

# «ALT ER MULIG – HER...»

*Et kvalitativt studie av helsepersonell ved rehabiliteringsinstitusjoner sine erfaringer med tilrettelegging av padleaktiviteter for pasienter med fysiske funksjonsnedsettelse*

Kirsti Nordstokkå Hellesøy



Masteroppgave i interdisiplinær helseforskning  
Avdeling for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

12.05.19



**«ALT ER MULIG – HER...»**

**Et kvalitativt studie av helsepersonell ved rehabiliteringsinstitusjoner sine erfaringer med tilrettelegging av padleaktiviteter for pasienter med fysisk funksjonsnedsettelse**

© Kirsti Nordstokkå Hellesøy

2019

«ALT ER MULIG – HER...»

Kirsti Nordstokkå Hellesøy

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

## SAMMENDRAG

### SAMMENDRAG PÅ NORSK

Deltakelse i sport og annen fysisk aktivitet er svært viktig for alle menneskers helse og livskvalitet, spesielt for personer med fysisk funksjonsnedsettelse, for å bidra til økt livskvalitet, fysiske- og psykiske helse og deltakelse. Innen rehabilitering har det tradisjonelt vært lagt mest vekt på tilrettelegging av dagliglivets aktiviteter (ADL) og arbeid, mens det har vært lite fokus på tilrettelegging av ulike fritidsaktiviteter. Det er imidlertid et stort behov for en bedre forståelse og mer kunnskap om tilrettelegging av fritidsaktiviteter for funksjonshemmede.

Studiens overordnede mål var å samle erfaringskunnskap om tilrettelegging av padleaktiviteter for pasienter med fysisk funksjonsnedsettelse. Mer spesifikt, ønsket en gjennom denne studien å svare på følgende forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har helsepersonell som arbeider ved rehabiliteringsinstitusjoner med tilrettelegging av padleaktiviteter for personer med fysisk funksjonsnedsettelse?

Det ble benyttet en kvalitativ metode med et fenomenologisk-hermeneutisk forskningsdesign. Data ble samlet inn gjennom ni semistrukturerte intervju med helsepersonell på syv ulike rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. Innsamlede data ble analysert ved hjelp av Systematic text condensation (STC) og funnene ble diskutert i lys av Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF).

Studiens overordnede tema «Det meste går an - her» synliggjorde at samtlige informanter mente at vannsport kan egne seg for alle mennesker, uansett funksjonshemming. Studiens hovedfunn ble synliggjort gjennom fire hovedtema. Hovedtema 1 «Individuell tilrettelegging med fokus på ressurser», utdypet gjennom deltemaene «Motivasjon og kartlegging av funksjon» og «Bruk av ordinært utstyr og kreative løsninger», og hovedtema 2 «Med sikkerhet i høysetet», utdypet gjennom deltemaene «Personalets kompetanse og trygge rammer» og «Trygging av pasienten» beskriver det informantene uttrykte som grunnleggende forutsetninger for at mennesker med fysisk funksjonshemming kan delta i padling. Deltema 3 «Økt deltakelse» som ble utdypet gjennom deltemaene «Mestring og normalisering» og «Den gode naturoplevelsen» representerte det informantene mente var resultatet av en god tilrettelegging. Hovedtema 4 «Begrenset fokus på overgang til hjem» som ble utdypet gjennom deltemaet «Her og nå – og hva så» synliggjorde imidlertid at informantene i stor

grad fokuserer på tilretteleggingen på rehabiliteringsinstitusjonen og hadde et meget begrenset fokus på overføring av denne tilretteleggingen til pasientens hjemsted.

Studien synliggjør at rehabiliteringssentrene har bred kompetanse på tilrettelegging av vannsportaktiviteter. Ansatte på rehabiliteringsinstitusjoner med relevant erfaring vil derfor kunne ha en nøkkelrolle i utprøving og tilpasning av utstyr for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse, men studien viser at de også bør ha mye større fokus på å bringe informasjon om tilpasningene som er gjort for den enkelte videre til pasientens hjemkommune slik at de kan fortsette med padling hjemme.

## SUMMARY IN ENGLISH

Participation in sports and other physical activity is very important for human health and quality of life, especially for people with physical disabilities, to contribute to increased quality of life, physical and mental health and participation. Within rehabilitation, the emphasis has traditionally been on adapting daily activities (ADL) and work, while there has been little focus on facilitating various leisure activities. However, there is a great need for a better understanding and more knowledge about facilitating leisure activities for the disabled. The overall aim of this study was to gather knowledge about the experience with paddle activities for patients with physical disabilities. More specifically, the aim was to answer the following research question: "What experiences does healthcare professionals working at rehabilitation institutions have with facilitation of paddle activities for people with physical disabilities?"

A qualitative method was used with a phenomenological-hermeneutic research design. Data was collected through nine semi-structured interviews with healthcare professionals at seven different rehabilitation institutions in the specialist healthcare service. Data collected was analyzed using Systematic text condensation (STC) and the findings were discussed in light of International Classification of Function, Disability and Health (ICF).

The overall theme of the study "Most things work – here..." made it clear that all the informants expressed that water sports seems possible for all people, regardless of disability. The main findings of the study were outlined in four main themes. Main theme 1: "Individual adaptation with focus on resources" was elaborated by the sub-themes "Motivation and mapping of function" and "Use of ordinary equipment and creative solutions". Main theme 2 "With safety in the forefront" was elaborated by the sub-topics "The personnel's competence and safety frames" and "Patient safety" described what the informants expressed as basic conditions for people with physical disabilities to participate in paddling. The theme 3 "Increased participation" which was elaborated on in the sub-topics "Mastery and normalization" and "The good nature experience" represented what the informants experienced as the result of a good adaptation. Main theme 4 "Limited focus on transition to home", which was elaborated through the sub-theme "Here and now - and what then", however, made it clear that the informants largely focused on the facilitation of the

rehabilitation institution and had a very limited focus on the transfer of this facilitation to the patient's home location.

The study highlights that the rehabilitation centers have expertise in adapting water sports activities for patients with physical disabilities and can play a key role in facilitation and adaption of equipment and pass this information on to the local communities.



## FORORD

Denne studien er en avsluttende del av Masterstudiet i Interdisiplinær Helseforskning ved Universitetet i Oslo. Få dager før innlevering av oppgaven kom en godt voksen dame som har parkinsons sykdom med følgende spontane utsagn: «Å få være her og oppleve å padle og svømme igjen – jeg tar livet mitt tilbake!». Liknende bemerkninger er noe av det som er gir motivasjon til mitt daglige virke som ergoterapeut. Slike utsagn har også vært med på å motivere meg til å lære mer om det å tilrettelegge for padleaktiviteter, fordi jeg gang på gang opplever at pasientene uttrykker en takknemlighet for at de får komme ut på fjorden.

Jeg er privilegert som får jobbe i DELTA 2022 prosjektet hvor vi har fokus på aktivitetshjelpemidler. Kollegene fra egne og andre institusjoner i prosjektet har delt raust av sin kunnskap og er til stor inspirasjon for meg som ergoterapeut. Jeg har også stor glede av å delta i styringsgruppa til Nasjonalt Nettverk for Uterehabilitering. Når jeg er sammen med dere får jeg inspirasjon til å benytte friluftslivsaktivitet enda mer på egen arbeidsplass. Informantene er rekruttert gjennom disse samarbeidsforaene. Tusen takk til informanter og institusjonene for at dere tok dere tid til å delta i min datainnsamling.

Takk til min direktør, Inger Johanne Osland. Du er en dyktig leder som gir spillerom for å ta nye utfordringer, som motiverer og heier. På egen arbeidsplass har jeg også gode kolleger som har vært tålmodige og tatt i et ekstra tak når jeg har vært på skole og studiepermisjon. Dere er alle sammen uvurderlige – og gjør arbeidshverdagen rik.

TUSEN TAKK til May Aasebø Hauken, min hovedveileder. Du har vist omsorg, forståelse og vært en trofast motivator. Du er ufattelig dyktig! Sannheten er at denne oppgaven hadde ikke blitt til uten alle gode innspill fra deg! Du skal vite at samarbeidet er høyt verdsatt.



## INNLEDNING

1.0 Introduksjon	13
1.1 Bakgrunn for studien	13
1.2 Avgrensninger og definisjon av sentrale begreper	14
1.3 Oppgavens oppbygging	16
2.0 Kontekstualisering av studien	17
2.1 Syn på fysisk funksjonshemming	17
2.3 Rehabilitering	19
2.4 Rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten	20
3.0 Tidligere forskning	22
3.1 Natur og friluftsliv som arena i rehabilitering i Norge	22
3.1.1 Friluftsliv og helse	23
3.1.2 Friluftsliv og rehabilitering	24
3.2 Deltakelse i fysisk aktivitet for personer med fysisk funksjons- nedsettelse.	26
3.3 Padleaktiviteter for personer med fysisk funksjonshemming	27
4.0 Teoretisk rammeverk	30
5.0 Studiens mål og forskningsspørsmål	33
6.0 Metode	34
6.1 Studiens forskningsmetode og design	34
6.1.1. Fenomenologisk – hermeneutisk forskningsdesign»	34
6.2 Tilgang til forskningsfeltet og kandidatens forforståelse	35
6.3 Rekruttering og utvalg	35
6.4 Datainnsamling	37
6.5 Analyse av data	38
6.6 Etske vurderinger	41
7. Presentasjon av studiens funn	42
7.1 Hovedtema 1: «Individuell tilrettelegging med fokus på ressurser»	43
7.1.1. Deltema 1a: «Motivasjon og kartlegging av funksjon»	43
7.1.2 Deltema 1b: «Bruk av ordinært utstyr og kreative løsninger»	44
7.2 Hovedtema 2: «Med sikkerhet i høysete»	46
7.2.1 Deltema 2a: «Personalet kompetanse og trygge rammer»	46
7.2.2 Deltema 2b: «Trygging av pasienten»	47
7.3. Hovedtema 3: «Økt deltakelse»	48
	11

7.3.1 Deltema 3a: «Mestring og normalisering»	48
7.3.2 Deltema 3b: «Den gode naturopplevelsen»	51
7.4 Hovedtema 4: «Begrenset fokus på overgang til hjem»	52
7.4.1 Deltema 4a: «Her og nå - hva så?»	52
8. Diskusjon	55
8.1 «Individuell tilrettelegging med fokus på ressurser»	55
8.2 «Med sikkerhet i høysete»	57
8.3 «Økt deltakelse»	59
8.4 «Begrenset fokus på overgang til hjem»	61
8.5 Relevans for klinisk praksis og anbefalinger til videre forskning	64
8.6 Metodiske betraktninger	66
9. Konklusjon	69
Litteraturliste	71

Vedlegg:

Vedlegg 1: Godkjenning fra UIO

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Informasjonsskjema til informantene og samtykkeskjema

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn for studien

Denne studien omhandler hvilke erfaringer helsepersonell ved rehabiliteringsinstitusjoner i Norge har med tilrettelegging for padleaktiviteter for pasienter med fysisk funksjonsnedsettelse, det vil si personer som har tapt eller skadet en kroppsdel eller noen av kroppens funksjoner. Det er flere grunner for at dette fokuset er valgt for denne masteroppgaven:

Å kunne delta i ulike daglige gjøremål og sosiale arena har stor betydning for hvordan vi utvikler oss som mennesker og opplever tilhørighet (Tonkin et al., 2014).

På 1980- tallet ble det i Norge satt et politisk mål om full deltagelse og likestilling for personer med fysisk funksjonsnedsettelse (Grue, 2004). Denne målsettingen innebærer at disse menneskene skal ha de samme valgmulighetene som andre knyttet til både arbeid, utdanning, kultur og fritid (Ofstedal, 2008). Verdens Helseorganisasjons (WHO) understreker i «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) at det er den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene som er avgjørende for deltakelse i arbeidsliv, sosiale aktiviteter og mestring av daglige gjøremål, og ikke utelukkende en diagnose (WHO, 2003). Dette betyr at samfunnet har et ansvar for at omgivelsene blir tilrettelagt for å øke mulighetene til personer med fysisk funksjonsnedsettelse å delta i samfunnet på lik linje med funksjonsfriske.

Målet med rehabilitering av mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse er å fremme helse og økt deltakelse i eget liv og samfunnet (WHO, 2003). Innen rehabilitering har det tradisjonelt vært lagt mest vekt på tilrettelegging av dagliglivets aktiviteter (ADL) og arbeid, mens det har vært lite fokus på tilrettelegging av ulike fritidsaktiviteter. Deltakelse i sport og annen fysisk aktivitet er svært viktig for alle menneskers helse og livskvalitet (Warburton & Bredin, 2017), spesielt for personer med fysisk funksjonsnedsettelse, for å bidra til økt livskvalitet, fysiske- og psykiske helse og deltakelse (Shakespeare, 2016). Det er imidlertid et stort behov for en bedre forståelse og mer kunnskap om tilrettelegging av fritidsaktiviteter for funksjonshemmede (Kissow & Klasson, 2018; Lui & Hui, 2009). Det er følgelig viktig at det finnes arenaer der personer med fysisk funksjonsnedsettelse kan få prøve ut ulike fritidsaktiviteter i trygge omgivelser under veiledning av et personal som både har kompetanse og erfaring med slik tilrettelegging. Rehabilitering- og helsesportsentre er

aktuelle steder i Norge der ulike fritidsaktiviteter kan prøves ut, hvorpå aktiviteten så kan videreføres til den enkeltes hjemsted og bli en kilde til livskvalitet og gode opplevelser.

Siden Norge har mange innlandsvann og en lang kystlinjen, er padling en aktivitet som er tilgjengelig for mange. Padling er en økende aktivitet som tradisjonelt utøves av vennegjenger med ulikt ferdighetsnivå (O' Connell 2010; Nichols & Fines, 1995). Slike aktiviteter kan dermed gi gode muligheter for deltakelse for personer med funksjonshemmede på lik linje med funksjonsfriske siden hindre knyttet til fremkommelighet på land ikke finnes på samme måte i vann (Atkinson, 2010). Kandidaten har gjennom sitt arbeid på et rehabiliteringssenter erfart at mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse ofte tenker at det å delta i vannsportaktiviteter ikke er mulig fordi det er et gap mellom deres funksjonsnivå og mangel på tilrettelegging av omgivelsene. Erfaring tilsier imidlertid at padling er en aktivitet veldig mange kan delta i dersom en legger til rette for deltakelse. Motivasjon for å gjennomføre denne studien har også vært kandidatens møter med pasienter som har fått prøve ut padleaktiviteter med enkel tilrettelegging og den glede og entusiasme pasientene viser når dette lykkes. Forskning og klinisk erfaring viser imidlertid at det er et stort kunnskapsgap knyttet til tilrettelegging av padleaktiviteter for personer med fysisk funksjonsnedsettelse, spesielt hvordan helsepersonell på rehabiliteringsinstitusjoner arbeider med slik tilrettelegging i klinisk praksis. Dette er viktig kunnskap i en rehabiliteringsprosess der en skal arbeide for å øke enkeltpersoners deltakelse og livskvalitet. I et rehabiliteringsforløp er pasientene i spesialisthelsetjenesten i en kort periode før de overføres til hjemkommunen hvor rehabiliteringsprosessen skal fortsette. Padleaktiviteter er aktuell i begge kontekster, men det er også lite kunnskap om hvordan helsepersonell i spesialisthelsetjenesten arbeider med overføring av slike aktiviteter til pasientenes hjemkommuner.

## **1.2 Avgrensninger og definisjon av sentrale begreper**

Denne oppgaven fokuserer på tilrettelegging av padleaktiviteter for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse. Siden det er rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten som har mest erfaring med å arbeide med slik tilrettelegging, er dette fokuset valgt. Oppgavens tema er et understudert felt med lite kunnskap, og oppgaven tar derfor utgangspunkt i erfaringene til helsepersonell på rehabiliteringsinstitusjoner som arbeider med slik tilrettelegging. Pasientens eget perspektiv kunne også vært et aktuelt fokus, men dette ble vurdert å bli for komplekst for denne oppgavens omfang. Et annet alternativt fokus kunne

være å studere padleklubbers- eller paraidrettens erfaringer med tilrettelegginger. Dette ble valgt bort fordi ønsket var å skrive om rehabilitering.

Forståelsen og bruken av begrepene funksjonsnedsettelse og funksjonshemming har variert over tid. I denne oppgaven er det valgt å benytte definisjoner av begrepene fra St.meld. nr. 40 (2002-2003):

**Nedsatt funksjonsevne eller funksjonsnedsettelse** viser til tap av, skade på eller avvik i en kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner. Dette kan eksempelvis dreie seg om nedsatt bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon eller ulike funksjonsnedsettelser pga. allergi, hjerte eller lungesykdommer (Arbeids- og Sosialdepartementet, 2003, s.8)

**Betegnelsen funksjonshemmet** brukes om personer som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets/samfunnets krav (Arbeids- og Sosialdepartementet, 2003, s.8).

Begrepene fysisk funksjonsnedsettelse, funksjonsevne og fysisk funksjonshemmet vil bli benyttet om hverandre i oppgaven. De blir videre utdypet i kapittel 2.

**Rehabilitering** «...er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet». (Helsedirektoratet, 2018, s.12).

**Padling** defineres som kajakk- og kanopadling. Benevnelsene padling og vannsportaktivitet brukes om hverandre for å skape variasjon i språket.

**Personene det tilrettelegges** for kalles pasienter fordi de er innlagt i en rehabiliteringsinstitusjon på spesialisthelsetjenestenivå som omfattes av Lov om pasient- og brukerrettigheter (Helse og Omsorgsdepartementet, 2018) Dette betyr ikke at informantene benytter samme benevnelse.

**Deltakelse** defineres som en persons deltakelse i hverdagslivets aktiviteter og inkluderer deltakelse i arbeid, studier og sosiale relasjoner i samfunnet en tilhører (Davis, 2006).

**Aktivitetshjelpemidler** er hjelpemidler som er spesielt utviklet for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i fysisk aktivitet (NAV, 2014).

### 1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er organisert i 9 kapitler. Etter denne introduksjonen følger en kontekstualisering av studien i kapittel 2 der synet på hva som ligger i begrepene fysisk funksjonsnedsettelse, rehabilitering og rehabiliteringsinstitusjoner i Norge utdypes. I kapittel 3 presenteres tidligere forskning som er relevant for studiens problemstilling. ICF er valgt som studiens teoretiske rammeverk siden WHO anbefaler denne både som en modell og referanseramme for all rehabilitering, og denne blir presentert i kapittel 4. I kapittel 5 presenteres studiens mål og forskningsspørsmål. Kapittel 6 omhandler studiens metode hvor kvalitativ metode og studiens forskningsdesign, egen forforståelse og tilgang til forskningsfeltet, rekruttering og utvalg, datainnsamling, analyse av data og etiske vurderinger presenteres. I kapittel 7 blir studiens funn presentert, og i kapittel 8 blir disse funnene diskutert opp mot det teoretiske rammeverket og tidligere forskning, før en vurdering av studiens styrker og svakheter utdypes. Videre oppsummeres studiens hovedfunn og konkrete forslag til hvordan disse kan være relevant for praksisfeltet og videre forskning. Konklusjonen presenteres i kapittel 9.



