	39
3.8 Dataanalyse.....	41
3.8.1 Dataanalyse – konkret og presis beskrivelse av hvert steig involvert i dataanalysen	41
3.8.2 Fase en. Bli kjent med data	42
3.8.3 Fase to. Koding	42
3.8.4 Fase 3. Se etter bredere tema, sortere koder	43
3.8.5 Fase 4. Kvalitetssjekk	43
3.8.6 Fase 5. Definerings og navngiving at tema	44
3.8.7 Fase 6. Avsluttende analyse og presentasjon av data	44
3.9 Validitet og pålitelighet.....	45
Del 4.0 - Resultater	48
4.1 Effektiv sosial støtte skaper mestring	48
4.1.1 Undertema. Treningskontakt – en viktig person	49
4.1.2 Undertema – bygge på sterke sider	49
4.1.3 Undertema - Treningskontaktens fagkompetanse	51
4.2 Tema 2: Økonomi og organisering	52
4.2.1 Undertema - Gratis helsefremmende arena og treningskontakt	52
4.2.2 Undertema - preferanser rundt valget av treingskontakt	53
4.2.3 Undertema – tilgjengelig treningskontakt	53
4.3 Tema 3: Mestringsfølelse og motivasjon til å fortsette med trening	54
Del 5.0. - Diskusjon.....	55
5.1 Oppsummering av studiens viktigste funn	55
5.2 Effektiv sosial støtte som fremmer mestring.....	55
5.2.1 Deltakerens relasjon med treningskontakten	56
5.2.2 Fagkompetanse til treningskontakten.....	58
5.2.3 Bygge på sterke sider	60
5.3 Økonomi og organisering.....	62

5.3.1	<i>Gratis helsefremmende arena og treningsvenn</i>	63
5.3.2	<i>Preferanser rundt valget av treningskontakt</i>	63
5.4	<i>Forståelse av begrepet helse som mestringsopplevelse</i>	65
5.4.1	<i>Følelsen av ansvar</i>	66
5.5	<i>Metodiske styrker og svakheter ved forskningsstudien</i>	67
5.5.1	<i>Students relevans</i>	67
5.5.3	<i>Forskningsdesign og utvalg</i>	69
5.5.4	<i>Rekruttering av deltakerne</i>	70
5.5.5	<i>Intervju</i>	71
6.0	Implikasjoner for praksis og videre forskning	72
7.0	Oppsummerende konklusjon	73
	Bibliografi	74
	Vedlegg	87
	<i>Vedlegg A - NSD Vurdering</i>	87
	<i>Vedlegg B - Svar fra REK</i>	90
	<i>Vedlegg C - Søknad om å utføre forskning/utvikling i en kommune på Vestlandet, Helse og velferd</i>	91
	<i>Vedlegg D - Mail knyttet til rekruttering</i>	94
	<i>Vedlegg E -Informasjonsskriv NSD</i>	95
	<i>Vedlegg F - Samtykkeerklæring</i>	98
	<i>Vedlegg G - Intervjuguide for prosjektet «Fysisk aktivitet som helsefremmende tiltak»</i>	99
	<i>Vedlegg H - Risiko- og sårbarhetsanalyse</i>	101
	<i>Vedlegg I – Artikkelbibliotek</i>	108

Forkortelser

FA	Fysisk aktivitet
Meld. St.	Stortingsmelding
NSD	Norsk senter for forskningsdata
PA	Physical activity
PT	Personlig trener
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
SDT	Selvbestemmelsesteorien (Self – Determination Theory)
WHO	World Health Organization

Sammendrag

Bakgrunn: Formålet med dette prosjektet er å belyse, diskutere og muligens avdekke ny kunnskap om deltakerens egne erfaringer knyttet til faktorer som fremmer motivasjon til å delta på fysisk aktivitet (FA). Dette er et viktig tema som trenges å settes i søkelys ettersom mange rusavhengige har glede av å delta i FA i institusjonsbehandling, men det er ofte betydelig frafall når de kommer tilbake til sine hjemmemiljøer. Generelt sett er mye av den eksisterende forskningen på området rettet mot forholdet mellom FA og rusmisbruk i behandlingen av pasienter, framfor en mer helsefremmende tilnærming der mennesker bor og beveger seg.

Metode: For å fange opp brukeres egne dypere mening knyttet til motivasjon til deltakelse i FA ble kvalitativ undersøkelse benyttet. Fem rusavhengige mennesker deltok i studien, og data ble innhentet ved hjelp av individuelle semistrukturerte intervjuer (n=5). Innhentet data ble analysert ved hjelp av tematisk analysemetode. Analysen tok utgangspunkt Braun og Clarke sine seks steg for tematisk analyse, og programmet Nvivo blir brukt som hjelpemiddel i denne prosessen.

Resultater: Tre overordnede temaer resulterte fra dataanalysen. Tema 1 (*Effektiv sosial støtte skaper mestring*) fremhevet viktigheten av brukerens relasjon med sin treningskontakt, samt tilpasning av FA deltakernes interesse og funksjonsnivå. Det finnes motstridende oppfatninger til viktigheten av treningskontaktens fagkompetanse på brukerens motivasjon til deltakelse i FA. Tema 2 (*Økonomi og organisering*) fremhever enkle- kostnadsfrie aktiviteter som helt essensielt for deltakelse, sammen med følelsen av at treningskontakt tar seg tid til en samtale med deltakerne, både før- under- og etter trening. Tema 3 (*Mestringsfølelse og motivasjon til å fortsette med FA*) løftet frem begrepet helse som et individuell personlig fenomen, som oppleves i forskjellige former og fremmer en følelse av mestring.

Konklusjon: Sosial støtte fra treningskontakt, FA tilpasset deltakernes ønsker, gratis deltakelse og tilgang til helsefremmende arena spiller en stor rolle for deltakernes motivasjon til deltakelse i FA. Samtidig opplyste deltakerne at mennesker med genuin interesse for FA klarte å skape et engasjement for trening, fokuset falt vekk fra selve utfordringen rundt rusavhengighet, og helse ble satt i fokus. Resultatene i studien genererer til implikasjoner for praksis og antyder at det er behov for å utvikle tilgjengelige, kostnadsfrie, skreddersydde resurser for tidlig intervensjon i nærmiljøet til rusavhengige mennesker. På denne måten kan

de lettere få tilgang til FA, og selvstendig engasjere seg i FA, i en tidlig stadiet etter rusbehandling. I sin tur vil dette gi rusavhengige mennesker relevante støtteresurser for å hjelpe med den vanskelige prosessen de befinner seg i, og samtidig adressere til deres egne ressurser for å fortsette med FA på egenhånd.

Nøkkelord: *Kvalitativ forskning; rusavhengighet; fysisk aktivitet; behandling; helsefremmendarbeid; motivasjon; mestring*

Abstract

Background: The purpose of this project was to illuminate, discuss and possibly uncover new knowledge about the participant's own experiences related to factors that could promote motivation to participate in physical activity (PA). This is an important issue that needs to be put in the spotlight, as many drug addicts enjoy participating in the PA during institutional treatment. However, there is often a significant drop-out rate when they return to their home environments. In general, much of the existing research done in this field aims at the relationship between PA and substance abuse in the treatment of patients, rather than a more health-promoting approach in their close environment.

Method: Qualitative research was used to capture users' own deeper experience related to motivation for participation in PA. Five drug-addicted people participated in the study, and data were obtained using individual semi-structured interviews (n = 5). The collected data were analyzed using a thematic analysis method based on Bauen and Clark's six steps for thematic analysis. In addition, the Nvivo program was used as an aid in this process.

Results: Three executive themes resulted from the data analysis. Theme 1 (*Effective social support results in mastery*) highlighted the importance of the user's relationship with their training contact, as well as adaptation of PA to participants' interests and level of function. There are conflicting views on the importance of the training contact's professional competence on the user's motivation to participate in PA. Theme 2 (*Finance and organization*) described simple, free activities as absolutely essential for participation, together with the feeling that training contact takes time for a conversation with the participants, both before, during and after training. Theme 3 (*Feeling of mastery and motivation to continue with physical activity*) showed the concept of health as an individual personal phenomenon, which is experienced in different forms and promotes a sense of mastery.

Conclusion: Social support from training contact, PA adapted to the participants' wishes, free participation and access to a health-promoting arena play a major role in the participants' motivation to participate in the PA. At the same time, the participants stated that people with a genuine interest in PA managed to create a commitment to training, the focus fell away from the actual challenge of drug addiction, and health was put in focus. The results of the study generate implications for practice and suggest that there is a need to develop available, free of

charge, tailored resources for early intervention in the local community for drug-addicted people. In this way, they can more easily gain access to the FA, and become independently involved in the FA, at an early stage after drug treatment. In turn, this will provide addicted people with relevant support resources to help with the difficult process they are in, and at the same time address their own resources to continue with the FA on their own.

Keywords: *qualitative research; drug addiction; physical activity; treatment; health promotion work; motivation; mastery*

Operasjonalisering av begreper

En forklaring av begreper som blir tatt med i denne oppgaven tas med, for å gi en bedre forståelse av betydningen på utvalgte ord. Dette for å gi en spesifikt betydning for denne studien.

Abstinens

Helsedirektoratet (2017) definerer abstinens som «*en kroppslig reaksjon på opphør av bruk av rusmidler*» (Helsedirektoratet, 2017).

Asymmetrisk samtale

En slik samtale kjennetegnes ved at den ene parten har mer makt enn den andre (Thornquist, 2009, s. 29).

Bruker/deltaker

Et individ som benytter seg av treningskontakt tilbudet. Helsedirektoratet definerer «bruker» som er person som ber om eller mottar tjenester som faller inn under helse- og omsorgstjenesteloven, og der tjenestene ikke er å anse som helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018).

Erfaring

I denne studien blir erfaring definert som den kunnskapen og forståelsen brukere av treningskontaktordningen har gjort seg av å benytte seg av dette tilbudet. Ut ifra dette kan erfaring forstås som kunnskap og forståelse som en har oppnådd over tid.

Empowerment

Begrepet empowerment står sentralt i det helsefremmende arbeidet. Det kan best oversettes med «*det å vinne større makt og kontroll over*» (Mæland, 2016, s.79).

Fysisk aktivitet

Begrepet fysisk aktivitet tar for seg som all kroppslig bevegelse i kraft av muskelarbeid, som gir et økt energiforbruk (Bahr, 2015, s. 8).

Helse

«Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (World Health Organization, 2018).

Helsefremmende arbeid: Folkehelsearbeid blir i følge Folkehelseloven (2011) definert som: «*samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen*» (Folkehelseloven, 2011, § 3).

Mestring: Begrepet mestring anvendes for å beskrive individets tanker og atferd i problematiske eller konfliktfylte møter med omgivelsene. Mestring dreier seg om hvordan mennesker møtes belastende livssituasjoner (Drageset, 2014, s. 85).

Motivasjon: Begrepet «motivasjon» kan i følge Normann et.al (2013) forstås som menneskets «*drivkraft bak en handling, og benyttes som samlebetegnelse for alle de krefter (latene eller manifeste) som setter i gang og gir retning til handlinger*» (s. 62-63).

Rus/rusmiddel: Alkohol, ulovlige rusmidler som blant annet cannabis, amfetamin, heroin og kokain (Sandøy et al. 2022).

Ruslidelser : I helsedirektoratet sine retningslinjer for behandling og oppfølging av personer med ruslidelser blir rusmidler forklart som samlebegrep for både avhengighet, misbruk av rusmidler og skadelig bruk (Helsedirektoratet, 2012, s. 17).

Rusmiddelavhengighet: Folkehelseinstituttet definerer begrepet rusmiddelavhengighet med «.. at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken» (Folkehelseinstituttet, 2019).

Treningskontakt: Treningskontaktene er ansatte i en kommune på Vestlandet, og har ulike bakgrunn og kompetanse knyttet til fysisk aktivitet. Treningskontakt fikk en introduksjon av hvordan veilede og tilrettelegge for fysisk aktivitet gjennom ett seks times kurs (Jensen, 2021).

*«Jeg kan bære din sorg
Ett stykke på veien
Og åpne min glede i din
Men jeg kan ikke leve ditt liv»
(Mehren, 1997, s. 91)*

Del 1.0 - Introduksjon

Inspirert av sitatet ble fokuset i denne masteroppgaven rettet mot emnet fysisk aktivitet, samt begrepet motivasjon og mestring blant mennesker med rusavhengighet. Hensikten med prosjektet er å bidra med kunnskap som kan gi større forståelse rundt hvilke faktorer som påvirker motivasjonen og mestringen til deltakelse i treningskontaktordningen blant mennesker med rusavhengighet. Gjennom å undersøke opplevelser, erfaringer og tanker, kan det bidra til en felles forståelse av opplevelser rusavhengige mennesker har for deltakelse i FA (Dahl, 2021, s. 12).

Avhengighet og bruk av rusmidler, sammen med depresjon- og angstlidelser tilhører de store helseutfordringene, og anses som de store folkesykdommene blant psykiske lidelser (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Kringlen et al., 2001). I litteraturen skilles det mellom «normalforbruk», «storforbruk» og «rusavhengighet», men dette skillet er utydelig. Risikoen for å utvikle rusavhengighet øker klart med økt inntak bruk av rusmidler (Mæland, 2021, s. 190).

Rusmiddelavhengighet kjennetegnes av brukerens sterke ønske å konsumere rusmiddelet, og en utfordring knyttet til å kontrollere inntaket av rusmidler. Selv om et slikt forbruk kan føre til skadelige konsekvenser, prioriterer mennesker med rusmiddelavhengighet inntak av rusmidler, framfor andre aktiviteter og forpliktelser (Skogen, et al., 2019). Flemmens' doktoravhandling (2016) går frem med at pasienter med rusavhengighet har redusert aerob utholdenhet, redusert muskelstyrke og evne til å utvikle muskelkraft. Resultatene i denne forskningen indikerer at pasienter med rusavhengighet har høy risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer, visse typer kreft, og samtidig forhøyet risiko for tidlig død (Flemmen, 2016). Sosial ekskludering, samt å blir plassert på sidelinjen i samfunnet, en følelse av ensomhet, er ifølge Davidson et al. (2009) noe mennesker med rusavhengighet ofte opplever.

Forskningslitteraturen beskriver personer med rusavhengighet som mennesker med redusert livskvalitet, vanskelig å hjelpe, lite samarbeidsvillige og umotiverte (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Davidson, et al., 2009).

Mennesker er ifølge Bahr (2019) skapt for bevegelse, som forteller videre at ett liv som inaktiv kan øke sykdomsrisiko, for eksempel hjerte og karsykdommer, fedme og psykiske lidelser. Med andre ord, forfaller kroppen vår gradvis når den ikke brukes eller aktiveres (Bahr, 2019, s. 3). En rekke vitenskapelig dokumentasjon knytter fysisk aktivitet (heretter FA)

til en positiv innvirkning på psykiske helseplager, blant annet rusmisbruk (Martinsen, 2007, s. 122). En amerikansk studie av Damian og Mendelson (2017) hevder at fysisk aktive mennesker hadde større sannsynlighet for å unngå alkoholproblemer sammenlignet med inaktive. Fysisk aktive mennesker hadde ifølge forskere signifikant større sannsynlighet for å avvike fra alkoholforbruk i 12 måneder (Damian & Mendelson, 2017).

Deltakelse i FA og gjenoppretting av tidligere interesser anses som sentralt for å forme struktur i personens hverdag, ettersom det bidrar til en opplevelse av mening og mestring (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Prochaska et al. 1992). Tatt i betraktning gleden mange rusavhengige mennesker opplever ved å delta i FA i behandling, vil det likevel være betydelig frafall fra FA når de kommer tilbake til sine hjemmemiljøer (Jovanovic, 2021, eget arbeid, Martinsen, 2018, s. 104). I en studie av Muller (2017) gjennomført i Norge hevdes det at det er viktig å tilby mennesker med rusproblemer rusfrie miljøer, som følge av at sosial isolasjon kan forverre livskvaliteten og øke risiko for alkoholforbruk (Muller et al., 2017, s. 431)

Noen studier antyder at FA kan anbefales for å dempe abstinenser, samt reduksjon i tilbakefall til rusavhengighet hos pasienter som deltar i FA regelmessig (Helsedirektoratet, 2012, s. 65). I en randomisert kontrollert studie av Cabe et al. (2020, s. 1) ble FA løftet frem som en mer fleksibel, trygg og mindre stigmatisert tilnærming enn den medisinske behandlingen. Prosjektet «Den gode hjertebanken» (2018) melder sin bekymring for at overgangene fra spesialisthelsetjenesten til kommunens treningstilbud er utfordrende. Kommunen må ta over når treningstilbud på spesialistnivå bortfaller. Pasienter som skrives ut bør ha et tilbud i kommunen som vedlikeholder den positive fremgangen som er oppnådd i behandlingen.

For å motivere og skape kontinuitet i å delta i FA har enkelte kommuner i Norge innført en ordning med treningskontakter. Intensjonen var å etablere kontakt mellom brukere og en støtteperson som har idrettslig erfaring og som kunne bistå med å etablere rutiner for FA, etter rusbehandlingen ble avsluttet. Treningskontaktens oppgave gjenspeiler seg i å ta imot rusavhengige mennesker etter utskrivning fra behandling, og deretter følge dem opp med tilbud om FA der brukere bor og beveger seg (Martinsen, 2018, s. 104). Trøndelag forskning og utvikling har i 2015 kommet frem med en evaluering av treningskontaktordningen. Denne evalueringen baserte seg på bakgrunnsdokumenter for treningskontaktordningen i Nord-Trøndelag, spørreskjema og intervju. Treningskontakter kommer frem som viktige for at ordningen skal ha hensiktsmessig forankring og forvaltning, god organisering av tilbudet,

samt personlig ønske om å utgjøre en forskjell, blant treningskontaktene var helt sentralt. I sin rapport søker de mer forskning for å kunne belyse ordningen ut fra brukerens perspektiv, for å kunne komplimentere sentrale forhold i samhandlingen mellom treningskontakt og bruker av tjenesten (Ekmann & Nossun, 2015, s.33).

I studien til Johnsen og Redzovic (2018) kommer behovet for mer kvalitativ forskning, om opplevelsen russavhengige har ved bruk av FA som tiltak, frem. Deltakere i studien opplevde FA som ett godt tiltak, samtidig som det førte til opplevelser av «*får det til, her og nå*» og «*være normal*» (Jovanovic, 2021, eget arbeid, Johansen & Redzovic, 2018, s.18).

Gjennomgående rød tråd i forskningen er deltakeres opplevelse av mestring. Funnene danner grunnlag for videre forskning på brukeres motivasjon til å delta i FA og opprettholde deltagelsen på sikt. Forskingen til Zschucke et al. (2012) impliserer til viktigheten av å forske videre på brukernes motivasjon til å være med og opprettholde FA (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Zschucke et al., 2012).

Sengrül et al. (2017) hevder at noen av årsakene for at rusavhengige mennesker ikke klarer å opprettholde deltakelse i FA, er at de ofte tilbys aktiviteter som ikke treffer deres interesser, verdier og utviklingsnivå (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Sengül et al., 2017, ss. 5-6). En pilotundersøkelse av Ellingsen et al. (2018) sammenlignet bruk av fotball, styrketrening og turgåing som metode for å redusere abstinenser. Forskerne rapporterte en reduksjon i abstinenser, og en økning av selvfølelse blant mennesker som drev med fotball og styrketrening, mens endringene i gruppen som gikk tur var små (Ellingsen et al., 2018, s. 789). I følge Martinsen (2018, s. 261) anser mennesker det som viktig å kunne gi innsats i å forbedre egen helse, framfor å være passiv mottaker av behandling. Helsedirektoratet (2014) har utarbeidet et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten, der brukeren tekkes frem som den viktigste aktøren i alle bruker og pasient forløp. Brukeren er selv best egnet til å definere egne problemer ut i fra sin situasjon og har gode forutsetninger for å finne løsninger sammen med andre (Helsedirektoratet 2014, s. 30).

1.1 Studiens hensikt, tema og forskningsspørsmål

På bakgrunn av 17 intervjuer med unge mennesker, skriver Thommesen (2012) at mange tror mennesker med rusavhengighet, og psykiske problemer ikke har kapasitet, eller vilje til å gi en innsats. Helsetjenester og behandlere forteller ofte at personene med rusavhengighet ikke er motiverte til å gjøre en endring (Normann et al., 2013, s. 63). På bakgrunn av dette kan en etterlyse mer forskning rundt hvilke faktorer brukere selv trekker frem som viktige for å

fremme motivasjon. Sentralt i den helsefremmende fremgangsmåten står tanken om at mennesket må ha makt og kontroll over egen helse (Langeland, 2007). En «empowerment» tilnærming til FA vil være å se etter faktorer som bidrar til å styrke mennesket med rusavhengighet sin motivasjon til å fortsette å med FA framfor å slutte. For å tilpasse seg den nye virkeligheten, må en være i stand til å se forskjeller på hva en har utfordring med, og hva en i stand til å endre (Vifladt et al., 2004, s.61).

Formålet med dette prosjektet var å belyse, diskutere og muligens avdekke ny kunnskap om deltakerens egne erfaringer knyttet til faktorer som fremmer deres motivasjon til å delta i FA. Dette er et viktig tema som trengs å settes i søkelys ettersom mange rusavhengige har glede av å delta i FA i for eksempel institusjonsbehandling, men ofte blir inaktive når de kommer tilbake til sine nærmiljøer (Martinsen, 2018, s. 104). Generelt sett er mye av den eksisterende forskningen på området rettet mot forholdet mellom FA og rusmisbruk i behandlingen av pasienter, fremfor en mer helsefremmende tilnærming i personens nærmiljø. I forhold til Helse-og omsorgsdepartementet Meld. St. 34 (2012-2013) anses lokalsamfunnet som den viktigste arenaen for å få kontroll over forhold som påvirker helsen. Ett av målene i samhandlingsreformen er å bidra til kommunen fremmer helse, tar ansvar tidlig, tett på der mennesker bor, jobber og beveger seg (Det kongelige helse-og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 10).

Etter en gjennomgang av litteraturen er det åpenbart at det er en stor mangel på forskning i Norge, som har undersøkt rusavhengige menneskets´ motivasjon og mestringsopplevelser relatert til deltakelse i FA i sine nærmiljøer. Dermed er det viktig å igangsette slikt forskning nå for å forhåpentligvis fylle et kunnskapshull i helsetjenesten omkring faktorer som rusmisbrukere selv løfter frem som avgjørende for deres motivasjon og mestringsfølelse. Litteraturen som ble brukt i masteroppgaven er baser på bøker, forskningsartikler, rapporter og nettsider som folkehelseinstituttet og helsedirektoratet; se eget vedlegg for mer detaljert litteratursøk (Vedlegg I). Hensikten med dette masterprosjektet er derfor å bidra med økt kunnskap som kan gi en større forståelse av:

Hvordan kan fysisk aktivitet bidra til å skape mestring hos rusavhengige gjennom treningskontaktordningen i kommunen?

For å dypere undersøke problemstillingen vil brukerens motivasjon til å delta i treningskontaktordningen bli undersøkt. Forskningsspørsmålet som stiller på bakgrunn av problemstillingen er:

Hva er årsakene til at rusmisbrukere er motiverte eller demotiverte til å delta i treningskontaktordningen i kommunen?

1.2 Organisering av oppgaven

I Del 1. *Introduksjon* har som hensikt å lede lesseren inn i fagfeltet og presentere den aktuelle problemstillingen. Her vises det til flere artikler som indikerer til ett kunnskapshull og viktigheten til å starte å fylle denne mer forskning nå. Del 2. *Teori* tar for seg emnene behandling, FA, helse, helsefremmende arbeid, empowerment, motivasjon og mestring. Teorien er basert på fagbøker, nettsider, rapporter og forskningsartikler knyttet til oppgavens problemstilling. Del 3. *Metode* viser til og begrunner de metodiske og etiske valgene som ble tatt rundt innsamling og analyse av data. I denne studien ble semistrukturert intervju brukt, og dataene ble analysert ved bruk av tematisk analyse. Del 4. *Resultater* har som intensjon å avklare hvilke data ble innhentet ved hjelp av fem semistrukturerte intervju. Videre i del 5. *Diskusjon* bindes resultatene opp mot teori- og metode- delen av dette forskningsprosjektet. Dette drøftes opp mot oppgavens problemstilling. I del 6. *Implikasjoner for praksis og videre forskning* adresseres det til viktige områder, som har behov for mer forskning. Avslutningsvis presenteres del 7. *Oppsummerende konklusjon* med hensikt å binde sammen refleksjoner som ble gjort i oppgaven i forhold til den presenterte teorien, mot oppgavens problemstilling.

Del 2.0 - Teori

For å belyse problemstillingen «*Hvordan kan fysisk aktivitet bidra til å skape mestring hos rusavhengige gjennom treningskontaktordningen i kommunen?*» støtter dette masterprosjektet seg på relevant teori hentet fra fagbøker, forskningsartikler og rapporter.

Teori kapitlet startet med en forklaring av behandling av rusavhengighet, samt forståelse av begrepet helse. Deretter presenteres det anbefalinger til FA i behandling og kommunens tilbud for deltakelse i FA etter avsluttet behandling. Dette skal bli sett på i lys av en helsefremmende arbeid og empowerment. Selvbestemmelsesteorien, autonomi, sosial støtte og opplevelse av mestring anses som noen viktige faktorer for å undersøke brukerens motivasjon til deltakelse i FA gjennom treningskontakttilbudet.

