

## Idrettens bidrag til folkehelsen

Hva er bakgrunn og formålet med Idrett Bergen sør sin samhandlingsmodell og hvordan gjennomføres den?  
Hva er effekten av tiltaket «Evig aktiv» på de eldre deltagernes selvrapporterte opplevelse av helserelatert livskvalitet?

**Eline Kvalheim Dankertsen**

### **Veileder**

Hilde Lohne-Seiler

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

## **Annerkjennelse**

Denne oppgaven ville ikke vært mulig uten støtte fra mange folk. Jeg ønsker først å uttrykke stor takknemlighet til veileder, professor Hilde Lohne-Seiler, for uerstattelig assistanse, veiledning og tilgjengelighet gjennom hele prosessen. Jeg vil også takke alle ansatte i Idrett Bergen sør, med en spesiell takk til Randi Marie Berntsen for tett oppfølging. En stor takk vil jeg også vise til alle deltagerne i «Evig aktiv» for et imøtekommende og inkluderende miljø, samt åpenhet til å delta i studien. Jeg vil rette en takk til professor Kristin Haraldstad, for arbeidet med å opprette linsens til QualityMetric.

Familie og venner: takk for all tålmodighet, gode samtaler og uendelig med kjærlighet dere har vist meg gjennom denne prosessen. Takk til foreldre for innspill og gjennomlesing. Sist men ikke minst ønsker jeg å uttrykke en takk til min studievenninne, Miriam Kjelby, som har blitt en god venn for resten av livet, for mye latter, godt samhold og uvurderlig god støtte.

Kristiansand/Bergen, Mai 2014

Eline Kvalheim Dankertsen

## **Innhold**

Del 1: Sammenbinding

Del 2: Artikkel

Del 3: Vedlegg

1: Søknad til Fakultetets Etske Komite

2: Intervjuguide

3: Observasjonsskjema

4: Tildelingsbrev fra kommunen

5: Informasjonsskriv med samtykkeskjema

6: Kontaktinformasjon

7: Treningsprogram fra Fysioterapitjenesten i Trondheim Kommune

8: Treningsprogram for «Evig aktiv»

9: Spørreskjema med bakgrunnsinformasjon

10: Spørreskjema SF-12

## **Del 1: Sammenbinding**

## **Sammendrag**

*Bakgrunn:* Samhandlingsreformen tydeliggjør at det i møte med fremtidens helseutfordringer bli behov for mer koordinerte helsetjenester. Idrett Bergen sør og Bergen Kommune har dannet en pilotmodell på hvordan samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner kan utøves.

*Hensikt:* Målet med studien var å undersøke bakgrunnen og formålet med Idrett Bergen Sør sin samhandlingsmodell, og hvordan den ble gjennomført. For å undersøke om samhandlingsmodell hadde overføringsverdi, det ble målt helserelatert livskvalitet etter deltagelse i «Evig aktiv».

*Metode:* Datainnsamling ved å anvende kvalitative- og kvantitative metoder. Det ble gjennomført et uformelt forskningsintervju med prosjektleder, to observasjoner med Idrett Bergen sør og representanter fra Bergen Kommune. Det ble også gjennomført en 12 uker intervensjonsstudie, og målt helserelatert livskvalitet ved spørreskjema på pre- og posttest.

*Resultat:* Fysisk inaktivitet er nåtidens store helseutfordring. For i imøtekomme disse utfordringene, var det dannet samarbeid med ulike aktører. Det var ingen signifikant forskjell mellom pre- og posttest på fysisk helse eller mental helse, verken på totalt utvalg eller splittet på kjønn. Det var signifikant forskjell på de to komponentene sammenslått ved posttest.

*Konklusjon:* Studien konkluderte med at Idrett Bergen sør har overføringsverdi, da Samhandlingsreformens krav til samarbeid er ivaretatt. Studien viste at deltagelse i «Evig aktiv» kan bedre den totale helserelaterte livskvaliteten til de eldre deltagerne. Men på grunnlag av få signifikante resultater kan ikke studien konkludere med om årsaken til økningen skyldes «Evig aktiv».

*Nøkkelord:* Idrett Bergen sør; frivillighet; samhandling; eldre; helserelatert livskvalitet; metode triangulering

## **Summery**

*Background:* The coordination reform states that to meet the future challenges in health, there needs to be made coordinated health care. There has been made a pilot model on how a volunteering organisation and the municipality can interact.

*Purpose:* The aim of this study was to examine the background and purpose of Idrett Bergen sør interaction model, and how it was implemented. To investigate the transfer value of the interaction model, the study measured the effect on health-related quality by participation in «Evig aktiv».

*Method:* Data collection using qualitative- and quantitative research method. It was conducted informal research interview with the project manager, two observations one with Idrett Bergen sør and one with representatives from Bergen municipality. It was also conducted measurements of health-related quality of life, by using questionnaire pre- and post-test.

*Result:* Physical inactivity is a major challenge in today's health. To meet this challenge, it was formed partnership with various cooperation partners. There was no significant difference between pre-and post-test on the physical health or mental health, either on the total sample or split by gender. There was significant difference between the two components merged at post-test.

*Conclusion:* The conclusion of this study is that the established interaction has a local and national transfer value. The elderly did improve there health-related quality of life, but because of the lack of significant results the study can not conclude that the cause of this improvement is participation in «Evig aktiv».

*Keyword:* Idrett Bergen sør; volunteering; cooperation; age; health related quality of life; method triangulation

## Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Oppgavens struktur.....	1
1.2 Bakgrunn og problemstilling.....	1
1.3 Begrepsavklaring.....	4
2.0 Teori.....	6
2.1 Helsen i samfunnet.....	6
2.2 Folkehelseloven og folkehelsemeldingen.....	6
2.3 Samhandling og tverrfaglighet.....	7
2.4 Frivillighet og idrett.....	8
2.5 Nordisk perspektiv på frivillighet, idrett og dens påvirkning på helse.....	8
2.6 Forskning på samhandling, frivillighet, idrett og tilgjengelighet.....	9
2.7 Eldre, fysisk aktivitet og helse.....	10
2.8 Forskning på helserelatert livskvalitet etter deltagelse i tilrettelagt fysisk aktivitet for eldre personer.....	11
3.0 Metode.....	13
3.1 Begrunnelse for valg av kvalitative metode.....	13
3.2 Forskningsintervju.....	14
3.2.1 Uformelt forskningsintervju og utvalg.....	14
3.2.2 Gjennomføring av uformelt forskningsintervju.....	15
3.3 Observasjon.....	15
3.3.1 Åpen-ikke-deltagende observasjon og utvalg.....	16
3.3.2 Gjennomføring av observasjonene.....	16
3.4 Bearbeiding av kvalitative data.....	17
3.5 Begrunnelse for valg av kvantitativ metode.....	18
3.6 Intervensjonsstudie og utvalg.....	19
3.6.1 Presentasjon av SF-12 spørreskjema.....	20
3.6.2 Gjennomføring av intervensjon.....	21
3.7 Bearbeiding av kvantitative data.....	22
3.7.1 Statistiske analyser.....	23
3.8 Forskningsetiske vurderinger av hele studien.....	24
4.0 Resultat.....	25
5.0 Diskusjon av metode.....	25
5.1 Kvalitativ metode.....	25
5.1.1 Uformelt forskningsintervju.....	25
5.1.2 Observasjon og utvalg.....	26
5.2 Kvantitativ metode.....	26
5.2.1 Intervensjonsstudie og utvalg.....	27
5.2.2 Statistiske analyser.....	28
6.0 Samarbeidspartnere.....	29
7.0 Litteratur.....	30

# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Oppgavens struktur

Denne studien vil starte med å ta for seg en introduksjon av bakgrunn og mål, som munner ut i en hovedproblemstilling og en underproblemstilling. Sentrale begreper vil bli definert, for deretter at teori vil bli presentert. Teorien vil basere seg på lover, teori og forskning. Følgende tema vil bli tatt opp; helsen i samfunnet, folkehelse, samhandling, frivillighet, idrett, eldre og helserelevanter livskvalitet etter deltagelse i tilrettelagt fysisk aktivitet. Deretter vil studien ta for seg metode ved å beskrive de anvendte metodene, gjennomføring, bearbeiding og til slutt forskningsetiske vurderinger av hele studien. Videre vil det presenteres deskriptive data under resultat. Mot slutten vil det bli presentert diskusjon av de anvendte metodene uformelt forskningsintervju, observasjon og intervensjonsstudie. I del 2 vil det bli presentert artikkel, som følger retningslinjene til tidsskriftet Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. I del 3 vil vedlegg bli presentert.

## 1.2 Bakgrunn og problemstilling

For å skape et aktivt og inkluderende samfunn som bedrer befolkningens helse på langsikt, stilles det nå krav til at det utvikles et velfungerende koordinert samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Folkehelseloven som trådte i kraft 2012, tydeliggjør at det nå må inkluderes et samarbeid på tvers av sektorer og profesjoner for å imøtekomme helseutfordringene i dagens samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet 2011<sup>a</sup>). En av aktørene det nå stilles krav til at kommunene skal inkludere, er frivilligheten (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

På bakgrunn av det økende fokuset på samhandling for å bedre folkehelsen, har jeg valgt i min studie å ta for meg hvordan et samarbeid mellom ulike sektorer er blitt iverksatt i samfunnet. Dermed har jeg koblet meg opp mot et pilotprosjektet på samhandling, nemlig Idrett Bergen sør. Idrett Bergen sør er et prosjekt innen idrett, med fokus på samarbeid for å inkludere personer som vanligvis faller utenfor idrettslag (Idrett Bergen sør 2012). Hensikten med studien vil være å belyse bakgrunn, formål og gjennomføring av Idrett Bergen Sør sin samhandlingsmodell (Figur 1). Dette fordi det er mangelfull forskning på hvordan Samhandlingsreformen blir utøvd i praksis, samt hvilke strategier som blir benyttet for å



utvikle et samarbeid. Samhandlingsreformen uttrykker ikke hvilke metoder som skal anvendes for å nå de mindre aktive i samfunnet med forebyggende arbeid. Det finnes også minimalt med forskning på hvilken rolle norske idrettslag har på folkehelsen (Skille 2010).

For å undersøke om Idrett Bergen sør sin samhandlingsmodell har overføringsverdi lokalt og nasjonalt, ønsket jeg å testen effekt av et av deres tiltak. På bakgrunn av min faglige kompetanse som ergoterapeut ønsket jeg å få et innblikk i personers helserelaterte livskvalitet, fordi dette er nært knyttet til aktivitet, deltagelse og helse eller i livet (Tuntland 2007).

Dermed vil det bli tatt for seg tiltaket «Evig aktiv». Dette er et tiltak for hjemmeboende pensjonister i Fana og Ytrebygda bydel i Bergen. Eldre har behov for fysisk aktivitet som bidrar til å opprettholde deres fysiske- og mentale helse, for å muliggjøre opprettholdelse av de grunnleggende ADL-ferdighetene (Tuntland 2007). Evig aktiv ble også anvendt for å styrke forskning på eldre. Dette fordi det i følge Jakobsen (2007) er forsket for lite på ulike eldre.

På bakgrunn av ønske om å belyse tema ble følgende hovedproblemstilling og underproblemstilling dannet:

Hovedproblemstilling: *Hva er bakgrunnen og formålet med Idrett Bergen Sør sin samhandlingsmodell og hvordan gjennomføres den?*

Underproblemstilling: *Hva er effekten av tiltaket «Evig aktiv» på eldre deltagers selvrapporterte opplevelse av helserelatert livskvalitet?*

**Modell og gjennomføring:**

**Samhandlingsmodellen**



**Figur 1.** Oppbygning av Idrett Bergen sør sin samhandlingsmodell (Idrett Bergen sør 2012).

### 1.3 Begrepsavklaring

Det finnes flere forskjellige definisjoner av ulike begrep. Her presenteres de som benyttes videre.

*Helse:* Handler om at en person ikke bare er fri for sykdom og svakhet, men at det nyter fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære (WHO 1948). Norsk ergoterapeutforbund forstår helse som noe mer enn WHO's definisjon, med at en person har evne og mulighet til å delta i ønskede aktiviteter (Ness 2008). God helse innebærer å ha overskudd til å mestre hverdagens krav (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

*Folkehelse:* Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

*Kunnskapsbasert folkehelsearbeid:* Faglige beslutninger ved å anvende både bruker-, erfaring- og forskningsbasert kunnskap (Wilhelmsen og Holthe 2011).

*Forebygging og helsefremming:* Fremme befolkningens helse og bidra til at helsen blir ansett på som en ressurs i hverdagslivet. Fokus på helse og helseadferd, i stedet for å sykdom (Mæland 2005).

*Samhandling:* Fordeling av oppgaver, for å nå et felles mål på en koordinert og effektiv måte (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

*Aktivitet:* Aktivitet handler om deltagelse i dagliglivet (ADL). Aktiviteter er oppgaver eller handlinger som er meningsfulle for enkeltmennesket og som skaper oss til den personen vi er (Tuntland 2007).

*Deltagelse:* Evnen til å involvere seg i og utføre en aktivitet (Bendixen, Madsen og Tjørnov 2003).

*Fysisk aktivitet:* Enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i betydelig økning av energiforbruket (Shephard og Bouchard 1994).

*Eldre:* Personer fra alderen 60+ kan defineres som eldre (WHO 2014).

*Livskvalitet og helserelatert livskvalitet:* I følge Næss (2011) vil livskvalitet si psykisk velvære og inneha en opplevelse av å ha det godt. Livskvalitet er individuell og kan knyttes til trygge levekår, sosialt nettverk og sosial deltagelse (Næss 2011). Helserelatert livskvalitet bringer i tillegg med seg fysiske, psykiske og eksistensielle dimensjoner, som tar utgangspunkt i sykdom og hva sykdom leder til (Helse- og omsorgsdepartementet 1999<sup>a</sup>).

*Funksjonsevne:* Nedsatte fysiske, psykiske og kognitive funksjoner. Oppstår i møte mellom individets forutsetninger og samfunnets krav (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2009).

## 2.0 Teori

Dette kapitlet vil ta for seg teori og forskning som omhandler helse, folkehelse, samhandling, frivillighet, idrett, helserelatert livskvalitet og eldre personer.

### 2.1 Helsen i samfunnet

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2012) har den norske befolkningen hatt en betydelig bedring i helse og levekår de siste hundre årene. Dette har vist seg i form av at helsesituasjonen i den norske befolkningen har endret seg vesentlig, ved blant annet at spedbarnsdødeligheten er redusert og levealderen øker stadig (Øverby, Torstveit og Høigaard 2011). Utviklingen kan blant annet rettes mot danning av lover og regler, bedring av hygiene, samt kunnskapsutvikling og folkeopplysning i den norske befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). I dag er det ifølge WHO skjedd et skifte fra at smittsomme sykdommer var årsak til sykdom og død, til at ikke-smittsomme sykdommer utgjør den største trusselen (Helsedirektoratet 2013). WHO benytter ordet ikke-smittsomme sykdommer, om sykdommer som er påvirket av samfunnets levesett eller den enkeltes livsstil (Helsedirektoratet 2013). I dag utgjør den største andelen av sykdomsbildet ulykker, hjerte- og karsykdommer, KOLS, diabetes, kreft, depresjon, muskel- og skjelettlidelser og overvekt (Helsedirektoratet 2011). Risikofaktorene til flere av sykdommene som preger dagens sykdomsbilde, vil i økende grad kunne knyttes til usunt kosthold og mangel på fysisk aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

### 2.2 Folkehelseloven og folkehelsemeldingen

I møte med folkehelseutfordringene ønsker Regjeringen at folkehelsearbeidet skal utøves kunnskapsbasert, for mest mulig hensiktsmessig ressursbruk (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Det må utvikles strategier som i sterkere grad motiverer enkeltindivider, samt samfunnet, i møte med helseutfordringene (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Ansvaret tildeles både den offentlige næringen og den private næringen, ved at det stilles krav å inkludere frivillige organisasjoner, fagbevegelsene og næringslivet (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). I følge helse- og omsorgsdepartementet (2012) har alle ”(...) et ansvar for å utvikle et samfunn som fremmer helse og hver enkelt har et ansvar for egen helse” (Helse- og omsorgsdepartementet 2012:9). Folkehelseloven ytrer at

i fremtidige samarbeid vil det bli sentralt for kommunene å inkludere frivilligheten (Helse- og omsorgsdepartementet 2011<sup>a</sup>).

### **2.3 Samhandling og tverrfaglighet**

Forebygging og tidlig innsats har tidligere blitt tapere i kampen mot spesialiserte tjenester. Tiltak og ressurser bør settes inn så tidlig som mulig slik at sykdom unngås, utsettes eller reduseres. Ved å tilrettelegge tjenestetilbudet kan dette gi befolkningen helsegevinst, samt en samfunnsøkonomisk gevinst ved at sykdom og skade unngås (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Regjeringen vil gjennom Samhandlingsreformen sikre fremtidens behov for tilrettelagte tjenester på en samfunnsøkonomisk bærekraftig måte (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Samhandlingsreformen tydeliggjør at helse- og omsorgstjenestene har en viktig rolle i det forebyggende arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Det fremheves tre sentrale punkter i dette arbeidet. Den første handler om at forebygging skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenesten. Den andre er det skal gis opplysning, råd og veiledning for helsekontroller. Og den tredje er at helseopplysninger og livsstilsendringer skal skapes for forebygge sosiale problemer, samt det skal fokuseres på et tverrsektorielt helse- og omsorgstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Dermed stilles det krav til et mer tverrprofesjonelt samarbeid og utgangspunktet skal alltid være et helhetlig tilbud etter brukerens behov (Kunnskapsdepartementet 2012).

Samhandlingsreformen tar ikke direkte for seg samarbeid mellom ulike yrkesgrupper (Nilsen, Andersen, Johansen og Karlsen 2013). Men derimot tydeliggjør Helse- og omsorgsdepartementet (1999<sup>b</sup>) at samarbeid er en forutsetning for utøving av forsvarlige helse- og sosialtjenester. Dermed stilles det krav til at ulike yrkesgrupper skal ha kunnskap og respekt om andre profesjoner, samt innhente faglig kvalifikasjoner og henvise videre om nødvendig (Nilsen et al. 2013). Dette vil kunne bidra til å utvikle kompetanse innen samhandling, i samsvar med endringene i samfunnet. En studie gjort av Høgskolen i Østfold, tar for seg å se på når samhandling kreves. Ved at et helsevesen i endring krever ny kompetanse (Nilsen et al. 2013). Studien kartlegger hvordan innføringen av Samhandlingsreformen (2009) vil ha betydning for studenters praksis, samt hvordan tverrprofesjonell samarbeidslæring burde vært implementert i utdanningene (Nilsen et al.

2013). Samhandlingsreformen vil for studentene kunne bety å tilegne seg erfaring med et helhetlig pasientforløp og profesjonell samhandling, allerede under utdannelsen (Nilsen et al. 2013). Dette vil kunne bidra til å utvikle samhandlingskompetanse som samsvarer med endringene i samfunnet (Nilsen et al. 2013).

## **2.4 Frivillighet og idrett**

Idrett Bergen sør er en frivillig organisasjon. Frivillige organisasjoner i Norge består av rundt 100 000 lag og foreninger som til sammen har cirka 10 millioner medlemskap (Frivillighet Norge 2011). I følge Frivillighet Norge (2011) deltar halvparten av den voksne befolkningen med frivillig innsats som til sammen utgjør 115 000 frivillige årsverk. Frivillighet i Norge utøves som et fellesskap av frivillig innsats og betalt arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). Lov om folkehelsearbeid stiller krav til at kommunene skal inkludere frivillige organisasjoner i møte med fremtidens helseutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet 2011<sup>b</sup>). Kulturdepartementet (2011) ønsker å fremme, styrke og videreutvikle potensialet idrett og fysisk aktivitet har for den samfunnsmessige betydningen. Dette fordi idrett og frivillighet når grupper og individer andre helse- og forebyggende tjenester ikke når, samt deltagelse i frivillig arbeid kan bidra til å skape et aktivt og inkluderende samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet 2011<sup>b</sup>, Kulturdepartementet 2011). For å opprettholde god helse, trenger vi å være fysisk aktiv (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2013). Det fremheves at idretten er av stor samfunnsmessig betydning både gjennom sine aktivitetsmuligheter og sitt bidrag til sosialt fellesskap i nærmiljøet (Kulturdepartementet 2011).

## **2.5 Norsk historisk perspektiv på frivillighet, idrett og dens påvirkning på helse**

Den største frivillige organisasjonen er Norges idrettsforbund (NIF) og olympiske og paralympiske komite NIF ble stiftet i 1861 under navnet Cenrtalforeningen for Udbredelse af Legemsøvelser og Vaabenbrug (Norges Idrettsforbund 2009<sup>a</sup>). Under annen verdenskrig ble det gjennomført en idrettsstreik mot nazistene, hvor de lokale idrettslagene sto sentralt (Tønnesson 1986). 1945 gikk Rolf Hofmo og Olaf Helset inn som ledere, for å gjenoppreise den norske idretten i etterkrigsårene (Norges Idrettsforbund 2009<sup>a</sup>). De hadde en tanke om idrett i samsvar med folkehelsen. Fra 1965-1985 opplevde NIF en økning på hele 1,1 millioner medlemmer, og annen hvert barn var i 1985 medlem (Norges Idrettsforbund 2009<sup>b</sup>). Årsaken til denne økningen, var trolig at fjernsynet i 1967 gjennomførte en TRIM-kampanje (Norges Idrettsforbund 2009<sup>b</sup>). Dette rettet fokus mot å gjennomføre idrett, fremfor å se på

idrett. Den første kulturmeldingen som omtalte idrett, kom i 1974, og tydeliggjorde at alle skulle få lik mulighet til aktiv utfoldelse og frivillige organisasjonen skulle inkluderes (Kulturdepartementet 1974). Som innledning til den første idrettsmeldingen som kom i 1992, gjennomførte Goksøy (1992) en studie på forholdet mellom staten og den frivillige organisasjonen. Dette ble gjort for å kartlegge at det foregikk lokale virksomheter (Skille 2010). I 1996 ble NIF og Norges olympiske komite slått sammen, og i 2008 ble også den paralympiske komite inkludert (Skille 2010). Disse sammenslåingene har gjort at staten nå har en organisasjon å forholde seg til, samt et gjensidig avhengighetsforhold mellom topp og bredde (Skille 2010). Nytteverdien har historisk sett vært preget av begreper som forsvar, danning, helse, fysisk- og psykisk overskudd og motoriske ferdigheter (Skille 2010). Den statlige interessen for idrett i etterkrigsårene, har vært preget av helse (Skille 2010).

## **2.6 Forskning på samhandling, frivillighet, idrett, helse og tilgjengelighet**

Informantene i idrettslagene i Skille (2010) sin studie anser ikke kommunen som en stor bidragsyter til deres arbeid. Derimot blir den offentlige sektor sett på som å ha stor påvirkning på rammebetingelsene rundt kommunens fysiske aktivitet og idrett (Skille 2010). I en rapport på kartlegging av kommunenes samhandling med frivillig sektor, kommer det frem at kommunen ofte tar initiativ til samarbeid med frivillige organisasjoner når det gjelder tema som helse, sosial, innvandrere, barn og unge (Nødland, Bergsgard, Bjelland, og Leknes 2007). Undersøkelsen viser at 86% av de spurte, mente at kommunen la stor vekt på å opprettholde en relasjon til den frivillige sektoren (Nødland et al. 2007). Forskningen til Nødland et al. (2007) viser at ved samhandling kan det bli vanskelig å oppfylle kravene det offentlige har. Dette fordi frivillige organisasjoner skal både styrke det lokale fellesskapet og samtidig overta oppgaver innen velferd som det offentlige ikke makter (Nødland et al. 2007). Dermed bør det utvikles gjensidige rammebetingelser for hvordan denne samhandling skal gjennomføres (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

Folkehelse er et begrep som blir brukt om Idrett- og friluftsansjoner sitt arbeidsområde (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Men til tross for dette viser Skille (2010) sin forskning at fåtallet av lederne i idrettslagene bevisst bruker begrepet helse når det er snakk om idrettslaget sin virksomhet. Årsaken til dette kan være at helse ikke er primærfokuset til idrettslagene, eller at helse er en opplagt dimensjon av idrettslagenes rolle eller at helse er et aspekt som ubevisst innbefattes i idrettslig aktivitet (Skille 2010). Uansett om det er en

bevisst eller ubevisst sammenheng mellom idrett og helse, vil befolkningens idrettsdeltagelse ha en avgjørende betydning for folkehelsen (Skille 2010). Forskningen til Skille (2010) viser tydelig at flertallet av de intervjuede mener at aktivitetsvaner skapes i tidlige leveår, og at det dermed er vaner som overføres til voksenlivet og alderdom. Gjennom fysisk aktivitet skapes holdninger, verdier og dermed utvikles individet i samhandling med andre (Skille 2010, Kielhofner 2008). Frivillige organisasjoner anses som betydningsfulle når det kommer til sosial inkludering og trygge nærmiljøer (Skille 2010). En forskning viser at tilgjengeligheten av anlegg er av betydning for nærmiljøet sitt fysiske aktivitetsnivå (Nielsen, Andresen, Johansen og Karlsen 2012), i tillegg til at fasilitetene har et bredt bruksområde for aktivitet (Limstrand og Rehrer 2008). Limstrand og Rehrer (2008) sin norske studie viser for øvrig at det er de mest aktive i samfunnet som benytter seg av anlegg og fasiliteter i nærmiljøet. Dermed er det et potensial for å inkludere personer som ikke idrettslaget vanligvis når (Idrett Bergen sør 2012).