## 2.0 Kontekstualisering av studien

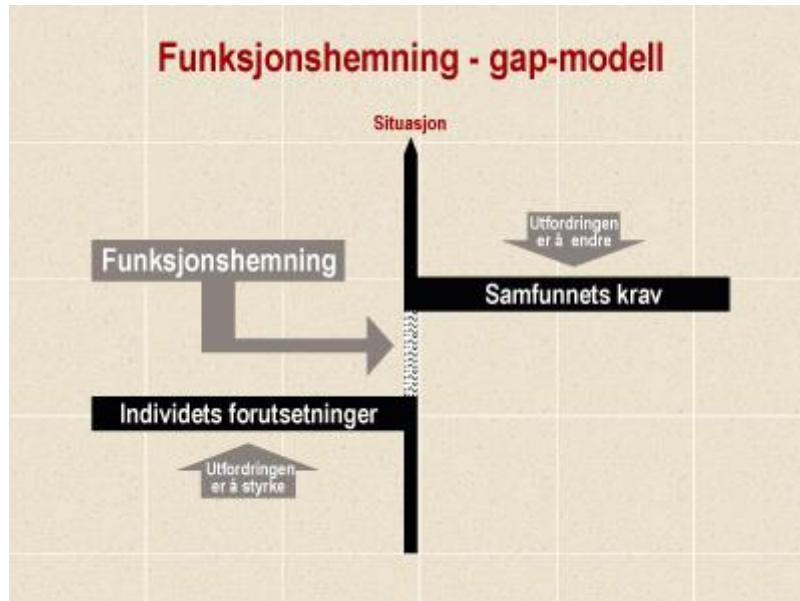
### 2.1 Syn på fysisk funksjonshemming

Historisk har det eksistert ulike perspektiver på mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse, der ulike forståelser også har hatt stor betydning for hvordan rehabilitering forstås og iverksettes (Grue, 2012).

Definisjonen som bygger på medisinsk forståelse ser funksjonshemming som en egenskap ved det enkelte individ, på likhet med for eksempel kjønn og alder (Grue, 2012). Tidligere var denne individbaserte og medisinsk forståelsen av fysisk funksjonshemming dominerende, der utgangspunktet var at det var enkeltmennesker som opplevde fysiske funksjonsnedsettelse på bakgrunn av medisinske diagnoser eller kroppslige skader. Tiltakene ble dermed rettet mot det enkelte individ i den hensikt å styrke enkeltmenneskers livsmuligheter gjennom rehabilitering og behandling (Lid & Søbstad, 2013).

Denne ensidige forståelsen har blitt kritisert av både fagfolk og pasienter. Mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse protesterte mot å bli definert som en kontrast til de som ikke hadde funksjonsnedsettelse. De ville bli oppfattet som likeverdige borgere i samfunnet (Shakespeare, 2006). Shakespeare (2006) hevder at funksjonshemming må forstås som en kompleks interaksjon mellom forhold hos individet, i samfunnet og det profesjonelle støtteapparatet. Argumentasjonen var at deres deltakelse ikke var knyttet til deres fysiske funksjonsnedsettelse, men av fysiske, sosiale og kulturelle barrierer i samfunnet de levde i. Denne forståelsen kalles den sosiale modellen for funksjonshemming, og åpnet for at omgivelsene kan føre til funksjonshemming ved å hindre deltakelse gjennom eksterne eller samfunnsmessige barrierer (Grue, 2012).

Den sosiale modellen regnes dermed som en kontrast til den medisinske forståelsen av funksjonshemming. Her er samfunns- og strukturelle forhold i fokus ved at å minimere en funksjonshemming gjennom å for eksempel å tilrettelegge fysiske omgivelser, bedre tilgang til varer, tjenester og arbeidsplasser (Grue, 2012). Begge disse tilnærmingene kan imidlertid være aktuelle i rehabilitering av funksjonshemmede mennesker da en både kan arbeide med en målsetning om å styrke den enkeltes forutsetninger og endre samfunnets krav. Dette kan illustreres gjennom gap- modellen som beskriver at funksjonshemming oppstår i gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav.



Figur 1. Illustrasjon av begrepet funksjonshemming (St.meld. nr 40 (2002-2003, )s.9) Samfunnets krav har betydning for individets forutsetninger, hvor størrelsen på «gapet» utgjør grad av funksjonshemming.

Gap-modellen illustrerer at det ikke er egenskaper ved individet alene som medfører funksjonshemming, men at funksjonshemming oppstår i en sosial kontekst. Modellen ble blant annet presentert i den offentlige utredningen «Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer» i 2001. Der ble det definert at «Redusert funksjonsevne eller funksjonsnedsettelse er tap, skade på eller avvik i en kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner.» (NOU 2001, s.10) der gapet kan beskrives slik:

«Til grunn for denne meldinga ligg ei forståing av funksjonshemming som eit mishøve mellom individet sine føresetnader og krav frå miljøet og samfunnet si side til funksjon på område som er vesentlege for å etablere og halde ved lag eit sjølvstendig og sosialt tilvære». (NOU 2001:22 s.8)

På bakgrunn av den ovenstående utviklingen, preges dagens vestlige tenkning rundt fysisk funksjonsnedsettelse og deltakelse av en relasjonell forståelse. Denne forståelsen inkluderer både individuelle forhold, omgivelser og samfunn, der fokuset er på samspillet mellom individuelle og ytre faktorer i en deltakelseskontekst. Dette innebærer at et individ kan være fysisk funksjonshemmet i noen sammenhenger, men ikke nødvendigvis i alle (Lid & Søbstad, 2013; Shakespeare, 2006). For eksempel kan en person som er tverrsnittslammet fra livet være funksjonshemmet hvis han skal opp en trapp, men stille på lik linje med funksjonsfriske når han skal padle i kajakk. Den relasjonelle forståelsen innebærer følgelig store muligheter for å kompensere for en funksjonshemming gjennom tilrettelegging av miljøfaktorer og

omgivelser, for eksempel ved bruk av aktivitetshjelpemidler og andre tilrettelegginger. Ved tilpasning av en kajakk med en enhåndsåre, vil denne dermed være et relasjonelt objekt mellom personen og kajakken (miljøfaktor) som muliggjør aktivitet (Ness, 2011). Andre aktuelle tilrettelegginger kan være å gjøre omgivelsene tilgjengelig for rullestolbrukere ved å ha en rullestolrampe som går ut i vannet.

Den relasjonelle modellen innebærer også at en annen måte å minske gapet på er å styrke individets forutsetninger for deltakelse. Et slikt eksempel kan være at en person som er lam i venstre hånd kan få tilpasset en enhåndsåre som muliggjør padling og slik endret vedkommende sine forutsetninger for deltakelse. En annen mulighet for tilrettelegging er å øke omgivelsenes kunnskap knyttet til tilrettelegging, for eksempel knyttet til å øke lokale kajakkklubber sine kunnskap om ulike former for aktuell tilrettelegging.

Et stort antall funksjonshemmede kan for eksempel være en fordel når en ønsker politisk gjennomslag. Det er derfor i Norge dannet paraplyorganisasjoner som Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og Norges Handikapforbund (NHF). Disse organisasjonene danner en ramme slik at særinteresser kan dannes til fellesinteresser. Antallet som defineres som funksjonshemmet avhenger av definisjonen som benyttes, der de videste definisjonene inkluderer alle som er kronisk syke, det vil si syk i mer enn tre måneder. Det kan imidlertid også være interessekonflikter knyttet til hvem som skal defineres som funksjonshemmet fordi dette kan utløse rettigheter (Grue, 2012). Et eksempel er tilgang til å søke på hjelpemidler gjennom Folketrygden og få tilgang til aktivitetshjelpemidler som spesialsykler, padlekit og sitteski.

### **2.3 Rehabilitering**

Gjennom tidene har det eksistert ulike definisjoner på rehabilitering. I Norge ble det presentert ny definisjon av Rehabilitering i mai 2018 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3:

"Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet." (Helsedirektoratet, 2018 s.12).

Denne definisjonen viser til at rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser hvor en tar utgangspunkt i den enkelte pasient sin livssituasjon og mål. Prosessene skal bygge på koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Målet er best mulig funksjons- og mestringsevne og deltakelse for den enkelte pasient (Helsedirektoratet, 2018).

Innen rehabilitering skilles det ofte mellom ervervet og medfødt funksjonshemming, der rehabiliteringstilbudet som gis vil være avhengig av utgangspunktet for rehabiliteringsbehovet (Khronne & Bergland, 2012). I en rehabiliteringsprosess er fagfolkenes oppgave å være veiledere og tilretteleggere for at pasienter skal kunne gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne og fremme økt deltakelse (Romsland, 2012).

I Norge skal både kommunene og spesialisthelsetjenesten gi tilbud innen rehabilitering. Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering og skal henvise til spesialisthelsetjenesten når det er behov for tilbud som er mer spesialisert og intensivt enn det kommunen kan tilby. Spesialisthelsetjenesten skal yte de tjenestene som det ikke er naturlig å bygge opp kompetanse og infrastruktur i kommunene (Helse og Omsorgsdepartementet, 2011). Eksempel på slik kompetanse kan være kunnskap om tilrettelegging av padleaktivitet for mennesker med fysisk funksjonshemming. På rehabiliteringsinstitusjoner med et større antall personer og en stor variasjon i diagnoser er det et større grunnlag for å bygge opp kompetanse på dette området hvorpå det kan formidles videre hva som skal til for at personen skal kunne fortsette med aktiviteten i hjemkommunen.

## **2.4 Rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten**

Spesialisthelsetjenesten i Norge er delt inn i 4 helseforetak; Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sørøst. Det finnes rehabiliteringsinstitusjoner og avdelinger i hvert helseforetak med både private helseinstitusjoner drevet av veldedige organisasjoner, avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering på sykehus og helsesportsentre. Tjenesteyternes oppgave er blant annet opptrening og veiledning av pasientene med mål om at de skal få oppleve økt deltakelse og mestring. Rehabiliteringstilbudet som gis i disse institusjonene er tverrfaglig og ikke begrenset til kun fysisk opptrening, men fokuserer på pasientenes muligheter til å leve med de endrede fysiske forutsetninger ved å minimere utestenging, undertrykkelse og øke deltakelse og handlingsrom for den enkelte (Helse og omsorgsdepartementet, 2014).

Van der Ploeg et al. (2004) viser til at støtte fra helsepersonell har en positiv innflytelse på at fysisk funksjonshemmede deltar i fysisk aktivitet. Forfatteren hevder at det at helsepersonell introduserer dem for fysisk aktivitet sannsynligvis har større betydning for den enkelte med funksjonsnedsettelse enn det ville hatt for enkeltpersoner i befolkningen ellers. Wilhite og Shank (2009) hevder i likhet med Van der Ploeg et al. (2004) at noe av det som fremmer aktivitet hos de med funksjonsnedsettelse er sensitiv eksponering og støtte fra helsepersonell på måter som samsvarer med behov og ønsker til den enkelte funksjonshemmede.

Shakespeare (2006) mener også det å introduseres for aktiviteter/idretter er viktig. En av årsakene til det er fordi enkelte funksjonshemmede barn har overbeskyttende foreldre og omsorgspersoner rundt seg som ikke våger å eksponere barnet for ulike aktiviteter. Han påpeker derfor at helsearbeidere har et ansvar i å ufarliggjøre og tilrettelegge og dermed fremme deltakelse i sportsaktiviteter for de med fysisk funksjonsnedsettelse

I følge Handlingsplan for Friluftsliv (2018), er bruk av naturen et meget viktig verktøy i all rehabiliteringspraksis. Handlingsplanen oppfordrer derfor spesialisthelsetjenesten til å benytte friluftsliv og naturen som et viktig virkemiddel i rehabiliteringsprosessen, gjerne i samarbeid med friluftsråd eller friluftslivsorganisasjoner. I planen understrekes også behovet for å etablere kompetansemiljøer som skaper erfaring og sprer kompetanse om verdien av å bruke fysisk aktivitet og friluftsliv innen rehabilitering. Det anbefales videre at det utarbeides nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som kan understøtte bruk av friluftaktiviteter innen rehabiliteringsfeltet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det forslås at det legges til rette for et samarbeid med kommuner og frivillig sektor gjennom tilskuddsordninger som fremmer livskvalitet, aktiv omsorg, motvirker ensomhet og passivitet, friluftslivsaktiviteter og andre typer aktivitetstiltak (Klima og Miljøverndepartementet, 2018).

### 3.0 Tidligere forskning

#### 3.1 Natur og friluftsliv som arena i rehabilitering i Norge

I den første stortingsmeldingen om friluftsliv fra 1987 defineres friluftsliv som ”opphold og fysisk aktivitet i friluft i fritiden med sikte på miljøforandring og naturopplevelse” (Miljøverndepartementet, 1987 s.55). Denne definisjonen har en valgt å beholde i de to neste stortingsmeldingene om friluftsliv som kom i 2002 og 2016 (Klima og Miljøverndepartementet, 2001, s.26; Klima og Miljøverndepartementet, 2016 s.10). I følge stortingsmeldingen om friluftsliv fra 2016 er regjeringens hovedmål at befolkningen utøver friluftsliv jevnlig. Årsaken til dette er den helseeffekten som finnes i utøvelse av friluftsliv og den kilde friluftsliv er til blant annet personlig utvikling, livskvalitet, som bygger på samhandlingen mellom naturopplevelse og fysisk aktivitet. Regjeringen ønsker videre at det tilrettelegges for at enda flere skal kunne utøve friluftsliv jevnlig, og at de som i dag er lite fysisk aktive kan bli mer aktive gjennom friluftsliv (Klima og Miljøverndepartementet, 2016). I samme stortingsmelding vises det til at Regjeringen ønsker å:

«ta vare på friluftsliv som en levende og sentral del av norsk kulturarv og nasjonal identitet, og som en viktig kilde til høyere livskvalitet og bedre helse for alle». (Klima og Miljøverndepartementet, 2016, s.7)».

I Norge er friluftsliv en viktig del av folks liv og levestil og dermed noe vi tar som en selvfølge at er bra for helsen uten at dette er dokumentert gjennom forskning (Kurtze et al., 2009). I naturen har nordmenn drevet jakt, fiske, høsting og sanking. Dette har bidratt til livsberging i en årrekke. Fra 1800 – tallet ble nordmenns forhold til naturen, inkludert friluftsliv brukt i arbeidet for å skape en nasjonal identitet under den europeiske romantikken. Friluftslivet som vi kjenner det i dag er i stor grad et resultat av romantikkens idealer om en folkelig, naturnær og særpreget kulturarv (Klima og Miljøverndepartementet, 2016). Dette særpreget gjør det utfordrende å sammenlikne forskning på friluftsliv i Norge med forskning på friluftsliv i andre land.

Vorkinn (2001) stiller spørsmål om den forskningsmessige kunnskapen om friluftslivets helsemessige effekter og om den fortsatt er mer begrenset enn det gis uttrykk for i for eksempel Stortingsmeldinger hvor det generelt er erklært at friluftslivet har helsemessige effekter uten at det er litteraturhenvisninger til forskning på friluftsliv, men bare til forskning på fysisk aktivitet generelt.

### 3.1.1 Friluftsliv og helse

Friluftsliv innebærer ulike former for fysisk aktivitet. Det er gjort mye forskning på at fysisk aktivitet har en helseeffekt og enkelte viser til helseeffekt som sin motivasjonsfaktor for å drive med friluftsliv (Dervo et al., 2014; Bischoff & Odden, 2003). Det finnes imidlertid lite direkte forskning på den generelle helseeffekten av friluftsliv (Bischoff m.fl 2007; Kurtze et al., 2009; Dervo et al., 2014). Å forske på friluftsliv er utfordrende fordi det er problematisk å avdekke det direkte årsaks- virknings forhold. En årsak til dette er at det er vanskelig å skille hvilke komponenter, som for eksempel opplevelsen, selve aktiviteten, stillheten, den frisk luften eller det sosiale som gir helsegevinsten eller kombinasjon av flere faktorer. Forskning innenfor friluftsliv utfordres også av at de psykiske og fysiske helsegevinstene ved friluftsliv står i nær relasjon til hverandre (Bischoff, et al., 2007).

Sjong (1992) hevder at helse effektene ved friluftsliv grovt kan deles i fire kategorier; fysiske, psykiske, sosiale og ulike læringseffekter. Av fysiske effekter hevder Sjong (1992) at friluftsliv forbedrer motorikken, balansen, styrken, koordinasjonen og utholdenheten. Andre studier støtter at friluftsliv kan ha en rekke positive fysiske effekter der særlig utendørs aktivitet for barn spiller en rolle i forebygging av astma (Lucas & Platts-Mills, 2005). Andre studier viser at fysisk aktivitet utendørs gir helseforebyggende effekter som lavere prevalens av nærsynthet som følge av økt timeantall med utendørsaktivitet (Rose et al., 2008), redusert risiko for død ved daglig utendørsaktivitet (Arve et al., 2009), redusert risiko for brystkreft ved fysisk aktivitet gjennom hele livet (Kruk, 2007; John et al., 2003), redusert risiko for MS (multipel sklerose) ved uteaktivitet i barne- og ungdomstid (Kampman et al. 2007) og redusert risiko for Alzheimers, demens, hjerneinfarkt og kreft (Kornhuber, 2004). De aktivitetene som viser størst helsegevinst, ifølge levekårsundersøkelsen 2005 og 2007, er sykling og turer i naturen (Kurtze et al., 2009). Drangsholdt (2005) henviser til en undersøkelse der et utvalg i fem lokalsamfunn ble intervjuet om hva de legger i «god helse». Disse informantene ble sammenfattet med ordene; trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og overskudd/energi. Dermed kan det å drive med aktiviteter i naturen som båtliv, jakt og fiske, hagearbeid og annet friluftsliv være med på å forebygge og fremme helsen.

Naturen er også viktig for individers oppfatning av egen kropp og helse. Det å være i, eller se, naturen kan medføre at mennesker kommer seg raskere etter sykdom og skade (Fugelli & Ingstad, 2001). Et annet studie av pasienter med kroniske og langvarige smerter der funnene viser at deltakerne opplevde at de fikk tankene over på noe annet og dermed opplevde

smertelindring når de var i naturen (Nilsen & Elstad, 2008). Selv om fysisk aktivitet generelt har en helsefremmende effekt, fant Coon et al. (2011) at fysisk aktivitet i naturen medførte en større opplevelse av revitalisering og engasjement, reduksjon i spenninger, forvirring, sinne og depresjon, og økt energi enn fysisk aktivitet innendørs.