2.1 Rusavhengighet og deres behandling

Rusproblemer kan ramme individer i alle aldre. Helse Norge (2021) fremmer diverse tilbud som kan hjelpe mennesker med ulike rusutfordringer. Forskere viser til en høyere risiko for å utvikle rusmisbrukslidelser blant menn enn kvinner. I to norske undersøkelser gjennomføre i begynnelsen av 2000-tallet, kommer det frem at utvikling av rusmisbrukslidelser er to til tre ganger hyppigere blant menn enn kvinner (Kringlen et al., 2001, s.1091; 2006, s. 713; Ystrom, 2014, s.1824). Dette samvarer med internasjonale studier, hvor resultatene viser til høyere forekomst av rusmisbrukslidelser blant menn enn blant kvinner (SAMSHA, 2017, s. 52-59; Hasin & Grant, 2015, s.1609).

Helse Norge (2021) hevder at avhengighet av rusmidler ofte vil kreve profesjonell behandling. Her nevnes det poliklinisk behandling eller døgnbasert behandling for avhengighetsproblemer. Legemiddelassistert rehabilitering er spesialisthelsetjenestens tilbud til opiatavhengige som ønsker behandling ved hjelp av legemidler. Folkehelseinstituttet (2022) kommer frem med at 18 203 pasienter var i behandling med en avhengighetsdiagnose for rusmidler i 2020 (Edlsnd-Grynt, 2022).

Individuelle behov for oppfølging av mennesker med rusavhengighet står sentralt i tilnærmingen for rusbehandling. Mennesker har ulike mål, følgelig kan det for mange målet ikke nødvendigvis være å oppnå symptomlettelse etter behandling. Opplevelse av å ha forbedret funksjon og aktiv deltakelse i samfunnet kan ofte være viktigere (Helsedirektoratet, 2012, s.58). Legemiddelassistert rehabilitering tas ofte i bruk som en del av behandlingen,

ettersom pasienter kan redusere sitt rusforbrukt framfor å slutte. Et annet eksempel er å endre bruk av rusmidler fra farlige rusmidler til mindre farlige (Helsedirektoratet, 2012; Lien & Stensrud, 2012, s. 181-182).

I St. Meld nr. 25 (1996-1997, s.15) kom ett nytt perspektiv frem. Departementet mente med denne meldingen at perspektivet burde flyttes fra diagnose til vekt på psykososial funksjonssvikt og mestring. Med dette har norsk institusjonpsykiatri bevegde seg mot en mer samfunnspsykiatri. Dette kan tyde på et paradigmeskifte, ettersom regjeringer legger opp til en behandlingstenking vekk fra det medisinske paradigme, over til normalisering og «empowerment» tenkning (Borge, 2000, s. 33).

2.2 Hva er helse?

Begrepet helse har forskjellige meninger i ulike kontekster og sammenhenger. Ulike organisasjoner definerer helse på forskjellige måter, der Verdens Helseorganisasjon, medisinsk, og den øvrige befolknings definisjon kan være ulike

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (WHO, 2022). Fugelli og Ingstad (2001) løfter viktigheten av nyansering av de helsedefinisjonene som allerede finnes. Helse er i følge forfattere mye mer enn fravær av sykdom. Funn i studien baserer seg på kvalitative intervju med 80 menn og kvinner i ulike alder og ulike deler av landet. Hovedfunnene i boken er mange, men det som løftes frem som hovedfunn er at helse er en helhet, og kan ikke bli løsrevet fra resten av verden. Helse er derfor en individuell og dyp personlig fenomen (Fugelli & Ingstad, 2001, s. 3600).

2.3 Fysisk Aktivitet

Helsedirektoratet (2017) trekker frem ulike former og anbefalinger for rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Nasjonale retningslinjer for terapeutiske tilnærminger i rusbehandling som løftes frem er blant annet miljøterapi, motiverende intervju, musikkterapi og systematisk FA (Helsedirektoratet, 2017). I faglitteraturen defineres FA som all kroppslig bevegelse som blir aktivisert av skjelettmuskulaturen, som frembringer en økning i energiforbruket utover hvilenivå (Bahr, 2019, s. 8).

Det foreslås bruk av systematisk FA og vises til en review studie av Zschucke et al. (2012) som inkluderte studier fra 1970 til 2012 og oppsummerer effekter av å være i FA på rusavhengighet. Ni studier inkluderte mennesker med alkoholproblemer, og åtte studier inkluderte deltakere med narkotikerforbruk. Studien oppsummerer mulige årsaker til at FA kan bidra til å redusere rusavhengighet, blant annet at FA hjelper med å redusere akutt abstinens, virker humørregulerende, reduserer angst, depresjon og stress. Samtidig vises det til at FA bidra til mer sosialt liv og gir mestring og økt tro på egne krefter (Zschucke et al., 2012, s. 1-2).

En kvantitativ pilotstudie gjennomført i Danmark rapporterer at FA hos voksne, bidrar med viktig støtte til forebygging av tilbakefall, samt. rusavvenning. En utfordring som nevnes i denne forskningen er å opprettholde deltakelse i FA på sikt, for å redusere tilbakefall (Roessler, 2014, s. 664). I en metaanalyse samlet Wang et al. (2014) funn fra 22 randomiserte kontrollerte studier om behandlingseffekt ved bruk av FA for avhengighet av nikotin, alkohol og andre illegale rusmidler. Resultatene i forskningen indikerte til at FA førte til reduksjon av subjektive abstinenssymptomer, angst og depresjon. De påpekte samtidig at personer som deltok i FA, klarte å holde seg rusfrie (Wang et al, 2014, s. 1). En amerikansk studie av Damian og Mendelson (2017) fant at fysisk aktive personer hadde større sannsynlighet for å forebygge alkoholproblemer sammenlignet med inaktive (Damian & Mendelson, 2017, s.1744). En randomisert kontrollert studie av Cabe et al. (2020) ble FA løftet frem som en mer fleksibel, trygg og mindre stigmatisert tilnærming til den tradisjonelle medisinske behandlingen (Cabe et al, 2020, s 1).

Undersøkelser fra ulike institusjoner innen psykiatri og rusomsorg har vist at omtrent halvparten fortsetter med regelmessig trening ett år etter utskrivning, mens den andre halvparten slutter (Martinsen, 2007, s. 134). Rebar og Taylor (2017) mener at FA er mer enn «en resept», og at det er viktig å undersøke brukernes preferanser, fysisk og sosial kontekst i tilknytting til FA (Rebar & Taylor, 2017). På bakgrunn av denne er det nødvendig å sette i gang forskning som undersøker faktorer som kan påvirke motivasjon rusavhengige mennesker har til FA i sitt lokale samfunn. Få studier har undersøkt om FA som helsefremmende faktor hos mennesker med rusproblemer og derfor skal nåværende studien undersøke dette nærmere.

2.4 Anbefalinger til FA og utvalg av treningstilbud i behandlingen mot rusavhengighet

Som en anbefaling for implementering for fysisk trening i behandling for rusavhengige resulterer Flemmen et al. (2014) sin forskning at intervall trening med høyintensitet er godt egnet for reduserer risikoen for å utvikle sykdom betydelig. I denne forskningen deltok det 17 menn og 7 kvinner, delt i to grupper. Treningssgruppen gjennomførte intervalltrening 4x4 minutter på tredemølle med en intensitet på 90-95% av maksimal hjertefrekvens tre dager i uken, i 8 uker (Flemmen et al., 2014, s.1).

2.4.1 Tilbud for FA i kommunen

Flere kommuner i Norge har innført tilbud for FA og trening for mennesker med rusavhengighet. Blant annet er «*Fotballstiftelsen*» et aktivitetstilbud hvor mennesker med rusrelaterte utfordringer kan få faste rutiner, meningsfull aktivitet og følelse av mestring. Hovedmålet med dette tilbudet er å få til rusfrie fotballtreninger, som blir til rusfrie dager og til slutt ett rusfritt liv. Totalt finnes det 28 fotball lag gjennom denne stiftelsen, plassert over hele Norge. Ved å kikke nærmere inn på ett av fotballagene Notodden FK, kan en finne informasjon om treningsdagene, tilbud om henting av spillere som har behov til transport for å komme seg til trening. Fotballstiftelsen tilbyr også gratis lunsj og en bag med all nødvendig utstyr for å bli med på trening (Gatelaget, 2022; Notodden fotballkubb, 2020).

En kvalitativ studie av Langaas et al. (2016) undersøkte gatefotballspillere sine erfaringer med å delta på lavtreskaltilbudet med gatefotball. Deltakerne i denne studien beskrev hvordan livet som rusavhengig hadde medført isolasjon, dårlig selvbildet, og forteller det var utfordrende å komme seg ut av denne onde sirkelen. Deltakelse i gatefotball bidro til å være mer sosial, og oppleve glede og mestring sammen med andre (Langaas et al. 2016, s. 21).

Veien Ut stiftelsen er en form for behandling for rusavhengighet og består av tre faser. Totalt varer denne behandlingen i 12 måned. Ved å delta får rusavhengige personer blant annet mulighet for arbeidspraksis, bo- trening, terapi i grupper, individuelle samtaler, yoga, friluftsliv, fysisk aktivert. Denne stiftelsen bruker naturens positive effekt sammen med profesjonelle terapeuter for å hjelpe rusavhengige til å leve et varig rusfritt liv (Veien ut, 2020).

2.4.2 Treningskontaktordningen i kommunen

For å motivere og skape kontinuitet i treningen har enkelte kommuner i Norge innført en ordning med treningskontakter. Intensjonen er å etablere kontakt mellom brukere og en støtteperson som har idrettslig erfaring og som kan bistå med å etablere rutiner for FA både under og etter at behandlingen er avsluttet. Ordningen med treningskontakt retter seg mot mennesker med rus-og/ eller psykiske problemer. Bruk av treningskontaktordningen ses ikke som på som en behandlingsform men heller ett tilbud for å styrke deltakerens sunne og friske ressurser. Denne ordningen tror på spennende og utfordrende opplevelser, enkle, lysbetonte og morsomme aktiviteter. Målet med dette tiltaket er å motivere til deltakelse i vanlige treningsarena, turlag, svømmehaller og deltakelse i diverse idrettsarrangementer. Samtidig gjennom aktivitetene bygge på sunne og friske ressurser hos deltakere (Jensen, 2021).

Treningskontaktordningen representerer en ny og offensiv tilnærming ved å tilby veiledet trening med en treningskontakt i lokalmiljøet over et langt tidsperspektiv (Martinsen, 2018, s.104). For å bli treningskontakt må en gjennomføre et kurs innen treningslære, rus og psykiatri. Alle treningskontakter får her en 6 timers introduksjon om tilrettelegging til FA. Kravet for å bli treningskontakt er at en er over 18 år og har interesse for FA og trening. I søknaden for å bli treningskontakt fyller en ut et skjema der en skriver om sine tidligere erfaringer og interesser knyttet til FA. Søkere som blir vurdert som aktuelle, blir innkalt til en jobbintervju på avdelingen som har ansvar for treningskontaktordningen i kommunen. Videre blir det avtalt en møte mellom treningskontakt og bruker, der begge må bli enig om et videre samarbeid er ønskelig (Jensen, 2021).

Denne type tilnærmingen kan ses på som kommunens forsøk til helsefremmende tiltak og for at individet skal klare å oppnå målene sine. Helsefremmende arbeid og begrepet «empowerment» trekkes inn for å gi videre forklaring og forståelse rundt dette.

2.5 Helsefremmende arbeid

Folkehelsearbeid blir i følge Folkehelseloven (2011) definert som:

Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. (Folkehelseloven, 2011, § 3)

Folkehelse blir ofte delt i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, og på denne måten drives på to nivåer med ulik hovedfokus. Helsefremmende arbeid er handlinger som fremmer individer som kompetente til å få økt kontroll over egen helse, og ferdigheter til å forbedre denne. I motsetning sykdomsforebyggelse arbeid, er grunnlaget for det helsefremmende arbeidet faktorer som styrker menneskets egne ressurser som forutsetninger for en helseutvikling. Disse faktorene kan være sosiale, kulturelle, samfunsmessige og individuelle. For å skape overskudd og åpne opp for en personlig, økonomisk, og sosial utvikling er det viktig å styrke helse både på individ- og befolknings nivå (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Mæland, 2016, s. 17).

2.5.1 Empowerment

Mæland (2016) trekker frem begrepet «empowerment» som helt sentralt for det helsefremmende arbeidet. Begrepet kan oversettes med «det å vinne større makt og kontroll over» (s.79). Mennesker må få større kontroll over faktorer som påvirker deres helse, samt få større innflytelse over disse faktorene (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Mæland, 2016, s.79). Thesen og Malterud (2001) hevder at «Empowerment handler om å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt nøytralisere krefter som bevirker avmakt» (s.1624). Med andre ord rettes dette begrepet mot personer, eller grupper som befinner seg i en avmaktssituasjon, som for eksempel innvandrere, homofile, rusmisbrukere eller andre med psykiske lidelser (Askheim, 2007, s. 21)

Mennesker burde ha mer kunnskap faktorer som påvirker deres helse, for kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for egen helse. På denne måten kan en aktivt delta i arbeider for et sunnere samfunn lokalt og globalt. I denne sammenheng er prosessen like viktig som resultatet; det å oppleve at man har rimelig kontroll over sitt liv, er sentralt for selvbildet og mestringsevnen. Følgelig har denne kontrollen også påvirkning for mental og fysisk helse (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Mæland, 2016, s.79). I tillegg til empowerment som prosess og resultat påpeker Andrews (2003) at empowerment også kan være et virkemiddel for å oppnå sosial endring (Andrews, 2003).

Empowerment perspektivet i møte med mennesker understrekkes av Starrin og Tenquist (2007). Å innta et slik perspektiv innebærer en forståelse av hvordan skape en relasjon, hvor det er rom for at mennesket, i dette tilfellet mennesket med rusavhengighet, skal kunne «vokse». Mennesker skal bli bevist på sin egen styrke, og tro på at det er mulig å selv påvirke sitt liv positivt. På denne måten forstås empowerment som både et mål og middel i endringsarbeidet (Starrin 2007; Tengquist, 2007).

Mæland (2021) trekker god kommunikasjon mellom behandler og bruker som essensielt, uavhengig om det handler om diagnose, behandling eller forebygging. Samtalen mellom behandler og bruker er i utgangpunktet asymmetrisk, og pasienter opplever ofte at behandleren kan ta en bestemmende rolle. Pasienter opplever ofte mangel på muligheten til å dele sine erfaringer på grunn av lite tid for kommunikasjon. Ut fra helsefremmende tankegang er det viktig å legge til rette for en mer jevnbyrdig samtale. En viktig oppgave hjelperen har, er å utfordre pasienten til å vurdere sin egen situasjon, for å kunne selv ta valg og beslutninger som påvirker deres helse (Mæland, 2021, s. 130). Samtidig kan det å bevege deg utenfor den profesjonelle og bestemmende rollen, bidra til å styrke relasjonen og samarbeidet med brukere (Sundet, 2014, s. 35).

Ett annet viktig poeng er språk, som i en behandlingssituasjon ofte er sykdomsdominerende, og følgelig vektlegger fokus på sykdom, framfor helse. I tråd med sosial konstruktivisme er språket i «empowerment» tankegangen et viktig aspekt, og en bestemmende faktor i det helsefremmende arbeidet. Eksempelvis kan en bruke ordet «person» og ikke «pasient», og dermed fremme mennesket som helhet, og ikke bare diagnosen (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Langeland, 2007). Således kommer helse i fokus, og ikke selve utfordringen, eller i dette tilfellet rusavhengighet.

2.6 Motivasjon knyttet til deltakelse i FA

Begrepet «motivasjon» kan i følge Normann et al. (2013) forstås som menneskets «drivkraft bak en handling, og benyttes som samlebetegnelse for alle de krefter (latene eller manifeste) som setter i gang og gir retning til handlinger» (s. 62-63). For å forklare menneskets motivasjon nærmere kan Self-Determination theory (STD) trekkes inn.

STD er en empirisk basert teori som tar for seg menneskets motivasjon, utvikling og velvære (Deci & Ryan, 2008a, s. 182). Denne teorien fokuserer på typer motivasjon, framfor grad av motivasjon (Deci & Ryan, 2008a, s.182). Her skiller forskerne mellom indre motivasjon og

ytre regulert motivasjon. Indre motivasjon karaktereres av deltakerens indre glede for å delta i FA, ønske om å være selvbestemt og kompetent. Ytre motivasjon, derimot involverer engasjement i en aktivitet på grunn av ytre påvirkning. Aktivitetene som er ytre påvirket utføres ofte for å oppnå en belønning eller for å unngå straff (Deci & Ryan, 2008b, s. 15). I følge STD er vektlegger tre grunnleggende psykologiske behov: *autonomi*, *kompetanse* og *sosial tilhørighet*. For å fremme menneskets helse er det nødvendig at disse tre behovene oppfylles. (Deci & Ryan, 2000, s. 227).

2.6.1 *Autonomi*

Tilfredsstillelse av behovet for autonomi innebærer at en oppfatter seg selv som årsak eller kilde til sin atferd (Deci & Ryan, 2002, s. 8). Deci og Ryan (1995) viser til autonomi først og fremst som selvbestemmelsesrett, som står i kontrast til atferd som er regulert utenfra i form av tvang eller sosial overbevisning. I denne teorien er fokuset rettet på at autonom selvbestemmelse dypest sett handler om å utrykke «*the true self*» (Deci & Ryan, 1995, s. 39).

Resultatene i doktoravhandlingen til Farholm (2017) viser til økende interesse for å undersøke motivasjon til FA blant rusavhengige mennesker, men at kunnskapsgrunnlaget er relativt lite. En positiv sammenheng mellom motivasjon til FA og deltakelse i FA ble funnet i denne studien. Samtidig kommer det frem at selvbestemt motivasjon hadde en positiv sammenheng med deltakelse i FA, og mindre selvbestemte former for motivasjon resulterte ikke i deltakelse med FA (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Farholm, 2017).

Autonomi er allmenngyldig ideal i den forstand at både hjelper og klient har krav på respekt for sin autonomi. Å innskrenke en persons autonomi er å behandle personen som et middel (Borge, 2000, s. 57). Hvis en ikke klarer å se sine ressurser, kan det samtidig være vanskelig å tro på seg selv i å ta ansvar, og utgjøre en forskjell. Ett bilde av seg selv som pasient, bruker eller rusavhengig, fokuserer ikke på det friske hos mennesket, og dermed er det vanskelig å se egne ressurser og muligheter. (Normann et al., 2013, s. 65). Betennelsen autonomistøtte viste til at viktigheten av å legge til rette for at mennesker får mulighet til å ta egne valg, i tråd med sine verdier og interesser (Deci & Ryan, 2000). Det å delta i aktiviteter eller gjenoppta tidligere interesser er sentralt for å skape struktur i personens hverdag, og det bidrar til opplevelser av mening og mestring (Prochaska et al., 1992). Forskningen fremmer viktigheten av å gjøre meningsfulle aktiviteter og ha gode relasjoner med personer som ikke er en del av rusmiljøet (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Hipolito et al., 2011).

2.6.2 Kompetanse:

Deci og Ryan (2002; 2014) forklarer tilfredsstillelse av behovet for kompetanse som en følelse av effektiv samhandling med det sosiale miljøet, og opplevelse av mulighet til å uttrykke sitt kapasitet. Kompetanse handler om kunnskap for å forstå og registrere hva som skjer under FA både fysisk, psykisk og sosialt. Alle mennesker har egne ferdigheter og kompetanse, men det viktige er å bevisstgjøre mennesker til dette. Utfordringen til denne bevisstgjøringen kan være å tilpasse aktivitetene deltakernes nivå; Både for enkle og for utfordrende aktiviteter kan svekke motivasjon til å delta i FA (Moe, 2018, s. 159).

Simoneau og Bergeron (2003) undersøkte hvilke faktorer som påvirket motivasjonen under de første seks ukene i behandling for rusavhengighet. Resultatene støttet nytten av STD og påpekte at terapeutene burde fremme oppfatningen av kompetanse blant pasientene og ta hensyn til progresjon mot måloppnåelse. I denne undersøkelsen kommer det frem at institusjoner burde legge til rette for en autonomistøttende miljø og et miljø som involverer andre personer som viktige for pasienter (Simoneau & Bergeron, 2003). Å bli sett som et helt og verdig menneske er et ønske om at mer enn symptomer og sykdom skal telle, men ikke et ønske om å bli sett fra alle sider til enhver tid. De fleste opplever å ha både vansker og ressurser, både en relevant og viktig nåtid og fortid (Nyttingnes & Skjerve, 2007, s. 205-206)

2.6.3 Sosial tilhørighet

For å tilfredsstille menneskets behov for sosial tilhørighet er det viktig at en føler en er blitt tatt vare på, samtidig som en tar vare på andre, og følelsen av å høre til i ett felleskap blir forsterket (Deci & Ryan, 2014, s. 245).

Oppfølging for å komme i gang med FA er noe mange trenger hjelp til. Dette kan være en lang prosess og støtte over tid kan bidra til positive endringer (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Moe, 2018, s.155). Indre kraft til å være fysisk aktiv kan forsterkes, ved at noen ser og stimulerer deres ressurser over tid. Når aktivitetene har blitt selvforsterkende, er ikke ytre påvirkning like viktig. Moe (2018) hevder at deltakelse på tilrettelagte aktiviteter, fremmer gode opplevelser under og etter trening. Hvis disse gode opplevelsene ikke kommer til uttrykk, må opplegget endres (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Moe, 2018, s. 155).

«Fra sirkus til seier» er en kvalitativ studie av Finsen et al. (2021) som tok for seg erfaringer med FA for brukere innen rus og psykiatri. Gjennom seks kvalitative intervjuer ble deltakernes erfaringer med FA gjennom et gruppetilbud, leddet av fysioterapeut, undersøkt. Funn i denne studien indikerer at deltakelse på gruppetrening med oppfølging av fysioterapeut kan spille en viktig rolle for å oppnå ro i hverdagen, faste rutiner og å være del av et felleskap. Gruppetreningen i seg selv spilte en viktig rolle både sosialt, psykologisk og biologisk (Finsen et al., 2021). Sosial støtte har betydning for menneskets mestring og velvære og det er ett viktig aspekt i helsefremmende interaksjon (Drageset, 2014).

Studien av Wild (1998) undersøkte pasientens tro på effektivitet av rusbehandling. I denne studien var viktigheten av oppfatning av motivasjon både hos pasienter og terapeutene undersøkt. Resultatene viser til at motivasjonen fra terapeutene var enten autonom eller kontrollert. Samtidig kommer det frem at behandlingen av alkoholavhengighet var mest effektiv når pasienter og terapeuter var autonom motiverte til å delta i behandlingsprosessen. Her kommer det også frem at pasientgruppen som opplevde ytre press og kontrollert motivasjon fra sin terapeut, hadde minst effektiv behandling (Wild, 1998). På bakgrunn av dette kan relasjonen mellom pasient og terapeut oppleves som støttende eller ikke. Sosial støtte fremmer en følelse av trygghet, lettelse, indre ro og tilfredshet (Haugan & Rannestad, 2016, s. 46).

Fenomenet empowerment er basert på dialogen mellom helsearbeider og bruker. Denne innebærer maktfordelingen, å gi brukeren nok plass for innvirkning og medbestemmelse over situasjonen de befinner seg i. Dette for å styrke brukeres innsikt, aksept og mestringstro, som videre fremmer helse generelt (Haugan & Rannestad, 2016, s. 47). En vil tilstrebe å frigjøre menneskets egne iboende muligheter, samtidig som det vil bli tatt vare på i en sosial kontekst. Hjelp må således gis der folk bor og beveger seg, og konflikter må løses der de oppstår (Borge, 2000, s. 37). Normann et al. (2013) hevder at brukere av helsetjenesten uttrykker misnøye, med at hjelpere ofte ikke har anledning og tid til å høre på historien om deltakerens liv, i en form som faller naturlig (Normann et al., 2013, s.115)

Dersom FA assosieres med behov for dyre klær og medlemskap på treningsstudio kan det oppstå økonomiske utfordringer. Deretter skape grunnlag til inaktivitet blant mennesker som trenger å delta i FA mest, for å øke aktivitetsnivået i hverdagen. Samtidig vil assosiasjonen til veltrente og vakre menneskene som framstilles i reklamen kunne virke fremmedgjørende «dit kommer jeg aldri, om jeg så trener så hard!». FA i folkehelsearbeidet bør derfor bygges rundt

en oppvurdering av de enkle og kostnadsfrie aktivitetene, uten utstyr- eller kroppsfokus- slik vil mennesker lettere kunne delta i FA og fremme sin helse (Bonsaksen, 2014, s. 132).