## **2.7 Eldre, fysisk aktivitet og helse**

Det har vært en betydelig økning i antall eldre bare de siste tiårene og tendensen har vist seg med en firedobbelte økning i antall personer over 80 år fra 1950-2012 (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Det regnes med at frem mot 2050 vil antall eldre over 67 år fordobles (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2012) kan det påvises en sammenheng mellom opplevelse av ensomhet og helse. Eldre er den aldersgruppen hvor man finner høyest forekomst av psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Beregninger viser at omtrent 69 000 personer over 65 år led av demens i 2010 og at dette tallet vil omtrent ligge på 160 000 i 2050 (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). I tillegg til mange eldre med psykiske lidelser, er Norge på verdensbasis blant de høyest landene i forekomst av brudd (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Det er viktig med forståelse av at regelmessig fysisk aktivitet og trening kan forebygge og redusere aldersrelaterte fysiske og psykiske forandringer (Lexell, Frändin og Helbostad 2008). Lexell et al. (2008) fremstiller at eldre mennesker kan ved svært høy alder forbedre både kondisjon, utholdenhet, balanse, styrke og bevegelighet. Fysisk aktivitet påvirker både de fysiske dimensjonene hos eldre, som for eksempel muskelstyrke og funksjonsevne, samt det kan påvirke positivt på de psykologiske dimensjonene og dermed livskvaliteten (Lexell et al. 2008). Det bør på bakgrunn av økning i andelen eldre i befolkningen i fremtiden rettes oppmerksomhet mot tilrettelegging for økt sosial deltagelse og mestring av meningsfulle



aktiviteter (Hansen og Slagsvold 2011). Dette fordi eldre har behov for trening som kan bidra til å forebygge psykiske og fysiske funksjonsnedsettelse og dermed retter seg mot daglige aktiviteter og sosial deltagelse (Tuntland 2007, Kielhofner 2008).

## **2.8 Forskning på helse relatert livskvalitet etter deltagelse i tilrettelagt fysisk aktivitet for eldre personer**

Helbostad, Sletvold, Moe-Nilssen (2005) sin klinisk randomisert studie for å undersøke om hjemmetrening (HT) to ganger daglig bedret fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet hos skrøpelige hjemmeboende eldre personer, og om gruppetrening to ganger i uken i tillegg (kombinert trening= KT) forsterket effekten. Utvalget i studien bestod av 77 personer over 75 år (gjennomsnitt 81). Intervensjonen varte i 12 uker ledet av fysioterapeuter. Alle deltagerne registrerte daglig om de hadde utført hjemmetrening. Resultatet av studien viste at etter endt intervensjon, hadde begge gruppene bedret fysisk funksjon (Helbostad et al. 2005). Den helse relaterte livskvaliteten ble målt via SF-36, og resultatet viste at bare KT-gruppen bedret disse aspektene. Det ble også målt fysisk funksjon seks måneder etter intervensjon, som viste at begge gruppene var tilbake til utgangspunktet. Derimot var fortsatt SF-36 skårene fortsatt høyere hos KT-gruppen. Studien konkluderer med at enkle hjemmeøvelser har kortsiktig effektive på funksjon, men at gruppetrening gir bedring i livskvalitet (Helbostad et al. 2005).

Studien til Brovold, Skelton og Bergland (2013) undersøkte effekten aerob intervalltrening hadde på helse relatert livskvalitet, fysisk form og fysisk aktivitet, hos eldre personer som nylig hadde blitt utskrevet fra sykehus. Dette ble gjennomført rett etter et sykehusopphold, ved en randomisert kontrollert studie som sammenlignet effekten av høy-intensitet aerob intervalltrening (HIA), opp mot hjemmebasert trening (HB) for eldre personer med kroniske sykdommer. Deltagerne var eldre personer, i alderen 70-92 år (n=115), som bodde i kommunale boliger og var innlagt på sykehus (Brovold et al. 2013). Etter utskrivelse fra sykehus, ble deltagerne tilfeldig delt inn i HIA gruppen (n=59) eller HB (n=58). Intervensjonen til HIA gruppen innebar å trene to ganger i uken på sykehuset hvor programmet som ble gjennomført inneholdt utholdenhet, styrke og balansetrening. HIA gruppen ble også oppfordret til å trene minst en gang i uken utenom den tilrettelagte treningen. HB gruppen sin intervensjon innebar lav-intensitets trening hvor deltagerne fikk utdelt en treningsdagbok med informasjon om viktigheten av trening, samt et treningsprogram

med seks øvelser. De fikk også mulighet for telefon oppfølging av fysioterapeut. Målingene av helserelatert livskvalitet ble gjennomført ved SF-36 (Short Form Health Survey- 36), målingene av fysisk form ble gjort ved Senior Fitness test, mens fysisk aktivitet ble samlet inn ved bruk av Fysisk Aktivitets Skala for eldre (Brovold et al. 2013). Resultatene fra studien viser at begge gruppene bedret deres helserelaterte livskvalitet og fysisk aktivitet, etter tre måneders intervensjon. Fysisk form var signifikant bedre i HIA gruppen. Studien konkluderte med at trening burde bli implementert som en del av behandlingstilbudet, for eldre personer som er i risiko for funksjonell nedgang (Brovold et al. 2013).

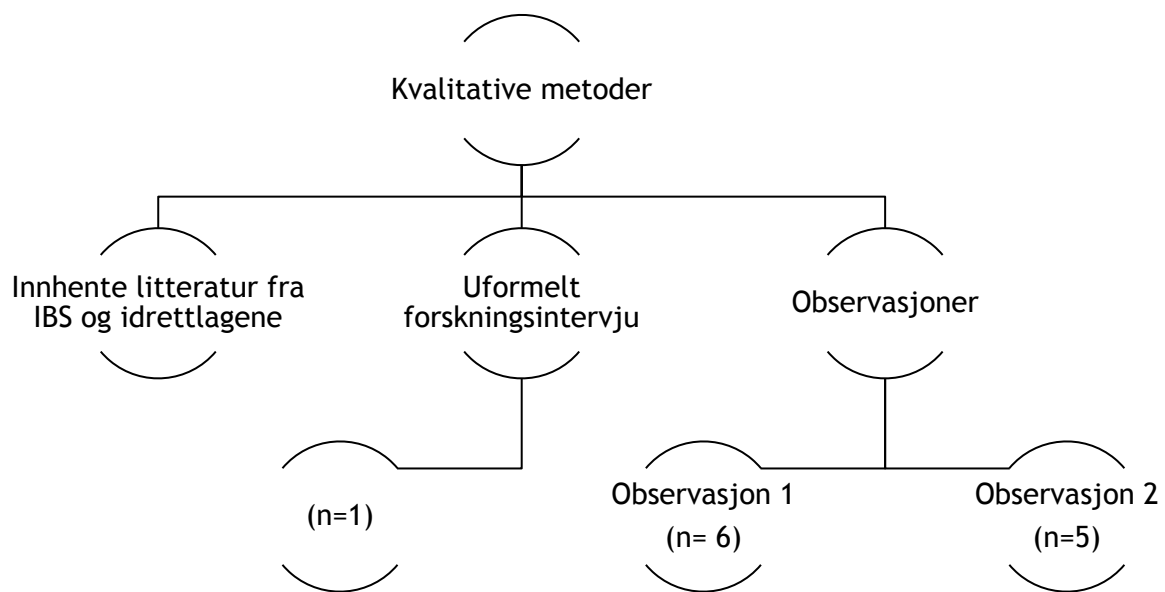
En annen undersøkelse er studien til Krist, Dimeo og Keil (2013) som undersøker om progressiv styrketrening to ganger i uken kan forbedre mobilitet, muskelstyrke og livskvalitet hos eldre personer med svekket mobilitet. Studien er en pilotstudie som tar for seg deltagere mellom 77-97 år (n=15) som bor på sykehjem. Intervensjonen innebar et åtteukers progressivt styrketreningsprogram som ble gjennomført to ganger i uken. For å måle mobilitet ble det benyttet eldre mobilitets skala, muskelstyrke ble målt ved åtte-repetisjon maksimum, samt SF-36 ble anvendt for å måle livskvalitet (Krist et al. 2013). Resultatene fra studien viste at i løpet av intervensjonen forbedret deltagerne mobilitet og muskelstyrke i øvre og nedre ekstremitet. Men resultatene fra SF-36 viste ingen betydelig forbedring hos deltagerne (Krist et al. 2013). Studien konkluderer med at styrketrening to ganger i uken ser ut til å forbedre mobilitet og muskelstyrke for eldre personer med svekket mobilitet (Krist et al. 2013). Den randomiserte kontrollerte studien til Martin-Valero, Cuesta-Vargas og Labaios-Manzanaras (2013) tar for seg effekten av et fysisk aktivitetsprogram på livskvalitet og hjertefunksjon hos inaktive personer. Deltagerne ble tilfeldig rekruttert til enten en gruppe (n=50) som mottok 60 minutters treningsintervensjon to ganger i uken i tre måneder, eller til en gruppe (n=50) som fikk helseundervisning. Deltagerne sin livskvalitet ble målt ved både SF-12 (Short Form- 12) og EQ-5D (EuroQoL-5D), samt hjertefunksjon ble målt ut fra Bruce protokoll med spirometri og gangtest (Martin-Valero et al. 2013). Resultatene fra studien viste signifikant økning på livskvalitet hos menn i gruppen som mottok trening, men ingen påvirkning hos kvinner (Martin-Valero et al. 2013). Det viste ingen signifikante forskjeller på hjertefunksjon mellom gruppene, men signifikant økning innad i hver gruppen når det gjaldt menn (Martin-Valero et al. 2013).

### **3.0 Metode**

Det ble benyttet triangulering ved en kombinasjon av både kvalitativ- og kvantitativ tilnærming (Thagaard 2013). Valg av metoder bygger på hva som er mest hensiktsmessige for å besvare denne studien (Tashakkori og Teddlie 1998). Metodekapittelet vil bli beskrevet med å gjennomgå den kvalitative metoden i sin helhet først, og deretter vil den kvantitative metoden bli fremstilt. Mot slutten av metodekapitlet vil jeg ta for meg forskningsetiske vurderinger av hele studien.

#### **3.1 Begrunnelse for valg av kvalitativ metode**

For å besvare hovedproblemstillingen ble det anvendt kvalitative metoder. Valg av kvalitativ metode bygger på å studere et fenomen på bakgrunn av den sosiale samhandlingen og beskrive kulturen som personene selv erfarer. Dette var et område Idrett Bergen Sør selv ønsket innsikt i og forskning på, da samhandlingsmodellen var en pilotmodell (Idrett Bergen sør 2012). Ved å ha fokus på hvordan et fenomen oppfattes av personer selv, følger man den vitenskapsteoretiske retningen fenomenologi (Thagaard 2013). Symbolsk interaksjonisme er en undergruppe under fenomenologien, hvor man søker å forstå hvordan personer samhandler og hvordan man i samhandling med andre skaper egen identitet (Thagaard 2013). Valg av kvalitativ metode bygger på ønske om å undersøke *hvordan* et system fungerer og *hvordan* individene forholder seg til hverandre og systemet de er en del av (Fog 2004). Det ble gjennomført databasesøk, anvendt litteratur fra Idrett Bergen sør, samt de to kvalitative metodene; forskningsintervju og observasjon. Dette for å samle inn data om personlig oppfattelse og praktisk gjennomføring av samhandlingsmodellen (Brandt, Legarth og Wæhrens 2008).



Figur 1. Flyt diagram over anvendte kvalitative metoder og utvalg.

## 3.2. Forskningsintervju

Forskningsintervju er en profesjonell samtale som har som mål å innhente kunnskap via dagliglivets samtaler (Kvale og Brinkmann 2009). I følge Kvale og Brinkmann (2009) er ikke anvendelse av forskningsintervju som metode en jevnbyrdig samtale, fordi det er forsker som angir og veileder tema underveis i intervjuet. Dermed stiltes det krav til en bevisstgjøring om hva som er tillatt i søken etter holdbar viten og hvilken moralsk betydning det har for mennesket som intervjues (Fog 2004). På bakgrunn av å tilrettelegge for mer likeverdig samtale, ble det benyttet uformell tilnærming (Thagaard 2013).

### 3.2.1 Uformelt forskningsintervju og utvalg

Hensikten med det uformelle forskningsintervjuet var å innhente utfyllende informasjon til litteraturen om bakgrunn og formål, samt hvordan prosessen ble gjennomført. Det var dermed hensiktsmessig å finne frem til en person som fungerte som informant og hadde kunnskap om tema som skulle undersøkes (Thagaard 2013). For å belyse hovedproblemstilling ble det gjennomført et uformelt forskningsintervju med prosjektleder i Idrett Bergen sør.

### **3.2.2 Gjennomføring av uformelt forskningsintervju**

Det ble i forkant av det uformelle forskningsintervjuet dannet en intervjuguide (Vedlegg 2) som bestod av åpne spørsmål. Intervjuguiden ble dannet for å skape struktur, men det ble anvendt åpne spørsmål for å opprettholde en uformell tilnærming (Kvale og Brinkman 2009). Intervjuguiden ble tildelt prosjektleder før gjennomføringen, for å muliggjøre forberedelse og dermed mer utfyllende informasjon ved intervjuet (Kvale og Brinkman 2009). Spørsmålene bygget på å belyse emner for å besvare hovedproblemstillingen.

Gjennomføringen av det uformelle forskningsintervjuet foregikk i prosjektleders naturlig omgivelser og både prosjektleder og jeg hadde intervjuguiden foran oss.

Hovedproblemstillingen søkte kunnskap om få og konkrete emner som ble vurdert til å kunne noteres underveis (Fog 2004). Det er nemlig karakteristisk i fenomenologisk orienterte intervju, at intervjupersonen får stort rom for egne fortellinger (Thagaard 2013). Dette gjorde at ble det viktig for meg å skape en balanse mellom å lytte aktivt til personen og innhente kunnskap (Kvale & Brinkmann 2009). Under innsamlingen var det viktig å finne en balanse mellom å lytte til innholdet i det som ble sagt, og observere kroppslige uttrykk (Fog 2004). Notatene krevde også mindre bearbeiding for meg som forsker (Thagaard 2013). Jeg som forsker førte samtalen videre på grunnlag av min forståelse og kontakten mellom meg og prosjektleder (Thagaard 2013). Forskningsintervjuet startet med at jeg som forsker innledet med å gjengi tema og formålet med intervjuet, for deretter å følge intervjuguiden noenlunde kronologisk. Det var en uformell tilnærming hvor det ble anvendt oppfølgingsspørsmål (Thagaard 2013). Intervju er en metode som man bare kan bli bedre på ved å øve (Thagaard 2013).

### **3.3 Observasjon**

Den andre metoden for å kunne belyse hovedproblemstillingen var observasjon. Denne metoden kan gi informasjon om en persons adferd, interaksjon mellom mennesker og deres sosiale omgivelser (Brandt et al. 2008). Formålet med kvalitativ observasjon var å få et innblikk i verdenen til dem som observeres (Brandt et al. 2008) og en slik metode rettet fokus mot kultur, dagliglivet og menneskenes forståelse (Kvale og Brinkmann 2009).

### **3.3.1 Åpen-ikke-deltagende observasjon og utvalg**

Observasjonene ble gjennomført ved åpen observasjon, som innebar at deltagerne visste at de ble observert og de var klar over min rolle som forsker (Thagaard 2013). Denne metoden ble benyttet fordi jeg ønsket å observere en bestemt interaksjonen som foregikk mellom de deltagende partene på møtene. Da dette ble utført i et så spesifikt miljø med få deltagere, valgte jeg at åpen observasjon var den mest hensiktsmessige metoden for å innhente denne informasjonen. Jeg valgte å ha forskerrollen som fullstendig observatør ved begge observasjonene. I følge Ringdal (2013) er det ved ikke deltagende observasjon, mest vanlig å inneha en skjult observasjonsmetode. Men da jeg skulle samle inn informasjon om et fenomen fra utsiden, ble det naturlig å inneha rollen som fullstendig observatør, dette fordi målet var å observere interaksjonen objektivt (Ringdal 2013). Dermed hadde jeg ingen kontakt med dem som skulle observeres, men jeg var åpen om min forskerrolle.

Utvalgsstrategien bygget på innsikt i samhandling innad i Idrett Bergen sør, samt deres samhandling med andre. Det ble gjennomført to observasjoner, et med bare ansatte i Idrett Bergen sør og et med Idrett Bergen sør i samhandling med Bergen Kommune. Observasjonene ble gjennomført i en av de deltagende partene sine kjente omgivelser, og jeg som forsker kom inn i deres kultur. Personers naturlige omgivelser kan skape trygghet og dermed gi innsikt til å forstå de relasjonene som skal observeres (Kielhofner 2008), Thagaard 2013).

### **3.3.2 Gjennomføring av observasjonene**

I forkant av møtene ble det dannet et observasjonsskjema (vedlegg 3) som ble benyttet ved observasjon 1 og observasjon 2. Spørsmålene på dette skjemaet var åpne, med fokus på å kunne besvare hovedproblemstillingen. Skjemaet ga også rom for å notere erfaringen som ble gjort underveis i form av feltnotater (Thagaard 2013). For å kunne bearbeide erfaringer og tolkninger til det videre arbeidet med analyse av data, inneholdt observasjonsskjemaet både et punkt hvor det som observeres skrives og et punkt hvor mine tolkninger ble notert (Thagaard 2013).

Observasjon 1 ble gjennomført i en av deltagerens naturlige arbeidsomgivelser (Kielhofner 2008). Valg av fysiske omgivelser bygget på tilgjengelighet for å holde møte, samt rullering innad i idrettslagene slik at alle får ha det i sine naturlige arbeidsomgivelser. Ved denne

observasjonen var utvalgt bare representanter fra Idrett Bergen sør. Alle deltagerne hadde i forkant av observasjonen truffet meg på et informasjonsmøte om Idrett Bergen sør, med daværende helseminister Jonas Gahr Støre. Dermed visste deltagerne at min rolle var forsker, og hva jeg kom til å undersøke på dette møte. Det ble ved starten av møte informert om at all gjenkjennbar informasjon kom til å bli anonymisert, min rollen som ikke-deltagende observatør og at jeg kom til å se på prosessen under møte. Til tross for min rolle som ikke-deltagende observatør, var dette en åpen observasjon. Dermed satt jeg ved samme bord som deltagerne, men på en ende slik at jeg kunne se, lytte og skrive det som foregikk (Brandt et al. 2008). Da informasjonen var gitt, innledet prosjektleder møte ved å fortelle om dagens agenda og observasjon 1 startet. Underveis noterte jeg på det på forhånd dannede observasjonsskjemaet. Det ble notert stikkord, slik at jeg kunne observere interaksjonene. Møte ble rundet av ved at prosjektleder oppsummerte og gjenga strategier for videre arbeid innad i Idrett Bergen sør. Prosjektleder, nestleder og jeg forlot lokalet, og de fire daglige lederne fortsatte med et eget møte som ikke inkluderte Idrett Bergen sør.

Observasjon 2 var mellom representanter fra Idrett Bergen sør og deres samarbeidspartner Bergen Kommune. Agendaen for møtet var å diskutere oppstart av et tiltak, om det var mulighet for et samarbeid om dette. Det ble ved starten av denne observasjonens også informert om at min rolle var forsker og at jeg kom til å inneha rollen som ikke-deltagende observatør. Det ble også informert om at jeg forsket på Idrett Bergen sør, og hvordan de gjennomførte samhandling. De deltagende partene fikk informasjon om at jeg kom til å se på helheten av prosessen som foregikk der, og at det dermed ikke var noen enkeltpersoner som kom til å bli trukket frem. De fikk kjennskap til at alt ble anonymisert og at deres personlige synspunkter var ikke noe jeg kom til å benytte i min masteroppgave. Under observasjon 2 ble det også notert både direkte observasjoner og egne tolkninger på observasjonsskjemaet. Det ble notert stikkord som jeg selv kunne bearbeide etterpå, slik at jeg aktivt kunne lytte underveis. Ved observasjonens slutt takket prosjektleder for deltagelse, samt en oppsummering fra møte og videre arbeid mellom de to deltagende partene.

### **3. 4 Bearbeiding av kvalitative data**

Dataene som ble samlet inn ved gjennomføring av de kvalitative metodene, ble bearbeidet ved å danne helhetlige tekster (Thagaard 2013). I følge Thagaard (2013) er det viktig å vise innlevelse ovenfor personene som blir studert, dette for å kunne oppnå forståelse. Thagaard

(2013) fremstiller at innlevelse og systematikk går hånd i hånd i kvalitative metoder for å kunne ta beslutninger underveis i prosessen og samtidig oppnå helhetlig forståelse. Tolkningene bar preg av tilnærmingen symbolsk interaksjonisme (Thagaard 2013). Dette innebar at jeg forholdt meg til intervensjonen ut i fra min førforståelse og på grunnlag av mine fortolkninger i den sosiale interaksjonen (Thagaard 2013). Den kvalitative forskningen bar preg av å møte personene som ble studert med åpenhet (Thagaard 2013). Dette for å kunne skape en relasjon, noe som igjen muliggjorde for refleksjon om meningsinnholdet i dataene (Thagaard 2013).

Notatene i det uformelle forskningsintervjuet innhentet redusert mengde og mindre fyldige data (Thagaard 2013). På samme tid dannet notatene grunnlag for hovedpunkter til analysen, da det under notering ble sortert og selektert ut datamateriale (Thagaard 2013). Dermed ble noe av fortolkningen foretatt allerede under innsamling (Thagaard 2013).

Forskningsintervjuet ble bearbeidet ved å skrive notatene som var gjort underveis, om til en helhetlig tekst. De innsamlede dataene fra observasjonene ble bearbeidet i forhold til symbolsk interaksjonisme. Denne førforståelsen tok jeg automatisk med inn i tolknings og analyse i prosessen (Thagaard 2013). Det ble dannet tekster av de samlede notatene.

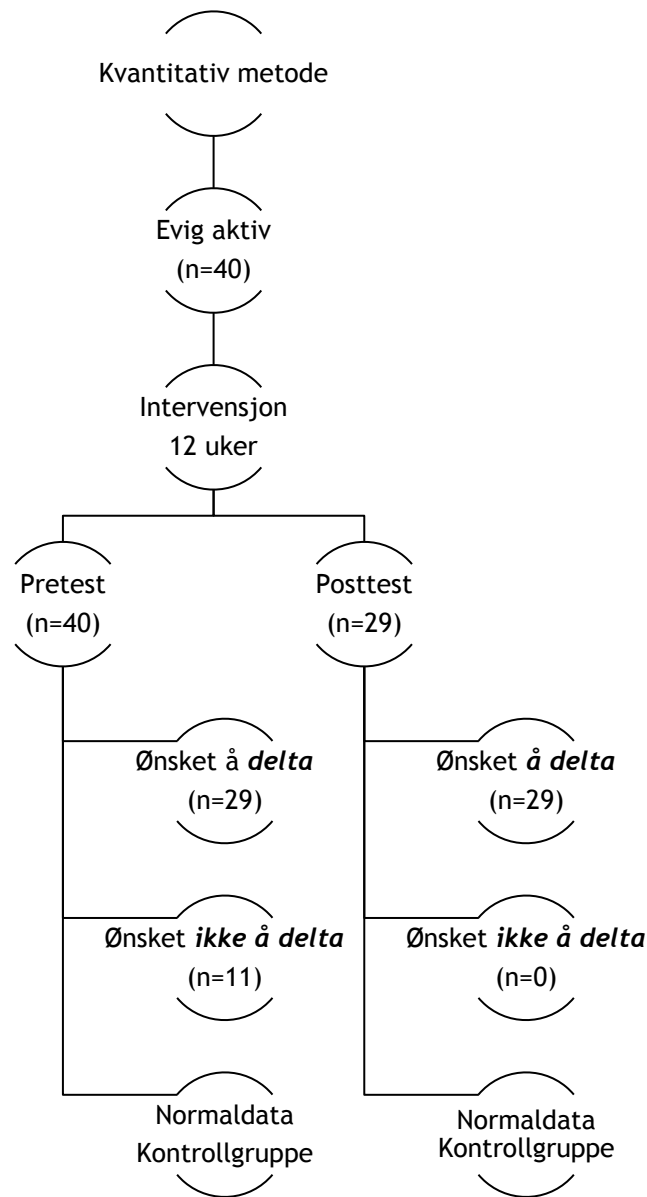
Bearbeidingen av foregikk ved at jeg leste gjennom notatene av det som var direkte observert, for deretter at jeg skrev ned på et nytt skjema tolkninger jeg gjorde andre gang jeg leste notatene. Deretter gikk jeg gjennom alle mine notater, og skrev en helhetlig tekst med både det observerte og tolkningene fra begge skjemaene.