Ulike studier dokumenterer også at friluftsliv har en rekke positive psykologiske effekter. Myrvang (2004) sin studie tar utgangspunkt i tverrsnittundersøkelse fra Finnmark i 1990 og aldersgruppen 40 – 49 år. Studien viser at en høyere prosentandel av dem som driver aktivt friluftsliv rapporterer bedre psykisk helse enn de som ikke gjør det. Studien viser også en jevn stigende psykisk helse ved økende intensitet av friluftsliv. Et annet studie viser at aktive brukere av naturen og «naturelskere» er ofte mer fornøyde med livet, har mer positive og mindre negative følelser enn mennesker som ikke driver med friluftsliv (Næss & Hansen, 2012). Videre viser et kvalitativt studie der seks pasienter ved et distriktpsykiatrisk senter opplevde at friluftslivsaktiviteter hadde en beroligende, lærerikt og givende effekt (Vikene, 2012).

Gabrielsen og Fernee (2014) hevder at opphold i naturen er helsefremmende på bakgrunn av de biologiske og historiske linjene vi har til vårt forhold til naturen. Forfatterne hevder at det som følge av denne erkjennelsen finnes en rekke muligheter for faglig godt psykisk helsearbeid, muligheter som dagens helsevesen ikke benytter seg tilstrekkelig av (Gabrielsen & Fernee, 2014).

Friluftsliv drives ofte sammen med andre mennesker, og forskning synliggjør også positive sosiale effekter av friluftsliv knyttet til samarbeid, kommunikasjon, vennskap, sympati etc. (Strumse & Aarø, 2000; Tellnes, 1994).

Sist, men ikke minst, viser forskning at friluftsliv også kan ha positive læringseffekter, for eksempel knyttet til opplevelse av verdier, problemløsning og mestring. Laumanns (2004) avhandling dokumenterte at eksponering for naturmiljø for personer generelt resulterte i noen grad bedre oppmerksomhet, bedre prestasjoner på mentalt krevende oppgaver, mer positive følelser og lavere fysiologisk aktivering.

### **3.1.2 Friluftsliv og rehabilitering**

I Norge finnes det en rekke kollektiv, behandlingsinstitusjoner og lignende som aktivt bruker friluftsliv og naturopplevelser som ledd i rehabiliteringsprosessen for ulike typer pasienter (Bischoff et al., 2007). Det er lite forskning på effekten av friluftsliv som behandling, selv om



friluftsliv innen behandling og rehabilitering er økt de siste ti årene (Bischoff et al., 2007). Friluftsliv som behandlingstiltak er imidlertid beskrevet i flere prosjektrapporter fra lokale tiltak og erfaringer fra rehabiliteringssenter som er presentert i kunnskapsoversikten «Friluftsliv og Helse» og norske bidrag i antologien «Friluftsliv – for mennesker med en funksjonsnedsettelse» (Soulié, & Therkildsen, 2011). Sistnevnte er utgitt i samarbeid med Valnesfjord Helseportsenter som er det eneste somatiske rehabiliteringssenter i Norge som har rene friluftslivsopphold som en del av sitt tilbud. Her gis tilbud om vinteropphold eller barmarksopphold med overnatting ute. Ifølge deres hjemmeside er fokuset under friluftslivsoppholdet å vise hvilke muligheter som finnes for å kunne øke deltagelse i friluftaktiviteter, uavhengig av funksjonsnivå. Virkemiddelet er å øke pasientenes kunnskap og gi dem gode opplevelser med friluftsliv, der målet er å bidra til mestringsopplevelser som kan påvirke selvtillit og motivasjon (Valnesfjord, u.å.).

I en studie om anvendelse av friluftsliv innen rehabilitering på 73 rehabiliteringsinstitusjoner i Norge, svarte 73 % av institusjonene at de systematisk benyttet seg av aktiviteter i naturen som en del av deres rehabiliteringsopplegg, 70% oppgav at naturopplevelser var en vesentlig del av deres tilbud, mens 63% ønsket å benytte naturen i enda større grad. Av institusjonene som deltok i undersøkelsen var det 60 % som oppgav at naturens kvaliteter gjorde den bedre egnet som en arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Dette var i hovedsak institusjoner som gav tilbud innen psykiatrien. Hva som er det spesielle med naturen etterspørres ikke i studien. Institusjonene som har beliggenhet på fjellet brukte naturen hyppigst og den mest brukte aktiviteten var turer til fots (67%). På fjerdeplass var båt, padle og roturer, som ble benyttet på 28 av institusjonene (38%). Funnene viser at tverrfaglighet blant personalet på institusjonene ser ut til å være av stor betydning for om naturen ble benyttet systematisk, da høy grad av tverrfaglighet bidro til økt bruk av aktiviteter i natur. Fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleier var de yrkesgruppene som deltok hyppigst i aktivitetene. Funnene viser også at majoriteten av institusjonene svarte at pasientene satte stor pris på bruk av friluftaktiviteter i sin rehabiliteringsprosess, der tilbakemeldingene var at de fikk noe spesielt ut av disse aktivitetene uten at dette ble spesifisert (Morstad, 2011).

Et eksempel på bruk av friluftaktivitet i rehabilitering er fra Bærum sykehus som i samarbeid med Den norske turistforening, utarbeidet et tilbud om naturopplevelser og friluftsliv for personer med kroniske sykdommer. Rapporten konkluderer med at friluftsliv er

bra for mennesker med kroniske lidelser, der både mosjonen, den mentale avkoblingen og de sosiale faktorer spilte en stor rolle (Grut, 2005).

Et annet eksempel presenteres i masteroppgaven «Det e ikke fali» som er basert på fem halvstrukturerte intervju med pasienter som har deltatt på friluftslivsprogrammet til Valnesfjord Helseportsenter. Resultatene viser at oppholdet i seg selv ikke er smertelindrende, men friluftslivsaktivitetene og oppholdet generelt har hjulpet informantene til å bedre mestre sine smerter (Sælid, 2005). Lund (1996) har i sin hovedfagsoppgave observert og intervjuet barn med astma som deltar i friluftslivsopplegget ved Geilomo Barnesykehus. Funnene viser at barna kan oppleve aktivitetsglede og mestring gjennom friluftsliv. Det å oppleve mestring setter mennesker i stand til å tilpasse seg en ny virkelighet, og kan dermed synliggjøre forskjellen mellom hva en må leve med, og hva en har muligheten til å endre.

### **3.2 Deltakelse i fysisk aktivitet for personer med fysisk funksjonsnedsettelse.**

Mennesker med fysiske funksjonsnedsettelser er generelt i mindre fysisk aktivitet enn funksjonsfriske (Rimmer & Marques 2012). Tilsvarende opplever bare 40 prosent av ungdommer med fysisk funksjonsnedsettelse at de har samme muligheter til å delta i fritidsaktiviteter som sine jevnaldrende Wendelborg (2010). Dette er urovekkende funn, siden fysisk aktivitet er svært viktig for mennesker med fysiske funksjonsnedsettelser for å forebygge ytterligere helseutfordringer og andre kroniske sykdommer, samt gi opplevelse av mestring, glede og føle seg inkludert (van der Ploeg et al., 2004; Bergem, 2012; Yazicioglu et al., 2012).

Forskning viser at ulike personlige barrierer som funksjonsnivå og symptombyrde, lav selvtillit til å trene på offentlige steder, manglende motivasjon eller interesse, eller en holdning om at trening er for vanskelig eller krevende, er viktige hindre for deltakelse i fysisk aktivitet for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse (Rimmer & Marques, 2012; Saebu 2010; Sahlin 2015). Likeledes kan ulike miljøfaktorer som mangel på transport, tilpasset treningsfasiliteter, utstyr eller aktiviteter, kostnader eller mangel på kunnskap om tilpasset trening hos ansatte være eksempler på ytre faktorer som kan hindre fysisk deltakelse for denne gruppen (Rimmer, et al., 2004; Sahlin 2015). I kontrast til dette viser forskning dokumenterer også at tilgang til tilrettelagte fasiliteter, utstyr og treningsprogram, eller assistanse i deltakelse fremmer deltakelse i fysisk aktivitet for samme gruppe (Saebu, 2010).

Forskning synliggjør at fysisk aktivitet har en rekke positive effekter for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse. Sahlin (2015) fant at personer med funksjonsnedsettelse som deltar i organisert sport har lavere angst og depresjon, økt livskvalitet og bedre mulighet for å delta i lønnet arbeid enn de som ikke er aktive i sportstilbud. Videre synliggjorde samme studie at de som deltok i fysisk aktivitet hadde en økt følelse av vennskap, tilhørighet, selvtillit og en opplevelsen av å oppnå noe. Sahlin (2015) konkluderer med at det er et stort behov for at helsepersonell får mer kunnskap om betydning av fysisk aktivitet for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse, og betydningen av en smidig overgang fra tilrettelagte aktiviteter i spesialisthelsetjenesten til pasientenes hjemkommuner.

Enkelte barn og voksne blir overbeskyttet av foreldre og/eller andre omsorgspersoner noe som gjør at de ikke får prøvd ut ulike sportsaktiviteter. Det kan også være usikkerhet hos den enkelte bruker, eller en ide om at aktivitet vil kunne påføre dem smerter eller skade. Å delta i aktiviteter sammen med andre med funksjonsnedsettelse kan føre til at de kan få nye rollemodeller som synliggjør nye muligheter for fysisk aktivitet. Helsearbeidere har et ansvar for å vise personer med funksjonsnedsettelse ulike idretter eller aktiviteter og dermed fremme deltakelse (Shakespeare, 2016; Wilhite & Shank, 2009).

Yazicioglu et al. (2012) utførte et tverrsnitts-studie av livskvaliteten til 60 paraplegikere og amputerte, hvorav 30 informantene var eliteutøvere og 30 ikke deltok i sport. Resultatene viste signifikant høyere livskvalitet, bedre fysisk- og psykisk helse og sosiale relasjoner hos eliteutøverne. Det var ikke signifikante forskjeller på miljøfaktorer eller hvor lenge informantene hadde vært aktive. Resultatene viste at de som deltok aktivt i tilrettelagte idrettstilbud i hjemkommunen rapporterte høyere livskvalitet sammenlignet med de som ikke deltok. Forskerne fant også at paraidrettstilbud fremmet fysisk-, sosial- og psykologiske funksjoner i et langtidsperspektiv. Artikkelforfatterne stiller dermed spørsmål om det vil være mindre behov for fysioterapi og rehabilitering dersom en klarer å få pasienter til å delta aktivt i lokale paratilbud.

### **3.3 Padleaktiviteter for personer med fysisk funksjonshemming**

Det er lite forskning på bruk av padleaktiviteter som terapeutisk intervensjon for mennesker med fysisk funksjonshemminger. Atkinson (2010) har undersøkt hva som er gjort av tilretteleggingsstudier innen kajakkpadling for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse og konkluderer med at kajakkpadling er en rekreasjonsaktivitet som med enkle tilpasninger kan passe for mange. Hun fant at padling kan benyttes til å bedre fysisk form, redusere stress,

øke selvtilit og bedre livskvalitet og dermed kan padling egne seg god til terapeutisk bruk. Kajakk er en aktivitet som det er økende interesse for, og det er økt aksept og interesse for å introdusere padling for funksjonshemmede med mål om at de skal få økt sin deltakelse og livskvalitet (Atkinson, 2010).

Taylor og McGruder (1996) har forsket på personer med ryggmargsskade sine erfaringer med padling i havkajakk, der funnene viste at padlingen var identitetsskapende fordi det ble opplevde som en meningsfylt aktivitet og at andre så positivt på dem. Funnene viste at kajakk egner seg godt som en terapeutisk intervensjon innen rehabilitering, men at det er et stort behov for god tilrettelegging for en enkelte for at det skal fungere.

King & Horak (2009) sin studie synliggjør at kajakkpadling er en god aktivitet som trening for personer med parkinson sykdom i et tidlig sykdomsstadium for å vedlikeholde og bedre mobilitet, kroppsholdning og bevegelsesutslag. Tilsvarende studerte Shujaat et al. (2014) effekten av kajakk som trening for å bedre stivhet, øke mobilitet og bedre rotasjon i trunkus for 48 pasienter med parkinson. Her trente 24 deltakere i kajakk mens 24 trente i ordinær treningsgruppe. Begge gruppene trente i 75 minutter, 6 dager i uka i 4 uker, der resultatene viste signifikant bedring i de ovennevnte parameterne for begge gruppene.

Breiskalbakken (2011) dybdeintervjuet 4 menn med ulike fysiske funksjonshemminger om hva som motiverte dem til å delta i padleaktiviteter. Hun fant at mestringsopplevelser, valgmuligheter og det sosiale miljøet hadde stor betydning for deres deltakelse. Naturopplevelsen sto også svært sentralt for informantenes opplevelse av vitalitet og velvære.

Det å tilrettelegge for padleaktiviteter kan innebære bruk av aktivitetshjelpemidler, definert som et teknologisk hjelpemiddel for å bedre utfoldelse, utvikling og funksjonsevne til personer med funksjonsnedsettelse (Bergem, 2012). Bergem (2012) viser at økt deltakelse på fritiden for fysisk funksjonshemmede er avhengig av økt kunnskap og erfaring med aktivitetshjelpemidler blant ergoterapeuter, fysioterapeuter, idrettspedagoger og andre viktige personer rundt brukerne.

American Canoe Association har gitt ut en bok som beskriver hvordan en kan tilrettelegge for at mennesker med fysisk funksjonshemming kan delta i padleaktiviteter (Zeller, 2009). Dette er en praktisk rettet manual som gjennom tekst og illustrasjoner beskriver hvordan tilrettelegging kan gjøres for personer med ulike diagnoser og funksjonsnedsettelser. For hver av disse gruppene beskrives fysiske tilrettelegginger av sete/sittestilling og åre/grep i tillegg

til valg av type kajakk/kano. Forfatteren understreker at et stort fokus på sikkerhet er nødvendig uavhengig av padlerens funksjonsnivå, der mange har en feilaktig antagelse om at padling er en aktivitet forbundet med for stor risiko for de med funksjonsnedsettelse. Samtidig viser hun til det faktum at å delta i aktiviteter som innebærer et risikomoment også kan motiverer til deltakelse og gi økt selvtillit. En må imidlertid informere tydelig om hva som er risikomomenter med padling, der alle padlere har lov til å gå på kompromiss med egen sikkerhet, men ikke sette andres sikkerhet i fare. Boken har også et tydelig fokus opplæring av redning, både med selv å kunne komme opp igjen i båten om den velter og kunne utføre kameratredning. Forfatteren understreker videre at en aldri skal padle alene fordi en kan være avhengig av andre for å klare å gjennomføre en redningsaksjon (Zeller, 2009).

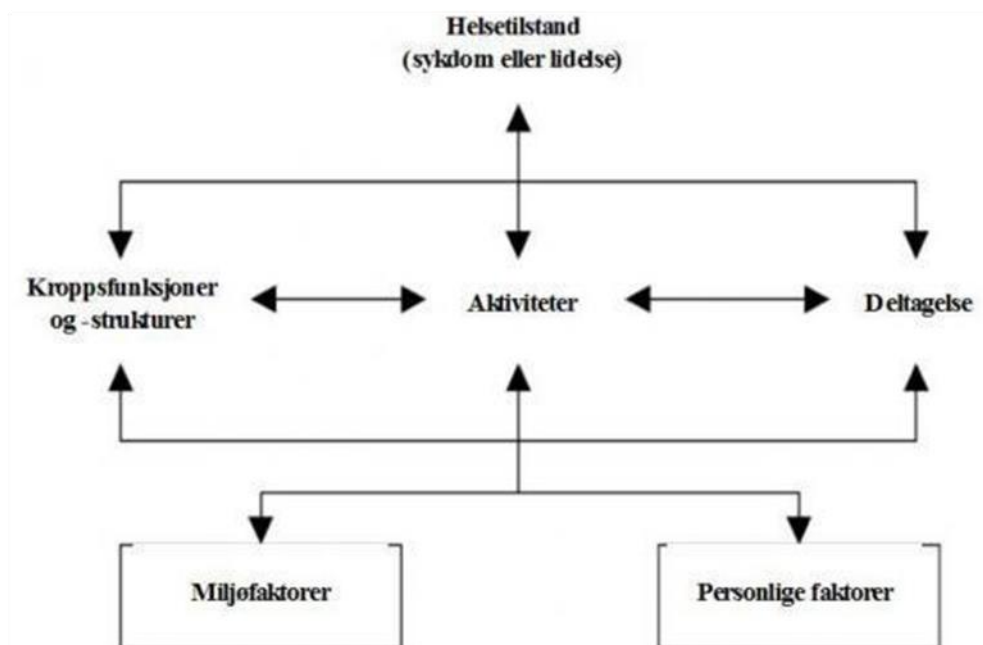
Sjøberg og Jensen (2011) har skrevet om deres erfaringer med bruk av padleaktiviteter som en del av rehabiliteringstilbudet 'Friluftslivsopphold på Valnesfjord Helsesportsenter'. De hevder at padling er en aktivitet som kan anvendes for alle, uansett type funksjonshemming. Etter endt kurs får personalet ofte tilbakemeldinger fra pasientene at de nå ser muligheter til å kunne padle i sin hjemkommunen fordi de har fått lære om, og erfart at dette er mulig ved hjelp av tilpasninger (Sjøberg & Jensen, 2011).

Overstående synliggjør at friluftsliv og padling kan ha positive fysiske, psykiske, sosiale- og læringseffekter både for funksjonshemmede og funksjonsfriske. Samtidig viser forskningen at rehabiliteringsfeltet kan motivere pasienter for sportsaktiviteter. Forskningen som er presentert over viser at imidlertid at det er lite kunnskap om tilrettelegging av padleaktiviteter for fysisk funksjonshemmede, spesielt erfaringer fra helsepersonell som arbeider med dette til daglig. Ovenstående synliggjør dermed et kunnskapsgap og at det er et stort behov for forskning på dette feltet.

## 4.0 Teoretisk rammeverk

WHO anbefaler Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) som et teoretisk rammeverk for all rehabilitering. ICF er en anerkjent modell som anvendes internasjonalt og nasjonalt innen både klinisk rehabiliteringspraksis og forskning (Kjeken 2003; Davis 2006; WHO 2002; Pran 2007). I denne studien brukes ICF som et teoretisk rammeverk for å forstå helsepersonells erfaringer med å tilrettelegge padleaktiviteter for personer med fysisk funksjonsnedsettelse. ICF samsvarer med den relasjonelle modell (Lid & Søbstad, 2013) ved at helsepersonell vil kunne påvirke personlige- og miljøfaktorer og dermed minske gapet som beskrevet i relasjonell modell.