2.7 Mestring

Mennesker møter ofte sykdom, helsesvikt, funksjonstap og trusler om tap og død. Slike hendelser representerer ofte krevende livssituasjoner, hvor mestring er avgjørende for helse og livskvalitet (Drageset, 2014, s. 85). Begrepet mestring anvendes for å beskrive individets tanker og atferd i problematiske eller konfliktfylte møter med omgivelsene. Mestring dreier seg om hvordan mennesker møtes belastende livssituasjoner (Drageset, 2014, s. 85). FA kan ses på som en god resurs ved at personen selv kan oppleve å ta i bruk egen mestring og finne meningen gjennom aktiviteten. Å gjøre denne aktiviteten i samvær med andre kan styrke den indre opplevelsen av sammenheng (Borge, 2018, s. 31). Pasienter med alvorlige rusproblemer har fortalt hvordan FA har hjulpet dem i bedringsprosessen (Borge et al., 2013, s. 932). FA har bidratt til å tilegne seg bedre vaner, dempet abstinenssymptomer, ga opplevelse av frihet, men samtidig struktur i hverdagen, og bidro til motivasjon og håp. Forskingen fremmer en likestilt samarbeid mellom helsepersonalet og pasienter, samt. tilbud deltakerne får til å aktivt delta i egen behandling, som viktig for en opplevelse av mestring (Borge et al., 2013, s. 937).

Del 3.0 – Metode – en kvalitativ studie

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for valg av den metodiske tilnærmingen, hvordan prosjektet var tenkt og planlagt, samt hvordan det ble gjennomført i praksis. Forskerens forkunnskaper om temaet hadde påvirkning av prosjektets planlegging i forkant av prosjektstart, noe som vil bli trukket frem og belyst i dette kapitlet. Videre vil etiske refleksjoner rundt prosjektet bli belyst. En presentasjon av prosjektets deltakere og rekruttering, samt innsamlingsmetode og utvikling av en intervjuguide vil være en stor del av kapitlet. Det vil bli presentert utførelsen av prosjektets pilotstudie, prosedyre, dataanalyse, før validitet og reliabilitet blir presentert til slutt.

3.1 Metodisk tilnærming

«Veien til målet» kan trekkes ut fra ordet metode (Kvale & Brinkmann, 2012).

Problemstillingen og hvilke spørsmål en ønsker å undersøke er avgjørende for tilnærmingen, den valgte «veien» til å besvare oppgavens problemstilling (Jovanovic, 2021, eget arbeid; Kvale & Brinkmann, 2012). Dalland (2020) viser til Aubert (1985) sin definisjon av metode: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (s. 53). Det skilles hovedsakelig mellom kvalitative og kvantitative metoder (Dalland, 2020, s. 54).

Malterud (2017) viser til at kvalitative metoder kan benyttes for å få tak i mer kunnskap om menneskelige egenskaper som opplevelser, tanker, erfaringer, motiver, forventninger og handlinger (Malterud, 2017, s. 31). Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling: «*Hvordan kan fysisk aktivitet bidra til å skape mestring hos rusavhengige gjennom treningskontaktordningen i en kommune på Vestlandet?*» var ikke forskningen ute etter målbare eller tallbaserte enheter, men heller ute etter å innhente meninger, opplevelser og erfaringer rusavhengige mennesker har. Denne forskningen ble bygd på et kvalitativt design, og menneskets egne erfaringer sto i fokus.

Kvalitativ metode falt naturlig for dette prosjektet, av den grunn at rusavhengighet handler om sensitive og personlige forhold. På bakgrunn av dette ble kvalitativ metode ansett som den mest passende tilnærmingen for dette prosjektet (Dalland, 2020, s. 54). Datainnsamling i kvalitative tilnærminger skjer som oftest gjennom intervju, fokusgruppe eller observasjon.

3.2 Forforståelse

Tjora (2021) påpeker at «det er viktig for prosjektets pålitelighet å reflektere over om en har noe til felles med informantene, eller om man har spesiell kunnskap om engasjement, og hvordan slikt kan ha påvirket tilgangen til feltet, utvalg, datagenerering, analyse og resultater» (Tjora, 2021, s. 280).

Forskerens bakgrunn som treningskontakt har bidratt til å utvikle interesse for temaet. Samtidig har ett positivt forhold til trening og bevegelse, vært med på å klargjøre ståstedet når det gjelder FA og helsefremmende arbeid. Kunnskapen knyttet til FA og helse har blitt tilegnet gjennom masterstudiet i idrettsvitenskap, bachelor som faglærer i kroppsøvfingsfaget og idrettsfag via idrettslinjen på videregående nivå. Interessen for temaet strekker seg tilbake til ungdomsårene hvor forskeren som privatist tok en ekstra utdanning for å bli helsefagarbeider. Erfaring med mennesker med rusavhengighet utviklet seg gjennom arbeid hjemmetjenesten, hvor kontakt med mennesker med rusavhengighet var en del av hverdagen.

Forskerens forforståelse har vært med på å redegjøre for menneskets individuelle og unike opplevelse av FA. Samtidig var fokuset rettet mot å skille egen erfaring og kunnskap bort fra deltakere i denne studien. Med tilegnet kunnskap om hvordan FA har en positiv effekt for mennesker flest, har forskeren også vært oppmerksom på at FA og trening kan ha negative effekter. Eksempelvis kan noen av negative effekter være stort fokus på utseende, overdrevet fokus på kosthold, dysfunksjonell treningsatferd, doping og sosiale medier som igjen kan bidra til kroppspress. Derfor var det ett valg å ta dette med i oppgaven, for å undersøke erfaringene hver enkelt deltaker løftet frem som motivasjonsfaktorer eller som begrensninger for sin deltakelse i treningskontaktordningen.

3.3. Etiske refleksjoner

I følge Dalland (2012) handler ikke etiske vurderinger bare om å følge regler men også om refleksjoner rundt de etiske dilemmaene som kan oppstår under forskningssprosessen (Dalland, 2012, s. 167). Temaer knyttet til rusavhengighet kan for mange oppleves som sårbart, derfor var det viktig å ta hensyn til denne sårbarheten i forskningsprosjektet. Det elementære var å få tilstrekkelig med informasjon om deltakeres utfordringer, uten å grave for mye i fortiden eller å gjøre intervjusituasjonen ubehagelig.

3.3.1 Tillatelse til å gjennomføre prosjektet

Rekrutteringen av deltakerne handler å finne mennesker som på best mulig måte kan gi innspill til forskningens problemstilling (Dalland, 2020, s. 79). Det var viktig å undersøke hvilke informanter som var passende, hvor de kunne oppsøkes, og hvem kunne gi forskeren påkrevet tillatelse til gjennomføring av datainnsamlingen (Dalen, 2011, s. 31). Før forskningen startet, sikret forskeren seg tillatelse til å samle inn data via Norsk senter for forskningsdata (NSD). Etter at personopplysningsloven ble innført i 2001, er det meldeplikt for prosjekter som behandler sensitive opplysninger (Dalen, 2011, s. 100).

Det pågående forskningsprosjektet var meldepliktig, som følge av innhenting og behandling av personopplysninger ved bruk av lydopptak. Samtidig ble det innhentet deltakernes signatur med en samtykkeerklæring, og bakgrunnsinformasjon som kjønn og alder. Prosjektet ble meldt inn til NSD, som vurderte at behandlingen var i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den ble gjennomført i tråd med prosjektbeskrivelsen (se vedlegg A).

Målgruppen for forskningsprosjektet var rusavhengige personer, og det ble innhentet opplysninger om deltakeres helseopplevelse. Følgelig ble kravet om å melde prosjektet til Regional forskningsetisk komite (REK) vurdert. Fredrik Rongved (personlig kommunikasjon 27. september 2021), en representant av REK, påpekte i e-post at denne studien var utenfor deres mandat; deltakelse var basert på eget samtykke, og prosjektet søkte ikke ny kunnskap om sykdom/helse. Det var derfor ikke nødvendig å søke om forhåndsgodkjenning (se vedlegg B).

En kommune på Vestlandet ble kontaktet for å innhente tillatelse til å forske på brukere av treningskontaktordningen; en skriftlig søknad med informasjon om formålet med studien ble sendt til kommunen (se vedlegg C). Samtidig ble det gjort rede for datainnsamlingen i søknaden. Forventet nytteverdi for kommune ble fremhevet; denne studien kunne gi en bedre innsikt i hva brukere av denne ordningen løfter frem som viktig for opplevd mestring og motivasjon i hverdagen. Kommunen (personlig kommunikasjon 26. oktober 2022) gjennom en mail, vurderte prosjektet som viktig og ga sin tillatelse for at studien kunne gjennomføres.

3.3.2 Informert samtykke, konfidensialitet

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) må deltakerne informeres om studiens formål, hovedtrekkene i designet, og mulige fordeler og risikofaktorer ved å delta i studien. I tillegg må forskeren sikre at de involverte i studien deltar frivillig, og opplyse om muligheten til å

trekke seg fra prosjektet uten å måtte oppgi grunn (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 88). Det er gitt grundig informasjon om prosjektet i forkant av intervjuene, og deltakerne har signert samtykkeerklæring før intervjustart (se vedlegg F). Deltakelse i studien var frivillig og deltakerne kunne velge å trekke seg fra studien når som helst underveis i forskningsprosessen om de skulle ønske det. De var informert at det skulle ikke ha konsekvensen for deres deltakelse i de store prosjektet som de deltar i.

Konfidensialitet i kvalitativ forskning handler i all hovedsak om enigheten man har med de involverte, når det gjelder hva som blir gjort med datamateriale som produseres gjennom deres deltagelse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). Privat informasjon skal ikke avsløres, og alle som er deltakende i forskningen har krav på å bli behandlet konfidensielt (Thagaard, 2013). I følge Kvale og Brinkmann (2015) er det nødvendig å stille spørsmål om hvem skal ha tilgjengelighet til innhentet informasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, 106-107). Følgelig fikk deltakerne vite hvem som skulle få innsikt i deres utsagn. Deltakerne i denne studien ble gjort oppmerksomme på dette gjennom informasjonsskrivet (se vedlegg E) samt gjennom en muntlig gjennomgang av informasjonen.

Enkeltpersoner skal skånes mot skade, og dette gjøres ved at forskningsarbeidet anonymiseres. Dermed skal ingen kunne kjennes igjen i det ferdige forskningsresultatet. Skal privat informasjon publiseres, må skal dette godkjennes av informanten på forhånd. Informasjon om anonymisering var gitt til deltakerne, gjennom et skriftlig informasjonsskriv (se vedlegg E). For å ikke gjenkjenne seg i forskningsprosjektet, ble hver deltaker tildelt en bokstav og ett tall som vist i del 3.4.1 *deltakernes bakgrunn*. Intervjuene ble i tillegg transkriberte over til bokmål, ettersom enkelte deltakerne hadde dialekt, noe som kan være med på å avsløre deltakernes identitet på bakgrunn av et snevert rusmiljø og få deltakere. Navn som ble innhentet ved samtykkeskjemaet, ble erstattet med en kode, lagret på egen liste og adskilt fra øvrige data. One Drive ble brukt som lagringssted; der all innsamlende informasjon ble kode beskyttet. Deltakere som deltok i et telefon intervju ga sitt samtykke gjennom dataprogrammet SurveyXact, og informasjon om deltakernes navn ble ikke innhentet.

3.3.3 Risikoanalyse/vurdering i forskning med mennesker

Rusavhengige regnes som personer som befinner seg i en sårbar posisjon. Sårbarhet er et menneskelig fenomen, og er ikke forbeholdt spesielle grupper. Følgelig blir sårbarhet sett på som et essensielt kjennetegn ved det å være menneske (Andvig, 2010, s. 51). Forståelse av

individets sårbarhet, og forskerens evne til å møte deltakerne med omsorg og sympati, kan føre til at forskeren er tillitsverdig til behandlingen av deltakerens utsagn (Andvig, 2010, s. 52).

Forskeren bør ha kompetanse nok til å gjennomføre datainnsamlingen, på en måte som belaster deltakerne minst mulig. Intervjuer bør være forberedt på å håndtere eventuelle problemer som kan oppstå, både underveis og etter datainnsamling. Eksempelvis kan enkelte deltakerne ha behov for oppfølging, og forsker/student må kunne hen vise vedkommende til riktig instans, som for eksempel psykolog eller en støttegruppe. I studentprosjekter har veileder et særskilt ansvar for planlegging av datainnsamlingen og god oppfølging både av studenter og informanter.

Etter en anbefaling fra veilederen og NSD sin representant (personlig kommunikasjon, 5. oktober 2022) ble det utarbeidet en risikoanalyse knyttet til intervju og innsamling av data (Se vedlegg H). Blant annet ble det tatt hensyn til fare for verbal misbruk, brann, fare for mangel av organisering, som kunne føre til uønsket omtale av Universitetet i Stavanger. Det ble tatt hensyn til utfordringer med databeskyttelse og lagring av data, fare for emosjonelt stress og fare for akutt alvorlig sykdom eller skade. Ved å vise forståelse for mulige risikoer som kunne oppstå i en intervjusituasjon, ble det tatt hensyn til evnetulle løsninger i forkant av intervjuet, og å kunne sikre deltakerne en mer behagelig opplevelse.

3.4. Utvalg og rekruttering

Et «strategisk utvalg» blir brukt når grupper eller enkeltindivider blir rekruttert til et forskningsprosjekt på bakgrunn av deres relevans for studien, som kan være basert på blant annet livsstil, aldersgruppe, kjønn og/eller yrke (Dalland, 2020, s. 59). Deltakerne for forskningsprosjektet ble rekruttert gjennom treningskontaktordningen, i en kommune på Vestlandet. I denne undersøkelsen var deltakere rusavhengige mennesker med en aktiv deltakelse i treningskontaktordningen i samme kommune. Det kvalitative intervjuet undersøker dybden i deltakerens utsagn, således kan ikke antall deltakere vært for stort. Gode samtaler med en, to eller tre intervjupersoner kan gi rik data av høy kvalitet (Dalland, 2020, s. 81).

I henhold med oppgavens tema var det ønskelig å komme i kontakt med rusavhengige mennesker mellom 20-30 år, som var aktive i treningskontaktordningen ved intervjuet; fra 0-6 måneder. På grunn av Covid-19 situasjonen i Norge var det svært begrenset hvor

mange treningskontakter som ble koblet med brukere i 2021. Følgelig åpnet forskningen opp for rusavhengige mennesker; med treningskontakt lenger enn 0-6 måneder. Opprinnelig skulle deltakernes alder være mellom 18-30 år, og undersøkelsen skulle dermed være rettet mot unge voksne med rusavhengighet. Kravet til deltakerens alder endret seg til 20-50 år, grunnet få påmeldte deltakere i det nedre aldersspennet.

Forfatteren av denne studien har selv jobbet som treningskontakt, og henvendte seg direkte til en kommune på Vestlandet for tillatelse for å gjennomføre prosjektet. I første omgang ble det gitt tillatelse for prosjektgjennomføringen. Kommunen ønsket at rekruttering av brukere skulle foregå via en av lederne for treningskontaktordningen. Videre ble det tatt kontakt med treningskontaktene som kunne melde inn om de hadde aktuelle brukere til denne forskningen (se vedlegg D). Det var sju personer som meldte seg til intervjuet, to av deltakerne takket nei før selve intervjuet. Denne fremgangsmåten blir ofte betegnet som «snøball» metoden (Dalen, 2011, s. 53).

3.4.1 Deltakeres bakgrunn

Fire kvinner og en mann (totalt N=5) ga sitt samtykke til deltakelse i studien, og gjennomførte ett individuelt intervju hver. Deltakerne i studien (n=5) var mellom 21-49 år, med en gjennomsnittlig alder på 34 år, og har hatt en treningskontakt mellom 0-2 år. Felles for deltakerne i studien var en bakgrunn som rusavhengig, samt en pågående utfordring med rus i det intervjuet tok sted. Alle kandidater var hjemmeboende og klarte seg selv i det daglige.

For å skille mellom deltakerne ble de tildelt en bokstav og ett tall. Deltakerne ble beskrevet med; K (kvinne), eller M (mann), med hver sitt nummer. Under følger en presentasjon av deltakerne i denne studien:

1. **K1** var 23 år, og har vært rusavhengig i 5 år med alkohol som hovedutfordring. Denne deltakeren har hatt treningskontakt i over ett år, og har stor interesse for dans.
2. **K2** var 49 år, og har vært rusavhengig i 30 år, alkohol som hovedutfordring. Denne deltakeren har hatt treningskontakt i under ett år, og har tidligere hatt stor interesse for turn og styrketrening.
3. **K3** var 21 år, og har vært rusavhengig i 3 år med alkohol som hovedutfordring. Denne deltakeren har hatt treningskontakt i 1,5 år, og har hatt interesse for håndball og styrketrening.

4. **K4** var 41 år, og har vært rusavhengig i 20 år, alkohol som hovedutfordring. Denne deltakeren har hatt treningskontakt i over ett år, og har interesse for enkelte aktiviteter, som å gå tur.
5. **M1** var 39 år og har vært rusavhengig i 20 år, med alkohol som hovedutfordring. Denne deltakeren har hatt treningskontakt i 1 år, og har tidligere ikke hatt stor interesse for FA og trening. Denne deltakeren har blant annet spilt fotball, i ungdomstiden.

K2 melder en skade i skulderen, samt. lange depresjonsperioder gjennom livet. K23 melder til en utfordringer knyttet til angst og diabetes type II. Dette er faktorer som kan skape utfordringer i forhold til bevegelse.

3.5 Datainnsamlingsmetode – intervju

Kvalitativ forskningsintervju ble brukt som datainnsamlingsmetode. I følge Dalland (2020) er målet med det kvalitative intervjuet å forstå verden fra intervjupersonens side. Gjennom en samtale mellom forsker og intervjuer utveksles det synspunkter, og formålet er å skape en mening rundt det som blir sagt, og videre, utvikle kunnskap (Dalland, 2020, s. 68).

Forskningen tok utgangspunkt i rusavhengige mennesker og FA, samt. deres opplevelse av å delta i treningskontaktordningen. Det kvalitative intervjuet brukes til å skaffe kunnskap som kan føre til bedre forståelse av intervjupersonen og andre personer i samme situasjon (Dalland, 2020, s. 68).

Kvalitative intervjuer kan utformes og legges opp på forskjellige måter, og dermed styres i ulike retninger. De ulike formene er; lite strukturert intervju, strukturert intervju og delvis strukturert intervju. Thagaard (2009, s. 89) beskriver kvalitative forskningsintervjuet som «en samtale mellom forsker og informant som styres av de temaene forskeren ønsker å få informasjon om» (s. 89). Denne forskningen tok utgangspunktet i et delvis strukturert tilnærming, altså et semistrukturert intervju. Kvale og Brinkmann (2012) definerer det semistrukturerte intervjuet som:

Et semistrukturert intervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver. Denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkninger av meninger med fenomenene som blir beskrevet. Det ligger når opp i en samtale i dagliglivet, men har som profesjonelt intervju et formål. (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 47)

Det kvalitative intervjuet i denne forskningen ble basert på en delvis strukturert intervjuguide (se vedlegg G). De temaene forskeren undreøkte var i utgangspunktet bestemt på forhånd, men rekkefølgen ble bestemt av selve intervjuet. Følgelig kunne forskeren følge opp deltakerens utsagn, og samtidig sørge for at de temaene som var viktige for problemstillingen, ble diskutert i løpet av intervjuet (Thagaard, 2013, s. 98). Denne studien søkte kunnskap om motivasjon, utfordringer og mestring knyttet til FA, og dermed ble disse temaene løftet frem som aktuelle for diskusjon.

3.6 Utvikling av intervjuguide

I følge Dalen (2011, s. 26) vil det være behov til å utarbeide en intervjuguide i alle prosjekter som anvender intervju som metode. En intervjuguide omfatter sentrale tema og spørsmål som til sammen skal dekke de viktigste områdene studien skal belyse. Det gjelder å stille spørsmål på en slik måte at deltakerne åpner seg og forteller med egne ord om sine opplevelser. Måten en stiller spørsmål på, skal sette i gang deltakerens fortelling (Dalen, 2011, s. 27). Intervjuer inneholder hovedspørsmål, oppfølgingsspørsmål og prober (Thagaard, 2013, s. 100).

Hovedtemaene i intervjuguiden (se vedlegg G) som ble valgt ut for å følge opp oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål var «*deltakerens bakgrunn*», «*fysisk aktivitet*», «*mestring*» og «*motivasjon*». Språket var tilpasset målgruppen, slik at spørsmålene ikke var vanskelige å forstå. De første spørsmålene tok for seg brukernes bakgrunn knyttet til FA. I tilknytting til disse spørsmålene ble det ramset opp ting som: «*lagidrett*»; «*skolesammenheng*» og «*fritid*», for å igangsette intervjuet. Videre ble det hentet informasjon rundt deltakernes erfaringer med FA, samt hvilke aktivitetsformer deltakerne foretrakk. Temaene «*motivasjon*» og «*mestring*» belyste problemstillingen i oppgaven direkte; erfaringer av motivasjon og mestring for deltakelse i treningskontaktordningen.

Hensikten med oppfølgingsspørsmål er at forskeren skal få en mer nyansert informasjon om teamet intervjupersonene beskriver. Dette kan være spørsmål som å utdype ett svar, eller ved å gi mer informasjon om det de allerede har fortalt (Thagaard, 2013, s. 101). For å unngå korte svar og komme i dybden på ett bestemt tema, ble alle hovedspørsmål i intervjuguiden fulgt opp med refleksjoner rundt oppfølgingsspørsmål. Ett eksempel på oppfølgingsspørsmål var det første spørsmålet i intervjuguiden «*Kan du fortelle meg noe om forholdet ditt til fysisk aktivitet som barn*». Hvis svaret på dette spørsmålet var kort, som for eksempel: «*Forholdet*

til FA var bra» var det nødvendig å være forberedt på å følge opp ordet «*bra*» for å komme skape en dypere mening.

Avslutningsvis ble det gitt en mulighet for deltakerne å kunne komme med mer informasjon dersom ønskelig. Samtidig en mulighet til å gi tilbakemelding til intervjuer om hvordan det opplevdes å delta på ett intervju.

Prober er spørsmål eller kommentarer som bidrar til å skape flyt i samtalen, slik at det oppleves mest mulig naturlig. Forskeren kan bruke prober for å gi tilbakemelding til intervjupersonen, og for å vise sitt interesse for det deltakeren har å fortelle. Følgelig kan forskeren også vise et interesse for mer informasjon. Prober kan blir utformet som spørsmål eller en type respons som «ja...», «hmm» eller ett nikk fra intervjuer sin side (Thagaard, 2013, s. 102).

Det kreves en god del ferdigheter fra intervjuer for å kunne improvisere i løpet av et semistrukturert intervju. Forskeren blir utfordret til å lytte godt til det ideltakeren deler, og må være egnet til å fange opp verbale- og kroppslige- signaler, og deretter få fatt i de aktuelle temaene med oppfølgingsspørsmål. Nøye fornedrelser av temaer som skal dekkes, for å kunne generalisere intervjuet, kommer frem i ett semistrukturert intervju. For å kunne forberede seg best som intervjuer kan det være nyttig å gjennomføre ett eller flere pilotintervju.

3.6.1 Refleksjoner rundt prosedyre for pilottesting

For å teste intervjuguiden, samt. forskeren som intervjuer, er det i en kvalitativ undersøkelse verdt å gjennomføre ett eller flere pilotundersøkelser. Resultatene i pilotintervjuet kan føre til gode tilbakemeldinger for forskerens væremåte i intervjusituasjonen, samt et kritisk blikk på spørsmål i intervjuguiden (Dalen, 2011, s. 30). Samtidig kan en prøve ut diktafonen, for å sikre at alt som blir sagt på intervjuet, har blitt tatt opp.

Prøveintervjuet ble gjennomført med en bachelorstudent på idrett ved Universitet i Stavanger. Kompetansen hennes innfor feltet idrett, FA og helse, resulterte i en konstruktiv tilbakemelding knyttet til formulering av lettforståelige spørsmål. Det første pilot intervjuet resulterte i en følelse av at forskeren har overkjørte deltakeren, og det ikke ble tatt tid til å lytte til informasjonen som ble delt. Følgelig ble det utfordrende å stille relevante oppfølgingsspørsmål og intervjuet ble i stor grad styrt av intervjuguiden. Viktigheten av å øve

inn spørsmålene på forhånd ble løftet frem, slik at fokuset i intervjuet ble rettet mot informasjonen som ble delt.

Lydopptakenes størrelse og plassering under intervjuet ble vurdert. For å sikre kvalitet i intervjuene ble teknisk utstyr testet på forhånd (Dalland, 2020, s. 93). På grunn av Covid 19 situasjonen i Norge var det ved intervjuet anbefalt å holde minst to meter avstand fra andre mennesker. Det ble sørget for at rommet var stort nok til å kunne holde avstand, slik at bruk av munnbind ikke skulle være en utfordring i lydopptaket. Likevel prater mennesker med forskjellig lydvolument og testing av lydopptakets kvalitet med én meter avstand fra deltakeren var viktig. Denne forskningen inkluderte bruk av Nettskjemadiktafon å ta opp deltakernes utsagn, og fanget 45 min av samtalen om gangen. Etter 45 min ble det tatt en pause, for å starte diktafonen på nytt.

Etter pilottesting ble det satt en forventet varighet på ca. 40 minutter per intervju. Det ble satt av 2 timer per deltaker, for å kunne notere inntrykk i etterkant, og for at tiden ikke skulle bli en stressfaktor som kunne påvirke resultatene.