### **3.5 Begrunnelse for valg av kvantitativ metode**

Da studien hadde som hovedmål å undersøke prosjektet Idrett Bergen sør. Valgte jeg å ta for meg et av tiltakene for å kunne teste og underbygge effekt og generalisering (Thagaard 2013). For å belyse underproblemstillingen valgte jeg dermed å benytte meg av kvantitativ forskningsmetode. Kvantitativ forskningsmetode kjennetegnes ved at man forholder seg til størrelser som organiseres ved hjelp av statistiske metoder, og dermed kan fenomenet kvantifiseres (Crozby 2006). Det handler om å finne årsakssammenhenger, kunnskap om effekt av tiltak og teste hypoteser for å kunne danne overføringsverdi (Dragset og Ellingsen 2009). Intervensjonsstudie ble anvendt for å undersøke effekt i forhold til de eldre deltageres helse relaterte livskvalitet i tiltak «Evig aktiv». Begrunnelse for valg av kvantitativ metode bygger på ønske om å kunne måle den helse relaterte livskvaliteten til de eldre deltagerne.



Kvantitative metoder måler et fenomen uavhengig av den sosiale konteksten (Cozby 2006). Datamaterialet som samles inn utformes ofte i tall for å kunne skape statistiske generaliseringer og dermed ha overføringsverdi (Thagaard 2013).



Figur 2. Flytdiagram over intervensjonsstudien og utvalg.

### 3.6 Intervensjonsstudie og utvalg

Målet med intervensjonsstudien var å underbygge om Idrett Bergen sør sin samhandlingsmodell hadde overføringsverdi, ved å undersøke et praktisk lavterskeltiltak med eldre deltagere. For å innhente dataene til den kvantitative innsamlingen, ble det benyttet spørreundersøkelse med pretest- posttestdesign (Lund 2002). Pretest-posttest design kjennetegnes ved at det umiddelbart blir gjort målingen på tiltaksgruppen, pre og post av

intervensjonen (Lund 2002). Spørreundersøkelser kjennetegnes ved at de systematisk samler inn data fra et utvalg personer for å kunne gi en beskrivelse av en populasjon (Ringdal 2013). Utvalget i denne studien var deltagerne i «Evig aktiv» (n=40) (figur 2). Intervensjonsstudien forgikk ved å eksponere deltagerne for en intervensjon i form av fysisk aktivitet i 12 uker, i regi av Idrett Bergen sør (Ringdal 2013). Spørreskjemaet i denne undersøkelsen var et selvutfyllingsskjema, det vil si at det ble benyttet visuell kommunikasjon slik at respondenten fikk mulighet til å lese både spørsmål og svar samtidig (Ringdal 2013). Det ga også mulighet for å kunne lese alternativene flere ganger. Spørreundersøkelsen ble utført ved å benytte spørreskjemaet SF-12 (Short Form Health Survey-12). SF-12 målingene ble gjort på tiltaksgruppen, og det ble ikke dannet en egen kontrollgruppe (Lund 2002). For å måle effekten av en intervensjon er det mest benyttete studiedesignet randomisert kontrollerte studier (Ringdal 2013). I denne studie ble dette designet ikke benyttet, da tiltaket som skulle undersøkes var et tilbud i regi av Idrett Bergen sør.

### **3.6.1 Presentasjon av SF-12 spørreskjema**

Den helserelaterte livskvaliteten til deltagerne ble målt ved bruk av SF-12 spørreskjema (vedlegg 10). Da dette spørreskjemaet ikke tar for seg bakgrunnsinformasjon om utvalget, ble det lagt til bakgrunns spørsmål om; kjønn, fødselsår, høyde og vekt (vedlegg 9). Dette for å få innhente deskriptive data. SF-12 er en kortversjon av SF-36 (Short From 36) (Halvorsrud 2012). Spørreskjemaet innehar 12 spørsmål som ved rekoding og transformering danner skårer på åtte dimensjoner. Disse åtte dimensjonene danner grunnlag for to totale skåre, en fysisk helse skår (PCS) og en mental helse skår (MCS) (Skihamn og Tangløykken 2006). Spørreskjemaet er på verdensbasis brukt på måling av livskvalitet blant eldre (Halvorsrud 2012). Det finnes to utgaver av SF-12, og bare en er oversatt til Norsk (Skihamn og Tangløykken 2006). Den norske oversettelsen oppfyller krav til validitet og reliabilitet, men brukerrettighetene administreres av *QualityMetric* (Skihamn og Tangløykken 2006). Det kan kjøpes linsens for bruksrett og engelsk manual av dette firmaet (Skihamn og Tangløykken 2006).

Da dette var spørsmål om personalia og helserelatert livskvalitet, foregikk dette ved selvrapporing. Selvrapporing anses for å være en valid metode, da dette er spørsmål som handler om individets subjektive erfaringer (Ringdal 2013). Spørreskjemaet bestod av standardiserte spørsmål slik at alle deltagerne fikk de samme spørsmålene ved begge

målingene (Ringdal 2013). Dette ble gjort for å kunne sammenligne pre- og posttest dataene og måle disse opp mot normaldata.

### **3.6.2 Gjennomføring av intervensjonen**

Uken før pretesten skulle gjennomføres informerte prosjektleder i Idrett Bergen sør, deltagerne i «Evig aktiv» om studien min og hvordan undersøkelsen kom til å bli gjennomført. Det ble lagt vekt på å informere om at det var en anonym undersøkelse og frivillig å delta (Førde 2013). Deltagerne ble informert om at de måtte ta med lesebriller hvis de benyttet dette. En uke etter deltok jeg på tiltaket. Gjennomføringen foregikk ved at prosjektkoordinator ønsket velkommen og introduserte meg. Deretter forklarte vi sammen hensikten med mitt arbeid og hvilken rolle deltagerne kom til å ha. Det ble også her lagt vekt på frivillighet, anonymitet og at jeg var ute etter deres totalskåre som gruppe (Førde 2013). Dette for å kunne måle pre- og posttest på gruppen og for å kunne sammenligne med normaldata av samme aldersgruppe. Deltagerne ble fortalt at ved treningens slutt, kunne de som ikke kunne eller ønsket å delta i undersøkelsen forlate lokalet. De som ønsket å lese gjennom informasjonsskrivet (vedlegg 5) var velkommen til å gjøre dette, og det ble informert om at kun dem som ønsket å delta signerte nederst på samtykkeskjemaet. Etter at informasjonen var gitt, startet treningstimen.

Prosjektleder var instruktør gjennom denne 60 minutters treningsøkten. Treningsprogrammet var basert på øvelser fra et hjemmeprogram av Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim Kommune (2006) (vedlegg 7). Idrett Bergen sør hadde selektert ut noen av øvelsene fra programmet, samt tilført egne (vedlegg 8). Programmet endres med noen nye øvelser for hvert semester. Treningstimen startet med at prosjektkoordinator spurte om alle var klar, for deretter å sette på musikk. Økten begynte med å varme opp muskler og ledd, ved å marsjere, rulle og strekke på ulike deler av kroppen. Deretter rettet fokuset seg mot balansen og øke pulsen. Dette ble gjort med ulike vektforskyvningsøvelser i stående posisjon. Deltagerne hadde alle hver sin stol stående ved sin side, hvis det skulle bli behov for å støtte seg under de stående øvelsene. Etter oppvarmings- og balanseøvelsene var gjennomført, gikk fokuset på treningen over til styrke. Alle deltagerne hentet hvert sitt treningsstrikk med motstanden de selv ønsket. Dette var øvelser som også kan gjennomføres med flasker eller små vekter. Styrketreningen startet med styrke- og bevegighetstrening på bein, for deretter å fokusere på både rygg, mage, armer og skuldre. Etter styrketreningen gikk økten over til ulike øvelser på

bevegelighet. Dette innebar ulike tøyingsøvelser på de anvendte muskelgruppene, samt bevegelighetsøvelser på ledd. Prosjektkoordinator forklarte og viste hver øvelse, før deltagerne gjennomførte dem. Hun motiverte dem med positive tilbakemeldinger slik at alle sammen gjennomførte repetisjonene. Ved eventuelle behov for korreksjoner hos deltagerne, gikk koordinator bort å instruerte den korrekte utførelse av øvelsen. Avslutningsvis fortalte koordinator at både hun og jeg ønsket at flest mulig deltok på undersøkelsen, men at dette selvsagt var helt frivillig. Deretter ble treningen avsluttet med pusteøvelser og tanker om noe positivt de kan glede seg over, før koordinator takket for dagens økt. Alle klappet.

Da timen var ferdig forlot de som ikke kunne eller ønsket å delta (n=11) lokalet før informasjonsskriv, samt samtykkeerklæring ble delt ut. Deltagerne kunne da lese gjennom og stille eventuelle spørsmål før de som ønsket, signerte. Deltagerne som signerte samtykkeerklæringen (n=29) fikk deretter utdelt spørreskjemaet med både spørsmål om bakgrunn og SF-12. Totalt var det n=40 som deltok på treningstimen, men deltagere som ønsket å delta i studien var n=29. De deltagerne (n=11) som ikke deltok på pretest, ble ikke inkludert i utvalg av studien. Dette fordi det var frivillig å delta (Førde 2013).

Intervensjonen foregikk i 12 uker i regi av Idrett Bergen sør. Deltagerne fikk intervensjonen uavhengig om de deltok i studien. Dette fordi tiltaket ble gjennomført av Idrett Bergen sør, og var et samfunnstiltak og ikke et etablert tiltak for forskning. Etter endt intervensjon ble posttest utført. Posttesten fulgte samme metode som pretesten med tydeliggjøring av frivillighet, anonymitet og formålet med undersøkelsen (Førde 2013). Utvalget ved posttest ble det samme deltagerne som signerte samtykkeerklæringen ved pretest. Pretest (n=29) og posttest (n=29). Etter at posttest var gjennomført fikk deltagerne utdelt et informasjonsskriv som ved signering, samt et takk for deltagelsen skriv med kontaktinformasjon om meg og prosjektleder (vedlegg 6). Dette ble gjort for at deltagerne skulle få ta med seg informasjon hjem om studien og inneha kontaktinformasjon hvis de ønsket supplerende informasjon eller ønsket å trekke seg i ettertid (Førde 2013).

### **3.7 Bearbeiding av kvantitative data**

Bakgrunnsdata fra spørreskjema ble kodet og lagt inn i SPSS (Statistical Package for Social Science) versjon 19.0. SPSS er et statistisk datahåndterings- og dataanalyseverktøy som anvendes etter at kvantitative data er innsamlet (Johannesen 2007, Eikemo og Clausen 2007).

Det ble ved et samarbeid mellom Universitetet i Agder og Office of Grants and Scholarly Research opprettet en lisens for tilgang til skåringsverktøyet QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 4.5 (QualityMetric 2014). QualityMetric er et skåringsverktøy designet for å bearbeide innsamlet data via Short Form Health Surveys (Saris-Baglana et al. 2011). Det innsamlede datamaterialet fra SF-12 ble kodet inn i QualityMetric. QualityMetric er designet med standard skåringsmetoder slik at datamaterialet opprettholder standardoppsettet til utviklerne av Short Form Health Survey verktøyet (Saris-Baglana et al. 2011). Dermed sikres validiteten til datamaterialet, fordi programmet oppdager automatisk eventuelle feil underveis (Saris-Baglana et al. 2011). QualityMetric består av normaldata, som ble benyttet som kontrollgruppe i denne studien. Disse normaldataene er basert på t-skårer som er innsamlet ved generelle befolkningsstudier utført i United States i 1998, 2006 og 2009 (Saris-Baglana et al. 2011). Ved anvendelse av SF-12 Health Survey, benytter QualityMetric automatisk t-skårene fra 2009 (Saris-Baglana et al. 2011). Dette fordi det foreligger bare t-skåre fra 2009 for SF-12. Det kreves at alle spørsmålene blir lagt inn i rekkefølge for at programmet skal kunne regne ut de åtte dimensjonene, samt fysisk helse og mental helse til gruppene (Saris-Baglana et al. 2011). Fire av de åtte dimensjonene er basert på enkeltspørsmål, mens de fire andre er basert på to og to spørsmål (Saris-Baglana et al. 2011).

### **3.7.1 Statistiske analyser**

QualityMetric blir ikke benyttet for å utføre statistiske analyser. Da må datasett eksporteres til andre statistiske programmer. I denne studien ble QualityMetric benyttet for å sikre validiteten til spørreskjemaene. Dette fordi ved plotting av data foreligger spørreskjemaet SF-12 som helhet inne i programmet. Plotting forekommer ved å svare akkurat det deltagerne har svart, og programmet lager variablene basert på de åtte dimensjonene og de to totalskårene (Saris-Baglana et al. 2011). Programmet er også dannet for å oppdage eventuelle feil underveis (Saris-Baglana et al. 2011). QualityMetric ble kodet inn ved pretest og posttest på hver av deltagerne, med fiktive navn. Deretter ble det hentet ut informasjon ved totalt utvalg og splittet på kjønn, ved baseline og tre måneder. Data som da kom frem var baseline, tre måneder og normaldata på valgt utvalg. De innhentede dataene fra denne studien ble sammenlignet med normaldata, som kontrollgruppe. Dette for å undersøke effekt av intervensjonen, og sammenligne med normaldata. Data ble videre implementert til SPSS for å kunne regne ut signifikansnivå og dermed dra slutninger basert på data fra QualityMetric (se punkt 5.3.1.). Signifikansnivå ble satt til  $p=0.05$ .

### 3.8 Forskningsetiske vurderinger av hele studien

Studien er basert på Helsinki-deklarasjonens prinsipper om retten til autonomi og frivillig informert samtykke (Førde 2013). Det ble sendt en søknad, samt utarbeidet en prosjektbeskrivelse, som ble sendt til fakultetets etiske komite (vedlegg 1) (FEK). Svar på mottatt i programmet Fronter. Dette dannet grunnlag for godkjenning av gjennomføring av studien.

Alle deltagerne, som ble inkludert i studien, fikk informasjon om prosjektet og om at ved bearbeiding av datamaterialet ville all informasjon bli anonymisert. Konfidensialitet i forskningen innebærer at private data som identifiserer deltagerne, ikke avsløres (Kvale og Brinkmann 2009). Thagaard (2013) tar for seg at ved gjennomføring av kvalitative metoder, vil forsker oppleve et dilemma knyttet til å ta hensyn til deltagerens anonymitet og hensyn til å fremstille resultatene til å være pålitelige og etterprøvbare. Deltagerne skal presenteres slik de fremstår, men etisk sett skal man skjule deres identitet. Konfidensiell bearbeiding skal prioriteres fremfor krav om etterprøvbarehet (Thagaard 2013). Ved å ha tilnærmingen symbolsk interaksjonisme, vil jeg ved innsamling av data ha en oppfatning av samhandlingen som foregår. Personene som undersøkes vet ikke hvordan jeg tolker og analyserer datamaterialet, til tross for at de har samtykket (Thagaard 2013). Dermed anvendt uformelt forskningsintervju, samt benyttet ikke-deltagende observasjon.

Det ble lagt vekt på informasjon om at enkeltpersoner ikke kunne identifiseres, og at formålet med min studie var å sammenligne deres pre- og postskår som gruppe. Det ble delt ut et informasjonsskriv om forskningen, som ledet ut i et skjema om informert samtykke (Førde 2013). Deltagerne ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg, til tross for at de hadde svart på spørreundersøkelsen (Kvale og Brinkman 2009). Ved spørreundersøkelse har forsker et mer distansert forhold til deltagerne. Dette minsker relasjonen, men også påvirkning på datamaterialet (Thagaard 2013). SF-12 er et standardisert verktøy i form av et selvutfyllingsskjema, noe som stiller krav til visuell kommunikasjonsevne hos deltagerne (Jakobsen 2007, Ringdal 2013). Kontaktinformasjon ble delt ut for deltagerne å ta med hjem etter endt spørreundersøkelse. Alle skjema ble destruert etter endt master (Thagaard 2013).

## 4.0 Resultat

Dette kapittelet beskriver utarbeidet deskriptive data av utvalg i tillegg til artikkel. Resterende funn finnes i del 2.

**Tabell 1:** Deskriptive data av totalt utvalg (n=29) sin KMI (Kroppsmasse Index), samt beskrivelse av KMI for kjønn.

	N	Minimum	Maximum	Gjennomsnitt	SD
Kvinne BMI	24	17.4	33.9	24.5	4.0
Mann BMI	5	18.5	28.3	23.6	3.6
Total BMI	29	17.4	33.9	24.3	3.9

## 5.0 Diskusjon av metode

### 5.1 Kvalitative metoder

Valg av kvalitativ metode er foretatt på bakgrunn av ønske om å undersøke hvordan et system fungerer og hvordan interaksjonen mellom deltagende parter foregår (Fog 2004). Metodene er beskrevet tydelig for å sikre mulighet for etterprøvbarehet (Thagaard 2013).

#### 5.1.1 Uformelt forskningsintervju og utvalg

For å innhente kunnskap om bakgrunn og formål ble det anvendt uformelt forskningsintervju. En styrke med anvendt metode var at intervjuet var med personen som hadde startet Idrett Bergen sør og hadde lang erfaring med prosjektet. Derimot er det en svakhet at det kun ble gjennomført ett uformelt forskningsintervju i denne studien. Ved å gjennomføre flere, ville dette kunne styrket bekræftbarhet i studien. Det ble anvendt åpne spørsmål for å la prosjektleder fortelle. En styrke med denne metoden var at det ga prosjektleder mulighet til å kunne utdype egne ønskede emner, men åpne spørsmål kan derimot svekke overførbarheten

til denne type studier (Ringdal 2013). Uformell tilnærming skapte en likeverdig og gjensidig relasjonen. På dette arket var det rom for å skrive ned notater i form av stikkord, da å konsentrere seg om to ting på en gang kan skape utfordringer (Fog 2004).

### **5.1.2 Observasjon og utvalg**

Observasjon ble benyttet for å innhente kunnskap om gjennomføring av samhandling. Det var en styrke med studien at det ble gjennomført to observasjoner, da dette muliggjorde for å se Idrett Bergen sør i ulike intervensjoner. Observasjon er en mye anvendt ergoterapeutisk metode (Brandt et al. 2008), som jeg innehar erfaring med fra tidligere. En styrke med anvendt ikke-deltagende observasjon er at denne metoden minimaliserer problemet med reaktivitet, men en ulempe kan være at det blir umulig å stille spørsmål (Hammersley og Atkinson 1996). En styrke med studien var at alle deltagerne fikk på forhånd kunnskap om formål med observasjonen og hadde kjennskap til at de ble observert. Dette styrker samtykke, samt at all informasjon ble anonymisert for å skåne deltagerne. En fordel med anvendt ikke-deltagende observasjon, var også at jeg som forsker påvirker ikke interaksjonen med å samhandle med deltagerne. Men denne metoden svekker derimot muligheten for relasjon til deltagerne (Thagaard 2013). Ved bearbeiding var det sentralt å ta hensyn til min påvirkning ved å være i rommet under observasjonen. En styrke å observere de menneskene som er involvert. Sentralt da det var intervensjon og samhandling som skulle observeres at jeg viste meg som en likeverdig part med å sitte der med dem i stedet for bortenfor dem.

### **5.2 Kvantitativ metode**

Valg av kvantitativ metode er foretatt på bakgrunn av ønske om å danne en oversikt over effekt av organisert trening på helse relatert livskvalitet hos deltagerne i evig aktiv. Dette for å teste om det er overføringsverdi av Idrett Bergen sør sin samhandlingsmodell. Metoden gir mulighet til å generalisere sammenhenger utover utvalget i denne studien (Cozby 2006).



### 5.2.1 Intervensjonsstudie og utvalg

Intervensjonsstudier må ta hensyn til nytteverdien og sikkerheten ovenfor personene som blir inkludert. Deltagerne i denne studien hadde oppsøkt tiltaket etter eget ønske, slik at de viste hva treningen innebar. Det ble lagt fokus på å tydelig informere om formål, og frivillighet gjennom hele intervensjonsstudien (Førde 2013). Alle deltagerne fikk informasjon om studien for deretter mulighet til frivillig å delta på spørreundersøkelsen. Denne studien innebar gjennomføring med fokus på nytteverdien for de eldre deltagerne. Intervensjonsstudien la dermed vekt på at alle deltagerne mottok treningsintervensjon uavhengig av om de deltok i SF-12. Dette kan være med å skape ending i helseadferd hos flere mennesker, siden alle mottar trening uavhengig om de er med på forskning (Kielhofner 2008). Dette vil derimot også kunne svekke det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet, ved at det er størst fokus på erfaring- og bruker basert kunnskap og mindre på forskningsbasert (Wilhelmsen og Holthe 2011).

En styrke ved anvendelse av spørreundersøkelse er at denne metoden sikrer totalt anonymitet, men det begrenser kontrollmuligheten etter utførelse (Ringdal 2013). SF-12 er den mest benyttede undersøkelsen på helserelatert livskvalitet. Den tar for seg en helhet av dimensjoner som omhandler personen sin helserelaterte livskvalitet og undersøkelsen er testet for å være valid (Skiphamn og Tangløykken 2006). Spørsmålene er også egnet til å benytte innen kvalitative metode. For å innhente mer innsikt i de subjektive aspektene ved helserelatert livskvalitet, kunne den kvalitative metoden i denne studien vært utført ved for eksempel dybdeintervju av de eldre personene. Dette ville kunne gitt mer innsikt og forståelse i den enkeltes opplevelse av organisert fysisk aktivitet.

En svakhet som kan forekomme ved forskning på eldre, er at de eldre som deltar i undersøkelsene, er gjerne de med best helse og ikke dem som er på institusjoner eller lignende (Hansen og Slagsvold 2011). De eldste og mest utfordrede, takker gjerne nei til deltagelse i slike studier (Daatland 2011). Dermed vil resultatene ta for seg den gruppen som innehar høyest livskvalitet for sin alder, og dette kan gi et feil bilde på den faktiske opplevde livskvaliteten blant de eldre (Daatland 2011). I følge Jakobsen (2007) bør det innhentes mer forskning på bruk av SF-12 ved anvendelse på eldre personer. Dette fordi forskning som er gjort så langt ikke tar for seg et variert nok utvalg av eldre personer (Jakobsen 2007).

### **5.2.2 Statistiske analyser**

Normaldata fra QualityMetric ble benyttet som kontrollgruppe i denne studien. Dette er en styrke med ved anvendelse av QualityMetric i denne studien. Normaldata er basert på et bredt utvalg av samme aldergruppe, slik at det innehar mye kontrolldata (Saris-Baglana et al. 2011).

Etter endt intervensjon på deltagerne i evig aktiv, skulle datamaterialet legges inn i skåringsverktøyet QualityMetric. Det måtte opprettes en lisens ved å kontakte Office of Grants and Scholaly Research (QualityMetric 2014). Skåringsprogrammet kom senere enn antatt, da det behøvdes denne lisensen for å kunne benytte seg av dette programmet (QualityMetric 2014). På grunnlag av dette ble tiden for å implementer data over til SPSS redusert. Dette er årsaken til at det ikke er dannet signifikansnivå for hver av de åtte dimensjonene, på totalt utvalg og splittet på kjønn. Eksportering av QualityMetric til Excel fungerte ikke, og jeg ble nødt til å plottet innhentede data for andre gang. Dermed ble det prioritert å plote de totale skårene fysisk helse og mental helse, på totalt utvalg og splittet på kjønn. Dette for å kunne se om det var signifikant forskjell på pretest og posttest, i løpet av intervensjonen for å kunne si om det var effekt på helse relatert livskvalitet.

## **6.0 Samarbeidspartnere**

Veileder: Hilde Lohne-Seiler, Universitetslektor, Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, institutt for folkehelse, idrett og ernæring.

Idrett Bergen sør: Randi Marie Berntsen, Elise Birkeland, Marit Helle Østervold, Hans Dankertsen, Knut Aarbakke Arne Hauge, Bjarte Wiberg, samt flere.

Idrett Bergen sør sine samarbeidspartnere: Bergen Kommune, Hordaland Idrettskrets, NAV, Universitet/Høyskoler, fastleger, legesentre, helsesøstertjenesten, helsestasjon, ergo- og fysioterapitjenesten, rehabiliteringsinstitusjoner og skoler.

Kristin Haraldstad, Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, institutt for helse- og sykepleievitenskap.