ICF har fokus på menneskers helse og funksjon i en større sammenheng, der sosial funksjon og ytre påvirkninger fra miljøet er inkludert for å danne et helhetlig bilde av individers helse og funksjonsnivå. Idégrunnet for ICF er at alle kroppsfunksjoner, aktiviteter og deltagelse omfattes av paraplybetegnelsen funksjon, mens funksjonshemming en paraplybetegnelse for funksjonsavvik, aktivitetsbegrensninger og deltagelsesinnskrenkninger. Videre klassifiseres kontekstuelle faktorer, inndelt i miljø- og personlige faktorer, som også kan påvirke alle aspekter av funksjon og funksjonshemming (WHO, 2003). Funksjon og funksjonshemming blir dermed en dynamisk vekselvirkning mellom helsetilstander og kontekstuelle faktorer som illustrert i figur 2:



Figur 2: Vekselvirkninger i ICF modellen, WHO 2003, s.7

Figur 2 illustrerer at en sykdom eller lidelse, kan ha negative påvirkning på individets kroppsfunksjoner og strukturer, definert som organsystemets fysiologiske funksjoner, inkludert mentale funksjoner og den anatomiske kroppen. For eksempel kan en person som har vært utsatt for en alvorlig ulykke medføre en tverrsnitts lesjon med påfølgende lammelser i bena, spasmer, problemer med vannlatning/avføring, seksualitet etc. Ifølge ICF kan sykdommers eller skaders påvirkninger på individets kroppsfunksjoner og strukturer ha negative konsekvenser for individets aktivitet, det vil si utførelse av oppgaver og handlinger. En person med en tverrsnitts lesjon vil for eksempel ikke kunne gå og dermed ha problemer med å utføre aktiviteter som involverer gange. ICF synliggjør videre at begrensninger i aktiviteter også kan få negative følger for individets deltakelse på ulike områder i livet som for eksempel knyttet til egenomsorg, arbeid og fritid. Figur 2 illustrerer imidlertid at ulike kontekstuelle faktorer, inndelt i miljø- og personlige faktorer, også har betydning for individets mulighet for aktivitet og deltakelse. Miljøfaktorene er de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelsene hvor en person eksisterer og utfolder seg. For en person med tverrsnitts lesjon kan ulike miljøfaktorer ha negativ innvirkning på vedkommende sin aktivitet og deltakelse gjennom for eksempel mangel på fysisk tilrettelegging knyttet til arbeidssted og fritidsaktiviteter, samt omgivelsenes holdninger og kunnskap om slik tilrettelegging. ICF understreker videre at personlige faktorer, definert som særtrekk ved personen uavhengig av helsetilstand og som utgjør bakgrunnen for en persons eksistens og livsutfoldelse, også er avgjørende faktorer for aktivitet og deltakelse. Slike personlige faktorer kan for eksempel være alder, kjønn, tidligere erfaringer, motivasjon og mestringsevne. For en person med tverrsnitts lesjon kan dermed alle disse faktorene ha betydning for aktivitet og deltakelse.

ICF modellen er dynamisk, det vil si at tiltak på et område kan føre til økt aktivitet og deltakelse. Enkelte ganger, som for eksempel ved total ryggmargslesjon, er det ikke mulig å endre på kroppsstrukturer fordi skaden er varig. Vedkommende kan imidlertid lære seg nye teknikker eller trene på å ta i bruk nye hjelpemidler, noe som kan ha stor betydning for personens muligheter for både aktivitet og deltakelse. For eksempel kan en ryggmargslesjon (kroppsfunksjon) føre til at vedkommende ikke lenger kan gå på fjellet, komme seg til butikken ol, men ved at miljøfaktorer endres med en elektrisk rullestol kan vedkommende sin aktivitet og deltakelse økes. I følge ICF har personlige faktorer som alder motivasjon og tidligere erfaringer også betydning for individers aktivitet og deltakelse. En person med fysisk funksjonsnedsettelse som har surfet tidligere kan for eksempel være trygg i vann og dermed være motivert for å padle

Eksemplene demonstrerer at pilene i ICF modellen går begge veier, der tilrettelegging på et område vil en kunne øke deltakelsen på et annet, for eksempel delta i en padling. I denne studien vektlegges særlig miljøfaktorer og personlige faktorer da disse vil være essensielle i tilrettelegging for padleaktiviteter.



## 5.0 Studiens mål og forskningsspørsmål

Denne studiens overordnede mål var å samle erfaringskunnskap om tilrettelegging av padleaktiviteter for pasienter med fysisk funksjonsnedsettelse. Dette kan gi viktig kunnskap om hvordan hensiktsmessig tilrettelegging av padleaktiviteter kan øke aktivitet og deltakelse for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse. Mer spesifikt ønsket en å svare på følgende forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer har helsepersonell som arbeider ved rehabiliteringsinstitusjoner med tilrettelegging av padleaktiviteter for personer med fysisk funksjonsnedsettelse?

## 6.0 Metode

### 6.1 Studiens forskningsmetode og design

Siden forskningsspørsmålet i denne studien fokuserer på informantenes erfaringer, anvendes en kvalitativ metode med et fenomenologisk – hermeneutisk forskningsdesign (Malterud, 2011). Kvalitative metode anses å være velegnet til å få mer kunnskap om individers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger tilknyttet et fenomen, her helsepersonells erfaringer med å tilrettelegge for padleaktiviteter for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse. I kvalitativ metode kan meningen, betydningen og nyanser av hendelser og atferd utforskes for å styrke forståelsen av hvorfor mennesker gjør som de gjør og få fram mest mulig informasjon som kan kaste lys over problemstillingen (Malterud, 2011). Kvalitativ metode er også anbefalt for å utforske relativt ukjente fenomen og områder med lite forskning, noe som er tilfellet i denne studien. Innen kvalitativ forskning er det imidlertid flere ulike retninger eller design, der foreliggende studie anvender et fenomenologisk-hermeneutisk forskningsdesign.

#### 6.1.1. Fenomenologisk – hermeneutisk forskningsdesign»

Filosofen og matematikeren Edmund Husserl anses å være grunnleggeren av fenomenologien fra det 20. århundre idet han anså menneskelig erfaring som den mest betydningsfulle kunnskapskilden (Racher & Robinson, 2003). Kjernen og målet for hans fenomenologiske tilnærming var således å oppnå en upartisk forståelse av menneskelig erfaring gjennom studiet av ting slik de fremstår, oppleves, eller erfares. Til dette formål utarbeidet Husserl begrepet fenomenologisk reduksjon der hovedstrategien for forskeren er å fratse egne subjektive synspunkter og grunnleggende ideer om et fenomen for å tak i essensen eller individets 'livsverden' (Lebenswelt) (Racher & Robinson, 2003; Husserl, 1970). Forskeren må være fri for teoretiske refleksjoner eller tolkninger der strategien er «bracketing" eller "epoché" som innebærer å avstå fra å bedømme og gå bort fra ens velkjente konseptualisering av et fenomen og se dette" på en ny måte (Dowling, 2007; Moustakas, 1994). En fenomenologisk tilnærming innebærer dermed å forske på uavhengig på individers livsverden og søke å utelukke den bredere konteksten eller omgivelsene som kan påvirke forskerens oppfatning av fenomenet (Valle, King, & Halling, 1989). Fenomenologi tar dermed sikte på å beskrive i stedet for å forstå et gitt fenomen (Husserl, 1970).

Å beskrive et fenomen er allment anerkjent blant ulike fenomenologiske retninger, men det eksisterer ulike oppfatninger om hvordan dette skal gjøres. Martin Heidegger (1962) var

uenig i Husserls oppfatning om at kunnskap om ting er basert på beskrivelse i stedet for forståelse og mente at fenomenologiens primære sak er å spørre om betydningen av å være, og derfor å utforske naturen eller betydningen av det aktuelle fenomenet (van Manen, 1990). Videre hevdet Heidegger (1962) at individer aldri helt kan avstå fra egne forforståelser eller overse fenomenets overordnede sammenheng. Derfor foreslår Heidegger bruken av "hermeneutikk" for å undersøke fenomener, å se livsopplevelse som et tolkningsdiskurs (Koch, 1999). Filosofen Hans-Georg Gadamer (1989) tok konseptet med den hermeneutiske sirkelen et skritt videre, og understreket at en fullstendig løsrivelse fra all forforståelse ikke er mulig, men at forsøket på å gjøre det er å lette forståelsen av ens egne forutsetninger. Dette støtter synet på forskerens rolle om å være oppmerksom og forholde seg til sin egen forforståelse, fordi denne kan hindre eller fargere forskerens forståelse av et nytt fenomen (Koch, 1999).

## **6.2 Tilgang til forskningsfeltet og kandidatens forforståelse**

Klinisk erfaring fra fagfeltet, samarbeid med annet helsepersonell innen fagfeltet, i tillegg til lesing av aktuell litteratur på feltet, danner kandidatens forforståelse og tilgang til studiens fagfelt. Kandidaten arbeider som ergoterapeut på et rehabiliteringssenter i spesialisthelsetjenesten der ICF danner grunnlaget for alt arbeid. Senteret har avtale med helseforetaket om kjøp av tjenester innen rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå og tilbyr tjenester til forskjellige pasientgrupper med ulikt funksjonsnivå som for eksempel mennesker med nevrologiske lidelser og kreft. Kandidaten har gjennom sin utdanning og kliniske arbeid, kunnskap og lang erfaring med tilrettelegging for mennesker med forskjellige funksjonsnedsettelse. Kandidaten er også medlem i et nasjonalt fagnettverk i prosjektet DELTA 2022 som har fokus på aktivitetshjelpemidler. Et av delprosjektene i DELTA 2022 er å samle og øke kompetansen på sjøsportaktiviteter, aktuelle aktivitetshjelpemidler for aktiviteter på fjorden og tilretteleggingsmuligheter for at flest mulig skal kunne delta i disse. Kandidaten er videre medlem i styringsgruppen for Nasjonalt Nettverk for Uterehabilitering. Gjennom begge nettverkene har kandidaten fått kjennskap til andre ansatte som benytter friluftsliv, inkludert padleaktiviteter, på forskjellige helsesportsentre og rehabiliteringsinstitusjoner i Norge.

## **6.3 Rekruttering og utvalg**

Basert på forskningsspørsmålet var studiens inklusjonskriterier som følger: 1) helsepersonell som arbeider på rehabiliteringsinstitusjon på spesialisthelsetjenestenivå, 2) representerer ulike helseforetak, 3) har tilrettelegging av kano og kajakk som en del av sitt arbeidsområde, 4) har

klinisk erfaring fra tilrettelegging av padleaktiviteter for personer med fysisk funksjonsnedsettelse, og 5) snakker og forstår norsk.

Deltakerne til studien ble rekruttert gjennom et strategisk utvalg (Kvale & Brinkmann, 2009) fra 7 institusjoner i Nasjonalt Nettverk for Uterehabilitering som benytter padleaktiviteter som en del av sitt rehabiliteringstilbud. Avdelingslederne på disse rehabiliteringsinstitusjonene ble kontaktet, informert om studien og bedt om å rekruttere aktuelle informanter. Ni informanter ble forespurte, hvorav to kandidater på to institusjoner. Samtlige forespurte informanter takket ja til å delta i studien. Utvalget representerte dermed store og små institusjoner fra tre av fire helseregioner i Norge (Helse Vest n=1, Helse Sør-Øst n=5, Helse Nord n=3). Informantene var mellom 29 – 52 år, tre kvinner og seks menn som alle hadde arbeidserfaring fra tilrettelegging av kano og kajakk for personer med ulike typer fysiske funksjonshemminger. Tabell 1 gir en oversikt over informantenes stillingstittel og erfaringsbakgrunn innen fagfeltet.

*Tabell 1: Informantenes stillingstittel og erfaringsbakgrunn*

<b>Informant *</b>	<b>Stillingstittel</b>	<b>Klinisk erfaring med tilrettelegging</b>
Anna	Ergoterapeut	Nevrologi og ryggmargsskadde
Nina	Friluftspedagog	Barn; cerebral parese og multifunksjonshemming
Ole	Idrettspedagog	Barn og unge; cerebral parese. Voksne; amputerte, multitraumer og kreft.
Bernt	Idrettspedagog	Nevrologi; hjerneslag, multippel sklerose,

		og traumatisk hjerne skade
Nils	Idrettspedagog	Funksjonelle lidelser og ryggmargsskade
Martin	Idrettspedagog	Muskel – og skjelettlidelser, arbeidsrettet rehabilitering og sykkelig overvekt
Susanne	Friluftspedagog	Muskel- og skjelettlidelser, arbeidsrettet rehabilitering og sykkelig overvekt
Noah	Idrettspedagog	Lammelser i underekstremitet og hemiparese, cerebral parese, psykisk utviklingshemming, nedsatt balanse og fysiske utfordringer
Albert	Idrettspedagog	Blinde, svaksynte, lammelser, fatigue, amputasjon, KOLS, overvekt og ADHD

*\* Av anonymitetshensyn er informantene gitt fiktive navn*

#### **6.4 Datainnsamling**

For å svare på studiens forskningsspørsmål og få fram deltakernes erfaringer med tilrettelegging, ble data samlet inn gjennom individuelle dybdeintervju. Dybdeintervju og beskrivelser med informantens egne ord, er en velegnet metode for å innhente informasjon om personers opplevelser, meninger og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009). Et dybdeintervju er et ansikt til ansikt intervju som innebærer at kandidaten er fysisk tilstede og dermed også får tilgang til ikke- språklig informasjon. En annen fordel er at forsker kan følge opp spørsmål og klargjøre det som blir sagt om noe fremstilles utydelig. I følge Kvale &

Brinkmann (2009) er forskningsintervjuet en inter-personlig situasjon, en samtale mellom to parter om et emne av felles interesse hvor ny kunnskap skapes i dialogen mellom informant og forsker. Ulemper med dybdeintervjuet kan være at kandidaten har lite erfaring som intervjuer, at det stilles ledende spørsmål og at informasjonen en får er subjektiv (Kvale og Brinkmann, 2009).

Dybdeintervjuene i denne studien bygger på en semi-strukturert intervjuguide (Vedlegg 1). Intervjuguiden ble utviklet på bakgrunn av tidligere forskning, studiens teoretiske rammeverk med fokus på aktivitet og deltakelse, samt kandidatens erfaringsbakgrunn. Intervjuguiden hadde følgende hovedspørsmål: «Kan du fortelle meg hvilke erfaringer du har med tilrettelegging av vannsportaktiviteter, spesielt kajakk og kano, for personer med fysisk funksjonshemming?» Intervjuguiden inneholdt flere underspørsmål for å utdype temaet. For å prøve ut intervjuguiden, gjennomførte kandidaten et pilotintervju med en kollega med aktuell erfaring. Enkelte formuleringer ble endret etter dette for å spisse spørsmålene.

Det ble til sammen gjennomført ni dybdeintervju. Fem intervjuer ble gjennomført ansikt-til-ansikt på et eget rom uten forstyrrelser på informantenes arbeidsplass, mens tre intervjuer ble gjennomført på videokonferanse og ett intervju via Skype. En av informantene ble intervjuet to ganger fordi intervjuet fra opptaker ble slettet før det var transkribert. Hvert intervju varte mellom 30 – 45 minutter og ble tatt opp på lydbånd. Under intervjuene forsøkte kandidaten å opptre empatisk og lyttende. For å ivareta informantenes anonymitet ble ikke navn eller arbeidsplass tatt med på lydopptak. Kort tid etter intervjuene ble gjennomført ble de ordrett transkribert av kandidaten. Ved transkribering ble gjenkjennbare opplysninger utelatt og informantene ble gitt fiktive navn. Det ferdig transkriberte datamaterialet består av 60 sider.

## 6.5 Analyse av data

Innsamlede data ble analysert ved hjelp av Systematic text condensation (STC) som bygger på Georgi sin kvalitative analysemetode og videreutviklet av Malterud (2012). STC inneholder fire analyse steg; 1) få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsdannende enheter (fra tema til koder), 3) kondensering (fra kode til mening) og 4) sammenfatning (fra kondensering til beskrivelser). Selv om STC er en fire-trinns analysemodell, utgjør analysen ikke distinkte steg i en lineær prosess, men innebærer en fortolkende prosess mellom informantens sin uttalte erfaring, teori og forskerens forforståelse (Malterud, 2012).

I første trinn av STC analysen, ble de 9 intervjuene lest gjennom for å samle et helhetsinntrykk av det informantene hadde delt. Det generelle inntrykket var at alle hadde ulike relevante erfaringer tilknyttet forskningsspørsmålet siden de jobbet med pasienter i ulike aldersgrupper og diagnoser. I trinn to ble intervjuene lest nøye igjennom en gang til for å identifisere meningsbærende enheter. Det vil si at det ble valgt ut tekst som på en eller annen måte bar med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn (Malterud, 2012). Det ble brukt en fargekoding for å identifisere hver meningsbærende enhet i hvert intervju, hvorpå det ble opprettet ett dokument for hver meningsbærende enhet for alle informantene. Gjennom denne prosessen ble 9 ulike meningsbærende enheter eller koder basert på hele datamaterialet identifisert. I det fjerde analysetrinnet ble de 9 kodene kondensert til 4 hovedtema. Analysen synliggjorde at hvert hovedtema hadde ulike nyanser identifisert som ulike undertema.

I det fjerde analysetrinnet ble det gjennomført en oppsummering av funn og disse ble validert ved at de ble sammenliknet med intervjuene for å sikre at disse fanget informantenes uttrykte mening. Til slutt ble funnene validert ved å trekke ut direkte sitater for å belyse både hovedtemaene og deltemaene. Gjennom hele analyseprosessen diskuterte kandidaten med veileder, der både kandidatens og veileders forforståelse var et gjennomgående tema. Konsensus ble nådd for alle funn (Malterud, 2012). Analyseprosessen er vist i Tabell 2.