3.7 Prosedyre

I følge Kvale og Brinkmann (2012) finnes det en asymmetrisk maktforhold mellom intervjuer og informanten i kvalitative forskningsintervju. Intervjuer definerer intervjusituasjonen og har ansvar for at intervjupersonen føler seg komfortabel i situasjonen. De første minuttene av intervju er avgjørende, ettersom det helt i starten skapes et førsteinntrykk av intervjueren (Kvale & Brinkmann, 2012). Tre av de fem intervjuene ble gjennomført med fysisk oppmøte, to av intervjuene ble omgjort til telefonintervju, etter deltakerens ønske. De tre fysiske intervjuene ble gjennomført på et bestemt møterom uten forstyrrelser. Rommet var utstyrt med gode lysforhold, samtidig som det ikke var trafikk av folk inn i lokalet. Lydopptakene fra intervjuene ble lagret i et nettskjema, der informasjon ble innelåst med kode og ble slettet etter prosjektets avslutning. Lydfilen ble dermed ikke lastet ned på en lokal maskin.

Før selve intervjuet startet ble fokuset rettet mot at ideltakeren skulle oppleve at det var behagelig å delta. Intervjuer presenterte seg selv, og samtidig takket deltakeren for å ha stilt opp. Deretter fikk deltaker tilbud om kaffe og vann, og det ble satt i gang en uformell samtale om været og formen til deltakeren. Dette ble gjort for å få i gang en samtale og bryte det asymmetriske maktforholdet mellom intervjuer og deltaker (Kvale og Brinkmann, 2012). Informasjonsskriv med samtykkeskjema ble delt ut slik at deltakeren kunne bli kjent med

innholdet i studien og gi sitt skriftlig samtykke til å delta. Før oppstart oppsummerte forskeren informasjonsskrivet muntlig for å sikre at informasjonen ble forstått.

En detaljert forklaring over bruk av diktafon i studien, følg med, samtidig som en forklaring på hvordan denne fungerte i praksis ble utført. Informasjonen om at all innhentet informasjon knyttet til deltakeren blir slettet etter oppgaven er godkjent, ble også formidlet. Informasjon om muligheten til å trekke seg fra studien om ønskelig ble framlagt. Videre ble det fortalt at deltakere når som helst kunne avbryte intervjuet uten konsekvenser. Forskeren formidlet deretter takknemlighet for intervjupersonens deltakelse i studien. Deltakeren fikk like etter en mulighet til å stille spørsmål, før selve intervjuet ble satt i gang.

Et særlig viktig poeng i kvalitativ forskning er at prosjektets design må gi grunnlag for fleksibilitet. Fremgangsmåten må kunne endres på grunnlag av den informasjonen forskeren får fra deltakere (Thagaard, 2013, s. 55). To av informantene uttrykte ønske om å gjennomføre telefonintervju. Følgelig ble informasjonsskrivet og skriftlig samtykke, ved hjelp av Survey Xcat, omgjort til ett digitalt dokument slik at informantene i forkant av intervjuet kunne bli kjent med innholdet og gi sitt samtykke. Muntlig informasjon om prosjektet, samt en oppsummering av informasjonsskrivet ble framlagt. Som konsekvens av å ikke fysisk møte deltakerne ble selve starten på telefonintervju endret. For å skape en trygg situasjon, samtidig bryte barriere mellom forskeren og deltakeren, ble det satt i gang en uformell samtale om vær og formen til deltakeren. Deltakeren ble spurt om de satt komfortabelt i stolen, og om de ønsket å hente vann før intervjuet startet.

Ved intervjuets slutt fikk deltakeren mulighet til å komme med annen relevant informasjon, som ikke hadde kommet frem i intervjuet. Deltakeren fikk informasjon om at det transkriberte intervjuet kan bli tilsendt til vedkommende for å dobbeltsjekke at all informasjon stemmer. Dette takket alle deltakerne «nei» til.

Å ta være på samtalen slik at det blir brukbare data som belyser problemstillingen, er en minst like stor utfordring som det å gjennomføre selve intervjuet (Dalland, 2020). Lydopptaket tar vare på det som blir sagt, og fanger opp nyanser av språk og emosjoner. Samtidig blir kroppsspråket ikke fanget opp, så dette ble fanget opp ved å ta notater i etterkant av intervjuer. For at forskeren kunne frigjøre seg selv under intervjuet, ble det ikke tatt notater under selve intervjuet, for å unngå å miste oversikten over det som ble sagt, samt muligheten

til å tolke underveis (Dalland, 2020). Etter hvert intervju ble det brukt ca. 20 minutter på å skrive ned tanker og notater fra intervjuet. Blant annet kom det utsagn som kunne anses viktige for oppgaven etter at lydopptaket tok slutt. Det opplevdes nyttig å skrive ned notater rett etter gjennomført intervju, ettersom all informasjon fortsatt var ferskt. På denne måten sørget forskeren for at notatene var riktig mulig og at opplevelsen av intervjuet ble bevart. Her ble det også beskrevet atmosfære i intervjuet.

Ett annet tiltak forskeren brukte for å vurderer sårbarhet i intervjuet var å spørre deltakere om hvordan det opplevdes å være med på intervjuet (Hummelvoll, 2010, s. 42). Alle deltakere beskrev dette som en behagelig opplevelse, som følge av et ikke overdrevet fokus på rusmisbruk ettersom spørsmålene var rettet mot motivasjon til FA. To av informantene ble til dels rørt og fortalte at dette var en viktig tema. Intervjupersonene var fornøyde for å kunne hjelpe å skape større forståelse rundt tema, og forbedre treningskontaktordningen. To av intervjupersonene fortalte at de ved intervjutidspunktet følte seg forkjølet, noe som kunne ha redusert entusiasme og energinivået i samtalen.

3.8 Dataanalyse

I denne delen vil prosedyren for dataanalysen bli gjort rede for. Ettersom dette er en kvalitativ studie, og innebærer fem (n=5) individuelle intervju, blir det reflektert over styrker og svakheter knyttet til metodevalget. Deretter en redegjørelse av hvordan validitet og reliabilitet blir tatt hensyn til i denne studien.

3.8.1 Dataanalyse – konkret og presis beskrivelse av hvert steig involvert i dataanalysen

Kvale og Brinkmann (2012) løfter frem viktigheten av å være i forkant, slik at en er bevisst på hvordan intervjuene skal analyseres før en utfører selve intervjuet. Bevisstheten for analyseprosessen kan bidra til å skape en grunnmur i analysen og guide forskeren videre i arbeidet (Kvale & Brinkmann, 2012). Denne studien anvender en analysemetode som i litteraturen omtales som tematisk analyse (Braun og Clark, 2006). Tematisk analyse passer forskningsspørsmålene og tematikken, i den sammenheng å tolke og trekke inn ulike aspekter og perspektiver relatert til problemstillingen (Braun & Clarke, 2006, s.79). Braun og Clarke trekker frem tematisk analyse er nyting for uerfarne forskere, den er oversiktlig og fleksibel (Braun & Clarke, 2006, s.81). Selve analysen tar utgangspunkt i Braun og Clark (2006) sine seks faser innen tematisk analyse.

3.8.2 Fase en. Bli kjent med data

Den første fasen i en tematisk analyse handler om at forskeren skal bli kjent med materiale (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Datamateriale ble innhentet av forfatteren av denne studien, slik at det skjedde en interaksjon mellom forskeren og intervjupersonen. På denne måten startet analysen med noen forkunnskaper og tanker rundt datamateriale. For å bli bedre kjent med innholdet i intervjuene ble det muntlige intervjuet gjort om til en skriftlig tekst.

Dataprogrammet Nvivo ble brukt for å utføre transkriberingen på en mer oversiktlig måte. Transkribering innebærer å gjøre det muntlige intervjuet om til skriftlig tekst. Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) blir det lettere å få oversikt over intervjuet når det er i tekstform, og det transkriberte intervjuet er også bedre egnet for analysering (Kvale & Brinkmann, 2012). Forskningen inkluderte fem semistrukturerte intervju, hvor transkriberingen fra tale til tekst av hver tok ca. 3-4 timer per intervju. De fem intervjuene inkludert i denne forskningen gav totalt 40 sider med tekst og var grunnlaget for analysen.

I fase én startet transkriberingsprosessen, der forskeren underveis i transkriberingen fikk noen tanker om ulike tema og sammenhenger i datamaterialet. Deretter kunne en lese gjennom materialet spørrende og interessert, samtidig notere mulige tema og mønster som kom opp i transkriberingen av data. For å gjøre materielle lettere tilgjengelig ble det skrevet ut på papir etter at intervjuene ble anonymisert og transkribert. Etter å ha lest det transkriberte materielle ble det umiddelbart lagt merke til temaer deltakende løftet sterkest frem. Selvbestemmelse, relasjon mellom bruker og treningskontakt, sosial støtte, økonomisk støtte, fagkompetanse og organisering ble løftet frem som viktige tema.

3.8.3 Fase to. Koding

Etter å ha blitt kjent med intervjumateriale og dannet en viss oversikt over datamateriale, følte det naturlig å videreutvikle analysen til fase to. Denne fasen kjennetegnes med danning av koder (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Dette for å kunne systematisk identifisere og sortere datamateriale i ulike grupper. Det ble utarbeidet koder som skilte seg fra tema, som mer spesifikke og konkrete. Kodene ble utarbeidet med studies forskningsspørsmål i bakhodet.

Braun og Clark (2006) råder om at forskeren skal kode med mange potensielle temaer, av den grunn at forskeren er uvisst om nytten av disse kodene senere i drøftingen av prosjektet (Braun & Clarke, 2006, s. 88). «*Gratis treningsarena*» var et eksempel på en kode deltakere mente med at tilbudet for treningskontakt var gratis, «*relasjon med treningskontakt*» var en

kode for at treningskontakten ofte fungerte som en venn og treningspartner framfor en behandler. Systematisk arbeid med datamaterialet, med oppmerksomhet rettet likt til alle deler av den transkriberte teksten kan få frem gjentatte mønstre eller tema. Dataprogram Nvivo var til god hjelp i koding prosessen, ved å merke og navngi et utvalg av tekster innenfor ulike kategorier. Deler av datamateriale ble kodet flere ganger, og kunne kategoriseres under flere tema.

3.8.4 Fase 3. Se etter bredere tema, sortere koder

Etter å ha kodet materielle, begynte arbeidet med å se etter bredere tema (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Som følge av å ha blitt kjent med datamaterialet, sitter en igjen med en lang liste av kodet, indentifisert gjennom gjennomgangen av datasettet. Forskeren har i denne studien samlet flere koder og skapt ett mønster knyttet til hovedtema og problemstillingen, og deretter plassert passende koder under hvert tema. Et tema omfatter noe viktig relatert til problemstillingen. I artikkelen til Braun og Clarke (2006) anbefaler forskerne om å ta i bruk ett tankekart eller en tabell i arbeidet med å samle de ulike kodene under ett bredere tema (Braun & Clarke, 2006, s. 90).

For å lage en oversikt over kodene i datamaterialet ble det utformet en tabell. Kodene ble plassert under et bredere tema, slik at hvert tema inneholdt mange koder. Dermed ble det naturlig utarbeidet undertemaer til hver av hovedtemaene. I denne fasen ble det identifisert hvilke koder ikke passet under noen av temaene, noe som trekkes fram som vanlig i denne fasen av analysen. Som en avslutning av fase tre, ble det trukket frem fem hovedtema, «effektiv sosial støtte fremmer mestring», «økonomi og organisering» og «mestring og motivasjon til å fortsette med trening». «brukeren bestemmer selv» og «personlige erfaringer og kompetanse» Under hver av utvalgte tema ble det lagt ti undertemaer, som vil videre bli presentert i resultatkapitlet.

3.8.5 Fase 4. Kvalitetssjekk

I denne fasen går en på nytt gjennom temaene for å sjekke kvaliteten. Dette for å sjekke om temaer går for mye inn i hverandre og egentlig kan slås sammen, eller om det er for lite data til å støttes på. Andre temaer kan brytes ned til to separate (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Etter en grundig gjennomgang av kodene under hvert tema, opplevdes det som nødvendig å slå sammen temaene. Temaene «*brukeren bestemmer selv*» og «*ta i bruk personlige erfaringer*» ble slått sammen med temaet «effektiv sosial støtte fremme mestring». Ingen av

temaene ble ekskludert grunnet lite datagrunnlag. Denne fasen baserte seg på en gjennomgang av tekstutdragene under hvert tema, for å forsikre meg at utdragene fortalte en historie rundt temaene. I slutten av denne fasen ble temaene sammenlignet med hele den transkriberte teksten, for å undersøke om det fantes koder som tidligere ble oversett, og som nå passet under ett eller flere av de tre utvalgte temaene.

Slutten av denne fasen burde gi en god ide av hva de ulike temaene representerer, hvordan de passer sammen, og gi en forståelse over overordnet historie den forteller om innsamlet data. (Braun & Clarke, 2006, s. 92).

3.8.6 Fase 5. Definerings og navngiving av tema

Med dette menes å defineres og navngi det endelige hoved- og undertemaer som blir presentert i analysen (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Samtidig tar denne fasen for seg definering av essensen hver enkelt tema handler om, og definering av hvilke aspekter av data temaene tar for seg. Braun og Clarke (2006) trekker frem viktigheten av å ikke bare sitere de viktige delene informantene velger å fortelle, men identifisere hva er det som faktisk er interessant ved utvalgte utsagn, og hvorfor (Braun & Clarke, 2006, 92). Det ble lagt vekt på å navngi temaer som representerte deltakernes utsagn. Lange intervjuutdrag ble konkretisert og forkortet, for å unngå for omfattende informasjon. For hvert tema må en skrive en detaljert analyse, samtidig identifisere historien temaet har å fortelle, dette knyttes opp mot problemstillingen. På slutten av denne fasen, er det viktig å kunne definere hva temaene er. For å teste dette prøvde forskeren å forklare innholdet av hvert tema i noen få setninger. Som resultat av denne fasen ble det definert tre hovedtemaer.

3.8.7 Fase 6. Avsluttende analyse og presentasjon av data

Til slutt inkluderer fase seks en avsluttende analyse og presentasjon av data. Det ble undersøkt om analysen kunne relateres til problemstillingen og litteraturen. Samtidig måtte presentasjon av funn ikke være overfladisk, men heller argumentert i forhold til problemstillingen (Braun & Clarke, 2006, s. 93). Selv om den tematiske analysen i denne oppgaven ble presentert punktvis på en systematisk måte, har analysearbeidet vært mer aktivt, hvor temaene ble lagt og slettet. Når det er sagt, viser slutten av denne analysen til tre hovedtemaer og undertemaer, og resultatene i denne analysen blir presentert i kapittel 4 – *Resultater*.

3.9 Validitet og pålitelighet

Validitet handler om tolkning av data, hvorvidt tolkningene man gjør er gyldige. Dette for å undersøke om resultatene i undersøkelsen representerer den virkeligheten vi har studert (Thahaard, 2013, s. 204). Prinsippet om pålitelighet fokuserer på selve forskningsprosessen, og forskerens ansvar om å sikre at forskningsprosessen er godt dokumentert og at den vil kunne spores tilbake (Patton, 2015).

Dalen (2011) trekker frem betydningen av å gjøre rede for forskerens spesielle tilknytning til det fenomenet som skal studeres (Dalen, 2011, s. 94). Det kvalitative intervjuet bygger på samspill mellom informantene og forskeren. Forskerens forståelse og kompetanse på området som skal studeres er en viktig faktor for validiteten i studien. Derfor er det viktig å vise hvordan forskeren som person kunne ha påvirket arbeidet og resultatene. Mye kunnskap om temaet kan være positivt for å stille relevante spørsmål. Samtidig kan en utfordring til validitet være at forskeren nullstiller sin forforståelse før intervjuene for å klare å få tak i informantenes egne opplevelser og erfaringer.

Silverman (2014) påpeker at for å styrke studiens reliabilitet, er det viktig å tydeliggjøre hvordan analysen ble gjennomført. Dette ble gjort gjennom en grundig gjennomgang av alle seks steg i analysen, for å begrunne kriteriet til temaer som resulterte fra analysen. I tillegg vises det til resultatene i studien som ett eget kapittel i denne oppgaven. Dette for å tydeliggjøre skille fra deltakernes utsagn og forskerens tolkninger og teori (Silverman, 2014).

Creswell (2009) trekker frem kollegaveiledning som en viktig faktor for å styrke studiens validitet (Crawell, 2009, s. 192). Dette prinsippet ble oppfylt ved at forskeren under hele prosessen hadde en veileder som leste gjennom arbeidet, ga konstruktive tilbakemeldinger og råd knyttet til prosjektet, samt stilt kritiske spørsmål rundt studien. Forskeren har i tillegg benyttet seg av en medstudent på masterstudiet som har lest gjennom oppgaven og gitt sitt perspektiv sett utenfra. Grønmo (2018) trekker frem samtaler og diskusjoner med andre om innsamlet materiale som viktig for oppgavens validitet (Grønmo, 2018, s. 255-256).

Diskusjoner og samtaler med veileder har hjulpet å finne frem til viktige poeng, som kanskje hadde blitt oversett uten disse samtalerne. Veileder har også vært med på å godkjenne intervjuguiden før den ble tatt i bruk, noe som styrker validiteten. For å styrke troverdighet ble det lest relevant litteratur hvor forskeren satt seg inn i eksisterende forskning på feltet og har tatt til seg veiledning med både veilederen og medstudenter på Universitet i Stavanger.

Studiens kvalitet avhenger i stor grad av forskerens ferdigheter som intervjuer (Anderson, 2010, s. 3). Således kan mangel på erfaring med å utføre et intervju være en svakhet spesielt knyttet til nye forskere. Uten mye erfaring som intervjuer, ble kunnskap og erfaring til gjennomføring av intervju tilegnet gjennom å lese litteraturen og gjennomføre pilotintervjuene. Selv om en utfører forarbeid for å sikre best mulige resultater i intervjuet, kan det alltid diskuteres om resultatene hadde vært bedre dersom forskeren tilegnet seg mer erfaring som intervjuer på forhånd.

For å sikre data av høy kvalitet må intervjuer stille «gode» spørsmål som gir informantene mulighet til å komme med innholdsrike og utdypende uttalelser (Dalen, 2011, s. 97). Oppfølgingsspørsmål ble stilt på en måte som inviterte deltakere til å reflektere over temaene, og oppfordre til å gi fyldige kommentarer. Utsagn forskeren ønsket dypere innsikt på, ble fulgt opp med spørsmål som «kan du utdype det» og «tenker du at». Der det passet naturlig var forskeren oppmerksom på å gi en tilbakemelding, og vise sin interesse for det deltakere valgte å dele. For å sikre data av høy kvalitet ble gjennomført et pilotintervju, som resulterte i flere justeringer på både intervju spørsmål og forskernes egen oppmerksomhet. Samtidig ble det sjekket at lyden fungerte fra to meter avstand slik at dette ikke skapte utfordringen ved transkriberingen av data. Innholdet i utsagnene var klare, slik at dette reduserte feil som kunne oppstå i transkriberingen hvis forskeren ikke forsto deltakerens utsagn.

Jacobsen (2010) mener at to forskere kan transkribere intervjumateriale på to ulike måter. I denne oppgaven er datamaterialet transkribert, uten å ta med pauseord eller setninger som ikke ble fullført. Dette for å skaffe mer oversikt i intervjuene og forenkle arbeidet, av den grunn at intervjuene i utgangspunktet var lange (Jacobsen, 2010, s. 192-193). Verktøy som blir brukt for å gjøre transkriberingen mer effektivt er programmet Nvivo.

Bruk av intervju i studiens kvalitativ metode undersøker dybden og detaljer rundt deltakerens erfaringer med å delta i treningskontaktordningen. En kvantitativ metode er derimot ikke egnet for å fange opp detaljer. I tillegg kan et semistrukturert intervju skape en trygg situasjon, og bidra til en uformell samtale, som følge av at ikke alle spørsmålene var bestemt på forhånd. Følgelig kan det skapes mer rom for informasjon som deltakeren selv er opptatt av. Utdypende forklaringer og beskrivelser fra deltakerne gir data av høy kvalitet. En utfordring og potensiell svakhet ved en slik samtale er at den kan føre til avsporing fra de utvalgte temaene for intervjuet.

Pragmatisk validitet blir løftet frem av Tjora (2019). For å styrke pragmatisk validitet kan en argumentere for at analysen bidrar til å svare på problemstillingen, og at denne kunnskapen kan brukes (Tjora, 2019, s.144). Den nåværende studien kan være nyttig for Treningskontaktordningen, for å utvikle bedre forståelse over hva som er viktig for brukere med rusbakgrunn, og bedre forstå viktigheten med helsefremmende arbeid. Samtidig kan studien være nyttig for framtidige kandidater i treningskontaktordningen, som kan få bedre opplærte treningskontakter, med større forståelse på hva det skal legges størst vekt på. Studien kan også sette søkelys på treningskontaktordningen som ett viktig tiltak for rusavhengige mennesker, i forbindelse med at tiltak legger vekt på helsefremmende arbeid med FA.

Ettersom dette er en kvalitativ studie, kan ikke funnene generaliseres, blant annet fordi det er få informanter som gir sitt perspektiv om fenomenet. Creswell (2009) påpeker likevel at en godt dokumentert prosedyre for kvalitativ forskning kan være med på å argumentere for at studien kan repeteres (Creswell, 2009, s.192). Likevel kan funnene fra denne studien være med på utdype eksisterende forskning, og løfte frem viktigheten av temaet.

Del 4.0 - Resultater

Dette kapitlet presenterer resultatene fra den tematiske analysen som ble gjennomført med fem intervjudeltakere. Målet med oppgaven var å undersøke rusbrukeres egne opplevelser av mestring knyttet til treningskontaktordningen. Hovedtemaer, med flere undertemaer ble utviklet fra det transkriberte intervjumateriale. Som følge av den tematiske analysen resulterte intervjumateriale i tre hovedtema: (1) Effektiv sosial støtte fremmer mestring, (2) Økonomi og organisering og (3) mestringsfølelse og motivasjon til å fortsette med trening. Se *Tabell 1* for en oversikt over tema og undertema.

Tabell 1

Tema og undertema

<i>Hovedtema 1: Effektiv sosial støtte fremmer mestring</i>	Undertema
	1.1 Relasjon med treningskontakt 1.2 Bygge på sterke sider 1.3 Treningskontaktens fagkompetanse
<i>Hovedtema 2: Økonomi og organisering</i>	2.1 Gratis helsefremmende arena og treningskontakt 2.2 Preferanser rundt valget av treningskontakt 2.3 Tilgjengelig treningskontakt
<i>Hovedtema 3: Mestringsfølelse og motivasjon til å fortsette med deltakelse i FA</i>	3.1 Kroppslige endringer 3.2 Positive følelser 3.3 Følelsen av ansvar

4.1 Effektiv sosial støtte skaper mestring

I samtalen med informantene kom det tydelig frem at treningskontaktene hadde en viktig rolle for å fremme deltakeres motivasjon til trening. I analysen av hvordan sosial støtte påvirket brukeres motivasjon ble det identifisert følgende undertemaer; «*relasjon med treningskontakt*», «*treningskontaktens fagkompetanse*» og «*tilrettelegging for mestring*».

4.1.1 Undertema. Treningskontakt – en viktig person

Det første undertemaet tar for seg viktigheten av en god relasjon med treningskontakt og bruker, for å fremme motivasjon og mestring. Alle informantene forteller at treningskontaktene var opptatt av å fremme deltakerens helse gjennom treningen. En av informantene forteller at treningskontakten ikke så på henne som er rusavhengig person, men heller som et menneske som har utfordring til å motivere seg til trening og oppnå sitt potensial. En deltaker sa: *«Det er veldig viktig å ha den delen som heter "vennskap" eller god relasjon med han du trener med. Da er det mye lettere å komme seg på treningsstudio, ute på tur, sykle eller bare gå ut døren»* (39-år-gammel-mann). Informantene forteller også at de har utviklet en vennskapelig relasjon med treningskontakten sin, at de opplever dem som greie og hyggelige. Den personlige relasjonen de to partene løftes frem som en stor motivasjonsfaktor for deltakelse i denne ordningen.

Deltakere forteller om tidligere erfaringer med trening samt treningskontakt, der den personlige relasjonen viste seg til å være en utfordring knyttet til å fortsette med trening. K49 beskriver tidligere erfaringer med trening som: *«...overfra og ned, mens nå er det slik at begge to er likeverdige når det gjelder bestemmelse, og jeg synes det er helt fint»*. Forskjell på alder mellom bruker og treningskontakt kan også spille en stor rolle. En deltaker forteller at det å ha en kontakt som var på lik alder som henne utgjør en stor rolle i det å komme seg på trening,; det følte ut som hun bare var ute med ei venninne. Tidligere erfaringer har vist seg å begrense motivasjonen framfor å bidra til økt aktivitetsnivå. Hun oppsummerer dette med *«Jeg har hatt en kontakt som var på lik alder som mormor. Da stresset jeg hvis jeg traff noen jeg kjenner. Jeg synes det var flaut»* (21-år-gammel- kvinne). Deltakere i denne studien formidler at en faktor som skapte trygghet og var motivasjonsfremmende var at treningskontaktene deltok i treningen sammen med dem, og som følge av det anses det som viktig å ha vennskapelig støtte fra treningskontakten.