## 7.0 Litteraturliste

- Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet (2009) *Et helhetlig diskrimineringsvern*. Det Kongelige Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet. (NOU 2009:14).
- Bendixen, H. J., Madsen, A. J. og Tjørnov, J. (2003) Ergoterapeutiske begreber og begrebsmodeller med aktivitet og deltagelse i fokus, i Borg, T., Runge, U. og Tjørnov, J. (red.) *Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 1. utgave. København: Munksgaard Danmark, s. 132-163.
- Brandt, Å., Legarth, K. H., Wæhrens., E. (2008) Undersøgelse og evaluering- med aktivitet og deltagelse i fokus, i Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J., Brandt, Å. og Madsen, A. J. (red.) *Basisbog i ergoterapi- aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 2. udgave, 2 oplag. København: Munksgaard Danmark, s.239-265.
- Brovold, T., Skelton, D. A. og Bergland, A. (2013) Older Adults Recently Discharged from the Hospital: Effect of Aerobic Interval Exercise on Health-Related Quality of Life, Physical Fitness, and Physical Activity. *Journal of the American Geriatrics Society*. Volume 61:9, side 1580-1585.
- Cozby, P. C. (2006) *Methods in Behavioral Research*. Ninth edition. New York: McGraw-Hill Companies.
- Daatland, S. O. (2011) Den søte alderdom, i Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J. (red.) *Livskvalitet- forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 184-190.
- Dragset, S. og Ellingsen, S. (2009) Forståelse av kvantitativ helseforskning- en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 2/2009, 5.årgang.
- Eikemo, T. A. og Clausen, T. H. (2007) *Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Fog, J. (2004) *Med samtalen som utgangspunkt*. 2. Reviderte utgave. København: Akademisk Forlag.
- Frivillighet Norge (2011) *Frivillighet Norges innspill til stortingsmelding om kultur og inkludering*. [Internett] Tilgjengelig fra: [http://www.frivillighetnorge.no/Frivillighet+Norges+innspill+til+stortingsmelding+om+kultur+og+inkludering.b7C\\_wtrQYS.ips](http://www.frivillighetnorge.no/Frivillighet+Norges+innspill+til+stortingsmelding+om+kultur+og+inkludering.b7C_wtrQYS.ips) [Hentet:12. mars 2013].
- Førde, R. (2013) *Helsinkideklarasjonen*. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> [Hentet: 06. mai 2014].
- Goksøyr, M. (1992) *Staten og idretten*. Oslo: Kulturdepartementet.

- Halvorsrud, L. (2012) *Livskvalitetsmålinger og eldre*. [Internett] Tilgjengelig fra: [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/882994/livskvalitetsmalinger\\_blant\\_elder%09e\\_9573.pdf](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/882994/livskvalitetsmalinger_blant_elder%09e_9573.pdf) [Hentet: 12. mars 2013].
- Hansen, T og Slagsvold, B. (2011) Alder, i Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J. (red.) *Livskvalitet- forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget, s.137-154.
- Helbostad, J. L., Sletvold, O., og Moe-Nilsen, R. (2005) Øvelser bedrer fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet hos hjemmeboende eldre med balanse- og gangvansker. *Fysioterapeuten 1:2005*.
- Helbostad, J. L., Taralsen, K. og Saltvedt, I. (2008) Kapittel 20 Demens, i Bahr, R. (red.) *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet, s.266-274.
- Helsedirektoratet (2011) *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag. Nasjonalt råd for ernæring*. (Rapport IS-1881/2011), Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2013) *Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer. Nasjonal oppfølging av WHO's mål*. (Rapport IS-0373/2013), Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999<sup>a</sup>) *Livshjelp*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, (NOU 1999:2)
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999<sup>b</sup>) *Lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven)*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement (St.meld. nr. 47, 2008-2009).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet, (Meld. St. 16, 2010-2011).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011<sup>a</sup>) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> [Hentet: 28. juli 2013]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011<sup>b</sup>) *Folkehelse og frivillighet*. [Internett] Lokalt folkehelsearbeid. Tilgjengelig fra: <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/lokalt-folkehelsearbeid/enkeltsvar/13087/> [Hentet: 12.mars 2013]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Folkehelsemeldingen. God helse-felles ansvar*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. (Meld. St. 34, 2012-2013).

- Idrett Bergen Sør (2012) *Prosjektbeskrivelse Idrett Bergen Sør- Samhandlingsmodellen*. Bergen: Idrett Bergen sør.
- Jakobsen, U. (2007) Using the SF-item Short Form health survey (SF-12) to measure quality of life among older people. *Aging Clinical and Experimental Research*, Vol. 19, No. 6.
- Johannessen, A (2007) *Introduksjon til SPSS*. Tredje utgave, Oslo: Abstrakt forlag.
- Kielhofner, G. (2008) *A Model of Human Occupation. Theory and Application. Fourth Edition*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kulturdepartementet (1974) *Om organisering og finansiering av kulturarbeid*. Oslo: Den Kongelige Kulturdepartement, (St. Meld. 8, 1973-1974).
- Kulturdepartementet (2011) *Den norske idrettsmodellen*. Oslo: Det Kongelige Kulturdepartement, (Meld.St. 26, 2011-2012).
- Kunnskapsdepartementet (2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo: Det Kongelige Kunnskapsdepartement, (Meld. St. 13, 2011-2012).
- Krist, L., Dimeo, F, og Keil, T. (2013) Can progressive resistance training twice a week improve mobility, muscle strength, and quality of life in very elderly nursing-home residents with impaired mobility? A pilot study. *Dove Press Journal: Clinical Intervention in Aging*, 2013:8, s.443-448.
- Kvale, S og Brinkman, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utgave, 3.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lexell, J., Frändin, K. og Helbostad, J. L. (2008) Fysisk aktivitet for eldre, i Bahr, R. (red.) *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet, s. 62-71.
- Limstrand, T. og Rehrer, N. J. (2008) Young people's use of sports facilities: A Norwegian study on physical activity. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2008; 36, s. 452–459.
- Lund, T. (red.) (2002) *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub Forlag
- Martin-Valero, R., Cuesta-Vargas, A. I, og Labasjo-Manzanares, M. T. (2013) Effectiveness of the physical activity promotion programme on the quality of life and the cardiopulmonary function for inactive people: randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 13:127.
- Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid i praksis*. 2.Utgave, 3.opplag, Oslo: Universitetsforlaget.

- Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2013) *Forskning på fysisk aktivitet ved avdeling for folkesykdommer*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=85798> [Hentet: 28.april 2013]
- Ness, N. E. (2008) *Helsebegrepet*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://netf.no/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Fakta-om-ergoterapi/Helsebegrepet> [Hentet: 30.04.13].
- Niclasen, B., Petzold, M. og Schnohr, C. W. (2012) The association between high recreational physical activity and physical activity as a part of daily living in adolescents and availability of local indoor sports facilities and sports clubs. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012; 40, s. 614–620.
- Nilsen, S. R., Andersen, K. L., Johansen S. G. og Karlsen, H. (2013) *Når samhandling kreves: et helsevesen i endring krever ny kompetanse*. Oppdragsrapport 2013:17, Høgskolen i Østfold.
- Norges Idrettsforbund (2009<sup>a</sup>) *NIFs historie*: [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.idrett.no/omnif/historikk/Sider/Historikk.aspx> [Hentet: 01. Mai 2014].
- Norges Idrettsforbund (2009<sup>b</sup>) 1939-1985: *Folkehelse, trim, stjerner*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.idrett.no/omnif/historikk/Sider/1939-1985.aspx> [Hentet: 01. Mai 2014].
- Næss, S. (2011) Språkbruk, definisjoner, i Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J. (red.) *Livskvalitet- forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget, s.15-51.
- Nødland, S. I., Bergsgard, N. A., Bjelland, A. og Leknes, E. (2007) *Kommunens samhandling med frivillig sektor*. Kommunal- og regionaldepartementet. (Rapport IRIS- 2007/047), Stavanger: International Research Institute of Stavanger.
- QualityMetric (2014) *Office of Grants and Scholarly Research* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.qualitymetric.com/WhoWeAre/OfficeofGrantsandScholarlyResearch/tabid/155/Default.aspx> [Hentet: 3. Mai 2014].
- Ringdal, K. (2013) *Enheter og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3.utgave, Bergen: Fagbokforlaget.
- Saris-Baglama, R. N., Dewey, C. J., Chisholm, G. B., Plumb, E., King, J., Rasicot, P., Kosinski, M., Bjorner, J. B. og Ware, J. E. (2011) *QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 4.5*. QualityMetric Incorporated, USA: Lincoln, R.I. 02865.
- Shephard, R. J. og Bouchard, C. (1994) Principal components of fitness: relationships to physical activity and lifestyle. *Canadian Journal of applied physiology*, 1994:19 s.200-214.

- Skille, E. Å. (2010) *Idrettslaget- helseprodusent eller trivselsarena?* Vallset: Det Oplandske Bokforlag.
- Skiphamn, L. og Tangløyken, L. B. (2006) *Livskvalitet blant funksjonshemmede*. [Internett] <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28951/Prosjektoppg.Skiphamn.Tangl%20okken.pdf?sequence=2> [Hentet: 16. Oktober 2013].
- Tashakkori, A og Teddlie, C. (1998) *Mixed Methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. California: Sage Publications, Inc.
- Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tuntland, H. (2007) *En innføring i ADL- teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS- Norwegian Academic Press.
- Tønnesson, E. (1986) *Norsk idretts historie. Folkehelse, trim, stjerner 1939-1986*. Oslo: Aschehoug.
- Wilhelmsen, B. U. og Holthe, A. (2011) Profesjonsidentitet i folkehelsearbeid, i Øverby, N. C., Torstveit, M. K. og Høigaard, R. (red.) *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, s. 23-39.
- WHO (1948) [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [Hentet: 21. Mars 2014].
- WHO (2014) Definition of an older or elderly people. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> [Hentet: 6. April 2014].
- Øverby, N. C., Torstveit, M. K. og Høigaard, R. (2011) Hva er folkehelse og folkehelsearbeid?, i Øverby, N. C., Torstveit, M. K. og Høigaard, R. (red.) *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, s.11-22.

## **Del 2: Artikel**



# **Idrettens bidrag til folkehelsen**

**Eline Kvalheim Dankertsen**

*Institutt for folkehelse, idrett og ernæring, Universitetet i Agder, Kristiansand, Norge*

**Ansvarlig forfatter**

Eline Kvalheim Dankertsen, Institutt for folkehelse, idrett og ernæring.

Postboks 422, 4604 Kristiansand, Norge

Telefon: +47 46844081

E-post: Eline Kvalheim Dankertsen

**Nordisk Tidsskrift for Helseforskning**

Link til Nordisk Tidsskrift for Helseforskning:

<http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk>

## **Summery**

This study is based on a triangulation of qualitative- and quantitative research method. The purpose is to present how a volunteering organisation called Idrett Bergen sør, interact to meet the future challenges in health.

This study intended to document the background and purpose of initiating the organisation, as well as examine strategies they uses to develop cooperation. To investigate the transfer value of this organisation, this study examined if participation in «Evig aktiv» affected on the elderly's overall health-related quality of life. The study shows that the partnership is developed to promote health, but also to include people that usually fall outside of sport. The conclusion of this study is that the established cooperation has a local and national transfer value. The elderly did improve there health-related quality of life, but this study can not conclude that the cause of this improvement is participation in «Evig aktiv».

## **Keyword**

*Idrett Bergen sør; volunteering; cooperation; elderly; health-related quality of life  
frivillighet; samhandling; eldre; helsereelatert livskvalitet*

## Innledning

I følge Samhandlingsreformen vil det for å kunne møte dagens og fremtidens helseutfordringer bli behov for bedre og mer koordinerte helsetjenester frem mot 2050, samt utnytte potensiale for å fremme og forebygge sykdom i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Lov om folkehelsearbeid stiller krav til at kommunene nå iverksetter mer forebyggende arbeid i helsetjenesten og at folkehelsearbeidet skal gjennomføres på tvers av sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). I samarbeid med Bergen Kommune er det dermed dannet en pilotmodell på hvordan kommuner i samarbeid med frivillige organisasjoner, kan møte behovet for et økt fokus på folkehelse i fremtiden (Idrett Bergen sør 2012). Hensikten med denne studien er å belyse hvordan en pilotmodell basert på samhandling mellom idrett/frivillighet og kommunen, blir gjennomført i praksis. For å innhente data i denne studien ble det anvendt en kombinasjon av både kvalitativ- og kvantitativ tilnærming. Disse tilnærmingene søker å innhente ulike typer data, dermed kan et forskningsprosjekt med fordel inneha en kombinasjon av disse metodene, også kalt triangulering (Thagaard 2013).

I følge Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2013) mosjonerer den Norske befolkningen totalt sett mer enn før, men dette kompenserer ikke for bortfallet av daglige aktiviteter knyttet til hjem, arbeid eller fritid (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2013). I dag utgjør den største andelen av sykdomsbildet sykdommer knyttet til røyk, usunt kosthold, mangel på fysisk aktivitet og overdrevent alkoholkonsum (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Helseutfordringene er knyttet til både et pasientperspektiv, samt et samfunnsøkonomiskperspektiv (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). I Norge har vi et velferdssamfunn som er karakterisert av å være økonomisk bærekraftig og er preget av sosial trygghet og tillit (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2012) gjør dette at vi i fremtiden bør inkludere flere aktører i samfunnet, for felles å møte de kommende helseutfordringene.

En av de store utfordringene for fremtiden, er at det har vært en betydelig økning i antall eldre, samtidig som antall yrkesaktive går ned (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). I 2007 var antall personer over 80 år 218 594, mens beregninger viser at dette tallet vil kunne stige til over 500 000 i 2050 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Den forventede levealderen i den norske befolkningen har økt med 30 år fra 1900 og i 2012 var den forventede levealder 83,4 år for kvinner, og 79,4 år for menn (Folkehelseinstituttet 2014). Et resultat av økt levealder ser ut til at også flere blir rammet av aldersrelaterte sykdommer (Helsedirektoratet 2010). I Norge er forekomsten av brudd blant de høyeste i verden, og i 2011 døde 420 personer som følge av fall (78% av disse var over 75år) (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Helsedirektoratet (2009) viser i sin rapport at aktivitetsnivå for dem fra 75 år og oppover, er lavere enn gjennomsnittet i resten av befolkningen.

Helbostad, Sletvold, Moe-Nilssen (2005) sin klinisk randomisert studie på om ulike treningsintervensjoner bedret fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet hos skrøpelige hjemmeboende eldre personer, viste resultatet at alle deltagerne bedret fysisk funksjon. Men resultatene viste også at bare gruppen som mottok gruppetrening og sosial intervensjon bedret den helse relaterte livskvaliteten (Helbostad et al. 2005). Inaktivitet kan lede til tap av sosial kontakt og dårlig helse, som igjen kan lede til endret opplevelse av livskvalitet (Thorsen 2005). Disse problemene rapporteres særlig hos dem over 75 år (Hansen og Slagsvold 2011). Studier gjort på de eldste aldersgruppene, viser at det er her man finner høyest forekomst av psykiske lidelser, og deriblant er selvmordsraten for menn over 70 år

høyere enn den generelle selvmordsraten (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Biologisk har vi med oss noen forutsetninger for hvordan vi eldes, men det er viktig å se sammenhengen regelmessig fysisk aktivitet kan ha på forebygging og redusering av aldersrelaterte fysiske og psykiske forandringer (Lexell, Frändin og Helbostad 2008). Fysisk aktivitet kan skape glede, samt muliggjøre for sosial deltagelse og opplevelse av mestring (Lohne-Seiler 2011). Eldre har behov for fysisk aktivitet som retter seg mot mestring av daglige aktiviteter og sosial deltagelse (Tuntland 2007, Thorsen og Clausen 2009). Dette fordi eldre vektlegger i større grad enn unge de sosiale komponentene ved å være fysisk aktiv (Lohne-Seiler 2011). En strategi for å møte de kommende utfordringene med økning i antall eldre, vil kunne være å inkludere eldre i frivilligheten (Idrett Bergen sør 2012).

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2010) kan frivillige organisasjoner være en måte å fremme et mer koordinert samarbeid på, og dermed stilles det nå krav til at kommunene skal dra nytte av frivilligheten for sammen å bedre folkehelsen. Frivillige organisasjoner drives ved en kombinasjon av frivillig innsats og betalt arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). I Norge er den største frivillige organisasjonen Norges idrettsforbund (NIF) og Olympiske og Paralympiske komite (Norgesidrettsforbund 2009). Organisasjonen inkluderer vel 2,1 millioner medlemskap og cirka 12 000 idrettslag (Norges Idrettsforbund 2009). Samhandlingsreformen har som mål å øke innsats på folkehelsearbeidet, forebygging, tidlig intervensjon, habilitering og rehabilitering, samt å styrke og etablere helse- og omsorgstjenester i kommunene (Kunnskapsdepartementet 2011). Dette er oppgaver som tildeles kommunene slik at de står mer bærekraftig i innsatsen om pasienters behov for mer koordinerte tjenester, tidlige innsats og utfordringer som kan true samfunnets økonomiske bæreevne (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). De offentlige styringsdokumentene tydeliggjør klare positive effekter av å inkludere frivillighet og idrett, og den norske stat har derfor interesse av at den frivillige sektoren fungerer (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Dette fordi frivillige organisasjoner når grupper og individer andre helse- og forebyggende tjenester ikke når. Frivilligheten er en viktig pådriver for å bedre helse gjennom helse- og velferdspolitisk aktivitet, samt synliggjøring av påvirkningsfaktorer (Kunnskapsdepartementet 2012). Idretten er dermed av stor samfunnsmessig betydning både gjennom sine aktivitetsmuligheter og sitt bidrag til sosialt fellesskap i nærmiljøet (Kulturdepartementet 2011). Skille (2010) tydeliggjør at det finnes minimalt med forskning på hvilken rolle norske idrettslag har på folkehelsen. Dette er bakgrunn for at studien tar for seg det igangsatte pilotprosjektet Idrett Bergen sør.

Pilotprosjektet Idrett Bergen sør er dannet av fem stor idrettslag i bydelene Fana og Ytrebygda, på grunnlag om å imøtekomme behovet for å bedre innbyggernes helse i tråd med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven (Idrett Bergen sør 2012). Idrett Bergen sør søker å nå de mindre aktive i samfunnet ved å iverksette lavterskeltiltak for målgruppene; barn, ungdom, inaktive voksne, eldre, innvandrere, personer med psykiske lidelser og rusproblematikk. Det rettes fokus på å muliggjøre for samarbeid på tvers av profesjoner, for å sammen kunne nå de aktuelle gruppene, samt å skape varig endring i helseadferd (Idrett Bergen sør 2012). Dermed vil studien ta for seg et av tiltakene til Idrett Bergen sør. Dette for å undersøke om Idrett Bergen sør har overføringsverdi.

Tiltaket som ble undersøkt var «Evig aktiv» hvor det fokuseres på å inkludere eldre mennesker inn i idrettslagene, og gi dem et aktivitetstilbud på dagtid. Målet med tiltaket er å kunne bidra til sykdomsforebygging, helsefremming og gi de eldre et sosialt nettverk gjennom idrettslaget (Idrett Bergen sør 2012). Målgruppen var hjemmeboende pensjonister i Fana og Ytrebygda. For å imøtekomme de fremtidige helseutfordringene som truer

folkehelsen, blir det nødvendig med et styrket samarbeid. På bakgrunn av økt fokus på samhandling og inkludering av idrettslag, vil denne studien ta for seg Idrett Bergen sør. Dette for å etablere mer forskning på idrettslag (Skille 2010), samt hvordan samhandling kan gjennomføres. På grunnlag av dette temaet ble følgende hoved- og underproblemstilling dannet;

**Hovedproblemstilling:** *Hva er bakgrunnen og formålet med Idrett Bergen Sør sin samhandlingsmodell og hvordan gjennomføres den?*

**Underproblemstillingen:** *Hva er effekten av tiltaket «Evig aktiv» på eldre deltageres selvrappporterte opplevelse av helserelatert livskvalitet?*

## **Metode**

For å besvare både hovedproblemstillingen og underproblemstillingen ble det som nevnt innledningsvis anvendt både kvalitative- og kvantitative metoder (Tashakkori og Teddlie 1998). For å innhente bakgrunnskunnskap om samhandlingsmodellen, ble det anvendt litteratur fra Idrett Bergen sør og idrettslagene.

### **Kvalitative metoder**

Bakgrunn for valg av kvalitativ metode bygger på å belyse studien og dermed kunne besvare hovedproblemstillingen (Tashakkori & Teddlie 1998). Hovedproblemstillingen søker innsikt i et fenomen ved å innhente kunnskap om bakgrunn og formålet med igangsetting av Idrett Bergen sør, samt hvordan samhandlingsmodellen gjennomføres i praksis. Det ble benyttet to kvalitative metodene for å besvare hovedproblemstillingen; uformelt forskningsintervju og observasjoner.

#### **Uformelt forskningsintervju og utvalg**

Den første kvalitative metoden som ble anvendte var uformelt forskningsintervju med prosjektleder i Idrett Bergen sør. Det ble benyttet uformelt forskningsintervju for å samle inn informasjon om bakgrunn og formål, samt for å innhente innsikt i prosjektleders følelser, opplevelser og erfaringer med Idrett Bergen sør (Fog 2004). Uformelt forskningsintervju betraktes som en samtale som er preget av mindre struktur og som gir rom for begge parter å utdype spørsmål og tema underveis som samtalen utvikles (Thagaard 2013). Det bar preg av et interaksjonistisk perspektiv hvor det ble lagt vekt på et dynamisk og meningsskapende samspill mellom begge parter (Thagaard 2013).

#### **Gjennomføring av uformelt forskningsintervju**

Det ble i forkant av det uformelle forskningsintervjuet dannet en intervjuguide, som inneholdt åpne spørsmål. Valg av å anvende åpne spørsmål bygget på å opprettholde en uformell tilnærming (Kvale og Brinkmann 2009). Gjennomføringen ble utført i prosjektleders naturlige omgivelser (Kielhofner 2008) og datainnsamlingen foregikk ved å skrive notater underveis (Fog 2004). Bakgrunn for valg av notater, var basert på vurdering i forhold til

intervjuperson og tema (Fog 2004). Dette for å opprettholde en uformell tilnærming til prosjektleder slik at det var rom for å stille oppfølgings spørsmål underveis (Thagaard 2013). Utførelse bar preg av å være en aktiv lytter med fokus på å gi på prosjektleder rom for å fortelle (Thagaard 2013). Intervjuets utførelse varte i 60 minutter.

### **Åpen-ikke-deltagende observasjon og utvalg**

Observasjon var den andre metoden som ble benyttet ved kvalitativ datainnsamling. Det ble anvendt åpen, men ikke-deltagende observasjon (Thagaard 2013). Åpen observasjon innebar at deltagerne visste at de ble observert og de var klar over min rolle som forsker (Thagaard 2013). Ikke-deltagende observasjon ble anvendt fordi målet var å undersøke samhandlingen i intervusjonen objektivt (Ringdal 2013).

Det ble totalt gjennomført to møter med observasjon mellom representanter fra Idrett Bergen sør og aktuelle samarbeidspartnere. Utvalget i observasjon 1 bestod av prosjektleder, nestleder og de fire av de fem daglige lederne i idrettslagene. Utvalget i observasjon 2 bestod av prosjektleder, nestleder, en daglig leder og to representanter fra Bergen kommune. Observasjonene ble gjennomført i en av de deltagende partene sine kjente omgivelser, og jeg som forsker kom inn i deres kultur.

### **Gjennomføring av observasjonene**

Det ble i forkant av observasjonene dannet et observasjonsskjema som inneholdt temaene; oppstart, kommunikasjon, fysiske omgivelser, samhandling, utvikling underveis og avslutning. Temaene var dannet i en noenlunde kronologisk rekkefølge for å kunne følge møtenes utvikling (Brandt, Legarth og Wæhrens 2008). Observasjonsskjemaet inneholdt mulighet for å skrive feltnotater i form av direkte observasjoner og egne tolkninger (Thagaard 2013).

Det ble ved starten av begge observasjonene tydeliggjort at min rolle var forsker og at jeg kom til å inneha rollen som ikke-deltagende observatør (Ringdal 2013). Informasjonen redegjorde også for at all gjenkjennbar informasjon kom til å bli anonymisert og at deres personlige synspunkter ikke var noe jeg kom til å benytte i min studie (Førde 2014). Det ble gitt informasjon om at jeg forsket på Idrett Bergen sør, og hvordan de gjennomførte samhandling.

### **Bearbeiding av kvalitative metoder**

De anvendte kvalitative metodene ble bearbeidet ved å danne tekster av det innsamlede materialet. Målet med de kvalitative metodene, var å etablere en forståelse av fenomenene som ble studert og dermed hadde fortolkning en sentral plass ved både innsamling og bearbeiding av datamaterialet (Thagaard 2013). De kvalitative metodene ble forklart eksplisitt for å kunne vise troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet, da metodene var i en utviklingsfase (Thagaard 2013). Tolkningene bar preg av forsker sin søken etter å forstå den symbolske meningen i samhandling (Thagaard 2013). Det ble benyttet uformell tilnærming som stiller mindre krav til analyse av den innsamlede dataen (Fog 2004). Dermed ble data ikke lagt inn i et tolkningsprogram (Fog 2004). I følge Thagaard (2013) utgjør feltnotater en sentral rolle i observasjonsstudier, fordi det er til stor hjelp i det videre arbeidet med å bearbeide datamaterialet (Thagaard 2013). Observasjonsskjemaet jeg benyttet under undersøkelsen, innehold både direkte hva som ble observert og egne tolkninger. Dette for å kunne gjengi situasjonen ved bearbeiding (Thagaard 2013). Ved ikke-deltagende

observasjoner kan det ifølge Thagaard (2013) være en fordel å notere underveis, dette for å dempe deltageres følelse av å bli observert.