Tabell 2: De ulike stegene i studiens analyseprosess

1.STEG Få et helhetsinntrykk	2. STEG: Identifisere meningsbærende enheter	3. STEG: Kondensering	4 STEG: Oppsummering av funn	
<p><i>Prosess:</i></p> <p>a) Kandidat og veileder leste alle transkriberte intervju hver for seg</p> <p>b) Diskuterte førsteinntrykket fram til konsensus</p>	<p><i>Prosess:</i></p> <p>a) Koding av datamaterialet</p> <p>b) Diskusjon med veileder</p>	<p><i>Prosess:</i></p> <p>a) Analyse av meningsbærende enheter</p> <p>b) Diskusjon med veileder for å identifisere og konsensus rundt hovedtema og deltema</p>	<p><i>Prosess:</i></p> <p>a) Diskusjon med veileder om funn opp mot de transkriberte intervjuene</p> <p>b) Direkte utsagn som beskriver tema ble identifisert og diskutert fram til konsensus</p>	
<b>Totalt førsteinntrykk:</b>	<b>Identifiserte meningsbærende enheter:</b>	<b>Kondenserte hovedtema og deltema:</b>	<b>Oppsummering:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sikkerhet - ansatte</li> <li>● Trygghet - pasient</li> <li>● Motivasjon hos pasient</li> <li>● Tilrettelegging</li> <li>● Ressurskrevende aktivitet</li> <li>● Naturopplevelser</li> <li>● Kulturopplevelser</li> <li>● Sanseropplevelse</li> <li>● Utfordring for å mestre</li> <li>● Tilgang på utstyr</li> <li>● Hjelpemidler</li> <li>● Funksjonshemmet; likeverdig deltaker</li> <li>● Mangel på overføring til kommunene</li> </ul>	<p><b>Kode</b> *</p>	<p><b>Kilde</b> **</p>	<p><b>Referanse</b> ***</p>	<p><b>1.«Individuell tilrettelegging med fokus på ressurser»</b></p> <p><i>Deltema:</i></p> <p>a) «Motivasjon og kartlegging av funksjon»</p> <p>b) «Bruk av ordinært utstyr og kreative løsninger»</p> <p><b>2. «Med sikkerhet i høysetet»</b></p> <p><i>Deltema:</i></p> <p>a) «Personalets kompetanse og trygge rammer»</p> <p>b) «Trygging av pasienten»</p> <p><b>3. «Økt deltakelse»</b></p> <p><i>Deltema:</i></p> <p>a) «Mestring og normalisering»</p> <p>b) «Den gode naturopplevelsen»</p> <p><b>4. «Begrenset fokus på overgang til hjem»</b></p> <p><i>Deltema:</i></p> <p>a) «Her og nå – hva så?»</p>
	Trygghet og sikkerhet	9	38	
	Motivasjon	9	17	
	Ressurs- krevende aktivitet	4	6	
	Natur/sanse og kultur opplevelsen	9	38	
	Mestrings-opplevelse	8	23	
	Redusert tilgang på hjelpemidler og utstyr	9	23	
	Mangel på overføring til kommunen	7	35	
	Tilrettelegging	9	132	



## 6.6 Etiske vurderinger

Etiske problemstillinger er en integrert del av alle faser i en forskningsprosess (Kvale & Brinkmann, 2009). For helsevitenskapsområdet finnes det klart definerte globale retningslinjer for etiske prinsipper for forskning på mennesker i form av Helsinki-erklæring (World Medical Association, 2018). I Norge har det regionale etiske komiteen for medisinsk og helseforskningsetikk (REK) ansvaret for vurdering og godkjenning av forskningsprosjekter på dette feltet. Foreliggende studie ble godkjent av kvalitetsrådet ved UIO (vedlegg 2) og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) (vedlegg 3). Innsamling og lagring av data ble gjennomført i samsvar med NSD sine retningslinjene. Det ble ikke søkt om godkjenning fra REK fordi studiet ikke kom inn under Helseforskningloven. Det vil si at det i studiet ikke ble samlet inn helseopplysninger eller andre sensitive opplysninger.

Deltakelse i studiet var frivillig og gratis. Basert på prinsippene for informerte samtykke før intervjuene ble gjennomført (World Medical Association, 2018), ble deltakerne gjort kjent med den aktuelle undersøkelsen slik at de kunne ta stilling til om de ønsker å delta i studiet eller ikke. Informantene fikk også informasjon om hvordan data skulle samles inn og oppbevares, samt behandling og rammevilkår for beskyttelse av personvernet, deres rettigheter, inkludert muligheten til å trekke seg fra studien og få oppgitte dataene slettet (Malterud, 2011). Alle deltakerne gav skriftlig samtykke (vedlegg 4).

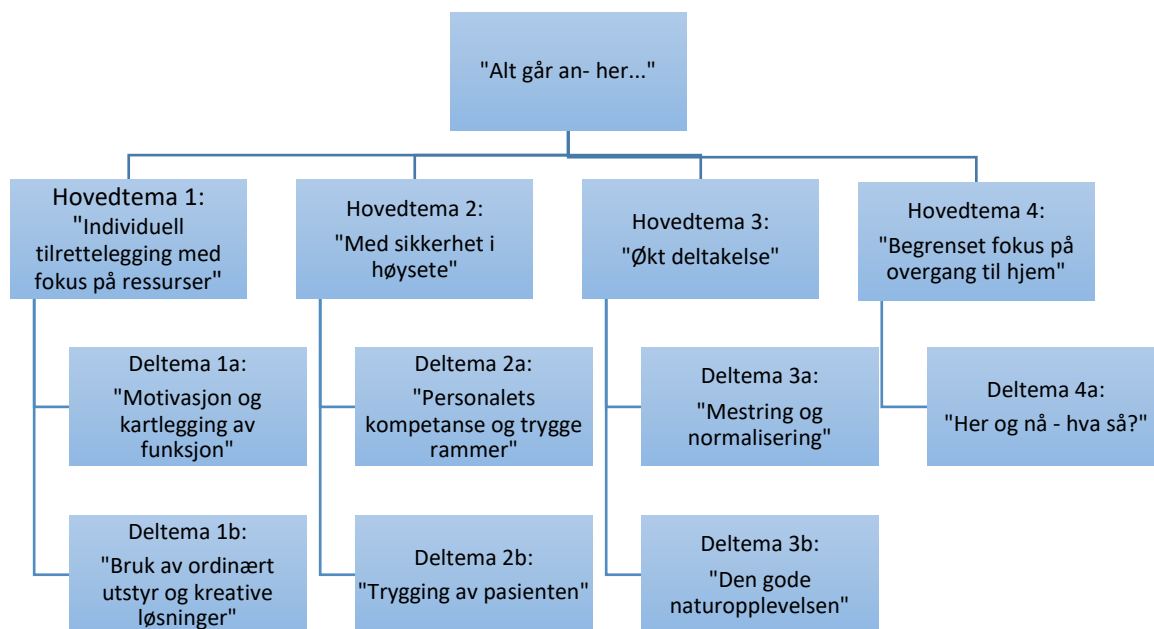
Datamaterialet ble oppbevart i en låst skuff på kandidatens arbeidsplass. Intervjuene ble skrevet inn på en egen pc og lagret på minnepinne. Data ble anonymisert ved at informantene ble gitt fiktive navn og informasjon som navn på institusjoner, steder eller navngitte personer ble utelatt i det transkriberte materialet. Analyse materialet ble lagret på helseserveren ved samme institusjon. Begge pc'ene som ble benyttet har sikkert nett og passordbeskyttelse. Minnepinnen ble oppbevart nedlåst i en skuff. Lydfiler og ikke brukte materiale vil bli slettet i henhold til godkjenningen fra NSD etter fullført studie.

## 7. Presentasjon av studiens funn

Alle informanter hadde lang og variert erfaring med å tilrettelegge vannsportsaktiviteter for personer med fysiske funksjonsnedsettelse fra rehabiliteringsinstitusjoner på spesialisthelsetjeneste nivå. Analysen av data viste at samtlige informanter i utgangspunktet mente at vannsport kan egne seg for alle mennesker, uansett funksjonshemming. Et gjennomgående og overordnet tema var derfor: «Det meste går an», og som illustreres i følgende utsagn:

*«Jeg kommer ikke på noen som ikke egner seg for vannsport (...). Det må være mulig å tilrettelegge for alle. Ja, det må det jo være.» (Martin)*

Analysen viste imidlertid at informantene vektla flere forutsetninger og begrensninger knyttet til en vellykket tilrettelegging, noe som ble utdypet gjennom fire hovedtema: (1) «Individuell tilrettelegging med fokus på ressurser», (2) «Med sikkerhet i høysete». (3) «Økt deltakelse» og (4) «Begrenset fokus på overgang til hjem». Hvert av disse hovedtemaene ble utdypet gjennom et eller flere undertema. Funnene er illustrert i Figur 3 og presentert i det følgende.



Figur 3: Presentasjon av studiens funn

## 7.1 Hovedtema 1: «Individuell tilrettelegging med fokus på ressurser»

Samtlige informanter understreket at den viktigste forutsetningen i tilretteleggingen var å ta utgangspunkt i den enkelte bruker med fokus på vedkommendes muligheter og ikke begrensninger. Dette ble identifisert gjennom hovedtemaet «Individuell tilrettelegging med fokus på ressurser». Dette hovedtema hadde flere nyanser, og disse ble uttrykt gjennom deltemaene «Motivasjon og kartlegging av funksjon» og «Bruk av ordinært utstyr og kreative løsninger»

### 7.1.1. Deltema 1a: «Motivasjon og kartlegging av funksjon»

Selv om informantene mente at padling kan tilrettelegges for alle grupper, understreket de at type funksjonshemming kunne sette begrensninger i forhold til hvor aktiv og selvstendig pasienten kunne være. Noen informanter nevnte her eksempler på multifunksjonshemmede eller pasienter med ryggmargsskade eller hjerneslag som har redusert bolstabilitet og/eller mangler balanse i sittende stilling: *«Hvis den halvsides lammelsen er så uttalt at den høyre armen er totalt paretisk, altså at det ikke er noen gripeevne, så sier det seg selv at du ikke klarer å padle.»* (Bernt)

Andre informanter mente imidlertid at slike utfordringer bare stiller større krav til fantasi og god tilrettelegging: *«Selvfølgelig i forhold til, hvis jeg skal ta kajakk, så (...) halvsides lammelse, eller (...) veldig store utfordringer, for eksempel en side med grep og sånne ting (...) Da er litt vanskeligere sånn sett og [vi] må [vise] litt mere kreativitet til.»* (Ole)

Samtidig informanter understreket at selv om pasienten ikke selv kunne være så aktiv og selvstendig, kan en likevel legge til rette slik at også disse pasienter kan padle: *«[Da] er det ofte en ledsager som er drivkraften i båten slik at flere kan være med uti. (...) Vi hatt flere pasienter med ut på den måten.»* (Anna)

Informantene uttrykte videre at en vellykket tilrettelegging i stor grad er avhengig av brukerens motivasjon, verdier og tidligere erfaringer knyttet til friluftsliv: *«Motivasjonen er ofte ikke knyttet til begrensninger hos mennesker. Motivasjonen er jo ofte knyttet til de verdiene de har til friluftsliv. De erfaringene de har fra tidligere i livet da. Ting som er viktige for dem. (...) Folk som er aktive og har begrensninger de søker jo utfordringer selv om de blir syke. Så de skifter jo ikke personlighet bare de får en funksjonsnedsettelse eller noe sånt. De er nå seg selv.»* (Susanne)

På den ene siden hadde informantene erfaring med at tidligere negative erfaringer, som for eksempel vannskrekk, kan være en begrensning som gjør at noen pasienter ikke er motivert til å prøve ut padling: *«Hvis de har hatt negative opplevelser, eller det er det som har gjort at de har skaden, så er det kanskje ikke så motiverende å starte opp med vannsportaktiviteter. Eller, det er litt med hva slags miljø de kommer fra hjemme og om de har erfaring med å utfordre seg selv eller om de liker det trygge.»* (Anna)

På den andre siden hadde informantene erfart at pasienter som har en stor del av sin livskvalitet og identitet knyttet til sjøen, for eksempel fiskere, ofte er svært motivert å få komme ut i båt igjen til tross for et endret funksjonsnivå: *«Noen har prøvd det før og er veldig spente etter for eksempel å ha hatt en (...) skade eller funksjonstap: «Kan jeg gjøre det igjen?» Da er de både (...) veldig usikre (...) men de er også veldig motiverte for å teste ut fordi (...), de har en referanseramme (...) som gjør at de ønsker å gjøre det igjen.»* (Ole)

Informantene erfarte at et annet hinder for utprøving og tilrettelegging er redsel eller inaktivitet hos ledsagere, for eksempel foreldre som ikke våger at barnet skal prøve ut padling i redsel for at de kan skade seg, bli redd eller ikke mestre det: *«Ledsager, foreldre når det gjelder barn, kan jo være en hemmende faktor. At de har foreldre som er inaktive eller synes det er alt for skummelt (...) [eller] ikke klarer å følge opp (...) den aktiviteten»* (Nina)

I slike situasjoner jobbet informantene bevisst med å motivere og trygge både barn og voksne for å skape et større aktivitetsrom og mest mulig deltakelse for barna på lik linje med andre barn: *«Vi jobber (...) med å bevisstgjøre også foreldre for eksempel at alt ikke trenger å være perfekt (...) de fysiske rammene med båt. (...) De er ikke porselen. De skal opptrenes som alle andre barn. Ja, vi skal tilrettelegge, men ikke nødvendigvis slik at aktiviteten blir borte. For folk er opptatt av det å være på sjøen at det skal bølge litt og slå litt. Og det skal jo de her også få oppleve!»* (Ole)

### **7.1.2 Deltema 1b: «Bruk av ordinært utstyr og kreative løsninger»**

Analysen viste at informantene hadde mest erfaring med å bruke standardutstyr og tilpasse dette ut fra pasientens individuelle behov. Flere informanter hevdet dermed at det å velge rett båttype, for eksempel mellom kajakk og kano, er en svært viktig del av tilretteleggingen. Følgelig gjorde de bevisste valg knyttet til hvilke egenskaper båten burde ha: *«Det er ingen båter som er laget spesielt for funksjonshemmede som jeg vet om. Men kajakk og kano har forskjellige kvaliteter (...). Men da må du vite hva du leter etter...»* (Nina)

Flere informanter fortalte at de gjerne brukte dobbeltkajakk for å kunne være tettere på pasienten siden denne er bredere og mer stabil: *«Jeg har fått tak i noen kajakktyper som har stort mannhull og som er veldig brede og som har to cockpiter så en kan padle dobbelt, så dem er mye mer stødig.»* (Susanne)

I tillegg til et bevisst valg av båttype, brukte noen informanter også spesialtilpasset utstyr som for eksempel ulike greps-forsterkere for at pasienten skal kunne padle selv: *«En av de beste tilretteleggingene vi har gjort var da vi fant et årefeste som gjorde at vi kunne feste åra i ripa på kanoen (...) slik at du kan drive med enhåndspadling. For unger med CP og liknende har vi fått gode tilbakemeldinger.»* (Nina)

Analysen viste imidlertid at mangel på standardutstyr gjorde at deltakerne i stor grad måtte ty til ulike kreative løsninger for å kunne gjøre individuelle tilpasninger. Eksempler på slike kreative løsninger var alt fra tilpasninger av håndtak og lengde på standard årer i tre, til ulike løsninger på greps-forsterkere blant annet ved hjelp av sykkelslanger. Informantene mente slike kreative tiltak krevde lite ressurser og minsket behovet for spesialtilpasset utstyr: *«Grips-forsterkere som er laget på enkle måter med gamle sykkelslanger. Sånne enkle ting som er overførbart til folkene hjemme. At ikke det er kostbare hjelpemidler, men enkle måter. At det ikke er hokus pokus, men noe de hjemme kan gjøre.»* (Nina)

En annen viktig del av informantenes individuelle tilpasning handlet om bolstabilitet og balanse for å hindre velt. I tillegg til bevisste valg av båttype, for eksempel en bred kajakk eller dobbeltkajakk, iverksatte de også tiltak for å støtte opp brukeren på ulike måter. Her hadde informantene gode erfaringer med bruk av saccosekk, stolsete fra en plaststol eller et sitteskall i kano for å bedre stabiliteten og dermed brukerens trygghet. Ved behov for ytterligere støtte har de gjerne en ekstra person i båten for å støtte pasienten opp fysisk. For å sikre en god stabilitet og en jevn tyngdefordeling i båten, fortalt informantene at de gjerne anvendte en ball mellom brukerens ben, annen ballast eller uteriggere i båten. Informantene var klar over at det også fantes spesialutstyr for å sikre stabilitet, men de mente at en egnet ordinær kajakk var den beste løsningen: *«Det finnes uteriggere og sånt, batonger og sånn. Det har ikke vi brukt. Først og fremst så har vi ikke hatt behov for det for de kajakkene vi har er veldig stødige.»* (Bernt)

## 7.2 Hovedtema 2: «Med sikkerhet i høysete»

Analysene av data viste at samtlige informanter hadde et stort fokus på pasientenes sikkerhet som en viktig forutsetning for god tilrettelegging, der «Med sikkerhet i høysetet» utgjør studiens andre hovedtema. Dette hovedtemaet hadde flere nyanser som ble utdypet gjennom undertemaene «Personalets kompetanse og trygge rammer» og «Trygging av pasienten».