4.1.2 Undertema – bygge på sterke sider

Informantene trekker fram at det å tilrettelegge for aktiviteter som treffer deres interesse var viktig for å oppleve mestring og kontroll over sitt eget liv. Det kommer frem at treningskontakter er opptatte av akkurat dette: *«Hun har til og med være med å leid hest. Og hun hater egentlig hester. Men siden det var noe jeg ville så fikset hun det med engang.»* forteller K23. Det å bygge på informantenes interesser og sterke sider kan i følge M39 også være med å utvikle det informantene allerede trives å gjøre. Han deler videre at

treningskontakten finner «nye steder å gå tur, nye stier hvor vi kan sykle. Han finne på noe nytt nesten hver dag, og det syns jeg er gøy.» Slik utvikles kunnskap og erfaringer deltakeren allerede har med å være i aktivitet, og byr på flere arena og utfordringer som deltakeren og treningskontakten kan prøve ut og erfare sammen. K49 forteller at hun har en skade skulderen som hindrer i å utføre styrkeøvelser for overkroppen hun ønsker. Hun har sammen med treningskontakten funnet en «en alternativ løsning til de øvelsene jeg ikke kan gjøre, som for eksempel squats, så er det vanlig å ta vektstangen bak hodet, men det kan ikke jeg nå. Da tar jeg vektene i hånda istedet også utfører jeg øvelsen på en annen måte.» framfor å finne en helt annen aktivitet å drive med. Hun anser tilrettelegging av øvelser som motiverende for videre deltakelse i treningskontaktordningen.

Treningskontaktordningen bidro i følge deltakere i å utvikle sitt kompetanse innenfor aktivitetene de er interesserte i. Utvikling av deres egne interesser fremmer følelse av mestring og kontroll over sitt eget liv. En av deltakere var glad i å trene styrke men hadde ikke tidligere erfaring med trening på ett treningssenter. I følge denne deltakeren var mangel på tidligere erfaring en motivasjonsbegrensende faktor til å opprette medlemskap på ett treningssenter på egen hånd: «Jeg hadde ikke noe tidligere erfaring med treningsstudio, før vi sammen dro dit. Nå har jeg fått en god del erfaring, jeg kunne også mye mer enn jeg trudde.» (39- år- gammel-mann). En kvinnelig deltaker deler at hun har en utfordring knyttet til høyder, samtidig som hun ikke er glad i å gå toppturer. Individuell tilpasning som treningskontaktordningen bidro med var å begynne på klatring. I intervjuet forteller informanten at «jeg er livredd for høyder, så det er ikke slik at vi går på den høyeste fjelltoppen. Men for eksempel så er jeg interessert i klatring, der er det en annen form for høyde som er inkludert. Da fikk jeg utfordret meg på det, og fikk fort opplevd at jeg fikk det til å klatre, og fikk enorm mestringsfølelse av det» (23-år-gammel-kvinne).

Deltakere melder at de har selv meldt seg på treningskontaktordningen, som antyder at de allerede er motivert til å drive med FA. En deltaker avslører; «Jeg kunne jo meldt pass. Det er helt frivillig å delta her, det er ingen som tvinger meg» (41-år-gammel.kvinne). En gjennomgående rød tråd for alle deltakere i studien er at har valgt treningskontaktordningen fordi tilbudet treffer deres interesse om å være fysisk aktiv i hverdagen. Deltakers utsagn tyder på at aktivitetstilbudet er deltaker-sentrert, tilrettelagt, tailored og målrettet. Felles for alle informantene var at nøkkelen for det å delta i denne ordningen var fordi de selv kan velge hvilke aktiviteter de ønsker å drive med. Det gjør de aktivitetene de er komfortable med og

blir ikke tvunget til å gjøre noe de ikke ønsker; «*Det er jo mye gøyere å gjøre det jeg selv liker, og ikke bli fortalt hva jeg skal gjøre*» (39-år-gammel.mann).

Flere deltakere understreker at de kjenner sine behov når det gjelder det å være fysisk aktiv. De opplevde at de ble støttet i sine avgjørelser knyttet til planlegging og gjennomføring av aktivitetene. En deltaker sier: «*Det er ikke vanskelig for meg å ha den medbestemmelsen når det gjelder hva vi skal trene. Jeg føler at jeg har veldig god innsikt i kroppsfunksjonene mine og vet hvilke hensyn jeg må ta med tenkte på trening. Jeg vet hva jeg trenger og vil, og det tror jeg hun også forstår, som gjør at vi gjør de tingene jeg er opptatt av*» (49-år-gammel-kvinne). Igjen ble det personlige og individuelle medvirkning understreket.

4.1.3 Undertema - Treningskontaktens fagkompetanse

Kompetansen til treningskontakten var ikke av stor betydning til intervjupersonene. De beskriver det motsatte, at det at de opplever at de trener med enn venn og ikke en fagperson, fremmer en følelse av normalisering, og videre motivasjonen deres til trening: «*det føles ikke ut som at han jobber, men at vi er bare to venner som trener sammen*». Informantene beskriver at maktforholdet med treningskontakten er likt, begge to er likeverdige og det er ikke en som bestemmer mer enn den andre: «*Forholdet er ikke ovenfra og ned, men vi begge er med i denne prosessen og ønsker å hjelpe hverandre. Dette gir meg motivasjon til å fortsette.*» Tidligere erfaringer med å trene med en fysioterapeut, PT eller trener har kunne fremheve enn følelse av at sykdommen ble satt i fokus, framfor helse og muligheter brukere selv har.

Informantene fremmer viktigheten av personlige egenskaper hos treningskontakten framfor viktigheten av fagkompetansen. Det å ha en «*...grei person, som er veldig ivrig og positiv, er en veldig god støtte for meg*» forteller K29. Dette skaper en mer avslappende relasjon til treningen, og fremmer motivasjonen til å fortsette: «*Hvis jeg hadde hatt en PT så hadde jeg nok inntatt en mer profesjonell rolle, og blitt en utøver igjen. Mens med treningskontakten så trener vi sammen, vi snakker om både rus, erfaringer, og hverdagslige ting. Det er nok stor forskjell på fokuset der.*»

En annen måte viktigheten av fagkompetanse til treningskontakten kommer til uttrykk gjennom deltakerens opplevelse at personer uten særlig mye treningskompetanse, men som var glad i FA, bidro sterkt til å opprettholde motivasjonen til trening. Samtidig kunne det

fremme mestring i å gjøre noe meningsfullt for treningskontakten også: «...*Han jeg er med nå trener det litt selv, så han gjør det både for seg selv og for meg. Da sitter jeg ikke igjen med den tanken at det bare er meg, at han skal hjelpe meg, men heller at vi hjelper hverandre*» forteller M39.

4.2 Tema 2: Økonomi og organisering

Funnene i Tema 2 viser at informantene at gratis trening med egen treningskontakt var en viktig faktor for å starte opp med treningen. Deltakere i denne studiet angir at det er dyrt å drive med trening og ser på dette som en utfordring. Samtidig var informantene opptatte av hvordan tjenesten var organisert og strukturert.

4.2.1 Undertema - Gratis helsefremmende arena og treningskontakt

Det framkom av dette undertemaet at gratis trening med egen personlig assistent spilte en stor rolle i det å starte å fortsette med trening. Samtidig fortalte informantene at trygge omgivelser og ett sted å være med treningskontakten har vært viktig. Videre fortalte informantene at det opplevdes positivt at møtepunktet for treningen var i «normale omgivelser» og ikke på sykehuset eller hos fysioterapeut. Dette kunne minne om sykdom og dårlige nyheter. Det at treningen kunne gjennomføres på ett vanlige treningssenter, ute i naturen eller på der de selv ønsket, løftet frem en følelse av tilhørighet i samfunnet. Dette åpnet opp for nye gode opplevelser, i motsetning til en rehabiliteringsinstitusjon. M39 forteller at: «*Det at vi får gratis tilgang til treningssenter gjør jo at mulighetene våre er mye større, fordi vi vett uansett at vi kan alltid gå dit*». På denne måten blir det å gjennomføre treningen lettere tilgjengelig, med tanke på både utsyr og ett sted å gjennomføre treningen på. Dette vises også til å være viktig hos M49 fordi hun «*ikke er glad i intervuset. Så i oktober til mars, så liker jeg ikke å gå tur ute. Jeg trives ikke med å gå ute når det er kaldt*».

Flere av deltakere påpekte at hvis dette ikke var ett gratis tilbud, så hadde det ikke hatt råd til å betale for det. De fortalte at det kunne føre til at de mest sannsynlig ikke hadde vært fysisk aktive. K 49 forteller at: «*Hvis dette ikke var en gratis tilbud, så hadde jeg nok ikke gjort det selv og jeg hadde ikke begynt med treningen igjen.*» Både tilbud om gratis treningskontakt og sted å være utgjør en stor rolle, dette henger sammen og utgjør en stor rolle for brukere av treningskontaktordningen M39 forteller at: «*Jeg kunne betalt en måneds avgift på ett treningssenter, men jeg i tillegg skulle betalt for å ha han med meg så hadde jeg ikke fått råd til det, og uten han hadde jeg ikke vært like motivert til å starte opp.*»

4.2.2 Undertema - preferanser rundt valget av treningskontakt

Deltakere i denne studien fremhever at kommunen har vært nysgjerrig på deres preferanser knyttet til treningskontakt og har i en stor grad lyktes med å koble de med en treningskontakt ut i fra det de selv ønsket. Deltakere fikk tilbud om en treningskontakt som var interessert i samme type aktiviteter «*det var hun som har hjulpet meg til å begynne med dans igjen, fordi hun gikk allerede på dans selv*». Bakgrunn og alderen til treningskontakten hadde også en stor rolle: «*når jeg søkte om treningskontakt så sa jeg at jeg ønsket en som var på min alder, og jeg fikk det. Og nå kunne det ikke vært mer perfekt.*» (21-år-gammel-kvinne)

En av deltakere forteller også at det å ha fått akkurat den personen hun ønsket til å være treningskontakt, framhever en følelse av trygghet, og dermed viste hun hva hun møter på treningene, og var trygg på at hun hadde god kjemi med treningskontakten sin: «*Min treningskontakt har også vært rusavhengig før. «Jeg visste hva jeg går til. Jeg visste at hun var en person jeg kunne lett snakke med om alt. Vi viste at vi hadde god kjemi. Jeg forsto at hvis vi traff hverandre for å trene, så kunne vi også snakke*» (49-år-gammel-kvinne).

4.2.3 Undertema – tilgjengelig treningskontakt

Tidspunktet for trening var også tilpasset hver enkelt deltaker. Avtale for når treningen skulle skje var mellom treningskontakten og intervjupersonen. På denne måten var det lettere å finne tilgjengelig tidspunkt, da dette ikke bare var på dagtid i ukedagene, men treningen kunne skje når det passet for begge partene. Intervjupersonene framhever også muligheten om å ta kontakt og gi beskjed om at de ikke var i form til å være fysisk aktive til den avtalte tiden. Det kommer også frem at informantene kunne ønsket mer tid med treningskontakten, og at 10 timer i måned ikke er nok. Informantene forteller også at treningskontaktene er fleksible og ofte kan bruke mer tid på dem enn det som står i kontrakten. På denne måten opplevdes ikke dette som en form for jobb, men heller som vennskap mellom to mennesker.

Alle deltakere uttrykker at det å få en treningskontakt tar lang tid. For noen tok det opp til ett år, noe som kan oppleves som en faktor som begrenset motivasjonen «*Jeg merket at jeg ble forbannet at det tok så lang tid, og mistet litt av den motivasjonen til å starte opp*» forteller M39. Deltakere uttrykker at det er utfordrende å drive med aktivitet på egenhånd og fremmer viktigheten av å gjøre denne prosessen mer effektiv. Deltakere etterlyser mulighet for å fortsette å trene med treningskontakt etter kontrakten går ut, men vet ikke hvordan muligheter de har for det. De forteller samtidig at det er lettere å motivere seg når de vet at det er noe fast

å forholde seg til. De ønsker å kunne fortsette å trene med samme treningskontakt, og at kontrakten de har gir dem en form for sikkerhet: «*Vi har en kontrakt at denne treningen skal fortsette til slutten av juni vertfall, det er motiverende i seg selv*» forteller K23.

4.3 Tema 3: Mestringsfølelse og motivasjon til å fortsette med trening

Informantene i denne studien oppgir at den viktigste motivasjonsfaktoren til å fortsette er at alle har opplevd fysiske endringer til det bedre fra tiden de har begynt med treningen. «*Jeg har gått ned ett par kilo, og er motivert til å også kutte ut røyk da jeg føler at kroppen har hatt en framgang, jeg ønsker ikke å ødelegge det, da jeg føler meg mye bedre både fysisk og psykisk.*» Samtidig viser resultatene at informantene opplevde at det framdelens er utfordrende å fortsette med trening på egenhånd; «*jeg begynner å føle at jeg har litt kontroll og etterhvert kan også begynne å gå litt alene*» (41-år-gammel-kvinne). Alle deltakere merker en god framgang og er ett eller flere steg nærmere akkurat det, å trene på egenhånd.

På den andre siden opplever informantene endringer knyttet til følelse av glede og trivsel av å delta i treningskontaktordningen. Det opplever en større grav av velvære og; «*...kjenner at trening vekker til liv, jeg får den gamle driven, instinktene kommer tilbake. Du føler deg litt bedre, litt kvikkere, det vekker positive følelser, og det tror jeg er veldig viktig for meg som har slitet med rusmisbruk*» forteller K49. Dette kan tyde på at treningen har bidratt til å styrke selvfølelsen hos deltakere.

Motivasjonen for å delta på trening har hos deltakere i denne studien variert fra dag til dag. På slike dager ønsket informantene ofte å holde seg hjemme, og ikke trene. Følelsen av ansvar for at et annet menneske ventet på dem, og bevisstheten rundt at treningen blir tilpasset etter deres dagsform, var stor motivasjonsfaktor. «*Jeg føler jeg ikke bare kan blåse i det. Jeg føler jeg må møte opp, men samtidig syns jeg som sagt at det er gøy. Det er vel det som er hovedmotivasjonen.*» forteller K49. Denne følelsen av å klare å møte opp til avtalte tidspunkt og samtidig oppleve mestring har hos M39 styrket en følelse av selvtillit. Han forteller videre at «*Hvis jeg fortsetter å trene med han så ser jeg ett punkt der jeg har kommet så langt at jeg får meg jobb igjen. Så dette tilbudet har bidratt til det også.*». Alle informantene opplevde på denne måten en god balanse mellom det å bli støttet i sine utfordringer, men samtidig ble utfordret til å ta et steg videre, for å klare ting på egenhånd.

Del 5.0. - Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatene bli diskutert i lys av relevant teori og empiri som ble presentert tidligere i denne oppgaven. Diskusjonskapitlet er strukturert som følgende:

1. Oppsummering av studiens viktigste funn
2. Effektiv sosial støtte som fremmer mestring
3. Økonomi og organisering
4. Mestring og motivasjon til å fortsette med trening
5. Praktiske implikasjoner og anbefalinger for videre forskning
6. Styrker og svakheter med metodevalget
7. Konklusjon

Emnene motivasjon, autonomi, sosial støtte, kompetanse og empowerment knyttes opp mot resultatene i analysen.

5.1 Oppsummering av studiens viktigste funn

Tre overordnede temaer ble generert fra dataene. Det første temaet fremhevet den eksisterende sosiale støtten fra treningskontakten som en viktig faktor for å fremme mestring hos deltakerne i denne studien. Alle deltakerne løftet frem en vennskapelig relasjon med treningskontakten framfor ett profesjonelt samarbeid, som en motivasjonsfremmende faktor. De rapporterte også om utfordringer knyttet til treningskontaktens kompetanse for FA og helse, og hvordan kompetansen kunne oppleves motivasjonsfremmende eller hemmende. Det første temaet fremhevet et ønske om ett vennskapelig sosial støttekontakt og skreddersydde tilpasninger til aktivitetsvalget.

Det andre temaet framhevet et ønske om den praktiske gjennomføringen og ressursene i treningskontaktordningen som helsefremmende og motiverende for mennesker med rusavhengighet. Det siste temaet tok for seg forståelsen av begrepet helse: viktigheten av å kunne se forbi de utfordringene hos mennesket, og å fokuset mot ressursene for å fremme mestring.

5.2 Effektiv sosial støtte som fremmer mestring

Som nevnt innledningsvis hevder Davidson et al. (2009) at mennesker med rusavhengighet ofte opplever sosial ekskludering og at de blir plassert på sidelinjen. Viktigheten av å tilby

mennesker med rusproblemer sosial støtte, kan forbedre livskvaliteten og redusere risiko for alkoholforbruk (Muller et al., 2017, s. 431). Resultatene i denne studien viser til sosial støtte som helt sentralt for deltakerens motivasjon for deltakelse i FA.

5.2.1 Deltakerens relasjon med treningskontakten

Alle informantene løfter frem viktigheten av den individuelle relasjonen med sin treningskontakt. I tråd med Dragset (2014) har relasjonen mellom deltakeren og treningskontakten betydning for menneskets mestring og velvære, og det er ett viktig aspekt i helsefremmende interaksjon (Dragset, 2014, s. 85).

Normann et al. (2013) hevder at brukere av helsetjenesten ofte opplever misnøye, men at hjelpere ikke har anledning og tid til å høre om deltakerens liv (Normann et al. 2013, s.115) Slike erfaringer kan være et utgangspunkt i en asymmetrisk samtale, ettersom hjelpeapparatet ikke har nok tid til å lytte på deltakerens ønsker. Således kan en samtale om sykdom, diagnose og behandling være sentralt. Ut ifra den helsefremmende tankegangen kan det være viktig å legge til rette for en dialog der det asymmetriske forholdet mellom bruker og hjelpeapparatet brytes.

Deltakerne i den nåværende studien beskriver en treningskontakt som tok seg tid til å lytte til historien om deres liv, erfaringer, interesser og mål på en måte som falt naturlig. Følgelig kan en oppleve å bli tatt vare på, og samtidig forsterke en følelse av å høre til i et felleskap. Ved at deltakerne eksempelvis fyller inn ett skjema med informasjon om bakgrunnen sin, vil treningskontakten lese personalia fra et skjema. Hvis treningskontakten tar seg tid til å gjennomføre en direkte samtale med brukeren, i stedet for å lese personalia fra et skjema, kan det være med på å skape bedre relasjoner og færre misforståelser. Slik kan treningskontakttjenesten være sikker på at brukeren blir sett og hørt. På denne måten kan er i følge Sengrül et al. (2017) tilby aktiviteter som treffes deltakerens interesse, verdier og utviklingsnivå (Sengrül et al., 2017, s. 5-6) I tråd med Starrin og Tenquist (2007) kan det på denne måten skapes et klima for hele mennesket, og deres individuelle erfaringer blir tatt på alvor. Samtidig kan kommunikasjonen mellom treningskontakten og brukeren bevege seg fra diskusjon om sykdom til en mer helsefremmende dialog (Starrin, 2007; Tenquist, 2007).

Deltakere i det nåværende forskningsprosjektet løfter frem viktigheten av å kontakte treningskontakten når de selv ønsker. Ifølge deltakerne tok treningskontakter seg tid til å prate både før-, under- og etter trening. Individuell trening med en treningskontakt trekkes frem for

å støtte deltakeres mulighet til å bestemme aktivitetene selv, og samtidig skape et godt samarbeid. Trygge rammer skaper positive opplevelser rundt FA og øker brukerens motivasjon til å fortsette med FA; ergo strider resultatene i denne studien imot mye av forskningen der gruppetrening med oppfølging av en fagperson løftes frem som best måte å støtte rusavhengige mennesker sosialt (Finsen et al., 2021). I en stor gruppe kan det være utfordrende å ta seg tid til å lytte til alle, der mennesker som trenger oppfølgingen mest, kan bli oversett. Hvordan en blir tatt imot av treningskontakten kan være betydningsfull for videre trivsel og motivasjon.

Resultatene i denne studien tyder på at kontrollert motivasjon fra hjelperen kan være motivasjonsbegrensende, og resultere i at rusavhengige mennesker trekker seg fra deltakelse i FA. Basert på kunnskapen som foreligger, er en av tre viktigste faktorer for å fremme motivasjon å tilfredsstille behovet for autonomi (Deci & Ryan, 1995). Dette innebærer at en opplever seg selv som en årsak eller kilde til sin atferd. Med en treningskontakt som forsøker å regulere deltakeres atferd utenfra, i form av for eksempel overbevisning over at den valgte aktiviteten er bedre for deltakeren, kan følelse av autonomi hos deltakeren svekkes og slik tankegang kan være en motivasjonsbegrensende faktor.

Betydningen av å innta et empowerment perspektiv i møte med mennesker er viktig for at menneske skal kunne utvikle seg i kraft av eget styrke, og å tro på at det er mulig å ta kontroll over sitt eget liv (Starrin, 2007; Tengquist, 2007). En god relasjon skapes når brukeren kan se at det finnes et menneske bak den profesjonelle fasaden. I sammenheng med Karlsson og Bord (2013) skapes det en grunnmur i relasjonen, i det genuine møtet mellom to mennesker, der begge opplever at de er verdsatte og likeverdige. Å være konsekvent i hvilket språk en bruker i dialog med rusavhengige mennesker kan anses som viktig for det helsefremmende arbeidet og for å styrke deltakernes selvtillit og kompetanse (Haugan & Rannestad 2016, s. 47). Ved å bruke et språk som ikke er profesjonelt og sykdomsdominerende kan sette hele personen i fokus, og fokuset faller vekk fra sykdommen. Ett eksempel på dette kan være at brukere i treningskontaktordningen ikke kalles for pasienter, men får mulighet til å fremme hele mennesket ved bruk av sitt eget navn og på denne måten utvikles en bedre relasjon til treningskontakten.

Deltakerne i den nåværende studien opplever trygghet med å være fysisk aktive med sin treningskontakt. Treningskontaktene bør i stor grad forsøke å fremme brukerens selvstendighet knyttet til FA og ikke skape et avhengighetsforhold. Ved å utfordre deltakere

til å bestemme både aktiviteter, treningsøvelser og gåturer selv, kan følelsen av selvstendighet fremmes. Sammen med dette, kan en anbefaling være å utfordre brukere av treningskontaktordningen til å utføre en selvstendig FA en gang i uken, for å kunne forebygge en avhengighetsskapende forhold med treningskontakten. Bratland et al. (2019) peker på en utfordring ved å bryte treningskontaktens profesjonelle rolle: samspillet mellom hjelperen og brukeren burde i stor grad fremme selvstendighet slik at brukeren på sikt skal klare å trene uten treningskontakt, framfor å stadig befinne seg i en trygg ramme som ble skapt under deltakelse i treningskontaktordningen (Bratland et al., 2019, s. 217).

5.2.2 Fagkompetanse til treningskontakten

I en randomisert kontrollert studie av Cabe et al. (2020) ble FA løftet frem som en mer fleksibel, trygg og mindre stigmatiserende tilnærming til den tradisjonelle medisinske behandlingen (Cabe et al, 2020, s.1). Resultatene i den pågående studien forteller at ved å delta i treningskontaktordningen får brukere en følelse av å være «vanlige» mennesker og ikke pasienter med rusavhengighet. Informantene ønsket heller ikke å defineres som hun som har avhengighetsproblem. Samtale med leger, fysioterapeuter og PT kunne minne deltakerne om sykdom og behandling. Selv om informantene var klare over sine avhengighetsutfordringer, ville de ikke at «rusavhengighetsetiketten» skulle følge dem overalt. I tråd med at sosial konstruktivisme er i «empowerment» tekning, kan den vennskapelige relasjonen mellom to mennesker være en viktig faktor. Ved å fremme en slik relasjon kan hele personen komme i fokus, og ikke bare diagnosen, slik at fokuset faller vekk fra rusavhengighet (Langeland, 2007).

Treningskontaktens kompetanse knyttet til FA og helse var varierende. Et av kravene til å bli treningskontakt er å gjennomføre seks timer med opplæring (Jensen, 2021). Det kan diskuteres om denne opplæringen er tilstrekkelig nok til å kunne gi den beste hjelpen. Hvis rusavhengige mennesker ikke får den hjelpen de ønsker, er misfornøyd eller ikke er motivert, er kanskje kompetansen til treningskontakten en faktor som spiller inn. Deltakerne har i løpet av intervjuet delt sine tidligere erfaringer med FA, og hvordan det å bli fortalt hva de skal gjøre kan være en motivasjonsbegrensende. En årsak til dette kan være at treningskontakter mangler den didaktiske og pedagogiske kompetansen som kreves for å tilpasse treningen og gi deltakere mulighet til å medvirke i sin læringsprosess. I tråd med Mæland (2016) bygger den helsefremmende ideologien på at enkeltindivider må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen. Ved å rette oppmerksomhet mot det å bygge relasjon, tilpasse

enkeltindividet og utfordre deltakeren til utvikling, kan dette bidra til et sunnere samfunn (Mæland, 2016, s.79). Ved å innføre større oppmerksomhet på empowerment tenking i opplæringen av treningskontakter, kan det resultere i å styrke deltakerens selvbilde og å gi en følelse av kontroll over sitt egen liv, og best mulig støtte til brukere.