## **Kvantitativ metode**

For å undersøke om Idrett Bergen sør sin samhandlingsmodell hadde overføringsverdi, ble det som nevnt tidligere dannet en underproblemstilling. Underproblemstillingen søkte om deltagelse i tiltak «Evig aktiv», viste sammenheng med de eldre deltageres helserelaterte livskvalitet. Det ble anvendt intervensjonsstudie for å innhente datamaterialet (Ringdal 2013).

### **Intervensjonsstudie og utvalg**

De eldre deltagerne ble rekruttert for å delta i «Evig aktiv», gjennom samarbeid med fastleger, kirken, seniortreff, dagsentertilbud i bydelene, og andre steder hvor de eldre oppholdt seg. Intervensjonsstudien foregikk ved å utsette alle deltagerne i «Evig aktiv» for en påvirkning, og effekten av påvirkningen skulle måles (Helse- og omsorgsdepartementet 2005). Alle deltagerne (n=40) fikk fysisk aktivitet gjennom intervensjon, uavhengig om de deltok på spørreundersøkelsen. Dermed ble bare de som deltok på spørreundersøkelsen (n=29) inkludert som utvalg i denne studien, men alle mottok fysisk aktivitet. Dette fordi tiltaket var i regi av Idrett Bergen sør.

Hensikten var å undersøke årsakssammenheng ved å eksponere deltagerne for en treningsintervensjon i 12 uker, for deretter å studere effekten på helserelatert livskvalitet (Ringdal 2013). Datamaterialet i den kvantitative undersøkelsen ble innhentet ved å gjennomføre samme spørreundersøkelser pre- og post for en intervensjon med fysisk aktivitet (Ringdal 2013). Det ble anvendt spørsmål om bakgrunnsinformasjon; kjønn, fødselsår, høyde og vekt, samt benyttet spørreskjemaet SF-12 (Short Form-12) for å måle den helserelaterte livskvaliteten til de eldre deltagerne. SF-12 er et standardisert verktøy som tar for seg åtte dimensjoner (Tabell 1) (Aasprang, Andersen, Slettskog, Våge, Bergsholm, og Natvik 2008). Den norske oversettelsen oppfyller krav til validitet og reliabilitet (Skipphamn og Tangløyken 2006), og skjemaet er oversatt og validert for norske forhold (Aasprang et al. 2008). Utvalget bestod av dem som ønsket å delta i studien og signerte samtykkeskjema (n=29) (Førde 2014).

**Tabell 1:** Utdypet forklaring av de åtte dimensjonene i SF-12 (Aasprang et al. 2008).  
(Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/index.php/article/1660356>)

Fysisk funksjon (PF)	Svært avgrenset utføring i alle fysiske aktiviteter, inkludert å vaske seg og kle på seg	Utfører alle typer av fysiske aktivitet, inkludert å delta i krevende idrett
Fysisk rollefunksjon (PR)	Har problem med å gjennomføre arbeid og andre daglige gjøremål på grunn av den fysiske helsa	Ingen problem med å gjennomføre arbeid eller daglige gjøremål
Kroppslig smerter (BP)	Sterke smerter som avgrenser aktivitet i stor grad	Ingen smerter eller avgrensinger på grunn av dette
Generell helse (GH)	Evaluerer helsa som dårlig og trur den blir verre	Evaluerer helsa som utmerka
Vitalitet (VT)	Føler seg trøtt og utmatta heile tida	Føler seg full av energi og tiltakslyst
Sosial funksjon (SF)	Svært avgrensa sosial omgang grunna fysisk helse eller problem med kjensler	Har normal sosial omgang uten avgrensinger
Emosjonell rollefunksjon (RE)	Har vansker med å utføre arbeid eller daglige aktiviteter grunna problem med kjensler	Har ingen vansker med å utføre arbeid eller daglige aktiviteter
Mental helse (MH)	Føler seg nervøs og deprimert heile tida	Føler seg tilfreds, glad og rolig heile tida

### Gjennomføring av intervensjon

For å sikre forståelig utforming av spørreskjemaet, ble det utført en pilotgjennomføring på et utvalg voksne deltagere (n=5) gjennomsnittsalder 71 (SD±6.7). Det ble ikke gjort noen endring på spørreskjema etter pilotgjennomføringen. Undersøkelsen var basert på Helsinkideklarasjonen, ved at det ble lagt vekt på å informere om at det var en anonym undersøkelse, frivillig deltagelse og at deltagerne kunne takke seg når som helst fra studien uten å oppgi grunn (Førde 2013). Det ble forklart hensikten med undersøkelse, hvilken rolle deltagerne kom til å ha og at jeg kom til å se på deres totalskårer ved pre- og posttestingen. De som ønsket å delta fikk utdelt et informasjonsskriv, hvor det var et samtykkeskjema som måtte signeres nederst (Førde 2014). Deltagerne som signerte samtykkeerklæringen fikk utdelt spørreskjemaet, hvor de de som ønsket å delta (n=29), svarte på pretestundersøkelsen. Den totale gjennomføringen tok 10 minutter.

Den fysiske aktivitets intervensjonen varte i 60 minutter, en gang i uken, over 12 uker. Programmet som ble benyttet var basert på øvelser fra et hjemmeprogram av Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim Kommune (2006), samt tilførte øvelser av kyndig i Idrett Bergen sør. Øvelsene var basert på at eldre har behov for fysisk aktivitet som bedrer opplevelse av funksjon og velvære, samt kan bidra til å opprettholde eller bedre ADL ferdigheter (Helbostad et al. 2005, Tuntland 2007). Treningsprogrammet hadde fokus på kondisjon, balanse, bevegelighet og styrke (Idrett Bergen sør 2012).

Posttest var også basert på Helsinkideklarasjonen med tydeliggjøring av frivillighet, anonymitet og formålet med undersøkelsen (Førde 2013). Deltagerne (n=29) som undertegnet



Samtykkeerklæringen ved pretest fikk utdelt det samme spørreskjemaet ved posttest. Det ble tydeliggjort at til tross for at de hadde signet og gjennomført pretest, hadde de mulighet til å unnlate å svare på posttest (Førde 2014). Alle deltagerne (n=29) som deltok på pretest, besvarte også posttest. Dermed var det ingen frafall mellom pre- og posttest i denne studien (Ringdal 2013). Etter at posttest var besvart, fikk deltagerne utdelt et informasjonsskriv som inneholdt samme informasjon som de mottok sammen med samtykkeerklæringen, samt et takk for deltagelsen skriv med kontaktinformasjon om meg og prosjektleder.

### **Bearbeiding av kvantitativ metode**

De innsamlede bakgrunnsdataene fra spørreskjemaet ble kodet og lagt inn i SPSS (Statistical Package for Social Science) versjon 19.0. Pre- og posttest resultatene ble lagt inn i skåringsprogrammet QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 4.5. QualityMetric er et skåringsverktøy som er spesifikt designet for bruk til å bearbeide innsamlet data via Short Form Health Surveys (Saris-Baglama, Dewey, Chisholm, Plumb, King, Rasicot, Kosinski, Bjorner, og Ware). Målet med dette programmet er å sikre kvaliteten på datamaterialet, samt avverge feilkilder ved skåring. Det foreligger normaldata dannet som t-skår, basert på 19 000 utførte befolkningsundersøkelser i United States (Saris-Baglama et al. 2011). SF-12 sine normaldata består av t-skår fra 2009 U.S Befolkningsstudier (Saris-Baglama et al. 2011). Ved analyse av det innsamlede datamaterialet, sammenlignet QualityMetric normaldata fra samme aldersgruppe, opp mot data fra studien. Normaldata fungerte som kontrollgruppe (Saris-Baglama et al. 2011). Programmet danner resultater basert på de åtte dimensjonene (tabell 1), som regnes sammen til en fysisk helse skåre og en mental helse skåre (Saris-Baglama et al. 2011). Fysisk helse skåren (PCS Physical Components Score) ble dannet på bakgrunn av sammenslåing av de fire dimensjonene fysisk funksjon, rolle funksjon, generell helse og kroppslig smerte. Den mentale helse skåren (MCS Mental Components Score) ble dannet på grunnlag av dimensjonene vitalitet, sosial funksjon, emosjonell rollefunksjon og mental helse (Saris-Baglama et al. 2011). Alle skårene måles på en skala fra 0-100, hvor 0 indikerer dårligst og 100 indikerer best tenkelige helse. Da QualityMetric ikke utfører statistiske analyser for å finne signifikansnivå (p-verdi), ble data implementert til SPSS. All informasjon ble kodet inn med fiktive navn i QualityMetric for å muliggjøre pre- og postresultat på samme deltager. Mens i SPSS ble data kodet med identitetsnummer. Dette for å anonymisere deltagerne (Førde 2014).

### **Statistiske analyser**

QualityMetric er et program som gir deskriptiv informasjon om utvalget. Programmet er derimot ikke dannet for å hente ut statistiske analyser, så hvis dette skal utføres må data eksporteres til andre statistiske programmer. I denne studien ble QualityMetric brukt til å hente ut datamateriale ved baseline og ved tre måneder for det totale utvalget og splittet på kjønn. Dette for å undersøke effekt av intervensjonen, ved å se på endringene i hver av de åtte dimensjonene, samt de to totalskårene mental helse og fysisk helse. Dette ble også gjort for å kunne sammenligne både totalt utvalg og kjønn (kvinner og menn) opp mot normaldata (Saris-Baglama et al. 2011). QualityMetric dannet prosent endring i fysisk helse skår og mental helse skår ved baseline og tre måneder, med totalt mulig 100 prosent. Prosent-skåre på de to totalskårene ble dannet ut i fra over, likt eller under normaldata fra QualityMetric.

Data ble videre implementert til SPSS for å kunne regne ut signifikansnivå og dermed dra slutninger basert på datamaterialet fra QualityMetric. Det ble brukt independent sample t-test for å sammenligne målingene på to uavhengige grupper (pretest og posttest) samt (kvinner og menn) (Pallant 2007). Dette ble anvendt for å undersøke om intervensjonen påvirket fysisk

helse skår og mental helse skår. Deretter ble utvalget splittet på pretest og posttest, og det ble utført paired sample t-test. Dette for å sammenligne, pretest og posttest, den totale endringen av fysisk helse skår og mental helse skår slått sammen (Pallant 2007). Signifikansnivå ble satt til  $p=0.05$ .

## **Forskningsetiske refleksjoner**

Studien er basert på Helsinki-deklarasjonens prinsipp om retten til autonomi og frivillig informert samtykke (Førde 2013). Det ble tydeliggjort formål med studien, informasjonsskriv samt innhentet informert samtykke (Førde 2013). Kvalitative metoder innebærer en bevisstgjøring av min rolle som forsker når jeg kommer inn i eksisterende relasjoner (Thagaard 2013). Dette for å gi rom for intervjupersonen til å fortelle, samt skape distanse mellom deltagerne som ble observert og meg som forsker (Fog 2004). I intervensjonsstudien var det viktig å ta hensyn til nytteverdi, risiko og sikkerheten til forsøkspersonene (Helse- og omsorgsdepartementet 2005). Det ble i forkant av studien utarbeidet en prosjektbeskrivelse, med søknad, til fakultetets etiske komite (FEK). Dette danner grunnlag for godkjenning av gjennomføring av studien.

## **Resultat**

### **Resultat basert på kvalitative metoder**

Resultatene fra den kvalitative datainnsamlingen søkte å svare på hovedproblemstillingen. Det ble dannet et sammendrag basert på; idrettslagenes egne dokumenter, Idrett Bergen sør sin prosjektbeskrivelse og resultater fra forskningsintervjuet og observasjonene.

### **Bakgrunn og formålet med Idrett Bergen Sør sin samhandlingsmodell**

Idrett Bergen sør ble i 2008 dannet som en uformell organisasjon etter initiativ fra Bjarg IL og Fana IL. Det tok flere år før alt det formelle var på plass, og det var skapt et samarbeid mellom de fem idrettslagene med like premisser. Samhandlingsmodellen tok utgangspunkt i Kalandseid IL sin «Bredt&Godt» modell, hvor idrettslaget hadde tatt initiativ til samarbeid med skole, helsesøster, barnehage, ungdomsskole, fysioterapeuter og kulturkontor, for å kunne gi barn i nærmiljøet et aktivitetstilbud i forbindelse med skolefritidsordningen. Dette arbeidet handlet om å tilrettelegge for spesielle behov, uansett forutsetninger, og løse utfordringer i felleskap ved å samkjøre ressurser (Idrett Bergen sør 2012). I 2012 ble Idrett Bergen Sør en formelt stiftet forening på tvers av de fem idrettslagene (Idrett Bergen sør 2012).

Bakgrunnen for Idrett Bergen sør sitt ønske om å danne en samhandlingsmodell, bygget på at fysisk inaktivitet er nåtidens store helseutfordring. Den økende inaktiviteten i dagens samfunn gir negative konsekvenser både fysisk, psykisk og sosialt, og den bidrar til å øke risikoen for mange livsstilsykdommer (Idrett Bergen sør 2012). I følge Samhandlingsreformen (2009) er det kommunene i Norge som er blitt tildelt ansvaret for å

ivareta disse utfordringene. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål om ”... *hvorfor ønsker dere i Idrett Bergen sør å ta ansvar for folkehelsen...*?” Prosjektleder trakk frem at ”...*men om man ser på dagens samfunn er det uten tvil behov for flere aktører som, helst i samarbeid med kommunen, jobber for å bedre folkehelsen. Vi i idretten ønsker å være en av disse aktørene*”. Det kom frem at formålet med denne satsningen å nå de mindre aktive i samfunnet og gi dem et lavterskeltilbud. Det ble beskrevet at dette ble gjort for å skape interesse for fysisk aktivitet og gi dem mulighet til å bedre helsen og oppnå økt livskvalitet (Idrett Bergen sør 2012, Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Prosjektleder fortalte at formålet med prosjektet var også å skape muligheter for samarbeid på tvers av profesjoner. Dette for å muliggjøre et samarbeid hvor idrett og helse sammen kan utvikle kunnskap om hvordan man kan nå de aktuelle brukerne og hvordan man kan skape varig endring i deres helsetilstand.

På spørsmål om ”...*hvilke virkemidler benytter dere for å nå utsatte grupper?*” ble begrepet kvalitet anvendt som et nøkkelord for å nå utsatte grupper. Prosjektleder fortalte at ”...*alle våre instruktører har fagrelevant utdanning og kunnskap, og vet hvordan de best mulig skal ivareta de aktuelle målgruppene*”. Det ble også trukket frem betydningen av andre virkemidler for å nå utsatte grupper, som blant annet tilgjengelighet, god informasjon, åpenhet og ydmykhet. Prosjektleder tydeliggjorde at Idrett Bergen sør har et sterkt fokus på mellommenneskelige relasjoner, og at dette både gjelder gjennom aktivitet samt i møte med deres samarbeidspartnere.

### **Samhandling mellom Idrett Bergen sør og deres samarbeidspartene**

Prosjektleder forklarte at samhandling innad i Idrett Bergen sør foregikk ved at hver måned møtes de fem daglige lederne, samt de to ansatte i Idrett Bergen sør. Dette ble gjort for å diskutere muligheter, utfordringer og felles strategier fremover. Det ble satt av tid til å drøfte tema rundt samhandlingsmodellen, samt det ble gitt innsikt til de daglig lederne om progresjon i prosjekter som Idrett Bergen sør gjennomførte. De daglige lederne fikk tid til å diskutere utfordringer de møtte i sitt daglige arbeid for å kunne dele erfaringer. Prosjektleder trakk også frem at de to ansatte i Idrett Bergen Sør var med på å bidra til å sikre informasjonsflyt mellom idrettslagene. Observasjon 1 viste at prosjektleder fortalte om agenda for møtet, samt styrte tematikken underveis. Det var på forhånd av møtet sendt ut informasjon om tema som skal drøftes. Det ble anvendt åpen dialog mellom alle de deltagende partene, hvor det foregikk gjensidig lytting til hverandre. Interaksjonen foregikk ved at deltagerne delte erfaringer og synspunkt og det ble gitt rom for innspill ved de ulike temaene. Ved observasjon 1 ble det observert mye latter mellom de deltagende partene. Samtalen utviklet seg med at tema først ble drøftet i fellesskap gjennom hele møtet, for deretter at prosjektleder anvendte en strategi med å konkludere om felles forståelse for videre arbeid. Prosjektleder tok for seg en konklusjon av hvert tema, slik at det ga rom for de deltagende partene å komme med innvendinger hvis den felles forståelse ikke var tydelig.

Prosjektleder fortalte at samhandling med andre aktuelle samarbeidspartnere ble gjennomført ved møter. Samarbeidspartnere til Idrett Bergen sør var blant annet; Bergen Kommune, Hordaland Idrettskrets,

På slike møter ble det utformet modeller for de aktuelle målgruppene for å sikre felles forståelse, samt skaffe finansiering til tiltakene. Prosjektleder forklarte at Bergen Kommune var en av partnerne som støttet Idrett Bergen sør med finansieringsmidler.

Observasjon 2 foregikk på et møte mellom Idrett Bergen sør og Bergen Kommune.

Resultatene fra denne observasjonen viste at også her styrte prosjektleder slik at tematikken

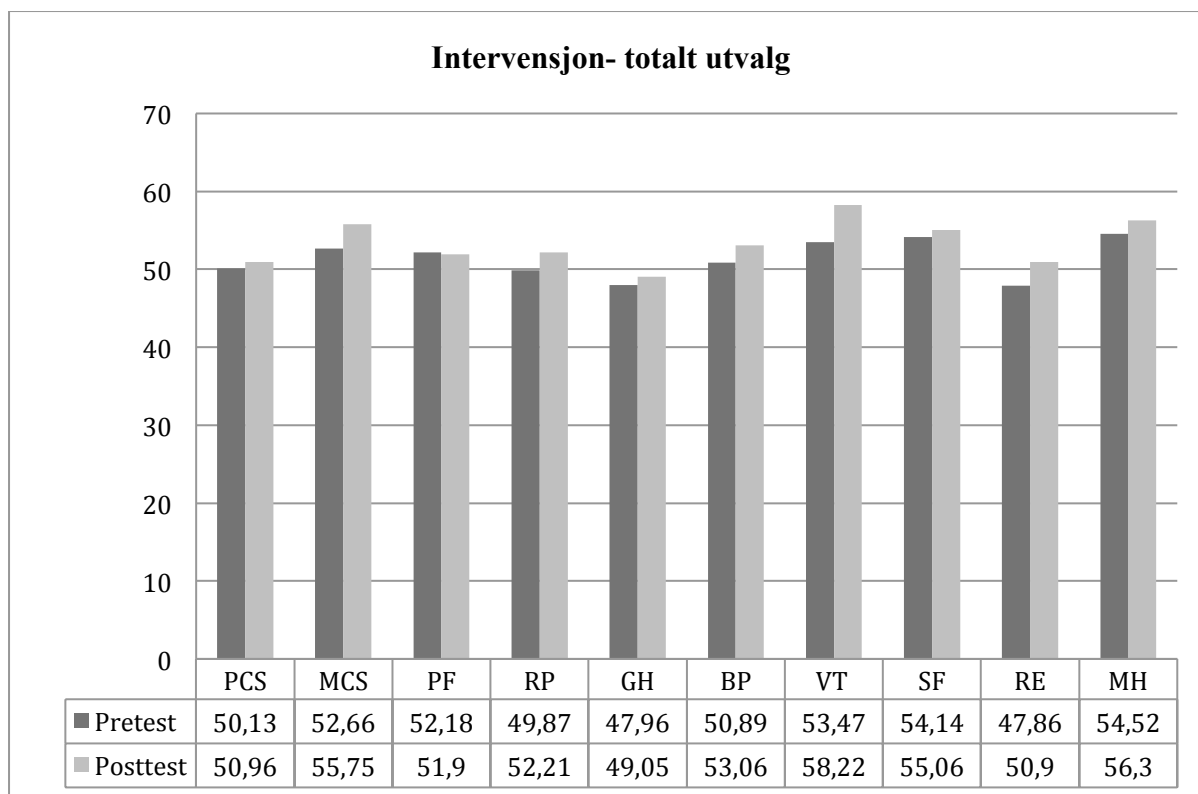
ble fulgt underveis. Alle de deltagende partene var informert om agenda via elektronisk kommunikasjon i forkant av møtet. Partene forholdt seg til hverandre ved å lytte aktivt til argumenter, samt diskutere deres forståelse av tema. Det ble tydeliggjort hvilke ønsker partene hadde for et mulig fremtidig samarbeid og hvilke premisser de jobbet under. Samtalen ble utviklet ved at det i starten var en åpen dialog om forventninger og ønsker. Videre bar samtalen preg av å omhandle drøfting av ulikheter og forståelse. Det kom frem forskjeller mellom partene om de økonomiske rammene og premissene de arbeidet under. Ved slutten utviklet det seg en enighet om å opprettholde kontakten og arbeide videre for å finne en hensiktsmessig løsning som gagnet begge parter.

Prosjektleder tydeliggjorde at Idrett Bergen Sør jobbet for å være synlig i samfunnet for å skape samhandling. Det ble uttrykt at dette var et felt som alltid hadde forbedringspotensial. *”...Vi jobber med at våre samarbeidspartnere skal se verdien av samarbeidet, da det i noen tilfeller kan bli oppfattet som merarbeid i en ellers travel hverdag”*. På spørsmål om det langsiktige målet deres, svarte prosjektleder at *”... det langsiktige målet med Idrett Bergen Sør er å skape en bærekraftig organisasjon som sammen med kommunen kan ivareta folkehelsen blant innbyggerne i Bergen”*. Det ble presisert at dette krever at tilsvarende arbeid utføres i de andre bydelene i Bergen. Idrett Bergen Sør har også tro på at denne modellen kan ha overføringsverdi lokalt og nasjonalt, samt være et eksempel til etterfølgelse i andre idrettsmiljøer rundt om i Norges land (Idrett Bergen sør 2012).

## Resultat basert på kvantitativ metode

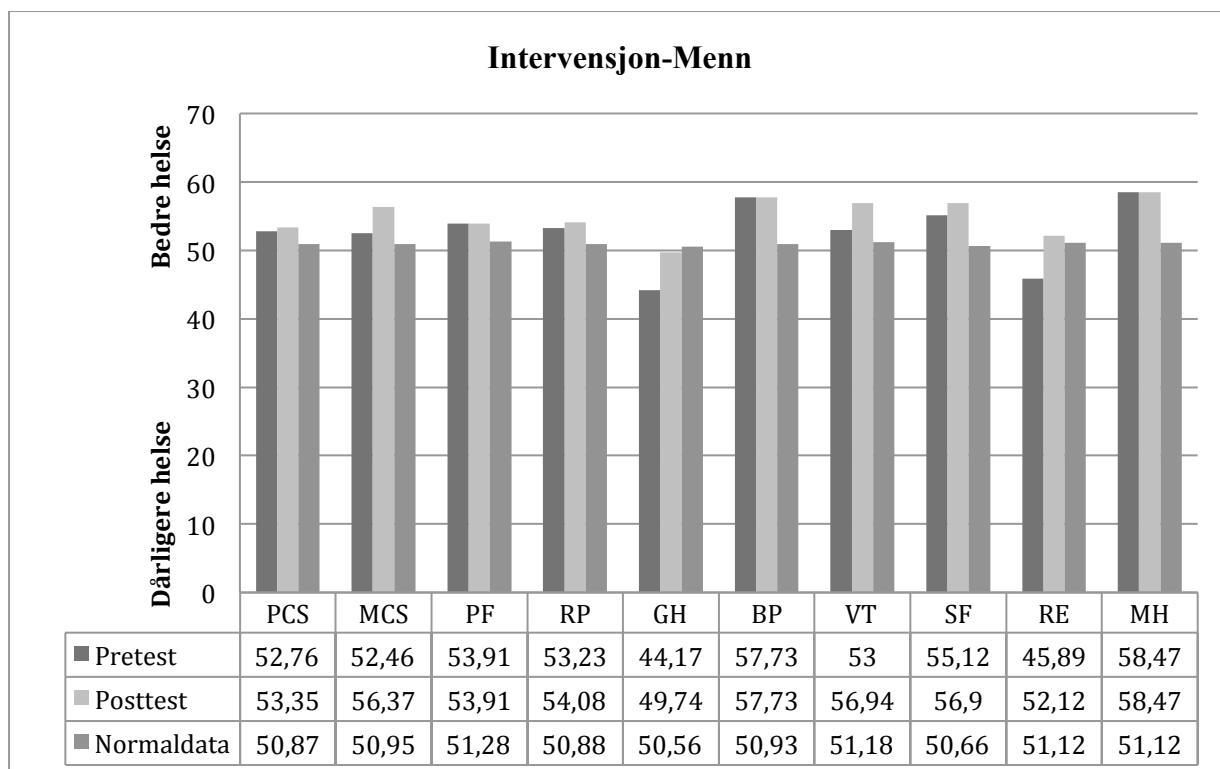
Intervensjonsstudien hadde ved pretest og posttest gjennomføring  $n=29$ , dermed ingen missing. De deskriptive dataene ble beskrevet med gjennomsnitt og standard avvik (SD). «Evig aktiv» deltagerne hadde gjennomsnittsalder 77 (SD:  $\pm 7.3$  år) med aldersspenn på 61-93 år. Utvalget bestod av 17% menn og 83% kvinner. Gjennomsnitt KMI for hele utvalget var 24.3 (SD:  $\pm 3.9$ ), mens gjennomsnitt KMI for kvinner var 24.5 (SD:  $\pm 4.0$ ) og for menn 23.6 (SD:  $\pm 3.6$ ). Gjennomsnitt høyde var 1.66 (SD:  $\pm 0.06$ ) og gjennomsnitt vekt 67.6 (SD:  $\pm 11.3$ ).