### 7.2.1 Deltema 2a: «Personalet kompetanse og trygge rammer»

Informantene understreket at fagpersoner som skal arbeide med tilrettelegging av padleaktiviteter må ha fokus på og høy kompetanse knyttet sikkerhet. På flere av informantenes arbeidsplasser var det krav om spesifikk kompetanse innen vannsikkerhet, livredning og i førstehjelp: *«Førstehjelpskurs og livredningskurs er obligatorisk for de som har sikkerhetsansvar. Utvidet dykk, eller utvidet til en svømmeprøve inne.»* (Nils)

For å ivareta pasientenes sikkerhet uttrykte informantene at de hadde et stort fokus på ulike rammefaktorer som hvor det er trygt å padle, at ingen får ferdes alene, at en skal padle samlet og nært land, samt værforhold: *«Hvordan er været? Vi har noen sanne retningslinjer i forhold til pålandsvind, hvor padler vi, temperatur og den type ting. Det er vurdert veldig nøye.»* (Ole)

Informantene understreket også at de alltid har med en følgebåt som et viktig sikkerhetstiltak for å være «tett på» og skape trygghet for pasienten og kunne håndtere eventuelle uønskede situasjoner raskt: *«Der har vi alltid redningsbåt ute uansett (...), med kaste line og slepetau. Hvis de er utrygge så er jeg veldig tett på. Skal de prøve kajakk så er jeg i kajakk ved siden av og kan prate med de hele tiden og trygge dem på at det går bra. For sikkerheten er viktig»* (Noah)

I tillegg til ovennevnte sikkerhetstiltak, passet informantene på at pasientene har rett sikkerhetsutstyr i båten der de for eksempel gjorde nøye vurdering angående bruk av flyte- eller redningsvest avhengig av pasientens funksjonsnivå: *«Det er i forhold til hvem som kan bruke en flytevest og hvem som må ha redningsvest i forhold til funksjonsnedsettelse. En hemiplegiker, for eksempel, som kanskje ikke naturlig snurrer rundt i vannet. Hvis han går rundt så tar man på redningsvest i forhold til de snur seg rundt.»* (Nina)

I tilrettelegging av sikkerhet, uttrykte informantene også viktigheten av at tilretteleggingen ikke øker faren for at pasienten sitter fast dersom de velter: *«Det er sikkerhetshensyn da. Det å ikke feste noen i båten uansett, så ingen skal sitte fast i båten. Har de lammelser i bena så*

*kan det være større sjanse for at de sitter fast uten at de selv merker forskjell. Uten at de har mulighet til å røske foten ut slik vi ville ha gjort.» (Noah)*

Deltakerne hadde imidlertid varierende praksis knyttet til bruk av spruttrekk som er festet om livet til pasienten og rundt kajakken for å hindre at det kommer vann oppi kajakken. Noen informanter instruerer pasientene i hvordan de løsner trekket dersom de kantrer, mens andre ikke brukte spruttrekk av sikkerhetshensyn: *«Vi padler sjeldent med trekk over. Vi har alltid åpne kajaker for å være litt mer tilgjengelige for å komme seg ut i tilfeller der en går rundt.» (Nils)*

### **7.2.2 Deltema 2b: «Trygging av pasienten»**

Det andre deltemaet «Trygging av pasienten» handlet om å bygge trygghet hos den enkelte bruker, noe informantene understreket som en viktig forutsetning for god tilrettelegging. De understreket at dette må starte før selve aktiviteten blir utprøvd, der problemstillinger knyttet til den individuelle brukers fysiske og mentale utfordringer først må vurderes: *«Men så er den en vurdering av hvor trygge de er, for angst og sånn. Skal de utsettes for det hvis de har vannskrekk eller (...) gruer seg veldig? Klarer man å tilrettelegge sånn at de utfordrer seg selv passe, at det blir trygt? (...)Man må ta en vurdering i hvert tilfelle. For hvis de ikke opplever trygghet når de er ferdige så har man kanskje mislykkes.» (Nina)*

For å trygge brukerne gikk samtlige informanter gjennom sikkerhetsrutiner hvor det er tillatt å padle og hva en gjør om en velter før de får prøve seg på vannet: *«Pleier å forklare hva som skal skje, hvordan en gjør ting. (...). Tar det litt mer steg for steg. Passer på at pasienten (...) føler at han har kontroll på det som skal skje. Og (...) at vi bruker (...) sikkerhetsutstyr, bruker redningsvest og sånne ting. Og det å vurdere, visst en skulle katre, hva gjør en da? At den hjelperen og de rundt er forberedt på hva en skal gjøre da hvis noe skulle skje.» (Anna)*

For å formidle trygghet, uttrykte informantene at i tillegg til å velge rett utstyr som er tilpasset den enkelte, også er viktig å formidle til pasienten at aktiviteten har trygge rammer og begrunne hvorfor det er trygt: *«Ja, forteller og forklarer hvordan. Hva som er gjort og hvordan en har tenkt. Sånn at de skjønner settingen du har gjort. Så de opplever det trygt. At det ikke bare er noe jeg vet, men at jeg klarer å formidle det også.» (Albert)*

Analysen viste imidlertid at informantene hadde ulike tilnærminger for å bygge trygghet når selve aktiviteten skal introduseres. Noen informanter har en leksjon i padling før pasienten får prøve ut aktiviteten i et innendørs basseng, noe som gir rom for tilpasning av

utstyr og øve seg på å komme opp igjen når man velter i trygge omgivelser: «Vi har jo alltid en leksjon da, før vi begynner. Enkel leksjon i padling.» (Martin)

Andre informanter instruerer ikke pasientene før de er på vannet fordi de ønsker at aktiviteten skal oppleves trygg før de fokuserer på padleteknikk: «Når de har kommet seg på vannet (...) ikke for mye instruksjon. At du først får en følelse med aktiviteten og så litt etter litt avhengig av hvem de er og hvor gode de er til å ta instruksjon. Når de har fått ned stressnivået, så ber vi dem holde åra, viser padleteknikk og (...) gradvis gi instruksjon i deløvelser. Ikke for mye instruksjon, men først få komme ut på vannet og bli litt trygg.» (Nina)

Når de først var kommet ut på vannet, fremmet informantene også brukernes trygghet ved å ha liten fysisk avstand mellom padler og instruktør. På denne måten kan pasientene bli utfordret og samtidig oppleve at det er trygt. Informantene understreket at det her er en forutsetning at instruktøren klarer å formidle trygghet og kontroll over situasjonen: «Først og fremst en opplevelse av trygghet. Det er min første prioritet. Å fremstå både tydelig og trygg. Og klare å gi, den første gangen, en opplevelse av at det her er faktisk, hva skal jeg si trygt og komfortabelt. Ja, gi dem den følelsen». (Ole)

Enkelte av informantene arbeidet bare med pasienter i grupper. Disse informantene understreket at det er viktig at den som leder aktiviteten får informasjon fra dem som kjenner pasientene om hvilke hensyn som må tas. Disse hadde positive erfaringer med en gruppetilnærming, siden en da kan legge opp til flere aktiviteter samtidig der pasienter som i utgangspunktet er utrygge vil prøve aktiviteten når de ser at andre våger og mestrer det: «For jeg sier: 'Hvis du ikke klarer å gå uti kajakken så kan du sitte her og fyre bål og sove på et skinn, og få litt sol i kinnene og plukke blomster eller bær eller noe sånt. Du trenger ikke padle, men bli nå med.' Så da, blir de stort sett med, egentlig på alt». (Susanne)

### **7.3. Hovedtema 3: «Økt deltakelse»**

Gjennom analysen ble «Økt deltakelse» identifisert som det tredje hovedfunnet. Informantene formidlet ulike erfaringer fra hvilket utbytte deltakerne hadde med tilrettelegging av padling, identifisert som undertemaene «Mestring og normalisering» og «Den gode naturopplevelsen».

#### **7.3.1 Deltema 3a: «Mestring og normalisering»**

Samtlige informanter mente det var meget viktig å introdusere pasientene for nye aktiviteter, som for eksempel padleaktiviteter, når de er i rehabiliteringsinstitusjoner for å oppleve mestring og stimulere til økt deltagelse: «Det handler om å skape en arena der de faktisk



*mestrer det, faktisk klarer det, faktisk kan gjøre det. For om du er 80 år og amputert så er det jo veldig mange som tenker at; «Da er det livet slutt for meg, det å komme seg ut på vannet.» Så må vi gi dem opplevelsen av at det kan de. (...) Hver uke så er de en tur ute på sjøen (...) det er båten som har betydd så mye så de bare har lyst til å praktisere for de klarer faktisk å bruke den igjen.» og «Det, det er den (...) mestringsopplevelsen. Du får jo en god opplevelse. Når du ser det lyser i øynene etter en aktivitet. Du ser at det betyr noe for dem som person, bedre selvtillit, god følelse i kroppen.» (Nina)*

En informant fortalte at han ikke tilbød padleaktiviteter dersom han ikke regnet med at pasienten vil oppleve mestring for å forebygge opplevelse av nederlag: *«Hvis det er såpass stor lammelse og spastisitet at det ikke vil gi noen mestringsfølelse, så tenker jeg at det ikke er så aktuelt. For jeg tenker at jeg vil gi en mestringsfølelse. Hvis ikke kan det bli en nedtur.»* (Ole)

Informantene hevdet at det å prøve ut en ny og ukjent aktivitet etter en endring i funksjonsnivået kan gi pasientene en mulighet til å delta med blanke ark: *«Så går det en viss tid (...) Du begynner å tenke på og prøve nye ting, finne livet ditt på nytt, redefinere deg selv. (...) Da kan en vannsportaktivitet være så ny at du ikke har noen umiddelbare forventninger til deg selv og til aktiviteten. Det kan være fremmede for da slipper du å skulle legge press på deg selv. For her kan du være helt ny og uprøvd. Og da blir det på en måte større sjanse for at du mestrer det du driver med fordi du ikke kan vite hvordan det går.»* (Nils)

Flere av informantene beskrev også at rehabiliteringsinstitusjonene kan være arena for utprøvinger og tilrettelegging som gjør at pasienter kan fortsette med aktiviteter som de drev med før funksjonsnedsettelsen oppstod:

*«Typisk eldre menn som har vært vant med å være uti båt. Og de kan være med barn eller kompiser (...) ut på sjøen igjen å fiske (...) for hygge og tur etter at de har testet inn/ut av båt her.»* (Ole)

Flere av informantene hadde erfart at pasienter som hadde opplevd mestringsopplevelser ved vannsportaktiviteter, ofte overførte denne mestringsopplevelsen til andre arenaer:

*«Jeg opplever at dersom de får litt sånne utfordringer som de mestrer så er det lettere å ta andre utfordringer, det å prøve ting.»* (Anna)

En informant fortalte om en pasient som ikke ville bruke rullestol, men som gjorde en positiv oppdagelse da han startet med padling:

*«Men så oppdaget han at hvis han gikk (...) ned på brygga (...) så var armene hans ødelagt med å bruke krykker (...) så med å bruke rullestolen mer så han at han hadde overskudd til å padle. Og overskudd til andre ting også uten å slite seg ut.» (Noah)*

Informantene hadde erfart at mange pasienter opplever en stor mestringsfølelse når de har deltatt i padling som de trodde de ikke våget eller mestret. Mange pasienter oppfatter kajakkpadling som actionpreget og skummel og gruer seg for å prøve. Når de likevel prøver, hevdet informantene at mestringsopplevelsen i etterkant kan bli desto større:

*«For noen så har det vært virkelig, virkelig stort da (...) Kunne aldri sett for seg at de klarte å padle kajakk og så gjør de det plutselig (...) Blir mer selvsikker, blir gladere (...) Mestringsfølelsen, det er jo veldig kjekt når folk er preget av den ja.» (Martin)*

I kontrast til ovenstående, forteller Susanne at hovedfokusert hennes er at pasientene skal finne glede: *«Jeg synes ofte det blir veldig mye fokus på mestring og at man skal gjøre alt på tross av alt. Men for meg så handler det egentlig bare om at folk finner glede og at det er ting de kan holde på med hjemme kanskje?» (Susanne)*

Informantene hevdet at padling er aktivitet som drives av mange, der flere med fysisk funksjonsnedsettelse har mulighet til å delta på lik linje med mennesker uten slike utfordringer: *«Mange voksne begynner å padle i voksen alder, så da er det et sånn sosialt miljø der en kan komme å delta. Det er veldig positivt. For det handler jo litt om det her å kanskje ta noen nye veier i livet. Finne nye fritidsaktiviteter eller nye venner (... ) Komme inn i nye miljø.» (Susanne)*

Informantene understreket også at det å delta i en aktivitet som er skapt i fellesskap med andre også gir gode opplevelser som en kan dele med andre i ettertid uavhengig av funksjonsnivå: *«Et samtaleemne der en kan hevde seg selv og hva en faktisk mestrer, at en har mer å snakke om i det sosiale. Det at de mestrer noe og at de kan skryte over å ha gjort noe som kanskje ikke alle forventer at du har gjort.» (Anna)*

Informantene hadde erfart at det å mestre på lik linje med funksjonsfriske kan være en viktig motiverende faktor i en rehabiliteringssituasjon og fremme deltakelse: *«Hos de som er*

*motivert (...) så kan de være veldig motivert visst de ser at «Okei, det her er noe jeg kan mestre! Og jeg kan mestre på lik linje som funksjonsfriske!» (Noah)*

### **7.3.2 Deltema 3b: «Den gode naturopplevelsen»**

Analysen viste at informantene ikke bare introduserer vannsport for å fremme økt sosial deltakelse, men de vektla at vannsportaktiviteter også er en god måte å komme seg ut i naturen og gi pasientene gode opplevelser: *«Det er jo mange mennesker i Norge som er glade i naturen. Og det er jo utelukket å gå på en fjelltopp visst du har fått problemer med bena, men det er ikke utelukket å oppsøke havet. Og det å komme tett på å få store og flotte naturopplevelser.» (Nils)*

Informantene beskrev også vannsport som en viktig arena for å stimulere pasientenes sanseopplevelser, som for eksempel å oppleve bølger og vind i håret: *«Jeg mener at noen bare har en god opplevelse av å sitte i en kajakk (...) Det er en god naturopplevelse. Det er sansestimulering (...) å få til stimuli av (...) syn, følelsessanser og alle ting så er den en flott aktivitet (...) noe de skal oppleve mens de er her.» (Bernt)*

Flere av informantene delte erfaringer med hvordan det å være naturen kan bidra til endring av fokus og gi en «frikopling» som kan ha positiv helseeffekt: *«Det er ofte at når man blir syk, skadet, så er man så alt for mye inn. Så det å få dem til å være mer ute og slappe av ute, og koble fri fra smerter og sykdomstanker og få litt annet fokus da (...) Det med å få starta motoren litt igjen. Få folk til å gå til fjæra hver dag, se på stein og høre på bølgene kan jo være en vei tilbake til mange andre ting i livet.» (Susanne)*

Noen informanter brukte ofte naturopplevelsen bevisst som en undervisningssituasjon, spesielt ift oppmerksomhetstrening, der de trekker linjer mellom det pasientene erfarer der og da og deres livssituasjon: *«Så kan vi bare sitte i kajakkene og kanoene helt rolig (...) bare å lytter, (...) å se, (...) og kjenne etter. (...) Dette med naturnærværet (...) at alt endrer seg (...) Fantastiske tåkestemninger der du kanskje har sett 30-40 meter (...) Veldig spesielt å vær utpå og det er helt, helt stille (...) Og i løpet av turen så bare blåser tåka av gårde og så bare åpner det seg opp med utsikt. (...) Og det der skifte fra, i løpet av en halv time og hvordan det på en måte symboliserer skifte som (...) smerter kommer eller går eller (...) Alt endrer seg hele tiden.» (Albert)*

## 7.4 Hovedtema 4: «Begrenset fokus på overgang til hjem»

Det fjerde hovedtemaet handlet om informantenes erfaringer med å overføre en tilrettelagt vannsportaktivitet fra en rehabiliteringsinstitusjon til pasientens hjemkommune. Deltakerne utdypet ulike årsaker til dette, identifisert som deltemaet «Her og nå – hva så?»

### 7.4.1 Deltema 4a: «Her og nå - hva så?»

Informantene hadde ulik erfaring med hvordan det ble tilrettelagt for padleaktiviteter i kommunene. Enkelte hadde positive erfaringer med lokale klubber, mens andre hadde erfart overføring til kommunen utfordrende. Felles var en oppfatning av at hvilket tilbud som gis i kommunene i stor grad er avhengig av ildsjeler: *«Det er avhengig av pasientens hjemmemiljø, at de har ildsjeler i en eller annen klubb som gjerne jobber med det som brukeren har lyst til å drive med.»* (Nils)

Når informantene ofte la mye arbeid ned i tilrettelegging av vannsportaktivitet, hadde de alltid et håp om at pasientene kunne fortsette med vannsport også når de kom hjem: *«Jeg håper jo at det (...) øker lysten til aktivitet (...) men kan jo aldri være sikker på hva de gjør hjemme. Det vet ikke jeg. Vi prater som regel ikke med folk igjen. De forsvinner jo litt.»* (Martin)

Analysen viste også at en måte informantene bisto pasientene med var veiledning med fokus på deltakelse i padleaktiviteter i hjemkommunen: *«Først og fremst så tenker jeg informasjonsformidling (...) for det er mye det det handler om (...) Det er kanskje der, hos en del i hvert fall bøygen er, at de aner ikke hvordan de skal gjøre det og så klare å formidle best mulig hvordan, hvordan gjøre det.»* (Ole)

En annen måte informantene bisto pasientene med å tilrettelegge for at de kunne fortsette med padleaktivitet var praktisk rettet: *«Så er det hjelp til å finne kajakk, finne brukt eller.»* (Bernt)

En informant hadde erfart at enkelte lokale klubber har lagt til rette når de ble gjort oppmerksomme på hva som var behovet: *«Jeg vet om en lokal klubb i (...) som faktisk kjøpte kajakk [til] en bruker som har vært her. Kjøpte en kajakk og ordnet brygger og det sto klart til han kom hjem.»* (Nils)

I kontrast til disse positive erfaringene, hadde andre informantene erfart at overføring til lokale klubber kunne være meget utfordrende: *«Hva kommer de hjem til? Mange klubber drives av friluftsentusiaster som er med i en klubb for å padle selv, så det er ikke noen selyfølge at de (...) tar imot en som trenger bistand og som ikke kan padle de lange turene.»*

*Det er kanskje en av de største hindringene: Er det noen arena, er det noen der hjemme som de kan få padle med?» (Nina)*

Analysen viste at informantene hadde erfart tilretteleggingen for padleaktiviteter i kommunene forskjellig. Behovet for bistand ble oppfattet som en av de største hindringene for at pasientene fortsatte med padleaktivitet etter hjemkomst: *«Det er ikke noen selvfølge at de (...) tar imot en som trenger bistand og ikke kan padle de lange turene. Der er kanskje en av de største hindringene; «Er det noen arena, er det noen der hjemme som de kan padle med?» (Nina)*

En informant viste til hvordan han veiledet pasienten i å tenke alternative løsninger slik at bistandsbehovet ble endret: *«Hvis du da bare snakker litt med dem om hva slags type tilrettelegginger som kan gjøres i forhold til høyde for eksempel. Da er de ganske raske selv å si: «Ja, men (...) jeg kan jo kjøre dit eller få noen til å kjøre båten dit, så er høydeforskjellen helt annerledes enn der jeg står med båt» (...) Sånn at visst man bare tenker litt kreativt finnes det jo en del tilgjengelighet.» (Ole)*

Analysen viser at ingen informanter hadde erfaring med fysisk tilrettelegging for padleaktivitet i den enkelte pasientens hjemmemiljø. Årsakene beskrev de som at de ikke følger opp pasientene utenfor egen institusjon. En informant viste til at å gi bistand vil være mulig også etter at pasienten er reist fra institusjonen: *«Vi går ikke ut og reklamerer, men hvis folk tar kontakt med oss så bistår vi med det vi kan» (Nina).*

En informant uttalte et ønske om at det i alle kommuner etableres en kontaktperson i det lokale padle miljøet: *«Det er veldig fornuftig visst vi (...) eller brukeren selv kan finne den kontaktpersonen som kan åpne døren for deg. At de skal kunne bli møtt og starte på en aktivitet allerede dagen etter de kom hjem herfra. Eller hvert fall etablere kontakten mens de er i en behandlingskontekst. Det tror jeg er utrolig viktig for videre deltakelse. Det gjelder i alle idretter overalt.» (Nils)*