Det interessante i nåværende studien var at deltakerne opplevde trening med mennesker glad i FA, uten formell treningskompetanse, som en stor motivasjonsfaktor til deltakelse i FA. Dette strider imot Helse Norge (2021) sin forklaring om at rusavhengighet mennesker ofte til kreve profesjonell behandling (Helse Norge, 2021). Den «profesjonelle» var en vanlig person, følgelig kan det skapes mer rom for å utforske flere aktiviteter sammen, og samtidig skape rom på å «feile» og deretter prøve på nytt. En følelse av mestring ble vekket, deltakerne ble ikke behandlet, men utførte aktiviteter sammen med treningskontakten sin. En positiv, engasjert og bevegelsesglad treningskontakt deltok i aktiviteten sammen med brukeren som i seg selv kunne være barrierebrytende og skape tillit mellom to partene. Dette er noe som fremmes i St. Meld nr. 25 (1996-1997, s.15), der departementet mener at perspektivet burde flyttes fra diagnose og psykososialt funksjonssvikt og mestring bør vektlegges. Resultatene tyder på at treningskontaktene å har en annen tankegang, enn f.eks. en PT, som i stor grad er økonomisk avhengig av å anskaffe kunder. Fokuset en PT har kan sikte mot å skape en avhengighetsforhold med kunden, framfor å styrke deres egen kompetanse til å være fysisk aktiv på egenhånd.

Basert på resultatene i denne forskingen, uttrykker brukere misnøye med tidligere treningskontakter. En av deltakerne forteller at hans tidligere treningskontakt var topp trent og hadde mye treningskompetanse som ikke påvirket motivasjonen hans positiv retning. Viktigheten av sosial støtte og omsorg av å bytte treningskontakt løftes frem. Det ble opplevd positivt å bli koblet med en kontakt som ikke har like mye kompetanse innen trening og prestasjon, men som likevel er glad i FA. Følgelig er kan en stille spørsmål ved om treningskontaktens kompetanse er hovedproblemet, eller om problemet er hvordan treningskontakter velger å praktisere kunnskapen de sitter på. Eksempelvis kan to treningskontakter ha lik treningsfaglig kompetanse, men praktisere det på ulik måte med sammen de rusavhengige. Den ene kan rette stor fokus på helse, prestasjon og fysiologi, mens den andre fokuserer mer på gleden av å være fysisk aktiv.

Flere av deltakere understreker opplevelsen av å gjøre noe meningsfullt for treningskontakten fremmer motivasjon og mestring. Dette kan anses som en indre kraft til å være i FA og

fremmer en følelse av ansvar mot treningskontakten. Deci og Ryan (2014) hevder at for å tilfredsstille menneskets behov for sosial tilhørighet er det viktig at en føler seg ivaretatt, samtidig som en tar vare på andre (Deci & Ryan, 2014, s. 245). På denne måten tilbyr treningskontakteordningen et miljø som kan involvere en person som blir viktig for deltakeren, og fremme en indre ønske om å gjøre noe meningsfullt for treningskontakten (Simoneau & Bergeron, 2003). Opplevelsen av å ha kompetanse til å hjelpe andre kan forsterke selvbilde til deltakerne, fremme en følelse av å bli inkludert i et felleskap, der de kan være med på å utgjøre en forskjell.

Deltakerne i studien uttrykker det som motiverende å ta med treningskontakter på noe de selv synes er gøy, og at treningskontaktene kan lære noe av dem. Eksempelvis viser resultatene at en av brukerne har tatt med treningskontakten på å leie hest, noe treningskontakten ikke hadde erfaring med. I tråd med Deci og Ryan (2002; 2014) har mennesker behov for mulighet til å uttrykke sin kapasitet, og hvis dette lar seg gjøre, kan det være motivasjon fremmende. Det kan muligens oppleves vanskelig å hjelpe en fagperson, som følge av at hjelperen allerede oppleves som faglig sterk, men en vennskapelig relasjon kan være med på å fremme brukerens kompetanse.

5.2.3 Bygge på sterke sider

Basert på kunnskapen som foreligger er det å bli sett som et helt og verdig menneske et ønske om at mer enn symptomer og sykdom skal telle, men ikke et ønske om å bli sett fra alle sider til enhver tid. Mennesker opplever at de har både utfordringer og ressurser, og har både en nåtid og fortid som er relevant (Nyttingnes og Skjerve, 2007, s. 205-206). I denne undersøkelsen kommer det frem at deltakere har ulike erfaringer knyttet til FA.

Thesen og Malterud (2001, s. 1624) sin forståelse av begrepet empowerment handler om å «mobilisere og styrke folks egne krefter, samt nøytralisere krefter som bevirker avmakt». Resultatene i dette forskningsprosjektet antyder at treningskontaktene er opptatte av å tilrettelegge for aktivitetene som treffer deltakernes interesse og funksjonsnivå. En av deltakere viser interesse for styrketrening, samtidig som en skade i skulderen kommer frem som en begrensning for utførelse av bestemte øvelser. Ved å tilpasse styrketreningen slik at samme muskelgrupper og utstyr blir brukt, kan brukerens egen ønsker for treningsform styrkes. Samtidig kan denne tilpasningen bidra til at den fysiske skaden deltakeren har ikke anses som en begrensning, og at fokuset faller vekk fra det. Slike holdninger fører til at de friske sidene av personen utvikles, og selve problemet blir en mindre del av identiteten.

Samtidig kan individuelle tilpasningen føre til at brukeren videreutvikler egne erfaringer på en nyskapende måte, og utforsker kroppslige bevegelsesmuligheter ut ifra egne interesser. Thommesen (2012) skriver at mange tror mennesker med rusavhengighet ikke har kapasitet eller vilje til å gi en innsats, men resultatene i den nåværende studien kan indikere: til viktigheten med individuelle tilpasninger for fremme motivasjon og kan bidra til en opplevelse av mestring.

Forskere rapporterer reduksjon i abstinenssymptomer og økning av selvfølelse blant mennesker som drev med fotball og styrketrening, mens endringene i gruppen som gikk tur var små (Ellingsen et al., 2018). I treningskontaktordningen blir det lagt vekt på individuell mestring, og det er i disse aktivitetene brukere kan oppleve mer kompetanse og mestring med sin egen kropp, enn i strukturerte og bestemte tekniske aktiviteter. Treningskontaktene er i dette tilfellet hjelpere som er fleksible når det gjelder hvilke aktivitetene velges, og ofte beveger seg utenfor den profesjonelle rollen, som kan bidra til å styrke relasjonen og samarbeidet (Sundet, 2014, s. 35). Sammenlignet med for eksempel «fotballstiftelsen» og «veien ut» og resultater i forskningen til Flemmen et al. (2014), har treningskontaktordningen ikke bestemt aktivitetene på forhånd og legger stor vekt på utfordrende, enkle, lystbetonte og morsomme aktiviteter. Retten til å selv velge, samt ta i bruk egne ressurser, med selvbestemt form for FA, framfor eksisterende helse råd kan i seg selv være motiverende. Følgelig får deltakerne valgmulighet, og å ikke gjennomføre en bestemt treningsregime, fremme deltakerens kompetanse og motivasjon (Jensen 2021, Gatelaget, 2022, Veien ut, 2020, Flemmen et al. 2014, s.1). På denne måten blir deltakelse i FA heller ikke «en resept» som skal hjelpe mot en sykdom, men kan ses på som en vei inn i deltakernes preferanser i fysisk og sosial kontekst (Reber & Taylor, 2017). Indre kraft til å være fysisk aktiv hos deltakerne kan forsterkes ved at hjelpere møtes deres ønsker ressurser og ønsker (Moe, 2018, s.155). Hvis ikke gode opplevelser kommer til uttrykk under og etter aktiviteten, burde aktiviteten endres før den svekker deltakerens motivasjon til deltakelse.

Opplevelsen av mestring inkluderer tilføring og mobilisering av makt for å fange opp brukerperspektivet (Normann et al. 2013, 57). Derfor er det være viktig å tilrettelegge for aktivitetene brukere selv ønsker å delta på, framfor å tilby en bestemt aktivitet, eksempelvis fotball eller styrketrening. At brukeren selv kan bestemme aktiviteten, kan være en faktor for å ufarliggjøre deltakelse slik at brukeren ikke føler et press om å være god i fotball eller sterk nok til å dra på styrketrening. Det vil på denne måten ikke være en motivasjonsbegrensende

faktor til deltakelse. Deltakerne i studien til Langaas et al. (2016) fortalte likevel at gatefotball hadde hjulpet med å være mer sosial, og oppleve glede og mestring og følgelig kan en anbefaling til videre forskning være å sammenligne forhåndsbestemte aktivitetstilbud og treningskontaktordningen.

5.3 Økonomi og organisering

Resultatene i den aktive forskningen trekker frem omgivelsene til gjennomføring av treningen som en viktig motivasjonsfremmende faktor. Med et aktivitetstilbud i nærområdet var deltakerne ikke avhengig av transport for å ankomme treningen. Dermed kan «unnskyldninger» for å ikke møte opp til treningen reduseres. Dersom deltakerne skulle ha kommet seg ett bestemt sted, kunne det skapt utfordringer med transport, økonomi, klokkeslett, været, og samtidig vært motivasjonsbegrensende. Således er det viktig at hjelp gis der brukere bor og beveger seg, og konflikter må løses der de oppstår (Borge L., 2000, s.37).

En gjennomgående rød tråd for alle deltakere var en følelse av tilhørighet i samfunnet. Gjennomføring av FA på steder som ett treningssenter eller ulike turområder, og ikke ett sykehus eller an annen helseinstitusjon kan være en diskusjonspunkt for det helsefremmende arbeidet med FA. En følelse av normalisering fremmes og sykdommen faller vekk fra fokuset, samtidig er et treningssenter ett sted deltakerne kan være på uten treningskontakt. En viktig poeng i Meld. st. 25 (2014-2015) påpeker at helsetjenester må kunne se forbi diagnosen (Det Kongelige Helse- og omsorgs, 2015).

Arenaen hvor aktivitetene gjennomføres gratis anses som viktig. Deltakelse i ett fungerende samfunn er, i forhold til resultatene, essensielt. Følgelig minskes en følelse av «hun eller han med rusavhengighet». Omgivelser som sykehus eller ett helseinstitusjon kan minne om rusavhengighet, og selv om alle deltakere er klare over sin situasjon, har de meldt seg på denne ordningen for å forsøke å fjerne etiketten som russavhengig. Gjennomføring av aktiviteter på ett trygg arena, kan påvirke deltakerens syn på aktiviteter i en positiv retning, og øke motivasjonen. Ønske om å delta i en aktivitet påvirkes av miljøet og stemningen som skapes rundt aktiviteten. Om deltakeren føler at treningskontakten har lyst å trene med dem, og de føler seg samtidig nyttig kan dette påvirke motivasjonen til å gjenskape den følelsen igjen på neste trening.

5.3.1 Gratis helsefremmende arena og treningsvenn

Bonsaksen (2014) hevder at FA burde ha fokus på enkle, kostnadsfrie aktiviteter, uten behov for mye utstyr. På denne måten vil mennesker lettere kunne delta i FA og fremme sin helse gjennom det (Bonsaksen, 2014, s. 132). Gjennomgående rød tråd for alle deltakere var at de ikke hadde begynt med deltakelse i FA hvis treningskontaktordningen ikke var gratis.

Samtidig er det viktig å merke at selv om deltakelse i gratis for rusavhengige mennesker, er det ikke gratis for andre i organisasjonen. Dette kan ha påvirkning for den lange ventetiden for å få treningskontakt, ettersom kommunen må sette av ressurser for å kunne leie inn en treningskontakt, samtidig utarbeide avtaler med ulike treningsarena som tilbys brukere.

Mæland (2016) forteller at av å styrke menneskets og befolkningens helse, skapes det et overskudd som gir blant annet, en økonomisk vekst (Mæland, 2016, s. 17). Etter treningstilbudet er avsluttet, mister deltakere gratis medlemskap på treningssenteret. Ved å innføre flere kostnadsfrie aktiviteter, samtidig vise til nærområder der FA kan gjennomføres uten bruk av utstyr: nøytraliseres krefter som bevirker avmakt (Malterud, 2001, s. 1624). Dersom FA assosieres med behov for deltakelse i ett treningssenter, kan økonomiske grunner bidra til at deltakerne velger inaktivitet og kan være motivasjonsbegrensende. Resultatene i analysen viser til en deltaker som forteller at treningen har hjulpet han til vurdere å komme tilbake til jobb. Videre fører dette til en økonomisk vekst, samt en mulighet til å betale for medlemskap på et treningssenter selv. På denne måten kan muligens mestringfølelse og kompetanse styrkes.

5.3.2 Preferanser rundt valget av treningskontakt

Den pågående undersøkelsen har gitt en pekepinnen på problemene brukere møter, sett i lys av hvordan tjenesten er organisert. Resultatene peker på at det stort behov for treningskontakter, eller flere helsefremmende tilbud; brukere uttrykker at de er misfornøyde over ventetiden fra de melder seg på, til de får tildelt en treningskontakt. I samsvar med prosjektet «*Den gode hjertebanken*» kan er denne ventetiden bekymringsverdig; overgangen fra spesialisttjenester til treningstilbud i kommunen kan ta lang tid, å brukeres motivasjon til å fortsette med FA er i fare å svekkes (Rådet for psykisk helse; Fagrådet-Rusfeltets hovedorganisasjon, 2018). Martinsen (2018) pekte også på betydelig frafall fra deltakelse i FA etter rusbehandling. En anbefaling til treningskontaktordningen er å utarbeide en i større grad treffsikker tildeling av treningskontakt, eller i ett større aspekt, en anbefaling til alle kommuner i Norge om å innføre flere slike tilbud. Ved en mer treffsikker tildeling av

treningskontakt, samt flere helsefremmende tilbud med FA, kan muligens frafallet fra FA etter brukere kommer tilbake til sine hjemmemiljø reduseres.

I første omgang kan det være vanskelig for deltakere i den nåværende studien å være kravstore til ett tilbud som er gratis, men resultatene tyder på at treningskontaktene får også noe ut av dette. Treningskontaktene må være motiverte på å være fysisk aktive og hjelpe andre. Den gode relasjonen mellom to partene ble opprettet når både treningskontakt og bruker utrykte ønske om å jobbe sammen. Et av kravene til å bli treningskontakt er å ha erfaring, og interesse for FA (Jensen, 2021). Samtidig gjennomfører treningskontaktene ett kurs innen treningslære, rus og psykiatri. Treningskontakteten til en av deltakerne har vært rusavhengig før, slik at denne forståelse for brukerens livssituasjon kan bidra til å øke motivasjonen treningskontakten har for å hjelpe, samt den personlige relasjonen mellom to partene styrkes. Hipolito et al. (2011) fremmer viktigheten av å gjøre meningsfulle aktiviteter med personer som ikke er en del av rusmiljøet (Hipolito et al, 2011).

Autonomi forstås ifølge Borge (2000) som en allmenngyldig ideal at både klient og hjelper har behov for respekt for sin autonomi. Å innskrenke en persons autonomi er å behandle personen som et middel (Borge, 2000, s. 57). Resultatene fra den nåværende forskningen viser til tidligere erfaringer deltakere har med treningskontakter der de beskriver treningskontaktene som ikke motiverte til å gjennomføre treningen og delte like interesser for FA som deltakere. Motivasjonen brukeren har for deltakelse kan på denne måten svekke. Hvis en får erfaring med treningskontakt som svekker motivasjon, og samtidig er ventetiden for å bli koblet men en ny lang, kan dette anses som en periode hvor brukeren kan miste mye av motivasjon til deltakelse i FA. Ved å legge stor vekt på preferanser fra begge partene, kan en muligens redusere feil faktorer som kan føre til at deltakere igjen må gå gjennom prosessen om å få en treningskontakt og muligens falle ut fra treningskontaktordningen.

På den andre siden kan treningskontaktens autonomi løftes frem som ett viktig middel for å fremme motivasjon hos brukeren. Det kan tyde på at hvis treningskontaktene har samme interesse for FA som brukeren, er indre motivert for å hjelpe, kan det styrke relasjonen og autonomi hos begge. Motivasjonen til treningskontakten var ikke undersøkt i denne studien, men resultatene kan være en pekepinnen for videre forskning.

5.4 Forståelse av begrepet helse som mestringsopplevelse

Det interessante i studien var at deltakere opplevde en god helse ved intervju tidspunktet. WHO (2022) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lidelser» (WHO, 2022). Deltakerne uttrykker rusavhengighet har vært en stor utfordring gjennom livet, men ingen av deltakerne lot denne begrensningen ta fullstendig overhånd over livene deres. Deltakelse i treningskontaktordningen har i følge resultatene, vært med på å styrke deltakernes helse. Resultatene viser til helse som en helhet og en individuell og personlig fenomen (Fugelli & Ingstad, 2001, s. 3600). Felles for informanter var det at de først og fremst gjorde gode erfaringer med egen kropp ved å igjen være fysisk aktiv. De effektene de opplevde var økt energi i hverdagen, distraksjon fra behovet for innta rusmidler, fikk en følelse av velvære.

Selv om den overordnede situasjonen deltakere befinner seg i kan resultere i mangel av motivasjon på deltakelse er det viktig å påpeke at alle informantene deltok i treningskontaktordningen ut i fra sine egne interesser, og var ikke pushet til det fra familien eller venner. Således tyder resultatene på at deltakers motivasjon til FA ble påvirket innenfra. Deltakere i denne studien tok selv tak i situasjonen som var oppstått. De viste en engasjement for å sette i gang med FA som i forhold til tidligere erfaringer kunne føre til både psykisk og fysisk forbedring. I tråd med Prochaska et al. (1992) kan gjenoppretting av tidligere erfaringer anses som sentralt for å forme struktur i individets hverdag, og videre bidra til en opplevelse av mening og mestring. I studien til Farholm (2017) kommer det frem at det er en positiv sammenheng mellom motivasjon til FA og FA. Selvbestemmelse til å drive med FA styrker motivasjonen til å fortsette. Dette kan kobles med resultatene i nåværende studien og gi en pekepinnen på å støtte deltakerens indremotivasjon til å selv bestemme over forhold i sitt liv kan oppleves som støttende. Det å delta kan i seg selv være en form for å fremme mestring (Jovanovic, 2021, eget arbeid).

Deltakelse i treningskontaktordningen kan for brukeren bety at de har klart å overbevise seg selv om at det er meningsfullt å delta og at de allerede i starten har klart å komme seg over motgang. Lazarus (2006) skriver at problemfokuserede mestringsstrategier ofte brukes når personen selv har tro på at han kan endre den vanskelige situasjonen personen befinner seg i (Lazarus, 2006, s. 154). Det å søke om deltakelse i treningskontaktordningen kan oppleves som mestring i seg selv, ettersom deltakere søker om støtte til å håndtere utfordringer. En

kritisk blikk på begrepet Empowerment i denne studien kan være at den i utgangspunktet favoriserer de ressurssterke mennesker som allerede er motiverte til å gjøre en endring.

Forventninger deltakere har er blant annet vekt reduksjon, forbedring av utholdenhet og om å være sterkere kan bidra til å opprettholde motivasjon til deltakelse. I følge Flemmen (2016) har mennesker med rusavhengighet redusert aerob utholdenhet, skjellet helse og redusert muskelstyrke (Flemmen, 2016). Flere av deltakere i denne studien beskriver en fysisk begrensning når det kommer til trening. Både skade i skulderen, knær, begrenset bevegelighet kommer frem. Alle deltakere i studien har erfaring med FA gjennom livet og således innforstått med at FA bidrar til å bedre både fysisk og psykisk helse. Det kan anses som en form for mestring i å se forbi sine fysiske begrensninger, og finne potensielle mestringsmåter og tro at en er i stand til å håndtere løsningene en velger. Deltakere fremhever at treningskontaktordningen er opptatt av å tilpasse aktiviteter deltakerens funksjon og løfter dette frem som en faktor for deltakelse.

Mennesker er i følge Bahr (2015) skapt for bevegelse, og forteller videre at ett liv som inaktiv kan økte sykdomsrisiko, for eksempel hjerte og karsykdommer, fedme og psykiske lidelser (Bahr, 2015, s.3). Med andre ord, forfaller kroppen vår når den ikke brukes. Resultatene av fem gjennomførte intervju i den pågående studien løfter frem at FA som for den enkelte har flere funksjoner. Det å være i aktivitet gjennom dagen, fremmer en opplevelse av å ha mer energi og føle seg bedre både psykisk og fysisk i hverdagen. De positive opplevelser av FA informantene beskriver kan se ut til å være viktig faktor for videre motivasjon til FA. Ved at deltakeren opplever helseforbedring både kroppslig og psykisk, kan dette skape overskudd som gir muligheter for personlig, økonomisk og sosial utvikling (Mæland, 2016, s.17). God helse i følge deltakerne i pågående studien innebærer godt utseende. På denne måten kan vektreduksjon, «holde vekten i sjakk», og oppbygging av musklene også ses på som en opplevelse av mestring, ved at helse forstås som et individuell personlig fenomen.

Deltakeren ønsker å komme tilbake i jobb, slik at det fører til flere ansvarsområder, deltakeren får lønn og får utviklet sitt sosial liv. Dette kan igjen bidra til å opprettholde motivasjon til å fortsette å være fysisk aktiv.

5.4.1 Følelsen av ansvar

Når det gjelder inntak av rusmidler og motivasjon, opplevde tre av deltakere det som lettere å slutte med inntak av rusmidler i mens de deltok i treningskontaktordningen. I samsvar med

forskningen til Damian og Mendelson (2017) tyder nåværende forskningen at fysisk aktive mennesker har større sannsynlighet til å unngå rusproblemer sammenlignet med innaktive (Damian & Mendelson, 2017). En avtale med treningskontakten om at treningen ikke gjennomføres hvis brukeren viser tegn til å ha inntatt rusmidler kan være en ytre påvirkning på deltakerens motivasjon. Slike holdninger kan skape bedre struktur i hverdagen, bedre vaner og fremme en følelse av mestring av å møte opp på treningen. Denne følelsen av økt kontroll over rusinntaket kan gi en følelse av økt kontroll i livet og påvirke mental og fysisk helse positivt (Mæland, 2016).

Sosial støtte fremmer i følge Haugen og Rennestad (2016) en følelse av trygghet, lettelse, indre ro og tilfredsstilhet (Haugan & Rennestad, 2016, s. 46). Tidspunktet for trening var tilpasset hver enkel deltaker og ble avtalt direkte mellom treningskontakt og bruker. På denne måten kunne treningen tilpasses dagens form og andre aktiviteter brukeren var opptatt med i hverdagen. Fleksibel treningstid trekkes frem som en viktig faktor, og noe som bidro til at motivere seg til trening. Hvis brukeren selv har avtalt tid med treningskontakt uten å må ha meldt seg på ett fast treningstidpunkt, kan være med på å redusere mulige faktorer som kan spille inn for at treningen ikke gjennomføres. Samtidig er dette en fast, ukentlig og bindende avtale, slik at det trekkes frem som en viktig faktor for deltakelse på trening. Alle deltakere har under intervjuet reflektert over at de gjerne vil følge opp noe de har sagt «ja» til ved å møte opp, og fremmer dette som en viktig del av personligheten. Ifølge Zschucke et al. (2012) bidrar FA til mer sosial liv og gjennom tro på egne krefter fremmer mestring. Med en opplevelse av mestring og tilføring av makt, har en større forutsetninger til å fange opp det brukerens egne ressurser som står sentralt i empowerment arbeidet (Normann et al, 2013, s. 57).

5.5 Metodiske styrker og svakheter ved forskningsstudien

5.5.1 Students relevans

Dette forskningsprosjektet har tatt for seg et tematikk som ikke har fått mye fokus i Norge. Målet med denne studien var å belyse hvordan treningskontaktordningen som et helsefremmende tiltak kan bidra til at mennesker med rusavhengighet kan oppleve mestring. Hvis en tar for seg FA i behandling av rusavhengighet finnes det mye forskning på helsegevinster og forebygging av abstinenssymptomer. Ettersom det har vært stor fokus på FA i behandling, var det interessant å undersøke menneskets motivasjon til å fortsette med FA

i sitt nærmiljø. Nettopp fordi denne overgangen kan føre til frafall fra deltakelse i FA, og en tilbakefall mot rusavhengighet.

Denne forskningen møter evalueringen av treningskontaktordningen i Trøndelag (2015) gjort gjennom spørreskjema og intervju. I denne rapporten søkte treningskontaktordningen mer kvalitativ forskning; for å belyse ordningen ut ifra brukernes erfaringer, for å kunne komplimentere resultatene i evalueringen. Den nåværende studiens styrke gjenspeiler seg i at den er en av de første gjennomført i Norge på dette området, fremmer viktigheten av tema, og danner ett godt grunnlag til videre forskning. Dataene studien er basert på fem semistrukturerte intervju, ved hjelp av koding ble tre temaer plukket ut som grunnlag i denne studien. Studien fremmer vittigheten av relasjon mellom deltakerne og treningskontakter, og dypere undersøkelse av dette forholdet kommer frem som betydningsfull, og danner grunnlag for videre forskning.

Forskeren forsøkte med dette prosjektet å skaffe ny kunnskap, og spørsmålet om hvem får nytte av denne nye kunnskapen ble stilt (Dalland, 2020, s. 171). Denne studien kan være nyttig for Treningskontaktordningen, for å utvikle bedre forståelse over hva som er viktig for brukere med rusbakgrunn, og bedre forstå viktigheten med helsefremmende arbeid. Samtidig kan studien være nyttig for framtidige kandidater i treningskontaktordningen, som kan få bedre opplærte treningskontakter, med større forståelse på hva det skal legges størst vekt på. For kandidatene i denne studien kan det være meningsfullt å oppleve å bli hørt, og erfaringer de har gjort seg blir tatt på alvor.