Normaldata fra QualityMetric er plassert ved skåre 50 på figur 1. Det vil si at deltagernes totalt utvalg skåre over 50 er bedre helse enn normaldata, mens skåre under 50 er dårligere helse (Saris-Baglana et al. 2011). Studien viste følgende endring i løpet av intervensjonen; fysisk helse skår 0.83 ( $p=0.66$ ) og mentale helse skåre 3.09 ( $p=0.11$ ) (Figur 1). Gjort om til prosent viste fysisk helse skår ved baseline 28% over, 55% likt og 17% under. Ved tre måneder viste fysisk helse skår 28% over, 55% likt og 17% under. Mens mental helse skåre viste ved baseline 45% over, 41% likt og 14% under. Ved tre måneder viste mental helse skår 66% over, 24% likt og 10% under. Ved sammenslåing av fysisk helse skår og mental helse skår i paired sample t-test viste pretest ( $p=0.26$ ) og posttest ( $p=0.03$ ).

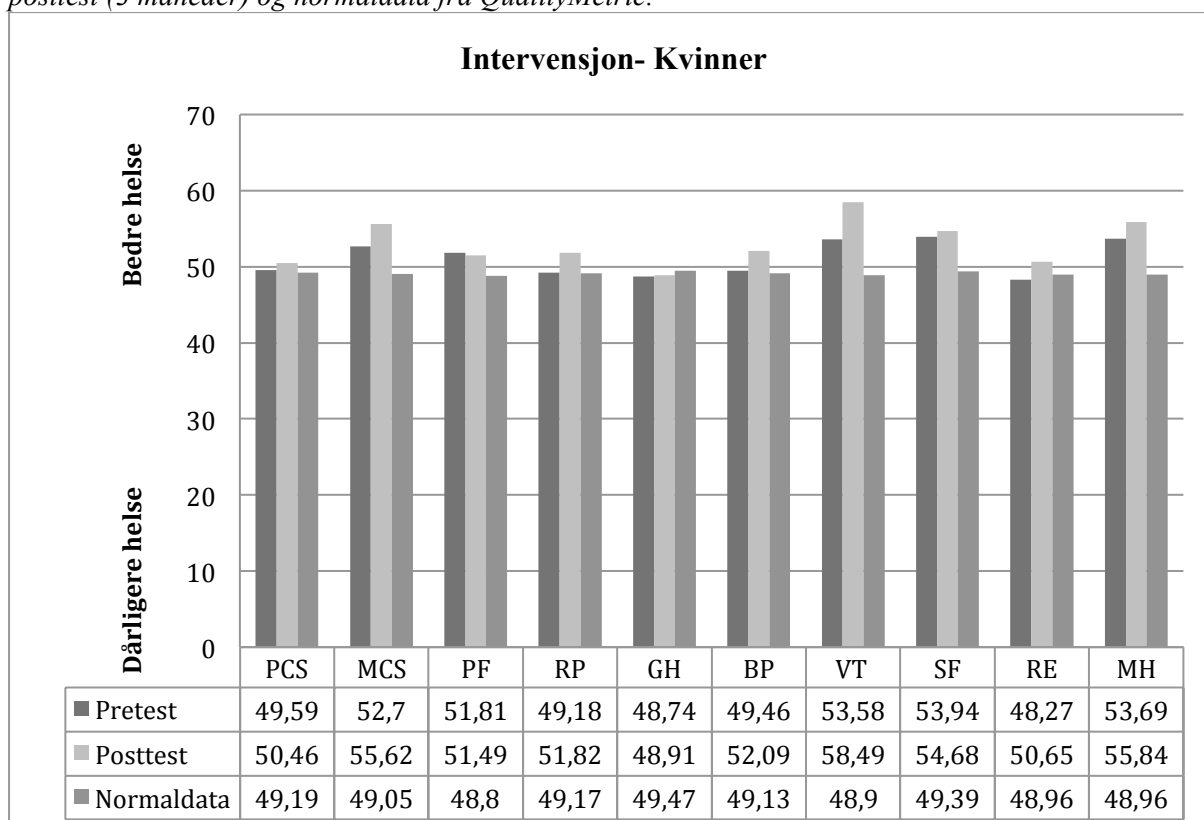


**Figur 1.** Resultat av pretest (baseline) og posttest (3 måneder) av de åtte dimensjonene, samt fysisk helse skår og mental helse skår for totalt utvalg.

Det ble utført statistiske analyser på splittet mellom kjønn (kvinner og menn). Resultatene av intervensjonen viste følgende endring mellom pretest og posttest hos menn; fysisk helse skår 0.59 ( $p=0.79$ ) og på mental helse skår viste endringene 3.91 ( $p=0.14$ ) (Figur 2). Endringene mellom baseline og 3 måneder hos kvinner viste følgende; fysisk helse skår 0.87 ( $p=0.69$ ) og mental helse skår 2.92 ( $p=0.21$ ) (Figur. 3).



**Figur 2.** De åtte dimensjonene, samt fysisk helse og mentale helse av menn, ved pretest (baseline), posttest (3 måneder) og normaldata fra QualityMetric.



**Figur 3.** De åtte dimensjonene, samt fysisk helse og mentale helse av kvinner, ved pretest (baseline), posttest (3 måneder) og normaldata fra QualityMetric.

## Diskusjon

### Diskusjon av kvalitative data

Den kvalitative datainnsamlingen viste at Idrett Bergen sør og Bergen Kommune hadde dannet et koordinert samarbeid for å møte fremtidens behov for et økt fokus på folkehelsen. Dette er i samsvar med Helse- og omsorgsdepartementet (2010) sin Nasjonale helse- og omsorgsplan for 2011-2015. Denne planen trekker frem at det nå stilles krav til at kommunen skal utvikle et samarbeid med frivillige organisasjoner, for å møte fremtidens helseutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). Prosjektleder tydeliggjorde at modellen var dannet som en pilotmodell på bakgrunn av krav fra Samhandlingsreformen og Folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, Helse- og omsorgsdepartementet 2011, Idrett Bergen sør 2012). Men til tross for at det foreligger styringsdokumenter som stiller krav til å inkludere, så hevder Skille (2010) i sin studie at det ligger empirisk belegg for at idrettslag kan danne egne mål uten kommunal innflytelse. Dette fordi forholdet mellom sektorer i det norske samfunnet tilsier at idrett tilhører den frivillige sektor, og dermed kan danne sine egne mål, mens kommunen tilhører offentlig sektor (Skille 2010).

I følge prosjektleder hadde Bergen Kommune bidratt med finansiering av lavterskeltiltak som var iverksatt av Idrett Bergen sør. Dermed var det utformet en modell, i samarbeid med Bergen Kommune, for å sikre felles forståelse og et gjensidig samarbeid. Ut i fra denne studien viste det innsamlede kvalitative datamaterialet at det foregikk et gjensidig samarbeid mellom Idrett Bergen sør og Bergen kommune. Det viste seg at de øverste nivåene i kommunen bevilget finansiering, opprettholdt kontakt og hadde pilotmodellen som overordnet mål (Schalck 2012). Derimot viste studien at de nivåene som iverksatte og gjennomførte tiltak i kommunen ikke var like motivert for samhandling. Dette er i kontrast med en undersøkelse fra Aarhus Universitet, som viser at hvis deltagerne kjente formålet med det som skulle utføres, da var samarbeidet bedre (Secher 2013). At kommunen ikke er samkjørt kan være på grunnlag av Bergen Kommune er en stor kommune med mange enheter. Dermed kan det være en sammenheng mellom størrelse og kommunikasjon innad.

Studien viste at suksessfaktorene som kan ha sammenheng med overføringsverdi var at Idrett Bergen sør drives av ressurssterke personer, det foreligger mye kompetanse og at arbeidet foregår ute i feltet. Som prosjektleder fortalte handlet det videre arbeidet om å tydeliggjøre nytteverdien av et samarbeid ovenfor alle aktører. Dette for å inkludere flere samarbeidspartnere, som kan bidra til å sammen møte behovet for mer koordinerte helsetjenester frem mot 2050 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

### Diskusjon av kvantitative data

Denne intervensjonsstudien har vist at utvalget hadde en økning på alle de åtte dimensjonene, bortsett fra fysisk funksjon. Den viste også at de to totalskårene fysisk helse og mental helse økte, men økningen var ikke signifikant. Derimot viste studien at ved å kombinere begge fysisk helse skår og mental helse skår, var posttest resultatene signifikante. Intervensjonsstudien viste at ved splitting av kjønn, var verken menn eller kvinner sine resultater signifikant ved fysisk helse skår eller ved mental helse skår.

En økning i de åtte dimensjonene, bortsett fra fysisk funksjon er i kontrast til den norske studien av Helbostad et al. (2005). De eldre deltagerne med, balanse- og gangvansker, bedret

fysisk funksjon uavhengig om treningsintervensjonen foregikk hjemme eller i gruppe. En mulig sammenheng med at deltagelse i «Evig aktiv» ikke bedret fysisk funksjon slik som i Helbostad et al. 2005, kan være at deltagerne i denne studien ikke hadde samme nedsatt funksjonsevne (Sosialdepartementet 2002). Deltagerne i «Evig aktiv» var eldre personer som selvstendig mestret å komme seg til og fra den fysiske aktiviteten. Dermed var utvalget i denne studien eldre uten nedsatt funksjonsevne (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2009). For å innhente kunnskap om deltagerens fysiske funksjon, kunne denne studien tatt for seg å teste deltagerne for dette pre og post for intervensjon.

De totale skårene på fysisk helse og mentale helse, økte begge ved pretest og posttest av denne studien. Sett i forhold til normaldata hadde totalt utvalg en mental helse økning på 21 prosent i løpet av intervensjonen. Dette er i samsvar med oppgitt prosent endringsverdi, som sier at en endring på 5-10 prosent vil ha klinisk verdi, mens en endring på 10 prosent og over vil bety endring som er påviselig hos personen (Wahl og Hanestad 2004, Osoba, Bezjak, Brundage, Zee, Tu, og Pater 2005). Dette er i samsvar med andre en studie som viser at eldre er opptatt av det sosiale aspektet ved deltagelse i fysisk aktivitet (Thorsen og Clausen 2009), og knytter sosial deltagelse til deres opplevelse av helsereelatert livskvalitet (Tuntland 2007). Disse resultatene viste derimot at ending på de to totalskårene var ikke stor nok til å være signifikant. Dette er i samsvarer med studien til Krist, Dimeo og Keil (2013) som viste at i løpet av deres intervensjon på eldre, viste resultatene ingen betydelig forbedring av deltagerens helsereelaterte livskvalitet.

Derimot viste endringene i denne studien at ved sammenslåing av den fysiske helse skår og den mentale helse skår, pretest og posttest, at posttest resultatene var signifikant. Det vil si at totalt utvalg sin forbedring på begge helseskårene kan ha sammenheng med deltagelse i «Evig aktiv». Dette er i samsvar med Helbostad et al. (2005) sin konklusjon om at trening utenfor hjemmet bedrer livskvalitet. Dette samsvarer også med studien til Brovold, Skelton og Bergland (2013) hvor tilrettelagt intervalltrening for eldre personer, bedret deltagerens helsereelaterte livskvalitet. Men da denne studien ikke hadde en dannet kontrollgruppe, utenom normaldata fra QualityMetric, kan jeg ikke utelukke at resultatene kan skyldes placeboeffekt (Helbostad et al. 2005).

Denne studien viste at menn lå prosentvis gjennom hele intervensjonen likt eller over normaldata på fysisk helse skår og mental helse skår. Både kvinner og menn økte den mentale helse skåren, men bare kvinner rapporterte en økning i opplevelsen av fysisk helse. Dette er i kontrast til en studie hvor fysisk aktivitet viste signifikant økning på livskvalitet hos menn, men ingen påvirkning hos kvinner (Martin-Valero, Cuesta-Vargas, og Labasjo-Manzanares 2013). En svakhet med den utførte studien her, var en skjevfordeling mellom kjønn. Derimot viser Folkehelseinstituttet (2014) sine data at gjennomsnittsalderen i 2012 var 79, 4 år for menn i Norge. Gjennomsnittsalderen i denne studien var 77 år, noe som kan sees i sammenheng med skjevfordelingen av kjønn i denne studien. Det er en tanke at de fleste som deltar i tiltaket «Evig aktiv» er blitt enker allerede. Dette vil kunne svekke muligheten til å oppnå et mer variert utvalg for å kunne styrke forskning på helrelatert livskvalitet for eldre personer.

Til tross for at denne studien ikke viser signifikant om deltagelse i tiltaket evig aktiv bedrer de eldre personenes helsereelaterte livskvalitet, viser flere studier at det bør tilrettelegges for fysisk aktivitet for eldre personer (Helbostad et al. 2005, Lexell et al. 2008). Dette fordi fysisk aktivitet har vist effekt på forebygging av ulike somatiske- og psykiske sykdomstilstander hos eldre (Langhammer 2011). Denne studien viser økt opplevelse av



mental helse, deriblant sosial funksjon. Noe som samsvarer med at opplevelse av helse ser ut til å ha sammenheng med sosial deltagelse og livskvalitet (Næss 2011). Det bør på bakgrunn av økningen i andelen eldre i befolkningen, i fremtiden rettes oppmerksomhet mot tilrettelegging for økt sosial deltagelse og mestring av meningsfulle aktiviteter (Hansen og Slagsvold 2011).

## **Konklusjon**

Denne studien viste at bakgrunn for å igangsetting av Idrett Bergen sør bygget på krav om samhandling for å imøtekomme nåtidens store helseutfordring om inaktivitet. Idrettslagene ønsket å utvikle et samarbeid for å utnytte felles ressurser, og ikke minst for å nå alternative målgrupper som vanligvis faller utenfor idrettslag. Målgruppene de ønsket å nå barn var; barn, ungdom, inaktive voksne, eldre, innvandrere, personer med psykiske lidelser og rusproblematikk. Samhandling ble gjennomført ved å utvikle koordinerte samarbeid med flere samarbeidspartnere. Idrett Bergen sør hadde etablert et samarbeid med blant annet; Bergen Kommune, Hordaland Idrettskrets, NAV, Universitet/Høyskoler, fastleger, legesentre, helsesøstertjenesten, helsestasjon, ergo- og fysioterapitjenesten, rehabiliteringsinstitusjoner og skoler. Studien konkluderte med at Idrett Bergen sør har overføringsverdi, da Samhandlingsreformens krav til samarbeid mellom ulike aktører er ivaretatt. Men studien viste kreves videre innsats i arbeidet for at flere aktører skal se nytteverdien av å inkludere idrett i folkehelsearbeidet.

Studien viste også at deltagelse i «Evig aktiv» kan bedre den totale helserelaterte livskvaliteten til de eldre deltagerne. Dette fordi endringen i helserelatert livskvalitet, ved sammenslåing av variablene fysisk helse og mentale helse, viste ved totalt utvalg en signifikant økning etter endt intervensjon. Men variablene fysisk helse eller mentale helse enkeltvis, viste signifikant økning på verken totalt utvalg eller splittet på kjønn. Dermed kan ikke studien konkludere med om årsaken til økningen skyldes «Evig aktiv» eller andre bakenforliggende variabler.

## Litteratur

- Aasprang, A., Andersen, J. R., Slettskog, N., Våge, V., Bergsholm, P. og Natvik, G. K. (2008) Helserelatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 2008:5 s.559-562. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/index.php/article/1660356> [Hentet: 12.april 2014].
- Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet (2009) *Et helhetlig diskrimineringsvern*. Det Kongelige Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet. (NOU 2009:14).
- Brandt, Å., Legarth, K. H., Wæhrens., E. (2008) Undersøgelse og evaluering- med aktivitet og deltagelse i fokus, i Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J., Brandt, Å. og Madsen, A. J. (red.) *Basisbog i ergoterapi- aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 2. udgave, 2 oplag. København: Munkgaard Danmark, s.239-265.
- Brovold, T., Skelton, D. A. og Bergland, A. (2013) Older Adults Recently Discharged from the Hospital: Effect of Aerobic Interval Exercise on Health-Related Quality of Life, Physical Fitness, and Physical Activity. *Journal of the American Geriatrics Society*. Volume 61:9, side 1580-1585.
- Fog, J. (2004) *Med samtalen som udgangspunkt*. 2. Reviderte udgave. København: Akademisk Forlag.
- Folkehelseinstituttet (2014) *Levealder- faktaark med statistikk om forventede levealder i Noreg*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70805> [Hentet:8. mai 2013].
- Førde, R. (2013) *Helsinkideklarasjonen*. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> [Hentet: 06. mai 2014].
- Hansen, T og Slagsvold, B. (2011) Alder, i Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J. (red.) *Livskvalitet- forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget, s.137-154.
- Helbostad, J. L., Sletvold, O., og Moe-Nilsen, R. (2005) Øvelser bedrer fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet hos hjemmeboende eldre med balanse- og gangvansker. *Fysioterapeuten 1:2005*.
- Helsedirektoratet (2009) *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009*. (Rapport IS-1754/2009), Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2010) *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. (Nasjonale faglige retningslinjer), Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005) *God forskning- bedre helse. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, som involverer mennesker, human biologisk materiale og helseopplysning (helseforskningsloven)*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement (NOU 2005:1).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement (St.meld. nr. 47, 2008-2009).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet, (Meld. St. 16, 2010-2011).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> [Hentet: 28. juli 2013]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Folkehelsemeldingen. God helse-felles ansvar*. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. (Meld. St. 34, 2012-2013).
- Idrett Bergen Sør (2012) *Prosjektbeskrivelse Idrett Bergen Sør- Samhandlingsmodellen*. Bergen: Idrett Bergen sør.

- Kielhofner, G. (2008) *A Model of Human Occupation. Theory and Application. Fourth Edition*. England: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kulturdepartementet (2011) *Den norske idrettsmodellen*. Oslo: Det Kongelige Kulturdepartement, (Meld.St. 26, 2011-2012).
- Kunnskapsdepartementet (2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo: Det Kongelige Kunnskapsdepartement, (Meld. St. 13, 2011-2012).
- Krist, L., Dimeo, F, og Keil, T. (2013) Can progressive resistance training twice a week improve mobility, muscle strength, and quality of life in very elderly nursing-home residents with impaired mobility? A pilot study. *Dove Press Journal: Clinical Intervention in Aging*, 2013:8, s.443-448.
- Kvale, S og Brinkman, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utgave, 3.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langhammer, B. (2011) Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse, i Lohne-Seiler, H. og Langhammer, B. (red.) *Fysisk aktivitet og trening for eldre- betydningen for fysisk kapasitet og funksjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lexell, J., Frändin, K. og Helbostad, J. L. (2008) Fysisk aktivitet for eldre, i Bahr, R. (red.) *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet, s. 62-71.
- Lohne-Seiler, H. (2011) Hvor fysisk aktive er eldre? i Lohne-Seiler, H. og Langhammer, B. (red.) *Fysisk aktivitet og trening for eldre- betydningen for fysisk kapasitet og funksjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Martin-Valero, R., Cuesta-Vargas, A. I, og Labasjo-Manzanares, M. T. (2013) Effectiveness of the physical activity promotion programme on the quality of life and the cardiopulmonary function for inactive people: randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 13:127.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2013) *Forskning på fysisk aktivitet ved avdeling for folkesykdommer*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=85798> [Hentet: 28.april 2013]
- Norges Idrettsforbund (2009) *NIFs historie*: [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.idrett.no/omnif/historikk/Sider/Historikk.aspx> [Hentet: 01. Mai 2014].
- Næss, S. (2011) Språkbruk, definisjoner, i Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J. (red.) *Livskvalitet- forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget, s.15-51.
- Osoba, D., Bezjak, A., Brundage, M., Zee, B., Tu, D. og Pater, J. (2005) Analysis and interpretation of health-related quality-of-life data from clinical trials: basic approach of The National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. *European Journal of Cancer*, 2005;41: 280-287.
- Pallant, J. (2007) *SPSS, Survival Manual*. Third Edition. England: Open University Press.
- Ringdal, K. (2013) *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3.utgave, Bergen: Fagbokforlaget.
- Saris-Baglama, R. N., Dewey, C. J., Chisholm, G. B., Plumb, E., King, J., Rasicot, P., Kosinski, M., Bjorner, J. B. og Ware, J. E. (2011) *QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 4.5*. QualityMetric Incorporated, USA: Lincoln, R.I. 02865.
- Schalck, T. B. (2012) *Vil at pilotprosjekt innen idrett skal bli pilotprosjekt*. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/byradsavd-for-kultur-naring-idrett-og-kirke/2435/article-101756> [Hentet: 29. Februar 2014].
- Secher, K. (2013) *Vi samarbeider bedre når vi har et felles mål. Hvis vi kjenner målet, samarbeider vi bedre og har mer tillit til hverandre*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.forskning.no/artikler/2013/juli/362523> [Hentet: 1. Mai 2014].

- Skille, E. Å. (2010) *Idrettslaget- helseprodusent eller trivselsarena?* Vallset: Det Oplandske Bokforlag.
- Skiphamn, L. og Tangløyken, L. B. (2006) *Livskvalitet blant funksjonshemmede*. [Internett] <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28951/Prosjektoppg.Skiphamn.Tangl%20okken.pdf?sequence=2> [Hentet: 16. Oktober 2013].
- Sosialdepartementet (2002) *Nedbygging av funksjonshemmede barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer ned nedsatt funksjonsevne*. Oslo: Det Kongelige Sosialdepartementet. (St.Meld. 40- 2002-2003).
- Tashakkori, A og Teddlie, C. (1998) *Mixed Methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. California: Sage Publications, Inc.
- Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, K. (2005) *Flere ensomme? Om ensomhet i den senmoderne tid*. Tilgjengelig fra: [http://www.nova.no/asset/815/1/815\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/815/1/815_1.pdf) [Hentet: 24. april 2013].
- Thorsen, K. og Clausen, S-E. (2009) Hvem er de ensomme eldre? *Samfunnsspeilet, Nr. 1:2009*
- Tuntland, H. (2007) *En innføring i ADL- teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS- Norwegian Academic Press.
- Wahl, A. K. og Hanestad, B. R. (2004) *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

## **Del 3: Vedlegg**

## Vedlegg 1

# Innholdsfortegnelse

## Vurdering i Fakultetets etikkomité (FEK)

<b>1. Tittel på prosjektet</b>	<b>s.2</b>
<b>1.1 Problemstilling og delmål</b>	<b>s. 3</b>
<b>2. Bakgrunn og hensikt</b>	<b>s.3</b>
<b>3. Hva innebærer studien (metode)</b>	<b>s.3</b>
<b>4-6. Praktisk informasjon, samtykke og frivillighet (etiske vurderinger)</b>	<b>s.4</b>
<b>Vedlegg 1:</b> Informasjon til deltagerne i «Evig aktiv» (utkast)	s.7
<b>Vedlegg 2:</b> Samtykke til deltagelse i undersøkelsen	s.9
<b>Vedlegg 3:</b> Observasjonsskjema	s.10
<b>Vedlegg 4:</b> Informasjon til deltagerne i observasjonen (utkast)	s.11
<b>Vedlegg 5:</b> Samtykke til deltagelse i undersøkelsen	s.13

## Skjema for vurdering i Fakultetets etikkomité (FEK)

### 1. Tittel på prosjektet

**Idrett Bergen Sør- Idrettens bidrag til folkehelsen**

Navn på masterstudiet som studenten er tilknyttet:

**Master i Folkehelsevitenskap**

Navn på masterstudent:

**Eline Kvalheim Dankertsen**

Navn på veileder:

**Hilde Löhne-Seiler**

Er skjemaet utarbeidet i samråd med veileder (kryss)?

Ja: X      Nei:

Er det tidligere søkt FEK, med tilbakemelding om forbedringer (kryss)?