Analysen viser at informantene ser forskjellig på hvem som kan være aktuelle å kontakte i kommunen. De nevnte lokale padleklubber, Frisklivssentraler, NIF og ergo/fysioterapeuter. En informant beskrev det ideelle som hjemme rehabilitering [hverdagsrehabilitering]: *«Da tenker jeg en kan få med lokale terapeuter, både fysio-, og ergo'er mer på banen. Ideelt sett kunne det vært noen sånn type hjemmerehabilitering (...) på fritidsaktiviteter og.» (Anna)*

Noen informanter hadde erfaring med at enkelte lokale klubber har tilbud for mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse: «(...) det er (...) flere aktive padleklubber som (...) vi direkte tar kontakt med. Så hvis det er folk som har en grad av funksjonshemming at de er avhengig av hjelp eller spesielle ting (...), så må det jo være klubber som har det tilgjengelig da.» (Bernt)

Analysen viste at enkelte av kommunene som informantenes rehabiliteringsinstitusjoner tilhørte hadde tilrettelagt for padleaktiviteter. Samtidig hadde informantene erfart at det ikke er slik i alle kommunene pasientene skrives ut til: «De har lett tilgjengelige kajaker, brygger som er tilpasset, handicaptaolett tilgjengelig. Pluss at det (...) lokale strender som blir (...) tilrettelagt for funksjonshemmede(...) Bålplasser, grillplasser (...) fiskeplasser. (...) Men generelt så tror jeg ikke at det er så veldig lett.» (Nils)

Til kontrast beskriver en informant om mangel på tilgjengelighet i kommuner som et hinder for deltakelse: «Jeg har jo vært veldig opptatt av disse her Skjærgårdsparkområdene og sånne ting med toalett og sånn. Det er ingenting av det som er spesielt universelt tilrettelagt. Det har jo kanskje vært et par steder. Men ikke sant en ting er at du kommer deg ut på dass i rullestol. Men du skal jo komme deg ut av den kajakken og er jo avhengig av noen hjelpere et eller annet sted uansett altså. Men det er jo ikke så lett å ha rullestol eller det det er snakk om med seg heller. Krykker kan du vel ha men. His en er flere så er det j o mulig å løse det meste liksom. Men... Det kan nok være ting som er vanskelig visst en bare er alene.» (Albert)

De fleste informantene hadde imidlertid ikke kontakt med pasientene etter at de drar fra institusjonen, og har dermed heller ikke oversikt over hvor mange som fortsetter med padleaktiviteter hjemme. Noen informanter hadde imidlertid fått tilbakemeldinger fra pasienter der en slik tilbakeføring til hjemmet var meget vellykket og gitt økt deltakelse: «...en som satt og gamet, gamet, gamet – det var det han gjorde. Og så begynte han å padle hos oss og fortsatte da han kom hjem. Blitt en viktig del av klubben og er med. Har fått konkrete oppgaver i klubben og er mer fysisk aktiv generelt.» (Noah)

## 8. Diskusjon

Hensikten med dette studiet var å utforske ansatte i spesialisthelsetjenesten sine erfaringer med å tilrettelegge for padleaktiviteter for personer med fysiske funksjonsnedsettelse. Studiens hovedfunn viser at samtlige informanter hevdet at padling kan egne seg for alle mennesker, uansett funksjonshemming. Dette ble synliggjort i studiens overordnede tema «Det meste går an - her». Dette funnet er i tråd med andre studier som viser at padling er en aktivitet som mange kan ha glede av under forutsetning av god tilrettelegging (Atkinson, 2012 & Zeller, 2009). Studiens videre funn synliggjør at god tilrettelegging er en grunnleggende faktor for vellykket deltakelse, der forutsetningene for tilretteleggingen ble utdypet i hovedtemaene «Individuell tilrettelegging med fokus på ressurser» og «Med sikkerhet i høysete». Videre viser funnene at god tilrettelegging kan ha stor betydning for pasientenes deltakelse som ble vist i studiens tredje hovedfunn «Økt deltakelse». Et mer bekymringsfullt funn er at det kan se ut til at respondentene i stor grad fokuserer på tilretteleggingen på egen rehabiliteringsinstitusjon her og nå, men at de har «Begrenset fokus på overføring til hjem», som er studiens fjerde hovedtema. Studiens hovedfunn blir diskutert i det følgende, samt refleksjoner rundt studiens metodologiske svakheter og styrker.

### 8.1 «Individuell tilrettelegging med fokus på ressurser»

Gjennom analysen kom det tydelig frem at en av de viktigste forutsetningene for å tilrettelegge for padleaktiviteter for personer med fysiske funksjonsnedsettelse var å ta utgangspunkt i den enkelte brukers ressurser med fokus på deres muligheter og ikke begrensninger. I praksis innebar dette at informantene la vekt på den enkelte pasientens ressurser og tilrettela på en slik måte at det ble kompensert for begrensningene og dermed mulig for den enkelte å delta. Gap-modellen illustrerer at det ikke er egenskaper ved individet alene som medfører funksjonshemming, men at funksjonshemming kan oppstå i en kontekst (NOU, 2001). Dette innebærer at en individ kan være fysisk funksjonshemmet i noen sammenhenger, men nødvendigvis ikke i alle (Lid & Søbstad 2013; Shakespeare, 2006). Dette samsvarer med foreliggende funn som viser at mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse kan ha mulighet til å delta på lik linje med mennesker uten slike utfordringer gjennom god tilrettelegging. Informantene fortalte at de gjennomførte en individuell kartlegging av den enkelte pasient sin funksjon. Denne kartleggingen inneholdt en vurdering av om pasienten kunne padle selvstendig, samt deres bolstabilitet og balanse i sittende stilling. Funnene viste videre at enkelte informanter ikke så på fysiske utfordringer

som en hindring for padling, men bare noe som stilte større krav til fantasi og god tilrettelegging. Dette samsvarer med Rimmer et al. (2008) og Rimmer & Marques (2012) som hevder at både personlige og miljømessige faktorer kan være viktige faktorer som kan hindre deltakelse for personer med funksjonshemming. Dette er også i tråd med ICF som synliggjør at tilrettelegging av både personlige faktorer og miljøfaktorer kan fremme deltakelse (WHO, 2003). Et interessant funn i foreliggende studie er at informantene mente at en vellykket tilrettelegging i stor grad var avhengig av den enkeltes personlige faktorer som motivasjon, verdier og tidligere erfaring knyttet på friluftsliv. På den andre siden kunne tidligere negative erfaringer, som for eksempel vannskrekk, være en begrensning som førte til at enkelte ikke er motivert til å prøve ut padleaktiviteter.

Tilrettelegging av utstyr kan være en viktig miljøfaktor som kan fremme deltakelse og i tråd med ICF (WHO, 2003). Et meget viktig funn i denne studien er at respondentene i svært liten grad benyttet seg av avansert utstyr i tilretteleggingen. Flere informanter hevdet at de ikke kjente til at det var båter som var laget spesielt for funksjonshemmede, men at de derimot bevisst valgte båttype ut fra brukers behov og hvilke egenskaper den enkelte båttypen har. Dette er i tråd med Zeller (2009) sin brukermanual, hvor ulike båttyper blir beskrevet og synliggjort med bilder av ulike ordinære kanoer og kajaker. Ved å tilrettelegge miljøfaktorer på denne måten på rehabiliterings- institusjoner, kan en få pasienter til å se muligheter for å padle også hjemme fordi de har fått lære om og erfart at det er mulig ved hjelp av tilpasninger (Sjoberg & Jensen, 2011). I samsvar med dette, hevder Saebu (2010) at tilrettelagte fasiliteter og/eller assistanse kan fremmer deltakelse. Analysen viser at informantene også arbeidet med å få deltakerne til å tenke alternativt knyttet til endring av ulike miljøfaktorer. En informant forklarte for eksempel hvordan han veiledet pasienten til å tenke på om det var mulig å endre padlested eller andre praktiske ting som ville gjøre deltakelse mulig uten bistand. Dette er viktig fordi informantene og forskning (Rimmer et al. 2008; Sahlin 2015) viser til at miljøfaktorer kan være til hinder for deltakelse i aktivitet.

På lik linje med et bevisst valg av ordinære båttyper, viser funnene at informantene anvendte lite spesialtilpasset utstyr. De uttrykte derimot at de i sin tilrettelegging var svært kreative og brukte utstyr de hadde for hånden, som for eksempel sykkelslanger for å lage grepsforsterkere. Dette er i samsvar med Zeller (2009) som oppfordrer til å gjøre tilrettelegging for funksjonshemmede enklest mulig og benytte standardutstyr der det lar seg



gjøre. Slike enkle tilrettelegginger er lite ressurskrevende og det kan dermed være enklere å overføre aktiviteten til funksjonshemmedes hjemkommuner og medføre at flere kan padle.

Taylor og McGruder (1996) sin studie viser at blant annet ryggmargsskadde har et stort behov for tilrettelegging når de skal ut og padle. Informantene i vår studie hadde lang erfaring og bredde i forhold til tilrettelegging for ulike funksjonsnedsettelse, blant annet ryggmargsskadde og andre med redusert bolstabilitet. Funnene viser at informantene også her anvendte ulike kreative løsninger, som for eksempel benyttet de sacosekker og stolsete fra plaststol til å støtte opp om bolstabiliteten til pasientene. Informantene var klar over at det fantes spesialutstyr for å sikre slik stabilitet, men de mente at en stabil og ordinær kajakk var den beste løsningen i tillegg til slik kreative løsninger. Funnene indikerer at personell med erfaring og kompetanse velger enkle løsninger og ordinært utstyr hvis de kan. Ansatte på rehabiliteringsinstitusjoner med relevant erfaring vil derfor kunne ha en nøkkelrolle i utprøving og tilpasning av utstyr og bringe informasjon om tilpasningene som er gjort for den enkelte videre til pasientens hjemkommune.

## **8.2 «Med sikkerhet i høysete»**

Informantene understreket at fagpersoner som skal arbeide med tilrettelegging av padleaktivitet må ha høy kompetanse og fokus på sikkerhet. De fortalte at deres arbeidsplasser stilte krav til spesifikk kompetanse innen vannsikkerhet, livredning og førstehjelp. Dette ble utdypet gjennom undertemaene «Personalets kompetanse og trygge rammer» og «Trygging av pasienten».

Funnen viste at samtlige informanter gikk gjennom sikkerhetsrutiner med pasienten før aktiviteten starter. Det var imidlertid ulik praksis hvordan de gjorde dette. Enkelte hadde en leksjon i padling og sikkerhetsrutiner smed pasientene rett før de startet å padle, mens andre prøvde ut aktiviteten i et innendørs basseng først. Å gå gjennom sikkerhetsrutiner inkluderte det å komme seg ut av båten ved velt, der informantene understreket at sikkerheten til pasienten var et grunnleggende fokus slik at pasienten ikke ble sittende fast ved en eventuell velt. Dette er i tråd med Zeller (2009) som vektlegger betydningen av at den funksjonshemmede klarer selv å komme seg opp i båten igjen og også kunne utføre kameratredning. Hvordan en så på spruttrekk som en del av tilretteleggingen varierte mellom informantene. Enkelte fortalte at de ikke benyttet spruttrekk fordi de så dette som et hinder for pasientens trygghet, mens de som benyttet spruttrekk gav en instruksjon i hvordan dette skal løses dersom en veltet. Informantene fortalte at de også ivaretok sikkerheten til pasientene i

valget om den enkelte pasient skulle benytte flytevest eller redningsvest. Redningsvest regnes som mer sikkert fordi den har en krage vil holde pasienten flytende med ansiktet opp. En flytevest gir brukeren en oppreist stilling i vannet og gir ingen støtte til hodet (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2019). Erfaring tilsier at redningsvest alltid benyttes i stedet for flytevest dersom det er usikkerhet om padleren vil klare å svømme til land, eller dersom den enkelte pasient ønsker å bruke det for å øke egen sikkerhet. I samsvar med disse funnene, understreker Zeller (2009) betydningen av et høyt fokus på sikkerhet og kompetanse til den som skal lede padleaktiviteten. Forfatteren påpeker at en skal informere om hva som er risikomoment og at alle padlere har lov til å gå på kompromiss med egen sikkerhet, men ikke sette andres sikkerhet i fare. Dette er viktige prinsipp som informantene i denne studien fremhevet. Funnene identifiserte også at informantene hadde et høyt fokus på sikkerhet ute på vannet. Felles for alle var at de ikke tillot pasientene å ferdes alene på fjorden, at de var med pasientene å padle og at de padlet på trygge steder. Værforhold kan være en miljøfaktor innen ICF (WHO, 2003) som ofte varierer. Alle informantene tok hensyn til været når de valgte hvor de skulle padle. En informant viste til at de hadde egne retningslinjer som inneholdt vurderinger som skulle gjøres i forhold til vindstyrke og retning (pålandsvind), hvor en padlet og temperatur.

Trygging av pasienten kan anses å være et eksempel på å tilrettelegge for en personlig faktor innen ICF (WHO, 2003). Funnene viste at det å bygge trygghet hos den enkelte pasient var en viktig forutsetning for god tilrettelegging. Hindre for at pasientene opplever trygghet kan være personlige faktorer som for lav selvtilitt til å trene på offentlige steder eller holdning om at trening er for vanskelig eller krevende (Rimmer & Marques, 2012). En annen årsak som kan være et hinder er at enkelte med fysiske funksjonsnedsettelse blir overbeskyttet av foreldre eller andre omsorgspersoner (Wilhite & Shank, 2009). Funnene viste at informantene arbeidet bevisst med å trygge pasientene før selve aktiviteten blir utprøvd. Dette gjorde de på ulike måter som for eksempel å muntlig gå gjennom sikkerhetsrutiner, samt informerte om hvor det er tillatt å padle og hva en gjør ved en eventuell velt. Funnene viser videre at informantene også fortsatte med å bygge trygghet når pasienten kom ut på vannet ved at de for eksempel hadde liten avstand mellom pasient og ansatt når en padler og på denne måten formidlet trygghet og kontroll over situasjonen.

Forskning viser at enkelte med fysiske funksjonshemninger mener de ikke kan delta fordi risikomomentene er for store (Atkinson, 2010). På lik linje viser Zeller (2009) til at mange har

en feilaktig antagelse om at padling er en aktivitet forbundet med for stor risiko for de med funksjonsnedsettelse. Funnene viser at enkelte av informantene hadde positiv erfaring med å jobbe med gruppetilnærming for å trygge de som i utgangspunktet ikke vågde å delta på padleaktiviteter. En informant fortalte at hun fikk pasienten med til stedet det skulle padles med å sette pasientene til andre aktiviteter, for eksempel fyre bål. Erfaringen hennes var at de fleste pasientene vågde etter å ha sett at andre pasienter hadde våget og mestret aktiviteten.

### 8.3 «Økt deltakelse»

Funnene viste at informantene opplevde at mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse kunne ha ulikt utbytte av padleaktiviteter. Dette ble utdypet gjennom temaene «Mestring og normalisering» og «Den gode naturopplevelsen».

Funnene identifiserte at samtlige informanter mente det var meget viktig å introdusere pasientene for nye aktiviteter som for eksempel padleaktiviteter for at pasientene skulle få oppleve mestring og dermed stimulere dem til økt deltakelse. Ifølge Wendelborg (2010) er dette viktig fordi fysisk funksjonshemmede som regel er i betydelig mindre aktivitet enn sine funksjonsfriske jevnaldrende. I samsvar med dette hevder Bergem (2012) at deltakelse i fysisk aktivitet kan gi mestringsopplevelser. Norges Padleforbund (2018a) understreker at padling for mange bevegelseshemmede er en ny og annerledes måte å oppleve mestring. Breiskallbakken (2011) sine funn bekrefter også at mestringsopplevelser var noe som motiverte hennes informanter med funksjonshemninger til å delta i padleaktiviteter.

Å prøve ut en ny og ukjent aktivitet etter en endring i funksjonsnivået kan ifølge funnene gi pasientene mulighet til å delta med blanke ark. Det vil si at de kan starte med en aktivitet de tidligere ikke har forsøkt eller kanskje har sett på som uaktuell å drive med.

Rehabiliteringsinstitusjoner kan være en viktig arena for utprøvinger og tilrettelegginger som gjør at pasienten kan starte med nye aktiviteter, eller fortsette med aktiviteter de drev med før funksjonsnedsettelsen oppsto. Funnene viser at flere av informantene hadde erfaringer med at pasienter som har opplevd mestring i utprøving av vannsportaktiviteter kan overføre denne erfaringen til andre arenaer. Dette samsvarer med forskning som viser at friluftsliv kan ha positive læringseffekter, for eksempel knyttet til problemløsning og mestring (Lund, 1996). Mestringsopplevelser kan ha den effekt at det gir en opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og ta kontroll over eget liv (Vifladt & Hopen, 2004).

En informant fortalte hvordan han hadde erfart at mestringsopplevelsen etter gjennomført padleaktivitet hadde førte til en økt selvsikkerhet hos pasientene. De hadde fått en stor mestringsfølelse når de hadde deltatt i en aktivitet de ikke trodde de våget eller mestret. I likhet med dette viste Sahlin (2015) til hvordan deltakelse i sportsaktiviteter gav de med fysisk funksjonshemming økt selvtillit og en følelse av å oppnå noe. Atkinson (2010) viser videre en økende interesse for å introdusere padling til funksjonshemmede med mål om at de skal få økt sin deltakelse og livskvalitet.

Samtlige informanter hevdet at padling er en aktivitet der flere med fysiske funksjonsnedsettelse har mulighet til å delta på lik linje med funksjonsfriske. En informant påpekte at mange først begynner å padle i voksen alder og der er et sosialt miljø en kan delta i. Dette er et funn av interesse fordi tiden på rehabiliteringsinstitusjoner handler om å ta noen nye veier i livet, finne nye fritidsaktiviteter, nye venner, nye miljø, der padling synes å være en egnet aktivitet for dette. Forskning viser at utøvelse av friluftsliv ofte skjer sammen med andre mennesker der den sosiale faktoren ved friluftsliv knyttet til samarbeid, kommunikasjon og vennskap er svært viktig (Strumse & Aarø, 1998; Tellnes, 2004). Informantene understrekte også at det å delta i aktivitet som er skapt i fellesskap med andre kan gi gode opplevelser som en kan dele med andre i ettertid, uavhengig av funksjonsnivå. Et eksempel på dette er Valnesfjord Helse- og idrettsenter sine friluftslivsopphold (Valnesfjord u.å.) Målet med disse oppholdene er å vise hvilke muligheter som finnes for å kunne øke deltakelse i friluftslivsaktiviteter, inkludert padleaktiviteter, uavhengig av funksjonsnivå. Dette samsvarer med forskning som viser at personer med funksjonsnedsettelse som deltar i organisert sport blant annet har økt livskvalitet og bedre mulighet for å delta i lønnet arbeid enn de som ikke er aktive (Sahlin 2015).