5.5.2 Forskerens forforståelse

Forskerens bevissthet på egen forforståelse kan ha effekt på tolkningsprosessen og selv intervjugjennomføringen. Forskerens forståelse og posisjon i feltet som studeres kan være både en styrke en begrensning. Styrken med denne bakgrunnen kan være interessen for fenomenet som skal undersøkes, kjennskap til FA og helse, og bedre forutsetninger for å forstå informantens livsverden.

Den personlige kontakten som utvikles i intervjusituasjonen, er i seg selv et metodisk poeng. Når det er utarbeidet en teoretisk ramme forskeren velger å sette lys på, kan en ubevisst og bevisst forme spørsmål, ansiktsuttrykk og kroppsspråk som kan påvirke deltakerens uttalelser. Samtidig kan denne kontakten med intervjupersonen være med på å påvirke hvilken retning intervjuet tar. Kvaliteten på den innsamlende data avhenger i stor grad av intervjuers

ferdigheter og personlig dømmekraft. Viktigste temaene ble bestemt på forhånd slik at fokuset i alle intervjuer kunne rettes på samme tema. Samtidig var det på denne måten lettere å lytte til informantene, og fokusere på oppfølgingsspørsmål, framfor å komme på nye spørsmål om nye temaer. Ved et godt forarbeid kan en del av vanlige feilene reduseres i selve gjennomføringen. Tjora (2019) hevder at omgivelsene i intervjusituasjonen kan ha en stor innvirkning på informasjonen som kommer frem (Tjora, s. 98). Ved å utarbeide en sårbarhetsanalyse og prøveintervju kan forskeren forberede seg på mulig utfordringer i intervjuet, og dette ble gjennomført i forkant av datainnsamlingen i dette forskningsprosjektet.

5.5.3 Forskningsdesign og utvalg

En kvalitativ studie av Johansen og Redzovic (2018) undersøkte FA for rusavhengige og brukte kvalitativ intervju for forskningsmetode for bedre forstå informantens livsverden (Johansen & Redzovic, 2018, s. 18). Den nåværende studien undersøkte noenlunde samme fenomen som den publiserte studien og derfor er metoden ansett som passende. I tillegg til resultatene i evalueringen i Trøndelag (2015) hvor flere kvalitative studier på området ble etterlyst.

Den erfaringskunnskapen, brukerkunnskapen og innenfra kunnskapen er i følge Rogan (2004) kanskje den undervurderte kunnskapen i helsevesener, både på individuelt og organisasjonsmessig nivå (Rogan, 2004). Students styrke gjenspeiler seg i det at den gir dypere innsikt i opplevelser rusavhengige har med å delta i treningskontaktordningen. Dette kan bidra til å bedre forstå brukers motivasjon for å være fysisk aktiv og ha en aktiv livsstil. Denne type tilnærming har også noen begrensinger. Det viste seg at forskeren hadde kjennskap til en av informantene i studien, som kunne utfordre studiens validitet. Selve gjennomføring av intervjuet var ikke annerledes enn i intervjuene som ble gjennomført senere, men dette kunne ha påvirket uttalelser som kom frem i intervjuet. På den andre siden kunne intervjupersonen ha vært komfortabel med en samtale med en bekjent, som kunne føre til at intervjupersonen åpnet seg mer opp og det kom flere gode uttalelser.

Utvalget er skjevt fordelt, og til tross for en innsats til å samle flere deltakere, for å utjevne denne kjønnskjevheten, deltok fire kvinner og en mann i denne forskningen. Dette kan ses som en svakhet knyttet til mulig ulike opplevelser og erfaringer blant kvinner og menn. Om dette har hatt en betydning for resultatene kan det være vanskelig å si. For å avdekke kunnskap om dette kan det være aktuelt å gjennomføre en studie som sammenligner

erfaringer mellom kvinner og menn. Forskere har i både internasjonale studier, og studier gjennomført i Norge påvist en høyere forekomst av rusavhengighet blant menn enn kvinner (Kringlen, et al., 2001, s.1091; 2006, s. 713; Ystrom, 2014, s.1824; SAMSHA, 2017,s.52-53; Hasin, 2015, s. 1609). Dette kan også være med på å fremheve viktigheten av å forskere videre på motivasjon til FA blant menn. Samtidig har deltakere lignende bakgrunn knyttet til alkoholavhengighet og alle deltar aktivt i treningskontaktordningen i samme kommune, noe som kan styrke metoden for utvalget.

5.5.4 Rekruttering av deltakerne

Det kan vurderes som svakhet at alle deltakere i denne studien er rekruttert strategisk. Som nevnt i metoden så ble ikke deltakere valgt ut tilfeldig, men strategisk, slik at deltakere var en del av treningskontaktordningen og er relevante for studiens forskningsspørsmål. Det kommer få kritiske uttalelser om deltakelse i treningskontaktordningen blant deltakere. I motsetning kommer det noen kritiske uttalelser om tidligere erfaringer med treningskontakt, og lang ventetid for å bli tildelt en treningskontakt blir nevnt. Erfaringer deltakere hadde med treningskontakten i det intervjuet ble gjennomført var i stor grad positiv. På den andre siden hadde det vært spennende å undersøke hva tidligere brukere av treningskontaktordningen har erfart, samtidig undersøke brukerens motivasjon før oppstart, sammenlignet med ett senere tidspunkt. På denne måten hadde deltakere kanskje kommer med flere kritiske synspunkt som kunne forbedre selve tilbudet og skape flere viktige faktorer for en mestringsopplevelse.

I rekrutteringen av deltakere oppstod det flere utfordringer. I løpet av perioden denne forskningen ble gjennomført var Norge rammet av covid-19. Dette har medført at ikke mange treningskontakter og brukere ble koblet sammen i løpet av det siste året og skapt store utfordringer til rekruttering. To av deltakerne ble rammet av covid-19 og utsatte deltakelse i studien til de følte seg bedre. Dette skapte usikkerhet om prosjektet kunne gjennomføres i utgangspunktet.

En potensiell deltaker utsatt sin deltakelse på grunn av en prolaps i ryggen. Deltakeren tok kontakt med forskeren ved flere anledningen og avlate møte for gjennomføring av intervju, men møtt ikke opp. Etter flere slike hendelser, ble det av forskeren vurdert å forslå en telefonintervju, noe deltakeren takket ja til, men møtte ikke opp ved avtalt tid. Etter denne hendelsen tok forskeren ikke kontakt med deltakeren, som følge av at deltakelse var basert på frivillighet, og press til deltakelse fra forskeren sin side ville unngås. Derfor kan det ikke utelukkes at relevant informasjon kan ha gått tapt og videre har konsekvenser for at innhentet

informasjon og resultatene i denne forskningen. Likevel ble det innhentet rik informasjon fra deltakerne som valgte å delta i studien.

5.5.5 Intervju

Selve intervju spørsmålene var ikke lange, eller utformet med ett språk som kunne være vanskelig for deltakerne å forstå. Ved å legge til rette for lett forståelige spørsmål kunne det hjelpe deltakeren å ikke bli usikker, og holde igjen informasjonen. Språket var heller ikke akademisk, noe som kunne gjøre intervjusituasjonen mer komfortabelt og deltakerne fikk en form for tillit til forskeren, for å dele sine erfaringer.

En begrensning med telefonintervju var at det ble ikke opprettet en personlig relasjon mellom intervjuer og intervjupersonen. Denne studien innebærer en sårbar gruppe, og det å åpne seg opp for en person en aldri har sett før, kan være utfordrende. Deltakere i denne studien fikk ikke tilbud om en videosamtale, følgelig var observasjon av deltakerens kroppsspråk ikke mulig. Viktigheten av muntlige prøver løftes frem, for å vise interesse for det deltakere har å fortelle. Observasjon av kroppsspråket var begrenset og derfor var det lagt større fokus på å vise interesse med å angi lyd og stille gode oppfølgings spørsmål. Deltakere i denne studien fikk ikke tilbud om en videosamtale og en anbefaling til endring er å ha en videosamtale, for å kunne observere kroppsspråket til deltakeren.

En studie av Ness et al. (2013) søkte kunnskap om hvordan lavterskel aktivitetstilbudet for personer med rusproblemer bidro til å skape sosial nettverk, engasjement, livskvalitet og mestring i et rusfrie miljø. Denne studien tok i bruk fokusgruppeintervju som gjennom en åpen diskusjon og refleksjon satt fokus på brukernes erfaringer. Denne type tilnærmingen kan fremme åpen diskusjon mellom deltakere, som kan sette fokus på de erfaringene fokuspersonene har til felles. På denne måten kunne svarene blitt generalisert i større grad. I den nåværende studien ble det brukt individuelle intervju for å forsøke å fremme trygghet i intervjusituasjonen. En av grunnene var at deltakere i denne studien ikke hadde kjennskap til hverandre og dette var en sårbar gruppe mennesker. Følgelig ble det vurdert at det kunne vært utfordrende å åpne seg opp foran flere ukjente mennesker.

6.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Denne forskningsarbeidet tok for seg en tematikk som det ikke har vært mye forskning på tidligere. Motivasjon og mestring knyttet til deltakelse i FA blant rusavhengige mennesker ble undersøkt. Målet med denne prosjektet var å fange opp og videreutvikle kunnskap rundt motivasjon til deltakelse i FA blant deltakere i treningskontaktordningen. Ettersom det finnes lite forskning på feltet for både menn og kvinner, og deltakere i denne studien er fire kvinner og en mann (n=5), kan det være viktig å utvikle kunnskap på et større urvalg av både - kvinner og menn og deres motivasjon til FA.

Resultatene utvikler vår forståelse av hvordan rusavhengige mennesker kan støttes mer effektivt til å delta i FA. Studien konkluderer med at informantenes opplevelser av å delta i treningskontaktordningen var i stor grad positive og denne ordningen har bidratt til å fremme motivasjon til FA og oppleve mestring. Finnene i studien tyder på at i en populasjon med rusavhengige mennesker er det viktig med individuelle tilpasninger for gjennomføring av FA. Treningskontakts rolle trekkes frem som spesielt viktig for å opprettholde deltakelse i FA. I forhold til denne konklusjonen kan en implikasjon til videre forskning være å undersøke relasjonen mellom brukere og treningskontakt. Samtidig kan fokuset rettes mot treningskontaktens motivasjon til å være en støtte person, for å eventuelt legge til rette for å skaffe flere treningskontakter og utviklet tilbudet, ettersom resultatene i denne studien tyder på et stort behov for treningskontakter.

Det er en klar utfordring med tidsperspektivet i denne studien som vurderer faktorer som påvirker motivasjon og mestring i treningskontaktordningen. Denne studien er gjennomført som en masterprosjekt med tidsbegrensning. Forskning og faktorer som påvirker helse krever ofte langvarige studier der hele grupper eller befolkningen blir fulgt opp over tid. For å enda bedre forstå viktigheten av helsefremmende arbeid kan det være nyttig å sammenligne erfaringer rusavhengige mennesker har med FA i behandling og i sine nærmiljø. Samtidig som det trengs mer kunnskap av mennesker med rusavhengighets motivasjon før oppstart med FA, og opprettholdelse av motivasjonen en stund etter.

7.0 Oppsummerende konklusjon

Studien konkluderer med flere områder som trekkes frem som betydningsfulle for rusavhengige mennesker og deres opplevelse av mestring med deltakelse i FA. Hvis disse områdene ikke blir adressert, vil de sannsynligvis begrense motivasjon til deltakelse i FA blant rusavhengige mennesker. Dette kan videre føre til at mange fortsetter med inntak av rusmidler og blir utsatt for alvorlige fysiske og psykiske helse konsekvenser.

Sosial støtte fra treningskontakt, FA tilpasset deltakernes ønsker, gratis deltakelse og tilgang til helsefremmende arena spiller en stor rolle for deltakernes motivasjon til deltakelse i FA. Samtidig opplyste deltakerne at mennesker med genuin interesse for FA klarte å skape et engasjement for trening, fokuset falt vekk fra selve utfordringen rundt rusavhengighet, og helse ble satt i fokus. Resultatene i studien genererer til implikasjoner for praksis og antyder at det er behov for å utvikle tilgjengelige, kostnadsfrie, skreddersydde resurser for tidlig intervensjon i nærmiljøet til rusavhengige mennesker. På denne måten kan de lettere få tilgang til FA, og selvstendig engasjere seg i FA, i en tidlig stadiet etter rusbehandling. I sin tur vil dette gi rusavhengige mennesker relevante støtteresurser for å hjelpe med den vanskelige prosessen de befinner seg i, og samtidig adressere til deres egne ressurser for å fortsette med FA på egenhånd.

Jeg salutterer oppgaven med andre vers fra Stein Mehren´s dikt (1997), «Nærhet»:

«Vi kan bytte blick og kjærtegn,
Veksle ord og krefter mellom oss
Men du er ikke meg
Og jeg er ikke deg»
(Mehren, 1997, s. 91)

8.0 Bibliografi

Anderson, C. (2010). Presenting and Evaluating Qualitative Research. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2010; 74 (8) Article 141.

DOI: <https://doi.org/10.5688/aj7408141>

Andvig, E. (2010). Å forske sammen med mennesker som hører til "sårbare grupper" - gjør det en moralsk forskjell? I J. K. Hummelvoll, E. Andvig, & A. L. (red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 49-62). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bahr, R. (2019). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3.utg). Fagbokforlaget.

Bonsaksen, T. (2014). Fysisk aktivitet. I U. S. Goth, *Folkehelse i et norsk perspektiv* (1. utg. 118-135). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Borge, L. (2000). Psykisk helsearbeid i et psykososialt perspektiv. I A. Almvik, & L. B. (red.), *Tusenkunstnerne - muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s. 33-51). Bergen: Fagbokforlaget.

Borge, L. (2000). Verdigrunnlag, sentrale prinsipper og utfordringer i psykisk helsearbeid. I A. Almvik, & L. B. (red.), *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s. 51-66). Bergen: Fagbokforlaget.

Borge, L. (2018). Kropp og sjel i et filosofisk og helsefremmende perspektiv. I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet-psykisk helse-kognitiv terapi* (3. utg) s. 19-33. Oslo: Fagbokforlaget.

Borge, L., Røssberg, I., & Sverdrup, S. (2013, May 22). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20 (10), s. 932-942.

DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12090>

Bratland-Sanda, S., Myhre, T. H., & Tangen, J. (2019). Treningssentre, fitness og folkehelse - aktivitet, verdier og paradokser. I E. Å. Skille, I. B. Vedøy, & K. R. Skulberg, *Folkehelse- en tverrfaglig grunnbok* (s. 195-225). Elverum: Oplandske Bokforlag.

- Cabe, N., Lanépece, A., & Pitel, A. L. (2020, September 29). Physical activity: A promising adjunctive treatment for severe alcohol use disorder. *Addictive Behaviors* 113.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106667>
- Clarke, V. B. (2006, Januar). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2), s. 77-101.
DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Creswell, J. W. (2009). *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. London: Sage Publications.
- Dahl, A. A. (2021). Hva er psykiske lidelser? I M. T. Gonzalez, *Psykiske lidelser-faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 8-13). Oslo: Gyldendal.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Damian, A. J., & Mendelson, T. (2017, jul 13). Association of Physical Activity with Alcohol Abuse and Dependence in a Nationally-Representative U.S. Sample. *Substance Use & Misuse* vol 52(13), s. 1744-1750.
DOI: <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1310245>
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Bedregal, L., Tondora, J., Frey, J., & Kirk, T. A. (2009, August 21). From «Double Trouble» to «Dual Recovery»: Integrating models of recovery in addiction and mental health. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3), s. 273-90.
DOI: <https://doi.org/10.1080/15504260802072396>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. I M. H. Kernis, *Efficacy, agency, and self-esteem* (s. 31-49). Geirgia: Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry* 11 (4), s. 227-268.

DOI: https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). Overview of Self-Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective. I R. M. Ryan, & E. L. Deci, *Handbook of Self-determination Research* (s. 3-37). Rochester: University og Rochester Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008b, jun 27). Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains. *Canadian Psychology* vol. 49 (1) , s. 14-23.

DOI: <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.14>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008a). Self-determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology* 49(3), s. 182-185.

DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0012801>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2014, Mai 29). A motivational approach to self: Integration in personality. *Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on motivation*, s. 238-288. University of Nebraska Press.

Det Kongelige Helse- og omsorgs. (2015, mai 7). *Meld. St. 26 (2014-2015)*. Hentet 10.4.2022 fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>

Det kongelige helse-og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: god helse – felles ansvar. Meld. St. 34 (2012-2013)*. Hentet 10.4.2022 fra www.regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/contentassets/13d899eae52c4a179ad2c41d500ca9fd/pdfs/stm201220130034000nb_pdfs.pdf

Drageset, J. (2014). Sosial støtte - et salutogent begrep og forskningsfelt. I I. Haugan, & T. R. (red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Drageset, S. (2014). Mestring. I G. Haugan, & T. R. (red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 85-97). Oslo: Cappelen Damm.

- Edlsnd-Grynt, M. (2022, Mars 30). *Behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten*. Hentet 10.4.2022 fra www.fhi.no:
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/>
- Ekman, L., & Nossun, G. (2015). *Evaluering av treningskontaktordningen i Nord-Trøndelag*. Steinkjær: Trøndelag forskning og utvikling. Hentet 10.5.2022 fra:
<https://docplayer.me/14047950-Evaluering-av-treningskontaktordningen-i-nord-trondelag.html>
- Ellingsen, M. M., Johannesen, S. L., & Egil W. Martinsen, M. H. (2018, Jun 4). Effects of acute exercise on drug craving, self-esteem, mood and affect in adults with poly-substance dependence: Feasibility and preliminary findings. *Drug and Alcohol Review* 37 (6), s. 789-793.
DOI: <https://doi.org/10.1111/dar.12818>
- Farholm, A. (2017). *Motivation and physical activity in individuals with severe mental illness*. Norwegian School of Sport Science. [Doktoravhandling, Norges idrettshøgskole].
<http://hdl.handle.net/11250/2446864>
- Finsen, M., Haugestad, G. K., & Eik, H. (2021, August 30). «Fra sirkus til seier»: Erfaringer med fysisk aktivitet for brukere innen rus og psykiatri. En intervjustudie. *Fysioterapeuten*, s. 55-59.
- Flemmen, G., Unhjem, R., & Wang, E. (2014, Mars 2). High-Intensity Interval Training in Patients with Substance Use Disorder. *BioMed Research International* vol 2014, s. 1-8.
DOI: <https://doi.org/10.1155%2F2014%2F616935>
- Folkehelseinstituttet. (2019, Desember 6). *Ruusbrukslidelser i Norge*. Hentet 3.3.2022 fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/?term=&h=1>

Folkehelseloven. (2011, juni 24). *Lov om folkehelsearbeid -folkehelseloven (LOV-2011-06-24-29)*. Hentet 3.3.2022 fra Lovdata.no:

<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29/§3>

Fugelli, P., & Ingstad, B. (2001, Desember 10). Helse - slik folk ser det. *Tidsskr Nor Lægeforen* 30 , s. 3600-4.

<https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser-det>

Gatelaget. (2022, Mars 27). *Gatelahistorien*. Hentet 1.4.2022 fra www.gatelager.no:

<https://gatelaget.no/om-fotballstiftelsen/gatelagshistorien>

Grønmo, S. (2018). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(11), s. 1609-1640.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1088-0>

Haugan, G., & Rannestad, T. (2016). Helsefremmende helsearbeid- patogene og salutogene. I G. Haugen, & T. R. (red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 34-55). Oslo: Cappelen Damm.

Helsedirektoratet. (2012, Mars). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Hentet 4.4.2022 fra www.helsedirektoratet.no:

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/ /attachment/inl](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/)

Helsedirektoratet. (2014, Mars). *Sammen om mestring. Veileder i koaklt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Hentet

5.5.2022 fra helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammenom-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf/> /attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8

Helsedirektoratet. (2017, Januar 24). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet 21.3.2022 fra www.helsedirektoratet.no:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/terapeutiske-tilnaerminger-i-rusbehandling>

Helsedirektoratet. (2017, Januar 2017). *Forslag til begrepsbruk på rusfeltet*. Hentet fra 15.5.2022 www.helsedirektoratet.no:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/forkortelser-sentrale-begreper-og-forslag-til-begrepsbruk-pa-rusfeltet/forslag-til-begrepsbruk-pa-rusfeltet>

Helsedirektoratet. (2018, Januar 01). § 1-3 *Definisjoner*. Hentet fra [Helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no):

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>

Helsenorge. (2021, September 23). *Hjelp til deg med rusproblemer*. Hentet fra [ww.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no):

<https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/hjelp-med-rusproblemer/>

Hipolito, M., Carpenter-Song, E., & Whitley, R. (2011). Meanings of Recovery From the Perspective of People With Dual Diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(3), s. 141-149.

DOI: <https://doi.org/10.1080/15504263.2011.592392>

Hummelvoll, J. K. (2010). Forskningsetikk i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer. I J. K. Hummelvoll, E. Andvig, & A. L. (red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 33-48). Oslo: Gyldendal.

Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jensen, G. O. (2021, Oktober 18). *Treningskontakt*. Hentet 21.5.2022 fra Verdal kommune: <https://www.verdal.kommune.no/Tjenester-a-a/Helse/Psykisk-helse/Treningskontakt/#Bakgrunn>

Johansen, K., & Redzovic, S. (2018, Februar). Fysisk aktivitet for rusavhengige – en kvalitativ studie. *Fontene forskning* 11(2), s. 18-30.

DOI: <https://fonteneforskning.no/pdf-15.80656.0.3.5656532882>

Jovanovic, A. (2021, eget arbeid). Prosjektbeskrivelse masteroppgave. Universitet i Stavanger, 20 september 2021. Innlevering via Canvas.

Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), s. 1091-1098.

DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1091>

Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9), ss. 713-719.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0080-0>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Langeland, E. (2007). *Senc of coherence and life satisfaction in people suffering from mental helath problems: an intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis* [Doktoravhandling, Universitet I Bergen].

DUO Vitenarkiv. <https://hdl.handle.net/1956/2743>

- Lien, L., & Stensrud, B. (2021). Samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse- "Rop-lidelser". I M. T. Gonzalez, *Psykiske lidelser-faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 177-186). Oslo: Gyldendal.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, E. W. (2007). Fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. I A. Almvik, & L. B. (red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko 2. opplag* (s. 121-137). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2018). *Avhengighet og skadelig bruk av rusmidler*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2018). Fysisk aktivitet og psykiske lidelser . I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen, & S. A. (red.), *Fysisk aktivitet og helse. Fra bergepsforståelse til implementering av kunnskap* (1. utg.), s. 245-268. Oslo: Cappelen Damm.
- Martinsen, W. E. (2007). Fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. I A. Almvik, & L. B. (red), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 121-137). Fagbokforlaget.
- Mehren, S. (1997). *Kjærlighetsdikt*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelse arbeid i teori og praksis* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget 2021.

Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn* (s. 155-171). Bergen: Fagbokforlaget.

Muller, A. E., Skurtveit, S., & Clausen, T. (2017, November 1). Building abstinent networks is an important resource in improving quality of life. *Drug and Alcohol Dependence*, 180, s. 431-438.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.006>

Ness, O., Marit Borg, B. K., Almåsbygg, L., Solberg, P., & Hestad, I. (2013, September 26). «Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, s. 219-228.

DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-03-04>

Normann, T., Sandvin, J. T., & Thomessen, H. (2013). *Om rehabilitering. Helgetlig, koordinert og individuelt tilpasset* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Notodden fotballkubb. (2020, Februar 12). *Gatelag*. Hentet 21.5.2022 fra www.notoddenfk.no:

<https://www.notoddenfk.no/gatelaget>

Nyttingnes, O., & Skjerve, A.-G. (2007). Hvis brukere fikk bestemme. I A. Almvik, & L. B. (red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 201-220). Bergen: Fagbokforlaget.

Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), s. 1102-1114.

DOI: <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>

Råde for psykisk helse; Fagrådet-Rusfeltets hovedorganisasjon. (2018, Oktober). *Den gode hjertebanken. Fysisk aktivitet som et tilbud i behandlingen*. Hentet 2.3.2022 fra psykiskhelse.no:

https://psykiskhelse.no/assets/council/Dokumenter/Nettversjonen_av_Den_gode_hjertebanken_originalen.pdf

Rebar, A. L., & Taylor, A. (2017). Physical activity and mental health, it is more than just a prescription. *Mental Health and Physical Activity*, 13, s. 77-82.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.10.004>

Roessler, K. K. (2014, August). Exercise treatment for drug abuse - A Danish pilot study. *Scandinavian Journal of Public Health* 38, s. 664-669.

DOI: <https://doi.org/10.1177/1403494810371249>

Rogan, T. (2004). Opptrappingsplanen: Fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 1.

DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2004-01-02>

SAMSHA. (2017). *Results from the 2016 national survey on drug use and health: detailed tables: prevalence estimates, standard errors, P values, and sample sizes [rapport]*. . Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Center for Behavioral Health Statistics and Quality.

<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs-2016/NSDUH-DetTabs-2016.pdf>

Sandøy, T. A., Lund, I. O., & Bye, E. K. (2022, April 6). *Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Noreg*. Hentet 22.5. 2022 fra www.fhi.no:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/>

Sengül, S., Muller, A. E., & Roessler, K. K. (2017, Mars 23). Exercising alcohol patients don't lack motivation but struggle with structures, emotions and social context - a qualitative dropout study. *BMC Fam Pract* 18 (45).