Ja: X      Nei:      Evt. dato: 15.06.2013

Er undersøkelsen meldt NSD (kryss)?

Ja:      Nei: X      Evt. dato:

Ved tvil om prosjektet bør søkes til REK, er det sendt spørsmål om fremleggsvurdering(kryss)?

Ja:      Nei: X      Evt. dato:



## **2. Bakgrunn og hensikt**

I følge Helse- og omsorgsdepartementet krever et godt folkehelsearbeid systematisk og langsiktig innsats i alle sektorer og forvaltningsnivåer. Dermed stilles det krav til at det utvikles et velfungerende koordinert samarbeid mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner, slik at alle drar i samme retning for å skape et aktivt og inkluderende samfunn som bedrer befolkningens helse på lang sikt. På bakgrunn av fokuset på samarbeid mellom ulike nivåer, velger jeg i min masteroppgave å belyse hvordan dette temaet har blitt iverksatt i samfunnet. Prosjektet jeg har koblet meg opp mot heter Idrett Bergen Sør. Prosjektet går ut på at fem store idrettslag i Bergen kommune har gått sammen for å samarbeide om å bedre innbyggernes helse, ved å utvikle og igangsette en samhandlingsmodell. Prosjektet er utviklet som en pilotmodell på hvordan kommuner i samarbeid med frivillige organisasjoner kan møte behovet for et økende fokus på folkehelse blant befolkningen. Målet med masteroppgaven vil være å belyse bakgrunn og gjennomføring av Idrett Bergen Sør sin samhandlingsmodell, og danne et innblikk i brukerne av et av tiltakene sin selvrapporterte opplevelse av deltagelse. Ut i fra temaet har jeg kommet frem til følgende problemstilling;

### **1.1 Problemstilling og delmål**

«Hvordan gjennomfører Idrett Bergen Sør sin samhandlingsmodell og hvordan er deltageres opplevde livskvalitet i tiltaket «evig aktiv»?

Delmål for å tydeliggjøre de ulike områdene jeg skal fokusere på for å besvare problemstillingen min.

Delmål 1: Hva er bakgrunnen og formålet med Idrett Bergen Sør sin samhandlingsmodell?

Delmål 2: Hvordan gjennomføres samhandling/tverrfaglighet på tvers av ulike nivåer?

Delmål 3: Bedrer deltagelse i «Evig aktiv» de eldre deltageres opplevelse av livskvalitet?

## **3. Hva innebærer studien (metode)**

For å innhente dataene i denne studien ønsker jeg å benytte meg av både kvalitativ- og kvantitativ forskningsmetode.

Ved innsamling av data til delmål 2, velger jeg å gjennomføre dette ved en kvalitativ observasjon. Gjennomføringen av datainnsamlingen (delmål 2) vil forgå ved at jeg inntar rollen som fullstendig observatør. Observasjonen vil foregå på et møte mellom idrettslagene og samarbeidspartnerne, i deres naturlige omgivelser. Før møte starter vil jeg dele ut av

informasjonsskriv til deltagerne og en samtykkeerklæring (se vedlegg 4 og 5). De som ikke ønsker å delta vil ikke bli inkludert i observasjonen. Den vil følge et observasjonsskjema som er dannet på forhånd hvor jeg kun skriver direkte det jeg ser, uten tolkninger. Dette skjemaet er ikke utarbeidet per dags dato (se vedlegg 3 for utkast om tema), da dette må gjøres i samarbeid med annen lærer, enn tildelt veileder, ved Universitetet i Agder. Dette på grunnlag av metodevalg (kvalitativ metode). Datamaterialet vil bli bearbeidet ved at alt anonymiseres, for deretter å skrives direkte hva som ble observert. Tolknings vil ikke bli gjort før diskusjon i masteravhandlingen.

Den kvantitative undersøkelsen for å besvare delmål 3, vil bestå i å utføre en tverrsnittstudie av livskvalitet blant deltagerne i «Evig aktiv». Datainnsamlingen vil bli gjort ved spørreskjemaet SF-12 (Short Form Health Survey-12). Den kvantitative datainnsamlingen (delmål 3) vil bli gjennomført ved at jeg og koordinator i Idrett Bergen sør informerer deltagerne i «Evig aktiv» om studien min og hva jeg skal forske på. Deretter vil det bli delt ut et samtykkeerklæringsskjema og tydeliggjort at deltagelse er helt frivillig. Skjemaet vil bli delt ut før timen starter, slik at deltagerne har betenkningstid gjennom treningsøkten for om de ønsker å delta i undersøkelsen. Ved timens slutt deler jeg ut spørreskjemaet SF-12 til dem som har samtykket. De innsamlede dataene fra spørreskjemaet vil deretter bli lagt inn i SPSS (Statistical Package for Social Science), versjon 19.0 og jeg vil utføre statistiske analyser.

#### **4-6. Praktisk informasjon, samtykke og frivillighet (etiske vurderinger)**

Studien vil basere seg på Helsinki-deklarasjonens prinsipper om retten til autonomi og frivillig informert samtykke. Delmål 2 vil starte med at koordinator i Idrett Bergen sør forteller deltagerne som skal delta under observasjonen på forhånd hva som skal foregå. Dette vil gjennomføres på møtet som blir avholdt mellom alle de aktuelle partene i september, slik at de er klar over at det vil bli en observasjon ved neste møte. Alle de aktuelle partene er klar over at det skrives en master på prosjektet, og jeg har ved et tidligere møte truffet flere av dem. Dermed er deltagerne innforståtte med at det vil bli gjennomført en observasjon hvor de er deltagende. Deltagerne vil også bli minnet på denne informasjonen, ved at den sendes på møteinnkalling som vil foregå over e-post. Ved selve observasjonen vil jeg i forhold til delmål 2 ta hensyn til konsekvensene for deltagerne og min rolle som forsker. Jeg vil før observasjonen starter fortelle om min masteroppgave, hva jeg skal undersøke og hvilken rolle

deltagerne innehar. Det vil bli tydeliggjort at min rolle skal være fullstendig observatør og at jeg dermed ikke vil være deltagende under møtet. Deltagerne vil få informasjon om at ved bearbeiding av datamaterialet, vil all informasjon anonymiseres og de vil få tilgang til dataene hvis ønskelig. Jeg vil legge vekt på konfidensialitet slik at private data som identifiserer deltagerne, ikke avsløres. Dermed vil ikke noe av det som kommer frem under møtet, få konsekvenser for enkeltpersoner. Jeg ønsker å se på helhet av prosessen av hvordan samarbeidet gjennomføres. Dermed vil det ved bearbeiding av det kvalitative- og kvantitative datamaterialet anonymiseres både informanter og lokalisasjon.

Det vil være viktig for meg å tydeliggjøre at det er helhet jeg samler inn data til. Ingen enkeltpersoner vil ha negative konsekvenser av at de deltar i undersøkelsen. Jeg vil i forhold til delmål 2 reflektere rundt at deltagerne i observasjonen har mindre mulighet til å trekke seg fra undersøkelse etter utført observasjon. Dette er fordi når observasjonen først er gjennomført, vil det være utfordrende å ta vekk enkeltpersoner som deltok. Det vil være viktig for min studie at alle parter deltar, slik at jeg får mest mulig innblikk i hvordan samhandlingen mellom alle de ulike partene foregår. Idrett Bergen sør har selv et ønske om en vurdering av dette temaet og det er derfor jeg er koblet inn. Dermed har prosjektet et frivillig ønske om dette og å trekke seg vil derfor også gå ut over forskningen på prosjektet. Jeg må være bevisst på om noen vil unngå å være like delaktig på grunnlag av at de vet at jeg observerer dem. Observasjonen skal kunne vise objektivt hvordan samhandling mellom ulike sektorer foregår i praksis. Dermed vil man kunne se om det er strategier som kan videreføres til andre i samfunnet. Alle sektorer har et behov for samhandling, og det vil kunne bidra til å belyse hvordan et prosjekt som er igangsatt gjennomfører dette. Studien vil også kunne kartlegge potensiale for endring.

Etiske refleksjoner i forholdt til delmål 3 vil være at deltagerne i «Evig aktiv» vil bli informert om undersøkelsens overordnede mål og deres rolle ved deltagelse i forskningsprosjektet. Helsinki- deklarasjonen viser til at det ikke skal være mulig å identifisere enkeltindividene sine svar fra spørreskjemaet. I informasjonen deltagerne får muntlig og skriftlig (se vedlegg 1), vil jeg derfor tydeliggjort for deltagerne at jeg ønsker å se på totalskåren av deres livskvalitet. Jeg vil gjøre rede for at jeg ikke kan identifisere hvem som svarte hva, og i tillegg skal jeg i min studie bare se på helheten av deltagerens svar. Denne skåren skal jeg måle

denne opp mot normaldata fra samfunnet. Dette for å se om deltagelse i «Evig aktiv» bedrer opplevd livskvalitet blant eldre. De vil også få utdelt et skjema om informert samtykke med betenkningstid og deretter valget om de ønsker å delta. Samtykkeskjemaet vil inneholde færrest mulig punkter, da dette vil gjøre skjemaet mer oversiktlig og lettere å lese/forstå. Deltagerne vil også få informasjon om at det er valgfritt og at de når som helst kan trekke seg fra studien. Både koordinator for Idrett Bergen sør og jeg vil være tilgjengelig for eventuelle spørsmål både før, under og etter undersøkelsen. De som ikke ønsker å delta forlater lokalet før SF-12 deles ut.

Etter analyse av dataene i SPSS vil de eldre som deltok kunne få kjennskap til hvordan deres totalskåre var sammenlignet med normaldata fra samfunnet. Dette vil jeg gi dem muligheten til fordi det kan bidra til å øke deres mestring og motivasjon for å fortsette. Ved at jeg gir dem denne muligheten, har jeg reflektert over at dataresultatene vil kunne vise ingen- eller negativ effekt. Da er det viktig å kunne forklare fordelene med deltagelse i fysisk aktivitet, til tross for at studien min ikke viser at deltagelse bedrer livskvaliteten. Dette er informasjon som gis etter at undersøkelsen er ferdig, slik at det ikke påvirker resultatene. Nytteverdien vil også kunne være og direkte måle om frivillighetens innsats til folkehelsen har noen form for effekt. Vil eldre som deltar i fysisk aktivitet ha bedre livskvalitet? Klarer frivilligheten å gjennomføre en endring ved å inkludere de eldre? Dette vil kunne ha betydning både for samfunnet og forskning, hvis det finnes overføringsverdi i resultatet jeg kommer frem til i min studie.

All den innsamlede dataen vil oppbevares på min data, men anonymt slik at det ikke er gjenkjennbart. Etter endt masteroppgave vil all data slettes.

## Vedlegg 1:

# Informasjon til deltagerne i «Evig aktiv» (utkast)

### 1) Tittel på prosjektet:

Idrett Bergen sør- Idrettens bidrag til folkehelsen.

### 2) Bakgrunn og hensikt:

For å skape et aktivt og inkluderende samfunn som bedrer befolkningens helse på lang sikt, stilles det krav til at det utvikles et velfungerende koordinert samarbeid. På bakgrunn av fokuset på samarbeid, har jeg valgt i min masteroppgave å belyse hvordan dette temaet har blitt iverksatt i samfunnet. Dermed har jeg koblet meg opp mot Idrett Bergen Sør og tilbudet dere benytter dere av, nemlig «evig aktiv». Hensikten med masteroppgaven vil være å belyse hvordan samhandling foregår i Idrett Bergen Sør, og danne et innblikk i dere som deltar i «evig aktiv» sin selvrapporterte opplevelse av livskvalitet. Jeg vil på grunnlag av min faglige bakgrunn som ergoterapeut ha fokus på betydningen av deres livskvalitet, fordi dette er nært knyttet til aktivitet, deltagelse og helse ellers i livet.

### 3) Hva innebærer studien (metode):

Studien innebærer at du skal svare på et spørreskjema som du får utdelt av kontaktperson etter at du har signert. Her vil du få spørsmål i 12 ulike kategorier om din helse og livskvalitet. Dette er enkle kategorier du møter i dagliglivet. Spørreskjemaet er anonymt, og det vil ikke være mulig for verken meg eller andre å identifisere deg ut i fra svar fra spørreskjemaet. Undersøkelses hensikt er å se på hva dere som gruppe her i dag svarer ved en totalskåre. Denne skåren skal jeg sammenligne opp mot informasjon fra samfunnet ellers. Dette for å se om deltagelse i «evig aktiv» bedrer livskvaliteten blant eldre. Å delta i undersøkelsen vil ikke kunne få noen negative konsekvenser for deg som deltar.

### 4) Praktisk informasjon

Etter at dataene er samlet inn og sammenlignet med tall fra eldre ellers i samfunnet, vil du kunne få kjennskap til hvordan deres totalskåre var her i «evig aktiv». Ta kontakt med prosjektleder/kontaktperson (se neste side) for informasjon. All den innsamlede dataen vil bli oppbevart trygt på min personlige data med passord, men anonymt slik at det ikke er gjenkjennbart. Ingen andre vil ha tilgang til opplysningene om deg personlig. Etter endt masteroppgave vil

all data slettes. Dette vil foregå sommeren 2014. Det er helt valgfritt å delta og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen.

**5) Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at opplysninger:**

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

**6) Frivillig deltagelse:**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder/ kontaktperson (se neste side).

Takk for at du tok deg tid til å lese gjennom denne informasjonen. Hvis du ønsker å delta, signerer du på neste side.

Med vennlig hilsen

Eline Kvalheim Dankertsen

**Vedlegg 2:**

**Samtykke til deltagelse i undersøkelsen:**

Her signerer du **BARE** hvis du ønsker å delta i undersøkelsen. Skriv dato og signer på begge linjene under.

**Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjonen om studien:**

-----  
(Dato)

(Signatur av deltager i evig aktiv)

**Jeg ønsker å delta i undersøkelsen:**

-----  
(Dato)

(Signatur av deltager i evig aktiv)

**Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål eller ønsker mer informasjon i etterkant av undersøkelsen:**

- **Eline Kvalheim Dankertsen** (kontaktperson for undersøkelsen)  
46844081/elinedankertsen@hotmail.com
- **Randi Marie Berentsen** (prosjektleder «evig aktiv»)  
(kommer)

### **Vedlegg 3:**

## **Observasjonsskjema (utkast)**

### **Person:**

*Hvem:* hvilke parter deltar og hvem representerer de.

*Kommunikasjon:* hvordan foregår kommunikasjonen på møtet?

### **Aktivitet:**

*Hva:* hva blir gjort? Direkte hva som skjer under møtet?

*Hvordan:* hvordan kommer de frem til beslutninger som tas?

### **Omgivelser:**

Omgivelsene kan deles inn i fysiske og sosiale. De *fysiske omgivelsene* består av rommene vi utfører aktiviteter i og de objektene vi møter der, og dette påvirker vår utførelse. De *sosiale omgivelsene* er de personene man forholder seg til. Sosiale grupper sier noe om at vi har et felles formål og dette påvirker hva vi foretar oss. De sosiale omgivelsene omhandler også de aktivitetsformer man utfører.



## Vedlegg 4:

# Informasjon til deltagerne i observasjonen (utkast)

### 1) Tittel på prosjektet:

Idrett Bergen sør- Idrettens bidrag til folkehelsen.

### 2) Bakgrunn og hensikt:

For å skape et aktivt og inkluderende samfunn som bedrer befolkningens helse på lang sikt, stilles det krav til at det utvikles et velfungerende koordinert samarbeid. På bakgrunn av fokuset på samarbeid, har jeg valgt i min masteroppgave å belyse hvordan dette temaet har blitt iverksatt i samfunnet. Dermed har jeg koblet meg opp mot Idrett Bergen Sør og tiltaket «evig aktiv». Hensikten med masteroppgaven vil være å belyse hvordan samhandling foregår i Idrett Bergen Sør, og danne et innblikk i de som deltar i «evig aktiv» sin selvrapporterte opplevelse av livskvalitet. Jeg vil på grunnlag av min faglige bakgrunn som ergoterapeut ha fokus på betydningen av deres livskvalitet, fordi dette er nært knyttet til aktivitet, deltagelse og helse ellers i livet.

### 3) Hva innebærer studien (metode):

Studien innebærer at jeg skal være fullstendig observatør under dette møtet. Det vil si at jeg skal notere hvilke parter som deltar, omgivelser, hvordan kommunikasjon foregår, hvordan dere samhandler og kommer til beslutninger. Observasjonen vil være anonym, og det vil ikke være mulig for verken meg eller andre å identifisere deg ut i fra din deltagelse. Undersøkelses hensikt er å objektivt observere hvordan dere gjennomfører samhandling, for å se om det har overføringsverdi til samfunnet ellers. Nytteverdien vil også kunne være og direkte måle om frivillighetens innsats til folkehelsen har noen form for effekt. Å delta i undersøkelsen vil ikke kunne få noen negative konsekvenser for deg som deltar.

### 4) Praktisk informasjon

Etter endt undersøkelse vil du kunne få kjennskap til de innsamlede dataene. Ta kontakt med prosjektleder/ kontaktperson (se neste side) for informasjon. All den innsamlede dataen vil bli oppbevart trygt på min personlige data med passord, men anonymt slik at det ikke er gjenkjennbart. Ingen andre vil ha tilgang til opplysningene om deg personlig. Etter endt

masteroppgave vil all data slettes. Dette vil foregå sommeren 2014. Det er helt valgfritt å delta og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen.

**5) Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at opplysninger:**

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

**6) Frivillig deltagelse:**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder/ kontaktperson (se neste side).

Takk for at du tok deg tid til å lese gjennom denne informasjonen. Hvis du ønsker å delta, signerer du på neste side.

Med vennlig hilsen

Eline Kvalheim Dankertsen

**Vedlegg 5:**

**Samtykke til deltagelse i undersøkelsen:**

Her signerer du **BARE** hvis du ønsker å delta i undersøkelsen. Skriv dato og signer på begge linjene under.

**Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjonen om studien:**

-----  
(Dato) (Signatur av deltager i evig aktiv)

**Jeg ønsker å delta i undersøkelsen:**

-----  
(Dato) (Signatur av deltager i evig aktiv)

**Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål eller ønsker mer informasjon i etterkant av undersøkelsen:**

- **Eline Kvalheim Dankertsen** (kontaktperson for undersøkelsen)  
46844081/elinedankertsen@hotmail.com
- **Randi Marie Berentsen** (prosjektleder «evig aktiv»)  
(kommer)

# Intervjuguide

Idrett Bergen sør

Dato:

Deltagende parter:

Observatør:

Fysiske omgivelser:

Mål:

1. Hva er bakgrunnen for oppstart av Idrett Bergen sør sin samhandlingsmodell?

2.Hva er formålet med samhandlingsmodellen?

3. Hvilke virkemidler benytter Idrett Bergen sør for å nå utsatt grupper?

4. Hvordan gjennomføres tverrfaglighet/samhandling på tvers? Hvilke områder er dere god på? Og hvilke kunne dere blitt bedre på?

5. Hvordan gjennomføres samhandling mellom de ulike Idrettslagene og dere koordinatører?

6. Hva er det langsiktige målet til Idrett Bergen sør?

# Observasjonsskjema

Idrett Bergen sør

Dato:  
Deltagende parter:  
Observatør:  
Fysiske omgivelser:  
Mål:

Sikres det alles oppmerksomhet ved oppstart av møte	1	2	3	4	5	6
Er alle deltagerne informert om agendaen for møte	1	2	3	4	5	6

1. Hvordan innledes agenda og mål for møte? Hvem styrer slik at tematikken blir fulgt?

Observasjon:

Tolkning:

2. Hvilke kommunikasjonsmetoder/midler blir benyttet?

Observasjon

Tolkning

3. Hvordan er de deltagende partene plassert i forhold til hverandre? (Fysiske- og sosiale omgivelser)

Observasjon

Tolkning

4. Hvordan forholder de involverte partene seg til hverandre? (språk, kroppsspråk)

Observasjon

Tolkning

5. Hvordan gjennomføres samhandling mellom de deltagende partene i løpet av møte?

Observasjon

Tolkning

6. Hvordan utvikles samtalen underveis? (Forventninger, argumenter, felles forståelse, tydelighet)

Observasjon

Tolkning

7. Hvilke strategier blir benyttet for å summere opp og avslutte møte?

Observasjon

Tolkning

Er det samhandling mellom de involverte partene

1 2 3 4 5 6

Er det enighet om videre arbeid

1 2 3 4 5 6

Settes det av tid til en tydelig og felles avslutning

1 2 3 4 5 6

Diverse:



## Vedlegg 4



Idrett Bergen Sør  
Skeieveien  
5239 RÅDAL

Deres ref.

Deres brev av:

Vår ref.

201301117-19  
NIOE

Emnekode

ESARK-326

Dato

5. juni 2013

### **Søknad om tilskudd til Idrett Bergen Sør - Samhandlingsmodellen**

Viser til prosjektbeskrivelse og søknad om tilskudd til prosjekt Idrett Bergen Sør.

Bergen bystyre har i budsjettvedtaket understreket at de bevilgninger som gis til organisasjoner o.l., er ment som et basistilskudd for hele året. Tilskuddet gis under forutsetning av at kommunen i nødvendig grad kan utøve kontroll med bruken av midlene, for eksempel ved innsyn i budsjett og regnskap.

### **Formål med tilskuddet**

Bakgrunnen for tilskuddet er at BKNI (byrådsavdeling for kultur, næring, idrett og kirke) ved Idrettsseksjonen ønsker å støtte opp under gode initiativer med lavterskeltiltak fra den organiserte idretten.

### **Forutsetninger for å motta tilskudd 2013 er at Idrett Bergen Sør skal:**

1. Være kjent med vedtatt idrettspolitik i Idrettsplan 2010-2019.
2. Ha en oppdatert tiltaksplan og budsjett som viser hva man bruker tilskuddet til.
3. Levere inn rapporteringsskjema for tilskuddsmottakere over kr. 100 000,-. Dette er et krav for å kunne motta tilskudd fra Bergen kommune.
4. Bidra til aktivitetstiltak og samarbeid med Idrettservice i forhold til tiltak gjennom FIKS Bergen, slik at det sikres en samkjøring, og ikke konkurranse i de samme målene for å nå ulike målgrupper.
5. Følge idrettens egne bestemmelser innen barne- og ungdomsidrett.
6. Synliggjøre BKNI som bidragsyter og samarbeidspart på idrettslagenes/prosjektets nettside og ellers der det er naturlig.

Tilskuddet fra Bergen kommune skal bidra til oppnåelse av relevante kommunale årsmål, og mål vedtatt av Bergen bystyre i relevante planer. Relevante plandokument for Idrett Bergen Sør er i utvalg «*Idrettsbyen Bergen - et steg foran 2010-2019*», og *Bergen kommunes budsjett 2013*.

En overordnet visjon for planen er:

«*Idrettsbyen Bergen – et steg foran*». *Bergen kommune vil tenke nytt, være offensiv og*

*tilrettelegge til beste for den organiserte bredde- og toppidretten, den egenorganiserte fysiske aktiviteten og fysisk aktivitet for særskilte grupper.*

Idrett Bergen Sør er et samarbeid mellom Fana IL, IL Gneist, Kalandseid IL, IL Bjarg og Smørås IL i Bergen. Formålet med «Idrett Bergen Sør» er å nå de mindre fysisk aktive i samfunnet og gi dem et lavterskeltilbud som kan være med å skape interesse for fysisk aktivitet og bedre helse og økt livskvalitet. Prosjektet har videre et utvidet potensiale for samarbeid på tvers av profesjoner hvor idrett og helse sammen kan utvikle kunnskap om hvordan man kan nå aktuelle brukergrupper og hvordan man kan skape varig endring i deres helsetilstand.

Et generelt mål for Bergen kommunes idrettspolitikk, er å bidra til utvikling av høy kvalitet, kritisk refleksjon og sterke fagmiljøer.

Idrett Bergen Sør skal forvalte tilskuddet i tråd med ovennevnte forutsetning og formål. Dersom tilskuddet ikke blir brukt i tråd med formål skal midlene tilbakeføres Bergen kommune. Tilskuddsmottaker skal ta kontakt dersom det oppstår uforutsette hendelser som vanskeliggjør driften.

### **Krav til rapportering**

- Det skal leveres en rapport for 2013. Rapporten skal inneholde en oversikt over bruk og prioritering av midlene tildelt i 2013. Frist for innlevering av rapport for 2013 er **1.februar 2014**. Rapporten skal brukes som underlag for idrettsårbok 2013 og Bergen kommunes årsmelding. Den skal inneholde beskrivelse av hva tilskuddet har blitt brukt til, samt hvilke resultater som er oppnådd.
- Snarest og innen **1. juli 2013**: Årsrapport og siste reviderte regnskap.
- Snarest og innen **1. juli 2013**: Søknad om tilskudd for 2014. Det skal vedlegges kopi av styrevedtak der betingelsene for mottatt tilskudd i 2013 aksepteres.
- Det skal leveres særskilt rapporteringsskjema for tilskuddsmottaker over kr.100 000 til bystyret. Skjema sendes ut per e-post i august. Svar returneres signert per e-post innen **1.september**.

Dersom rapporteringspliktene ikke overholdes, vil bevilgede tilskudd bli holdt tilbake, inntil fullstendig rapportering foreligger. Dersom tilskuddsmottaker, etter purring, ikke rapporterer, bortfaller retten til tilskuddet.

### **Oppfølgingsmøte og evaluering 2013**

BKNI vil innkalle til oppfølgingsmøte og evaluering for 2013 i januar 2014.

### **Utbetaling**

For 2013 er det bevilget kr 500 000. Første del av beløpet på kr. 250 000 utbetales snarest. Andre del av beløpet på kr. 250 000 utbetales 15.juli.

Enkelte av kommunens tilskuddsmottakere er underlagt regelverket om offentlige anskaffelser, fordi de er et «offentligrettslig organ». Et offentligrettslig organ er ethvert organ a) som tjener allmenhetens behov, og ikke er av industriell eller forretningsmessig karakter, og b) som er et selvstendig rettssubjekt og c) som i hovedsak er finansiert av statlige, kommunale, fylkeskommunale myndigheter og offentligrettslige organer og sammenslutninger dannet av en eller flere av disse, eller hvis forvaltning er underlagt slike myndigheters eller organers kontroll, eller som har et administrasjons-, ledelses- eller

kontrollorgan der over halvparten av medlemmene er oppnevnt av slike myndigheter eller organer. Tilskuddsmottaker må vurdere hvorvidt virksomheten er omfattet av regelverket for offentlige anskaffelser. Det vises i denne sammenheng til lov- og forskrifter om offentlige anskaffelser (lov av 16.juli 1999 nr.69).

*Som søker har idrettslaget i følge forvaltningsloven § 29 rett til å klage på vedtak man ikke er enig i. Klagen må rettes til Bergen kommune ved Idrettsseksjonen innen 3 uker etter at dette brevet er mottatt. For videre kontakt og eventuelle spørsmål kontakt BKNI, Idrettsseksjonen ved rådgiver Nina Iren Øverberg tlf: 55 56 57 98 eller [nina.overberg@bergen.kommune.no](mailto:nina.overberg@bergen.kommune.no)*

Med vennlig hilsen  
Byrådsavdeling for kultur, næring, idrett og kirke



Harm-Christian Tolden  
kommunaldirektør



Rune K. Titlestad  
idrettsdirektør

# Informasjon til deltagere i «Evig aktiv»

## 1) Tittel på prosjektet:

Idrett Bergen sør- Idrettens bidrag til folkehelsen.

## 2) Bakgrunn og hensikt:

For å skape et aktivt og inkluderende samfunn som bedrer befolkningens helse på lang sikt, stilles det krav til at det utvikles et velfungerende koordinert samarbeid. På bakgrunn av fokuset på samarbeid, har jeg valgt i min masteroppgave å belyse hvordan dette temaet har blitt iverksatt i samfunnet. Dermed har jeg koblet meg opp mot Idrett Bergen Sør og tilbudet dere benytter dere av, nemlig «evig aktiv». Hensikten med masteroppgaven vil være å belyse hvordan samhandling foregår i Idrett Bergen Sør, og danne et innblikk i dere som deltar i «evig aktiv» sin selvrapporterte opplevelse av livskvalitet. Jeg vil på grunnlag av min faglige bakgrunn som ergoterapeut ha fokus på betydningen av deres livskvalitet, fordi dette er nært knyttet til aktivitet, deltagelse og helse ellers i livet.

## 3) Hva innebærer studien (metode):

Studien innebærer at du skal svare på et spørreskjema som du får utdelt av kontaktperson etter at du har signert. Her vil du få spørsmål om bakgrunnsinformasjon om deg, ditt forhold til fysisk aktivitet og din helse og trivsel. Dette er enkle spørsmål du møter i dagliglivet. Spørreskjemaet er anonymt, og det vil ikke være mulig for verken meg eller andre å identifisere deg ut i fra svar fra spørreskjemaet. Undersøkelses hensikt er å se på hva dere som gruppe her i dag svarer ved en totalskåre. Denne skåren skal jeg sammenligne opp mot informasjon fra samfunnet ellers. Dette for å se om deltagelse i «evig aktiv» bedrer livskvaliteten blant eldre. Å delta i undersøkelsen vil ikke kunne få noen negative konsekvenser for deg som deltar.

## 4) Praktisk informasjon

Etter at dataene er samlet inn og sammenlignet med tall fra eldre ellers i samfunnet, vil du kunne få kjennskap til hvordan deres totalskåre var her i «evig aktiv». Ta kontakt med prosjektleder/ kontaktperson (se neste side) for informasjon. All den innsamlede dataen vil bli oppbevart trygt på min personlige data med passord, men anonymt slik at det ikke er gjenkjennbart. Ingen andre vil ha tilgang til opplysningene om deg personlig. Etter endt masteroppgave vil all data slettes. Dette vil foregå sommeren 2014. Det er helt valgfritt å delta og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen.

**5) Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at opplysninger:**

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

**6) Frivillig deltagelse:**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder/ kontaktperson (se neste side).

**Takk for at du tok deg tid til å lese gjennom denne informasjonen. Hvis du ønsker å delta, signerer du på neste side.**

Med vennlig hilsen

Eline Kvalheim Dankertsen

## Samtykke til deltagelse i undersøkelsen:

Her signerer du **BARE** hvis du ønsker å delta i undersøkelsen. Skriv dato og signer på begge linjene under.

## Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjonen om studien:

-----

(Dato)

(Signatur av deltager i evig aktiv)

## Jeg ønsker å delta i undersøkelsen:

-----

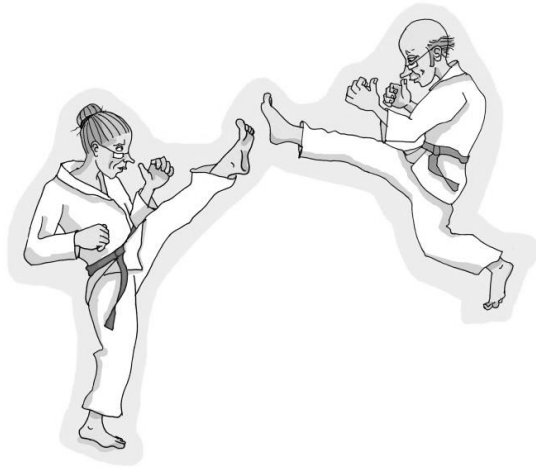
(Dato)

(Signatur av deltager i evig aktiv)

Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål eller ønsker mer informasjon i etterkant av undersøkelsen:

- **Eline Kvalheim Dankertsen** (masterstudent/kontaktperson for undersøkelsen)  
[elinedankertsen@hotmail.com](mailto:elinedankertsen@hotmail.com)
- **Randi Marie Berentsen** (prosjektkoordinator «evig aktiv»)  
[randi.marie@idrettbergensor.no](mailto:randi.marie@idrettbergensor.no)

## Vedlegg 6



**Tusen takk for at DU tok deg tid til  
å svare på denne undersøkelsen!**

Med vennlig hilsen

Eline Kvalheim Dankertsen

**Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål eller ønsker mer informasjon i etterkant av  
undersøkelsen:**

**Eline Kvalheim Dankertsen** (masterstudent/kontaktperson for undersøkelsen)

mobil:46844081

e-post: [elinedankertsen@hotmail.com](mailto:elinedankertsen@hotmail.com)

**Randi Marie Berntsen** (prosjektkoordinator Idrett Bergen Sør)

mobil: 41509059

e-post: [randi.marie@idrettbergensor.no](mailto:randi.marie@idrettbergensor.no)



## Vedlegg 7

Nr:

## Marsjere på stedet - bena og armene

Uten støtte

OU 2.5.d



Løft vekselvis venstre og høyre kne og bruk armene.

Stå med siden vendt mot kjøkkenbenken.

Løft vekselvis høyre og venstre kne og tenk at du marsjerer.

Bruk armene som om du går med skistaver.

Forsett slik i .....minutter.

Nr:

## Knebøy med diagonale stavtak

(på ski)

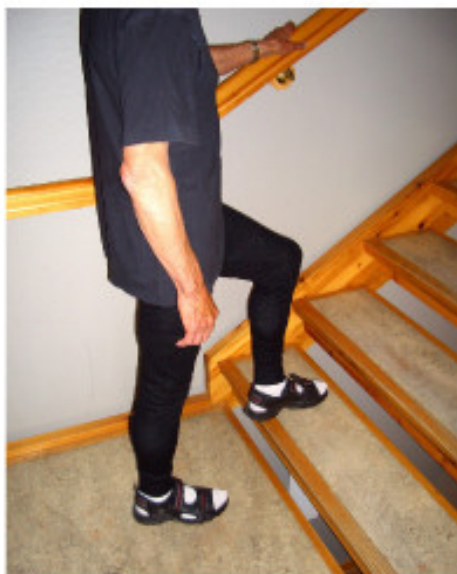
OU 2.6.c



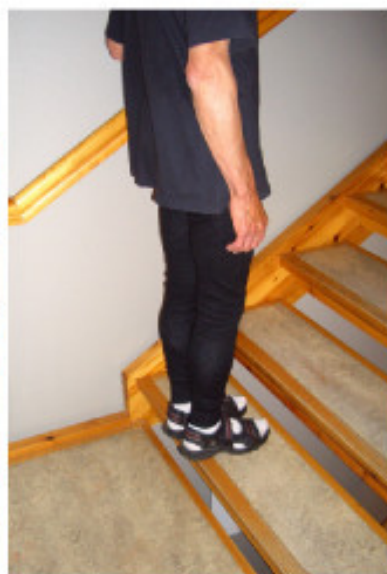
Stå med siden vendt mot kjøkkenbenken. Strekk en arm framover og en arm bakover.

Bøy og strekk i knærne mens du tar diagonaltak med armene, som om du går på ski.

Antall repetisjoner:.....



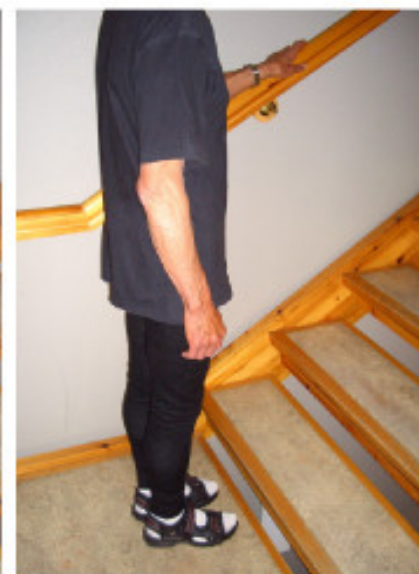
Opp med venstre fot



Opp med høyre fot.



Ned med venstre fot.



Ned med høyre fot.

Stå nederst i trappa. Legg handa flatt på gelenderet uten å gripe rundt det.

Gå opp med høyre fot først. Sett venstre fot etter.

Gå ned med høyre fot først. Sett venstre fot etter.

**Antall repetisjoner:**.....

Gå opp med venstre fot først. Sett høyre fot etter.

Gå ned med venstre fot først. Sett høyre fot etter.

**Antall repetisjoner:**.....

Nr:

## Plukke epler

med fingerberøring

B 3.9.a



Plukk epler høyt oppe til høyre.



Slipp ned i bøtta.



Gjør det samme mot venstre.

Stå med ansiktet vendt mot benken og føttene godt fra hverandre. Tærne litt utover.

Legg fingrene på kjøkkenbenken uten å støtte deg på dem.

Løft høyre arm mens du fører kroppsvekten rolig over på høyre fot. Hold kneet lett bøyd mens du strekker deg opp mot høyre.

Før høyre arm foran kroppen og ned mot venstre. Gjenta til motsatt side.

Antall repetisjoner:.....

### Viktig:

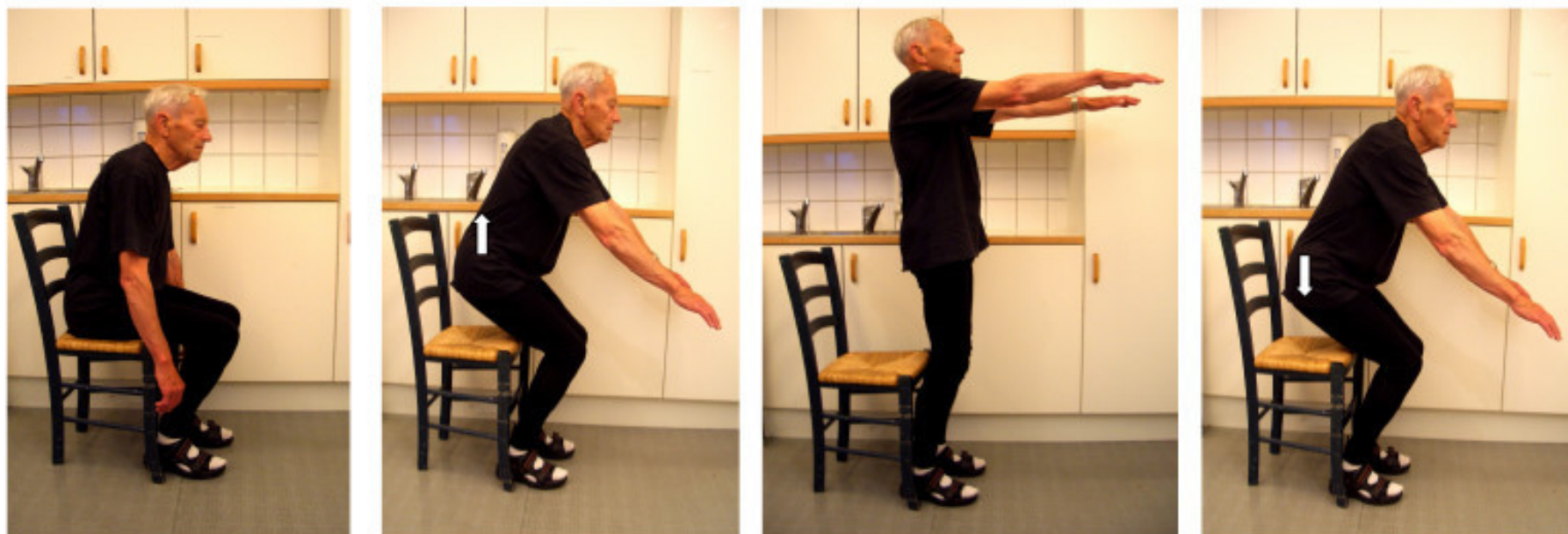
Ikke stiv av knærne under vektoverføringene.  
Hold knærne i lett bøy.

Nr:

## Reise seg - sette seg

## Armene framover

B 1.1.f



Sitt på stolen med føttene godt under deg.

Armene ned langs kroppen.

Bøy deg godt framover og reis deg mens du løfter armene opp til skulderhøyde.

Sett deg meget rolig ned, mens du senker armene igjen.

**Antall repetisjoner:**.....

**Antall serier:**.....

Nr:

## Ankelbevegelighet - "Fotsirkler"

Bev 1.1



Sitt på stolen, og legg hendene på stolsetet.

Strekk en fot og sett hælen i gulvet.

Lag store sirkler med foten i rolig tempo, med hælen i gulvet.

Antall sirkler den ene veien:.....

Antall sirkler den andre veien:.....

**Gjør det samme med den andre foten.**

Nr:

## Bakside lår - "Hamstrings"

Bev 1.10



Sitt på en kjøkkenstol.

Strekk en fot ut foran deg, med hælen i gulvet. Hendene støtter på motsatt lår.

Beveg deg framover med strak rygg til du kjenner at det strammer på baksiden av låret.

Hold stillingen i .....sekunder. → Sett foten tilbake til utgangsstillingen. Bytt side og gjenta.



Nr:

## Skyv brystbenet fram og opp

Bev 2.3.a



Sitt ytterst på en kjøkkenstol. Hold hendene i overgangen mellom stolsetet og stolryggen.

Skyv brystbenet fram og opp. Trekk inn haka og se rett fram. Hold stillingen i .....sekunder.

Senk brystbenet og hvil mens du holder utgangsstillingen.

**Antall repetisjoner:.....**

Nr:

## Strekk av flanken

Bev 2.8.a



**Viktig:**  
Støtt med en  
hånd på  
stolsetet.

Sitt ytterst på en kjøkkenstol med rak rygg. Hendene på stolsetet

Strekk en arm opp og hold armen "lang". Beveg kroppen litt over mot den andre siden til du kjenner at det tøyer i siden.

Hold stillingen i .....sekunder. Sett deg tilbake til utgangstillingen.

**Bytt arm og gjør det samme mot andre siden.**

Nr:

## Skulderrulling

Bev 2.12.a



Oppover.



Bakover.



Nedover.



Sitt ytterst på en kjøkkenstol. Sitt med rett vinkel i knærne og med rak rygg uten å lene deg mot stolryggen. Armene henger langs kroppen.

Rull med skuldrene i store, rolige bevegelser og i følgende retning: oppover - bakover - nedover.

**Antall repetisjoner:**.....

Nr:

## Håndleddsøvelse med vekt 1

STO 3.3



*Det er viktig at den andre handa støtter opp under underarmen.*

*Øvelsen kan også gjøres ved et bord.*

*Istedenfor plastpose kan det også brukes plastflaske med vann*

Sitt ytterst på stolen og legg underarmen på låret, slik at handa med vekten henger utenfor kneet.

Legg den andre handa under underarmen for å støtte opp. Underarmen skal være vendt oppover.

Bruk 3 sekunder på å bevege vekten oppover. Hold stillingen.

Bruk 3 sekunder på å bevege vekten ned igjen.

Antall repetisjoner:.....

Bytt deretter hånd og gjenta øvelsen.

## Vedlegg 8

### Treningsprogram Evig Aktiv Høst 2013

#### The Riwer Kwai March:

Marsjere: Store bevegelser, høye kneløft, på tå, på hæl, på utside, på innside, strekk mot taket, bokse i alle retninger, trampe, gå lett, gå nedover med tyngdepunktet på slutten.

#### Raining man:

Rulle ankler, ruller knær, rulle hofter, vippe bekken, rulle skuldre, rulle albuer, rulle håndledd, boogie woogie og twist.

#### Flesbergjentan Vals:

Vektforskyvning:

Ene foten fremfor den andre, vugge frem og tilbake 8 ganger, bytt fot gjenta.

(Bytt fot hver gang, ta med motsatt arm og strekk mot taket, 4 ganger hver side.)

Vektforskyvning side til side, strekk motsatt arm over brystet, varier med opp, ned, midt på.

(*Dersom tid*: Balanser på en fot.)

#### Vals fra Nordbygdan:

Stjerne øvelse:

Løfte høyre fot og venstre arm, tå peker rett fram 8 ganger

Løfte venstre fot og høyre arm, tå peker rett fram 8 ganger

*Dersom tid*: Løfte annenhver fot med en/begge armer opp som en stjerne, 4-8 ganger per fot.

#### Skredderens Masurka:

Tåhev 12 \* 2-3, hopp 6-10.

#### Hagavalsen: (IKKE PÅ KORTPROGRAM)

Hofterotasjon:

Stå på 1 fot, den andre foten går frem, til siden, bak og inntil, 8 ganger per fot med pause mellom. Tøye legg ved å støtte seg til stol og sette en fot bakom den andre. Bøy og strekk kne for å tøye legg, 4\* hver fot.

YES:

Knebøy: (Tegnestift på stolen)

4\*8 med pause mellom, hold på siste i 8 takter.

#### Waiting on a sunny day:

Kneløft annenhver fot, 8\*2

Kneløft annenhver fot med kryss 8 til sammen

Kneløft annenhver fot med strekk, 8 til sammen

Ankel – opp-ned, side-side, sirkler begge veier. 10 takter på hver, begge ankler

#### Son of a preacher man:

Roing: 3\*10 med pause mellom (+ 10 små.)

#### Shoop shoop song:

Biceps + Håndledd

3\*10-12 biceps curl med pause mellom, hold på siste i 8 takter.

#### Brown eyed girl: (IKKE PÅ KORTPROGRAM)

Håndledd curl begge håndledd samtidig 15\*2.

Dra tau 8 per arm \* 2

#### ABC:

Skulderpress: 8\*3 med pause mellom, hold hender over hode i 8 takter på siste.

Flies til siden: 8 stk. NB: Alle uten vekter.

Flies foran: 8 stk.

#### The sound of silence:

Tøye bakside lår først med tå langs gulv, deretter med tå mot taket. 1 og 1 fot om gangen, ca 20-30 sek på hver tøying.

#### Leeande gullbrune øgon:

Løfte høyre arm strak ut foran og over hodet, løfte venstre arm, løfte begge, 8 ganger alle 3 øvelser.

Lene over til siden u/arm. 5 hver vei

Lene over til siden med arm (ballerina) 5 hver vei

#### Penny Lane: (IKKE PÅ KORTPROGRAM)

Se seg over skulderen m/arm 5 hver vei.

Hender på knær, lene over med strak rygg, krumme rygg på vei opp, 8 repetisjoner.  
Folde hender foran, skyt rygg, folde hender bak, skyt brystet frem, 2 ganger hver vei.  
Solsikke-øvelse.

#### Redbud tree:

Mageøvelse: Sitte på stol, hold fast i stolen, skrå vinkel på magen, løft bena. 2\*8.

#### Skulder-rulling:

Rulle fremover 8 ganger

Rulle bakover 8 ganger

Trekk opp, hold og slipp ned – 8 ganger

#### Intro:

Pannekaker synkront

Pannekaker usynkront

Hender på knær, løfte fingre fra underlaget, deretter krølle fingre.

Edderkopp

#### Song for a child:

Piano fra side til side

Ta tak i fingrer og tøy underarmer 2 \* 30 sek

Tøy nakke, alle posisjoner holdes i ca 10-15 sek.

Se til begge sider

Lene hodet over til begge sider.

Haken til brystet.

Haken til brystet og len over til begge sider.

Se i taket.

#### Only Time:

Kroppsscanning med fokus på pust først, deretter spenn og slapp av muskulatur fra tær til hode. Avslutt med noe positivt som de kan glede seg over.

#### Sommersang:

Ned å hente ny energi, ut med gammel energi. 3 ganger.

**Dersom man blir ferdig for tidlig med en sang, bruk denne øvelsen:**

Balansere med 1 fot rett framfor den andre til sangen er slutt.

## Vedlegg 9



# Kartlegging av helserelatert livskvalitet

## Kjære deltager i «Evig aktiv»,

Dette er en undersøkelse som tar for seg bakgrunns spørsmål om hvem du er og din helserelaterte livskvalitet, ved bruk av spørreskjemaet SF-12 (Short form-12). Ved hjelp av besvarelsen fra deg og andre deltagere vil jeg kunne få økt kunnskap om hvem dere er som gruppe og hvilken virkning deltagelse i «Evig aktiv» har på helse og trivsel.

Du har selvsagt anledning til å unnlate å svare på enkeltspørsmål og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen uten å oppgi grunn.

Det er imidlertid viktig at du gir ærlige svar. Informasjonen i dette spørreskjemaet behandles konfidensielt og ditt navn vil verken forekomme i datafiler eller skriftlige materiale.

For hvert av de følgende spørsmålene vennligst sett et  i den luken som best beskriver ditt svar.

## På forhånd takk for hjelpen!

Denne undersøkelsen er et samarbeid mellom



---

## Bakgrunnsinformasjon om deg

---

1) **Kjønn:**  Kvinne  
 Mann

2) **Fødselsår:** 19

3) **Høyde:**    cm

4) **Vekt:**    ,  kg

*De neste spørsmålene handler om din helse og trivsel. Vennligst bla om til neste side for å besvare dem.*



---

# Din helse og trivsel

---

Dette spørreskjemaet handler om hvordan du ser på din egen helse. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å få vite hvordan du har det og hvordan du er i stand til å utføre dine daglige gjøremål. *Takk for at du fyller ut dette spørreskjemaet!*

For hvert av de følgende spørsmålene vennligst sett et  i den ene luken som best beskriver ditt svar.

## 1. Stort sett, vil du si at din helse er:

Utmerket	Meget god	God	Nokså god	Dårlig
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## 2. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye?

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
	▼	▼	▼

a Moderate aktiviteter som å flytte et bord,  
støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid.....  1 .....  2 .....  3

b Gå opp trappen flere etasjer .....  1 .....  2 .....  3

**3. I løpet av den siste uken, hvor ofte har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?**

	Hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
	▼	▼	▼	▼	▼

a Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

b Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

**4. I løpet av den siste uken, hvor ofte har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som f.eks. å være deprimert eller engstelig)?**

	Hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
	▼	▼	▼	▼	▼

a Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

b Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

**5. I løpet av den siste uken, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?**

Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Mye	Svært mye
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Disse spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det den siste uken. For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det. Hvor ofte i løpet av den siste uken har du...

	Hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
a Følt deg rolig og harmonisk?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Hatt mye overskudd?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Følt deg nedfor og deprimert? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. I løpet av den siste uken, hvor ofte har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger osv.)?

Hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

*Takk for at du fylte ut dette spørreskjemaet!*