DOI: <https://doi.org/10.1186%2Fs12875-017-0606-4>

Simoneau, H., & Bergeron, J. (2003, Sptember). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors* 28 (7), ss. 1219-1241.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00257-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00257-5)

Skogen, J. C., Torvik, F. A., & Hauge, L. J. (2019, Desember 6). *Rusbrukslidelser i Norge*. Hentet 4.6.2022 fra Folkehelse rapporten:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/?term=&h=1>

- Sosial- og helsedepartementet. (1996-1997). *St meld nr 25. Apenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Hentet 2.3.2022 fra www.regjeringen.no:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- Starrin, B. (2007). Empowerment som livsinnstilling - kan vi lære noe av Pippi Langstrømpe. I O. P. Askheim, & B. S. (red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 59-70). Oslo: Gyldendal.
- Sundet, R. (2014). Forsker og terapeut–Sammenfletting av roller som grunnlag for en forskende klinisk praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 11(01), ss. 35-43.
DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-01-05>
- Tengqvist, A. (2007). Å begrense eller skape muligheter- om sentrale holdninger i empowermentarbeidet. I O. P. Askheim, & B. S. (red.), *Empowerment i teori og praksis* (ss. 72-85). Oslo: Gyldendal.
- Thaagard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2013). *Sytematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode 4. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thesen, J., & Malterud, K. (2001, mai 20). ”Empowerment” og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for den norske legeforening nr. 13*, ss. 1624-1628.
Henter fra:
<https://tidsskriftet.no/2001/05/kronikk/empowerment-og-pasientstyrking-et-undervisningsopplegg>
- Thommesen, H. (2012). *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tjora, A. H. (2019). *Qualitative Research as Stepwise-Deductive Induction*. London; New York: Routledge: London.

Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Veien ut. (2020). *Om rusbehandlingen*. Hentet 21.5.2022 fra www.veienut.no:

<https://veienut.no/om-rusbehandlingen/>

Vifladt, E. H., Hopen, L., & Berg, K. A. (2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Oslo.

Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., & Rena Li, C. z. (2014, October 16). Impact of physical exercise on substance use disorders: a meta-analysis vol 9 (10). *PloS One*, s. 1-15.

DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110728>

WHO. (2022, April 27). *Verdens helseorganisasjon*. Hentet 2.5.2022 fra www.regjeringen.no:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>

Wild, C. T. (1998). When do people believe that alcohol treatment is effective? The importance of perceived client and therapist motivation. *Psychology of Addictive Behaviours* 12 (2), s. 93-100.

DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-164X.12.2.93>

World Health Organization. (2018). *Mental health: strengthening our response*. Hentet 5.5.2022 fra:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Ystrom, E., Kendler, K. S., & Reichborn-Kjennerud, T. (2014, November). Early age of alcohol initiation is not the cause of alcohol use disorders in adulthood, but is a major indicator of genetic risk. A population-based twin study. *Addiction*, 109(11), ss. 1824-1832.

DOI: <https://doi.org/10.1111%2Fadd.12620>

Zschucke, E., Heinz, A., & Ströhle, A. (2012, Mai 3). Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. *The Scientific World Journal*.

DOI: <https://doi.org/10.1100%2F2012%2F901741>

Vedlegg

En liste over vedlegg brukt i denne oppgaven.

Vedlegg A - NSD Vurdering

05.10.2021

Referansenummer

890088

Prosjekttittel

Fysisk aktivitet som helsefremmende tiltak

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Fakultet for utdanningsvitenskap og humaniora / Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk

Prosjektperiode

26.08.2021 - 01.08.2022

Dato

05.10.2021

Type

Standard

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i 05.10.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET : Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger frem til 01.08.2022. LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan

dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf.

personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32). Nettskjema.no er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg B - Svar fra REK

rek-vest@uib.no

Til:

Andela Jovanovic

Kopi:

rek-vest@uib.no

ma. 27.09.2021 15:17

Hei,

Vi forutsetter at dette prosjektet er basert på samtykke. I dette prosjektet vil det bli innhentet helseopplysninger, men det er ikke avgjørende for vår vurdering så fremt deltakelse er basert på samtykke. Vi vurderer at dette prosjektet er utenfor vårt mandat og at du ikke trenger å søke om forhåndsgodkjenning fra REK. Dette prosjektet søker kunnskap om motivasjon for fysisk aktivitet blant rusavhengige personer, og søker ikke ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4 bokstav a.

Dersom formålet til prosjektet skulle endre seg på en eller annen måte ved at dere for eksempel skulle ønske å skrive en artikkel om helsen til deltakerne, da må dere søke om forhåndsgodkjenning fra REK før dere begynner på databehandlingen. Vær derfor varsom med at prosjektet kan bli fremleggingspliktig dersom formålet med databehandlingen/-innsamlingen skulle endre seg.

Vi gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledning, jf. forvaltningsloven § 11. Komiteen er ikke bundet av de råd som er gitt i denne e-posten. Du har fortsatt anledning til å søke REK om forhåndsgodkjenning og vil da få et vedtak i saken.

Mvh,

Fredrik Rongved

Rådgiver, REK vest

Epost: rek-vest@uib.no

Haukelandsveien 28, Armauer Hansens Hus (AHH)

**Vedlegg C - Søknad om å utføre forskning/utvikling i en kommune på Vestlandet,
Helse og velferd**

Navn på studenter/ forskeren: Andjela Jovanovic

Tittel: Masterstudent

Arbeidssted: Universitet i Stavanger

Mailadresse: jovanovic.andjela988@gmail.com

Telefon: +47 48020659

Studiens tittel: Fysisk aktivitet som helsefremmende tiltak

Kryss av: Masterstudie

Overordnet problemstilling/forskningsspørsmål:

Denne studien er en masteroppgave som søker kunnskap om motivasjon for fysisk aktivitet blant rusavhengige personer. Hensikten med dette prosjektet er å avansere kunnskap som kan gi større forståelse av «Hvordan fysisk aktivitet kan bidra til å skape mestring hos rusavhengige»

Studiens forskningsspørsmål :«Årsakene til ar rusavhengige er motiverte eller demotiverte til å delta i treningskontaktordningen?», «Hvordan opplever brukere mestring i denne ordningen?».

Studiedesign:

Hva slags data skal samles inn?

Hvis en velger å delta i prosjektet, innebærer det å delta på individuell intervju på ca. 40 min.

Jeg vil også be deltakeren gi noen opplysninger om seg selv i et intervju. Det vil være opplysninger om tidligere erfaringer med fysisk aktivitet, samt motivasjon og mestring knyttet til treningskontakt tilbudet. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet ved bruk at diktafon

Databehandlingen vil være i samsvar med datatilsynets retningslinjer. Informasjonen fra intervju skal brukes i oppgaven for å kunne gi et bilde av brukeres motivasjon og mestring knyttet til treningskontakttilbudet.

Tidsrom for studien/undersøkelser i en kommune på Vestlandet:

Hvilken innsats forventes det av kommunen?

Jeg trenger hjelp til å skaffe informantene gjennom treningskontaktordningen. Jeg er i denne studien ute etter å finne informasjon blant rusavhengige personer som er hjemmeboende, i en alder mellom 18-30 år, og som har deltatt i treningskontaktordningen i 0-4 måned.

Det er også ønskelig å få tilgang et møterom på Helsehuset i Stavanger på datoen intervjuet skal gjennomføres. Dette for å kunne gjennomført intervju av ca. 10 personer, og det er lett tilgjengelig for deltakeren. Dette kommer til å ta tid da informantene skal intervjues individuelt. Derfor trenger jeg et rom jeg kunne bruke en hel dag for å gjennomføre intevju.

Forventet nytteverdi for kommunen:

I studien til Johnsen & Redzovic (2018) kommer det frem at det er behov for mer kvalitativ forskning om opplevelsen russavhengige kan ha ved bruk av fysisk aktivitet som tiltak. Funn i denne studien kan danne grunnlag for videre forskning på bruskers motivasjon til å delta i fysisk aktivitet og opprettholde deltagelsen på sikt (Johansen & Redzovic, 2018). I en studie av Sengrül et al. (2017) kommer det frem at noen av årsaker til at mange ikke klarer å opprettholde fysisk aktivitet er at de ofte tilbys aktivitet som ikke treffer deres interesser, verdier og utviklingsnivå (Sengül, Muller, & Roessler, 2017). Zschucke et. al (2012) mener at der er viktig å forske videre på brukernes motivasjon til å være med og opprettholde fysisk aktivitet.

Denne studien skal bidra med kunnskap knyttet til motivasjon og mestring brukere har gjennom treningskontaktordningen. Ved å forstå motivasjon bak det å melde seg på til slik ordning, kan en arbeide videre og bygge på denne motivasjonen/tilrettelegge/jobbe med sterke sider og på denne måten forbedre tilbudet om treningskontakt.

Ved gjennomført masteroppgave 1 juni. 2022 vil Helsehuset i Stavanger, treningskontaktordning få tilsendt masteroppgaven. Håper dere er interessert i å delta i prosjektet eller er villige til å distribuere informasjon.

Navn på veileder: Sebastian Schanche Sandgren

Mailadresse: sebastian.s.sandgren@uis.no

Telefon: 51831497

Vedlagt søknaden dersom mulig:

- Godkjent prosjektplan
- Informasjonsskriv om studien (til informantene)
- Intervjuguide/spørreskjema
- Dersom aktuelt - godkjenning fra REK

Vedlegg D - Mail knyttet til rekruttering

Hei!

Masterstudent Andjela Jovanovic (UiS) skal gjennomføre sin masterstudie på treningskontaktordninga i vår kommune. NSD (Norsk senter for forskningsdata) har godkjent søknaden frå henne.

Problemstillinga til Andjela lyder:

«Hvordan kan fysisk aktivitet bidra til å skapemestring hos rusavhengige? Hva er grunnen til at rusavhengige er motiverte/demotiverte til å delta i treningskontaktordningen? Hvordan oppleverbrukerne mestring i ordningen?»

Studenten treng hjelp til å rekruttere ca. 10 brukarar av treningskontaktordninga, og ønskjer å gjennomføre individuelle intervju av desse, ca. 30-40 minutt per intervju.

Ho søker brukarar som:

- Har hatt treningskontakt i 0-2 år. (må ha gjennomført koblingsmøte).
- Er i alderen 18-35 år (ikkje eit absolutt krav)
- Har rus som ein del av bakgrunn/problemområde
-
- **NB: Du skal ikkje ta kontakt med brukar, men berre melde tilbake til meg om du trur din brukar kan vere aktuell.**
-

Då kan vi ta kontakt med brukar, slik at ikkje din relasjon med brukar skal tvinge nokon til å føle at dei må delta)

Takk for hjelpa og ønskjer deg ein fortsatt fin dag!

Vil du delta i forskningsprosjektet «Fysisk aktivitet som helsefremmende tiltak»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke motivasjon og mestring knyttet til fysisk aktivitet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål:

Mitt navn er Andjela Jovanovic, og jeg er masterstudent i idrettsvitenskap ved Universitetet i Stavanger. Jeg skal våren 2022 levere min masteroppgave under veiledning av Sebastian Scanche Sandgren. I den forbindelsen kommer herved en forespørsel om å delta i intervju.

Denne studien er en masteroppgave som søker kunnskap om motivasjon for fysisk aktivitet blant rusavhengige personer. Hensikten med dette prosjektet er å avansere kunnskap som kan gi større forståelse av «Hvordan fysisk aktivitet kan bidra til å skape mestring hos rusavhengige»

Studiens forskningsspørsmål :«Årsakene til ar rusavhengige er motiverte eller demotiverte til å delta i treningskontaktordningen?», «Hvordan opplever brukere mestring i denne ordningen?».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i *Stavanger* er ansvarlig for prosjektet. *Veilederen i denne oppgaven er Serbastian Scanche Sandgren og student Andjela Jovanovic.*

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Prosjektet er avgrenset til personer med rusavhengighet som er hjemmeboende og klarer seg selv i det daglige. Helsehuset i Stavanger blir kontaktet for hjelp til å skaffe informantene, da treningskontaktordningen er en del av dette. Deltakere i denne studien må være over 18 år og

har vært med i treningskontaktoringen fra 0-4 måned. Det er ønskelig med deltakelse av både menn og kvinner.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Jeg vil be deltakeren gi noen opplysninger om seg selv i et intervju. Det vil være opplysninger om tidligere erfaringer med fysisk aktivitet, samt motivasjon og mestring knyttet til treningskontakt tilbudet. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet ved bruk av diktafon.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Det vil ikke påvirke ditt tilbud om treningskontakt, og heller ikke forholdet til treningskontakten.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Tilgang til din opplysninger skal prosjektansvarlig ha. Dette innebærer Prosjektlederen og student.

Navnet ditt innhentet ved samtykke skjema, vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste, adskilt fra øvrige data. Spørreskjema blir lagret på one drive, der all innsamlende informasjon blir låst med en kode. Lydopptak fra intervju blir lagret i nettskjema, der informasjon er innelåst med kode og blir slettet etter prosjektet er avsluttet. Lydfilen lastes da ikke ned på lokal maskin. Deltakeren skal ikke kunne gjenkjennes i prosjektet. Alle deltakere får fiktive navn og data blir anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 1.8.2022. Ved prosjektslutt slettes alle personopplysninger slettes, lydopptak fra intervju slettes..

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitet i Stavanger* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Sebastian Scanche Sandgren (veileder) eller Andjela Jovanovic (student) ved Universitetet i Stavanger.*

Sebastian Schanche Sandgren (veileder): sebastian.s.sandgren@uis.no tlf: +4751831497

Andjela Jovanovic (student): 257691@uis.no tlf:+4748020659

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sebastian Scanche Sandgren
(Forsker/veileder)

Andjela Jovanovic
(Student)

Vedlegg F - Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *fysisk aktivitet som helsefremmende tiltak* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av deltakeren i prosjektet, dato)

Vedlegg G - Intervjuguide for prosjektet «Fysisk aktivitet som helsefremmende tiltak»

Takke informanten som stiller opp til intervju. Informere deltakeren om studie og gjenta det som står i informasjonsskrivet. Få frem formålet med studien og hva skal innsamlende informasjonen brukes til.

Informere om lydopptak og høre om deltakere ha spørsmål før vi startet opp.

Bakgrunn

- Kan du fortelle meg litt om forholdet ditt til fysisk aktivitet som ung?
- Hvordan er forholdet ditt til fysisk aktivitet nå?

Hva betyr helse for deg?

Fysisk aktivitet:

Er det viktig for deg å være fysisk aktiv? Hvorfor?

Hvilke aktiviteter liker du å gjøre for å holde deg aktiv?

Motivasjon:

- Hvilke barrierer har du i forhold til fysisk aktivitet?
- Hvorfor har du meldt deg på treningskontakt tilbudet?

Hva er målet ditt med deltakelse her?

Mestring:

Kan du si noe om hvordan du opplever å delta i treningskontaktordningen?

- Føler du at du mestrer det aktivitetstilbudet har å by på?

Sammenlignet med før du startet opp med dette tilbudet, hvordan opplever du din psykisk og fysisk form nå?

Hvorfor ønsker du å fortsette med dette tilbudet?

Avslutning:

Er det noe jeg ikke har spurt om som du gjerne vil tilføye?

Vedlegg H - Risiko- og sårbarhetsanalyse

Dato	Tildelt av	Sjekket/ Godkjent/ Validert av veileder	Lokasjon
__/__/2021	Andjela Jovanovic	Sebastian S. Scanche	Universitet I Stavanger

Aktivitet	Fare	Hvem kan bli påvirket og hvordan	Eksisterende tiltak for å redusere faren	Sannsynlighet*	Konsekvens**	Vurdering av risiko***
En-til- en intervju	Fare for verbalmisbruk	Forskeren som gjennomfører intervjuet	Forskeren er opplært til å beholde mobiltelefonene sin ladet, med mulighet til å ringe hvis det er nødvendig med «nødandrop». Unngå å provosere deltakere.	2	2	4
En-til-en intervju	Fare for verbal overgrep	Forskeren som gjennomfører intervjuet	Hvis du føler presset med vold, eller får trussel om vold, må du umiddelbart forlate intervjuet.	2	2	4
En-til- en intervju	Fare for anklager mot sårbare individer	Forskeren som gjennomfører inetervjuet og deltakere	Forskeren er opplært til å unngå beskyldninger som beskriver individer som «syke»	2	4	8

Aktivitet	Fare	Hvem kan bli påvirket og hvordan	Eksisterende tiltak for å redusere faren	Sannsynlighet*	Konsekvens**	Vurdering av risiko***
En- til -en intervju	Brann	Forskeren som gjennomfører intervjuet og deltakere	Sørge for at du er klar over intervjustedets brannprosedyre/vite hvor nødutgang er/ sørge for at nødutgangene er klare før arbeidet starter.	1	4	4
En-til-en intervju	Fare for mangel av organisering, minske omtale for Universitet i Stavanger og Helsehuset i Stavanger.	Universitet I Stavanger og Helsehuset I Stavanger	Forskeren er opplært i hvordan de skal oppføre seg når de gjennomfører intervjuer Forskeren sender prosjektplan vis en etisk sjekkliste komite før arbeidet Påbegynner. Forskeren følger NSD prosedyre.	2	3	6

<p>Transport av , underskrevet samtykke</p>	<p>Manual Handling.</p> <p>Problemer med databeskyttelse og lagring av data.</p> <p>Problemer med lagring av intervjuopptaket i nettskjema</p>	<p>Forskeren som frakter data.</p> <p>Alle med personlig informasjon samtykkeerklæring</p> <p>Forskeren</p>	<p>Dokumentasjon skal transporteres trygt og sikres in en lukket sekk.</p> <p>Forskeren følger retningslinjene for databeskyttelse.</p> <p>Samtykke med personlig informasjon skal IKKE stå uten tilsyn og ligge der en kan få tak i informasjonen.</p> <p>All date blir lagret sikket på en passord beskyttet datamaskin. All papirbasert informasjon oppbevares i et låst skap</p> <p>Forskeren sørger for at diktafon-appen fungerer med å utføre noen tester før intervjuet og har tilgang til internett for å sikre for at data blir sendt til nettskjema rett etter intervjuet tar slutt.</p>			
---	--	---	---	--	--	--

Aktivitet	Fare	Hvem kan bli påvirket og hvordan	Eksisterende tiltak for å redusere faren	Sannsynlighet*	Konsekvens**	Vurdering av risiko***
En-til- en intervju	Fare for akutt alvorlig sykdom eller skade.	Forskeren som gjennomfører intervjuet og deltakere	Forskeren er klar til å handle umiddelbart ved å ringe nødtelefon, og vet hvor nærmest førstehjelpsutstyr befinner seg			
En-til- en intervju	Fare for emosjonell stress	Deltakerne	<p>I tilfelle en deltaker indikerer stress (f. eks. følelsesmessig stress, gråting, risting grunnen av intervjuet), stopper intervjuet umiddelbart.</p> <p>Umiddelbart støtte vil bli tilbudt om nødvendig.</p> <p>Hvis deltakeren føler seg i stand til å fortsette, vil intervjuet fortsette. Hvis deltakeren ikke klarer å fortsette vil intervjuet bli avsluttet, og deltakeren vil bli oppfordret til å kontakte legen eller psykisk helsepersonell.</p> <p>Hvis deltakeren aksepterer, føler forskeren opp på en høflig måte.</p>			

Key: **T**= trivial risk; **A** = adequately controlled, no further action necessary; **N** = not adequately controlled, actions required; **U** = unable to decide (further information required)

***Sannsynlighet**

4= Svart sannsynlig (hendelse inntreffer flere ganger hvert år)

3= Meget sannsynlig (hendelsen inntreffer årlig eller sjeldnere)

2=Sannsynlig (hendelsen inntreffer en gang pr 10 år eller sjeldnere)

1=Lite sannsynlig (hendelse inntreffer en gang per 50 år eller sjeldnere)

****Konsekvens**

4 = Katastrofal skår

3 = Krisitsk skår

2 = Farlig skår

1 = Lite farlig skår

***** Vurdering av risiko = Sannsynlighet x Konsekvens**

Sannsynlighet x Konsekvens = Risk assessment score

(LITEN RISIKO 1-3 / MIDDELS RISIKO 4-5 / HØY RISIKO 6-8)

Liten risiko -Ved liten risiko er det ofte ikke nødvendig å iverksette risikoreducerende tiltak, så fremt krav i lov og forskrift er oppfylt.

Middels risiko- Risikoreducerende tiltak skal vurderes ved middels risiko.

Høy risiko- vil som oftest kreve strakstiltak.

Handlingsplan				
Versjon nr.	Behov for videre handling	Handling av hvem	Når	Ferdig

Vedlegg I – Artikkelbibliotek

Artikler og rapporter som er inkludert i masteroppgaven med beskrivelser av studiene, eksponerings- og utfallsvariabler.

Forfatter	Tittel	Studietype	Populasjon og prøvetaking/ identifikasjonsstrategi	Relevant eksponerings variabler/temaer
Borge et al. (2013)	Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis	Kvalitativ	Utvalget bestod av 20 deltakere	Deltakerens mestring gjennom FA ble undersøkt. Erfaringene ble innhentet gjennom intervju.
Cabe et al. (2020)	Physical activity: A promising adjunctive treatment for severe alcohol use disorder	Litteraturstudie		
Clarke (2009)	Using thematic analysis in psychology			
Damian og Mendelson (2017)	Association of Physical Activity with Alcohol Abuse and Dependence in a Nationally-Representative U.S. Sample	Kvalitativ	Voksne mennesker (n=4,828)	FA sin assosiering med avhold fra alkohol
Davidson et al. (2009)	From «Double Trouble» to «Dual Recovery»: Integrating models of recovery in addiction and men- tal health			
Ekman og	<i>Evaluering av treningskontaktordningen i Nord-Trøndelag</i>	Rapport	Evalueringen baserte seg på litteraturstudie,	Evaluering av treningskontaktordningen

Nossum (2015)			spørreskjema, casestudie	
Ellingsen et al. (2018)	Effects of acute exercise on drug craving, self-esteem, mood and affect in adults with poly-substance dependence: Feasibility and preliminary findings	Kvantitativ Selvrapportering	Utvalget besto av 23 pasienter med rusavhengighet	Undersøkelse av kortsiktige effekter av fotball, styrketrening og turgåing
Finsen et al. (2021)	«Fra sirkus til seier»: Erfaringer med fysisk aktivitet for brukere innen rus og psykiatri. En intervjustudie	Kvalitativ	Seks dybdeintervju - fire kvinner og to menn	Erfaringer brukere med ruslidelser har med FA gjennom ett gruppetilbud med fysioterapeut
Flemmen et al (2014)	High-Intensity Interval Training in Patients with Substance Use Disorder	Kvantitativ	17 menn og 7 kvinner med rusavhengighet	Effekt av høy intensitet trening har hos mennesker med rusavhengighet
Haugan og Rannestad (2016)	The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings	Kvantitativ	43 093 deltakere	Utfordringer med alkohol og stoffinntak

Hipolito et al. (2011)	Meanings of Recovery From the Perspective of People With Dual Diagnosis.	Kvalitativ	Fokusgrupper	Adresserer recovery prosessen hos mennesker med rusavhengighet
Johansen og Redzovic (2018)	Fysisk aktivitet for rusavhengige – en kvalitativ studie	Kvalitativ	6 deltakere	Opplevelsen rusavhengige har med FA som tiltak mot rusavhengighet.
Kringlen et al (2001)	A Norwegian psychiatric epidemiological study			
Kringlen et al. (2006)	Mental illness in a rural area. A Norwegian psychiatric epidemiological study			
Muller et al. (2017)	Building abstinent networks is an important resource in improving quality of life.	Observasjonsstudie	338 voksne	Undersøkelse av sosialt nettverk og livskvalitet i rusbehandling
Ness et al. (2013)	Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser	Fokusintervju	15 aktivitetsledere	Lavterskel aktivitetstilbud for personer med rusproblemer
Rebar og Taylor (2017)	Physical activity and mental health, it is more than just a prescription.	Literaturstudie		FA og mental helse

SAMSHA (2017)	<i>Results from the 2016 national survey on drug use and health: detailed tables: prevalence estimates, standard errors, P values, and sample sizes rapport</i>	Rapport	Alder 12-17 og 18+	Informasjon om rusmiddelbruk og rusavhengighet
Sengül et al. (2017)	Exercising alcohol patients don't lack motivation but struggle with structures, emotions and social context - a qualitative dropout study.	Kvalitativ	65 rusavhengige mennesker som har droppet ut fra daltakse i FA	Faktorer som påvirker mennesker med rusavhengighet sin deltakelse i FA
Wang et al. (2014)	Impact of physical exercise on substance use disorders: a meta-analysis	Literaturstudie	22 studier ble inkludert	Effekten av FA som en behandlingsmetode hos rusavhengige mennesker
Ystrom et al. (2014)	Early age of alcohol initiation is not the cause of alcohol use disorders in adulthood, but is a major indicator of genetic risk	Kvantitativ/spørreskjema	8045 deltakere.	Inntak av alkohol som barn som grunnlag for utvikling av rusproblemer senere i livet
Zschucke et al. (2012)	Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders.	Literaturstudie	Studier publiserte mellom 1970 og 2011	Behandlingseffekt av FA hos rusmisbrukere