Funnene viser at informantene ikke bare introduserer padling for pasientene for å fremme pasientenes deltakelse, men også fordi padling er en god måte å komme seg ut i naturen og gi pasientene gode naturopplevelser. Dette samsvarer med forskning som viser til at 73 rehabiliteringsinstitusjoner (73%) systematisk benyttet seg av aktiviteter i naturen som en del av deres rehabiliteringsopplegg. Forskingen viser at pasientene setter stor pris på bruk av friluftslivsaktiviteter, der 38% av institusjonene brukte båt, padle og roturer som en del av sitt friluftslivstilbud (Morstad, 2011).

Informantene hadde også erfaringer med hvordan det å være i naturen hadde bidratt til å gi pasientene sanseopplevelser, endringer av fokus og gitt en «frikopling» fra sin

sykdomssituasjon. Dette samsvarer med Breiskalbakken (2011) som viste at naturopplevelsen sto svært sentralt for informantene, som hadde fysiske funksjonsnedsettelse, sin opplevelse av vitalitet og velvære. Forskning viser også at naturopplevelsen er viktig for individers oppfatning av egen kropp og helse, der det å være i, eller se, naturen kan medføre at mennesker kommer seg raskere etter sykdom eller skade (Fugelli og Ingstad, 2001). Tilsvarende viser Bischoff et al. (2007) at naturopplevelsen en får gjennom friluftsliv har en viktig og helsefremmende effekt.

Studien synliggjør at enkelte av informantene også brukte naturopplevelsen som en undervisningssituasjon, som for eksempel oppmerksomhetstrening der det trekkes linjer mellom det pasientene erfarer der og da og deres livssituasjon. Dette er interessante funn fordi det viser at en kan bruke naturopplevelsen til å mestre en vanskelig livssituasjon, som for eksempel det å leve med smerter. Dette samsvarer med forskning som viser at friluftsliv kan ha viktige og positive læringseffekter, for eksempel knyttet til opplevelser av verdier, problemløsning og mestring (Hobbelstad 2004; Lauman 2004; Lund 1996).

#### **8.4 «Begrenset fokus på overgang til hjem»**

Funnene viser at når ansatte la en innsats ned i å introdusere pasientene for vannsportaktiviteter var det ofte med et håp om at de skulle fortsette med aktiviteten etter at de kom hjem. Enkelte av informantene hadde fått tilbakemelding fra pasienter der dette var vellykket, men de fleste informantene hadde ikke kontakt med pasientene etter at de hadde dratt hjem. De hadde derfor ikke informasjon om pasienten hadde fortsatt med padling etter at de kom hjem. Funnene viste at enkelte av informantene på eget initiativ tok kontakt med lokale padleklubber. Dette er et interessant funn fordi det synliggjør at informantene i liten grad arbeidet eller hadde fokus på overføring av padleaktiviteter til hjemkommunene. På en annen side viste en av informantene til erfaring med at lokal klubb la til rette når informanten gjorde dem oppmerksom på hva som var behovet. Noen av informantene hadde også erfart at enkelte lokale klubber hadde et tilbud for mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse. I kontrast til disse positive erfaringene, hadde andre informanter erfart at overføring til lokale klubber kunne være meget utfordrende. Forskning viser at deltakelse i sportsaktiviteter kan ha stor betydning for de med fysiske funksjonsnedsettelse (Sahlin 2015). Dette synliggjør at det er viktig at helsepersonell på rehabiliteringsinstitusjoner gjør seg kjent med hvor disse tilbudene finnes for å kunne skape en smidig overgang fra tilrettelagte aktiviteter i spesialisthelsetjenesten til pasientenes hjemkommuner.

Samtidig viser funnene fra foreliggende studie at ingen av informantene hadde erfaring med fysisk tilrettelegging for padleaktiviteter i den enkelte pasient sitt hjemmemiljø. Denne overføringen kan imidlertid være en utfordring fordi de fleste kommuner ikke har et «mottaksapparat» med den kompetansen som kreves. Funnene viser at informantene så forskjellig på hvem som kan være aktuelle å kontakte i kommunen. Lokale padleklubber, Frisklivssentraler, NIF, og fysio/ergoterapeuter var forslag til kontaktpersoner som informantene nevnte. Dette synliggjør at det er flere mulige kontakter når en skal overføre en pasient til hjemkommuner. Hvem som er aktuelle vil kunne variere i forhold til hva som finnes av tilbud i den enkelte kommune.

Norges Padleforbund har som mål om å være premissgiver for padling uavhengig av alder, nivå og funksjon. Å være premissgiver vil si at de skal ha kunnskap om tilrettelegging, hvor det allerede er tilrettelagt miljøfaktorer og kunne bidra med å bygge denne kompetansen lokalt (Norges Padleforbund, 2018a). Lokale klubber har ofte utlån av utstyr for medlemmer. Til tross for dette viste enkelte av informantene til at det å overføre til lokale klubber kunne være utfordrende. Funnene viser at informantene jobbet pasientsentrert på institusjonene og hadde lite fokus på overføring til hjemkommunen eller lokale padleklubber. Behovet for bistand som den enkelte med fysisk funksjonshemming har behov for ble nevnt som største hinder for deltakelse i hjemkommunen. Funnene tilsier at dette ikke trenger å bli en utfordring dersom en har fått erfaring med at padling er en aktivitet som en kan fortsette med uten spesiell tilrettelegging. Da kan ansatte på rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten, slik informantene viser til, bistå pasienten med å få tak i rett ordinært utstyr og informere om hvilke lokale tilbud som finnes. Samtidig viser funnene at utfordringen fremdeles er tilstede når det ikke er mulig å for en person å padle uten at det blir gitt bistand. For eksempel dersom en kun mestrer å padle i tandemkajakk hvor det trengs to for å få fremdrift. En årsak til dette kan ifølge funnene være at mange klubber drives av friluftsentusiaster som er med i en klubb for å padle selv og derfor kan en ikke ta som en selvfølge at en som trenger bistand blir inkludert. Erfaring tilsier også at mange kjøper egen kajakk og padler på egenhånd, eller med venner, uten at de er medlem i en klubb. I følge O'Connell (2010) er antall som padler økende. Det vil si at det er økende mulighet for at en i nærmiljøet vil kunne finne noen å padle sammen med. Dette samsvarer med erfaringen fra friluftslivsoppholdene på Valnesfjord Helseportsenter. Der gav pasientene etter endt opphold friluftslivsopphold tilbakemelding om at de ser muligheter for å kunne padle i hjemkommunen fordi på grunn av de har fått lære om og erfart at ved tilpasninger så er det mulig (Sjøberg & Jensen, 2011).

Funnene viste videre at mye av tilretteleggingen handler om valg av rett type båt som er i ordinær handel. Ordinært utstyr regnes ikke som hjelpemiddel og kjøp av ordinær kajakk/kano dekkes derfor ikke av folketrygden (NAV, 2013). Dersom en pasient velger å kjøpe egen kajakk/kano vil det medføre en kostnad. Forskning viser at kostnad er et eksempel på en miljøfaktor som kan være hemmende for deltakelse i kajakkpadling dersom den enkelte må kjøpe egen kajakk/kano (Rimmer et al., 2008). I motsetning til dette viser Sahlin (2015) til at tilgang på hensiktsmessig utstyr er med på å fremme deltakelse for personer med fysisk funksjonsnedsettelse. En måte å få tilgang til kajakk eller kano er å tegne medlemskap i en padleklubb. Da får en som regel tilgang til å låne kajakk som eies av klubbene. Da kan det være en fordel at de har lært på rehabiliteringsinstitusjonene at de kan padle uten spesialutstyr. Funnen viser at mange tilrettelegginger kan utføres med enkle tiltak som for eksempel brukte sykkelslanger, noe som lett kan videreføres også dersom en låner en standard kano eller kajakk. I enkelte kommuner har Frisklivssentraler og BUA (Norsk Friluftsliv, 2016) kano og kajakk til gratis utlån.

Det er imidlertid lite nytte i å få låne utstyr dersom en ikke klarer å komme seg ut på vannet. En informant forteller at han har erfart at tilgjengeligheten til vannet kan være et stort hinder for padling for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse i enkelte kommuner fordi miljøfaktorer ikke er tilrettelagt. Informanten beskrev paradokset med at Skjærgårdsparker kan være tilrettelagt med handikaptoalett, men at disse ikke er tilgjengelige dersom du kommer padlende og ikke har med krykker eller rullestol i båten. Erfaring viser at det er laget prototyper på bryggeløsninger som skal gjøre det enklere for de med nedsatt funksjonsnivå å komme inn og ut av båter. Flere av informantene nevnte at de hadde spesiallagde brygger på rehabiliteringsinstitusjonene for å gjøre adkomst i kajakk og kano enklere for mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse. Om kommuner satser på å få spesialbrygger, vil dette skape økt tilgjengelighet og mer fysisk aktivitet for flere.

Funnene viser at informantene hadde et høyt fokus på tilrettelegging for padleaktiviteter på egen institusjon, men at få ansatte hadde erfaring med å opprette lokal kontakt for å forberede hjemkomsten slik at pasientene kunne videreføre padling hjemme. Flere hadde tanker om hva som kunne gjøres, men at det i stor grad ble opp til den enkelte pasient å videreføre aktiviteten hjemme. Dersom målet med å introdusere pasientene for padling er at den skal videreføres lokalt kan en stille spørsmål med om ansatte på rehabiliteringsinstitusjoner burde hatt en mer aktiv rolle i videreføring av aktiviteten.

## 8.5 Relevans for klinisk praksis og anbefalinger til videre forskning

Studiens hovedfunn er at informantene mente at vannsport egner seg for alle, uansett funksjonshemming. Dette er et funn som også tilsier at mange kan ha glede av padleaktiviteter og at det er et stort potensiale for å benytte disse aktivitetene i større grad. Funnene viser videre at informantene i stor grad benyttet seg av standard utsyr med enkel tilrettelegging. Slik tilrettelegging er lite ressurskrevende og målet er at det med tilretteleggingen er at det skal være enkelt for pasienten å videreføre etter endt rehabiliteringsopphold.

Studiene viser videre at de ansatte har høyt fokus på sikkerhet. Dette gjelder bruk av sikkerhetsutstyr, kompetanse innen redning og at de har kunnskap om miljøfaktorer som vær og vind. De ansatte har også stort fokus på trygging av pasientene. Padling vil alltid innebære en sikkerhetsrisiko i seg selv fordi den foregår på vann. Det er et positivt funn at det finnes kompetanse om sikkerhet og rehabiliteringsinstitusjonene både ansatte og pasienters sikkerhet på alvor i utførelse av padleaktiviteter.

Å kunne oppleve mestring, være aktiv og delta på lik linje med andre er utbytte de ansatte hadde erfart at pasienten hadde med vannsportaktiviteter. Funne viser at padleaktiviteter er en aktivitet der en kan oppleve sosialt fellesskap, normalisering og økt selvtillit. Padleaktiviteter gir dermed mulighet for mange positive erfaringer for de med fysisk funksjonsnedsettelse. Denne studien har sett på erfaringene for de som tilrettela for disse opplevelsene. Det viser at det er behov for ytterligere kunnskap om bruk av padleaktiviteter sett fra pasientenes side.

Tidligere forskning og denne studien tilsier at bruk av naturen og friluftslivsaktiviteter er et viktig verktøy som mange pasienter etterspør og verdsetter høyt. Samtidig er det et kunnskapsgap i forhold til om det finnes en effekt av disse tiltakene som bør undersøkes nærmere. En av årsakene til at dette er viktig er at det er en økende bruk av friluftsliv og naturopplevelser som ledd i en rehabiliteringsprosess ved flere institusjoner i Norge, men er det produsert lite forskning på effekten (Bischoff et al., 2007). Et forslag er derfor at det oppfordres og legges til rette for forskning innen feltet. Forskningskunnskap om effekten av padleaktiviteter for de med fysisk funksjonsnedsettelse er så å si fraværende i Norden/Europa. Dette viser et kunnskapsgap med mange muligheter for videre forskning.

Handlingsplan for Friluftsliv (2018) understreker tre behov: a) etablere kompetansemiljøer som skaper erfaring og b) sprer sin kompetanse om verdien av å bruke fysisk aktivitet og



friluftsliv i behandlingen og c) etablerer faglige retningslinjer og veiledere som kan understøtte bruk av friluftaktiviteter

I tråd med handlingsplanen viser studien at det finnes mye erfaring og kompetanse med tilrettelegging for padling personer med ulike typer fysisk funksjonsnedsettelse på de aktuelle rehabiliteringsinstitusjonene. Samtidig synliggjør studien et behov for deling av kompetansen og etablering av faglige retningslinjer og veiledere. En mulighet er at en bygger på allerede eksisterende kompetansemiljø når veiledere og retningslinjer skal utformes. Det kan være fordel å ha et nasjonalt kompetansesenter. Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter jobber med å øke sin kompetanse for å bli et ledende senter for tilrettelagte aktiviteter på sjø for fysisk funksjonshemmede. Padleaktiviteter er en av aktivitetene dette senteret har kompetanse på å tilrettelegge for.

Et eksempel på kompetansedeling, som også er et mål gjennom DELTA 2022 prosjektet, er å lage undervisningsmoduler om aktivitetshjelpemidler og tilrettelegging av sportsaktiviteter inn på utdanningsinstitusjonene. Da vil en på idrettsstudier og profesjonsutdanninger (fysio- og ergoterapeuter) gi en innføring i aktuelle aktivitetshjelpemidler og tilretteleggingsmuligheter for blant annet padleaktiviteter. Dette vil gi en generell kompetanse til studenter som vil bli ansatt på ulike steder. Studentene vil da også få kunnskap om hvor de kan finne kunnskap dersom de skulle få bruk for det i en fremtidig arbeidshverdag.

Studien viser også at når de ansatte introduserte pasientene for padleaktiviteter var det ofte med et håp om at pasientene skulle fortsette med aktiviteten etter at de kom hjem. Samtidig viser funnene at det blant de ansatte lite fokus på å overføre padleaktiviteten til hjemkommunen. Studien viser ikke om pasientene faktisk benytter seg av tilretteleggingen etter endt rehabiliteringsopphold. Dette synliggjør et behov for forskning på om pasientene faktisk benytter seg av den tilretteleggingskunnskapen de har fått når de kommer hjem. Dette viser at det er et kunnskapsgap i forhold til om pasientene fortsetter med aktiviteten etter hjemkomst. Det vil være aktuelt å forske videre på hvorfor, eller hvor ikke de har fortsatt å padle. Dette for å kunne spisse tilbudene innen vannsportaktiviteter på rehabiliteringssentrene bedre.

En mulighet er også at ansatte på rehabiliteringsinstitusjonene kjører padlekurs, i tråd med kompetansestigene til padleforbundet for de med fysisk funksjonshemmede. Et annet alternativ er at de ansatte på rehabiliteringsinstitusjonene som har erfaring fra feltet lager og kvalitets

sikrer et eget kurs. Dette for å dele deres kunnskap om tilrettelegging for padleaktiviteter til ansatte kommunalt, i frivillig sektor og ansatte på rehabiliteringsinstitusjoner. Dette er en mulig måte å øke tilretteleggingskompetansen for flere innen feltet og samtidig få nyttet den kompetansen dette studiet har bekreftet av finnes om tilrettelegging av padleaktiviteter for de med fysiske funksjonsnedsettelse.

## **8.6 Metodiske betraktninger**

Denne kvalitative studien, har som alle andre studier, selvsagt sine metodologiske styrker og svakheter. Aktuelle styrker og svakheter er viktig å belyse, og det vil bli gjort i dette kapitlet. I studie ble det brukt kvalitativ design inspirert av fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon. Kandidaten søkte ansatte ved rehabiliteringsinstitusjoner sin forståelse og erfaring med tilrettelegging av padleaktiviteter for de med fysisk funksjonshemming og fortolket det i lys av konteksten. Forskningsspørsmålet inneholdt opplevelsesaspektet som er innen kvalitativ og fenomenologisk forskningstradisjon. Det kvalitative forskningsintervju er benyttet fordi det er hensiktsmessig for å søke kunnskap om, og forstå intervjuobjektene opplevelser og mening.

I kvalitative studier undersøker en typisk små utvalg, med et ønske om å komme i dybden og skaffe rikholdig informasjon om et fenomen (Malterud, 2011). Studiet inneholder 9 intervju av ansatte ved 7 ulike rehabiliteringsinstitusjoner der utvalget besto av dobbelt så mange menn (6 personer) i forhold til kvinner (3 personer) i alderen 29 – 52 år. Samstundes kan en tenke at det ikke er kjønns- og aldersforskjeller som er av størst interesse knytta til den aktuelle problemstillingen i studien (Malterud, 2011). Deltakere ble rekruttert fra alle helseregionene, med unntak av Helse Midt Norge. Det er en styrke at alle informantene hadde lang erfaring med tilrettelegging og deres erfaring med ulike typer funksjonsnedsettelse. En av styrkene til studiet er at en i datainnsamling fikk et utvalg med stor bredde. Deltakerne i denne studien hadde stor og variert erfaring (tabell 1 s.36). Et slikt variert utvalg øker sannsynligheten for at funnene vil reflektere ulike perspektiv, noe som er et viktig krav i kvalitativ forskning (Malterud, 2011). En annen styrke er at utvalget representerte variert kunnskap for å få relevant kunnskap og gav tilstrekkelig materiale til å belyse problemstillingen og oppnå data saturasjon. Saturasjon ble oppnådd fordi kandidaten erfarte at til tross for informantenes ulike erfaringer med forskjellige pasientgrupper var informasjonen om tiltakene de iverksatte ganske lik. Det vil si at lite ukjent informasjon ble tilført ved siste intervju. Ingen av informantene valgte å trekke seg underveis. 9 intervju er et tilstrekkelig

utvalg for en kvalitativ studie, men samtidig et lite utvalg tatt oppgaven sitt omfang i betraktning (Malterud, 2011).

En styrke ved studiet er at intervjuguiden ble testet ut på en person på forhånd, noe som medførte at enkelte av spørsmålene ble spisset og endret. Et kvalitetskriteriet for intervju er ifølge Kvale og Brinkmann (2009) i hvilken grad spørsmålene følges opp fra intervjuerens side. En svakhet er at det er første gang kandidaten har gjennomført kvalitative intervjuer. Kandidaten har vært i en læringsprosess og blitt mer erfaren underveis fra første til siste intervju. Kandidaten opplevde å bli tryggere i intervjusituasjonen og hadde erfaringer med hva tidligere informanter hadde svart og fikk dermed økt evne til å stille utdypende spørsmål. Det at kandidatens kunnskap økte underveis kan ha vært med å berike materialet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Datainnsamling ble gjennomført ved at alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og ordrett transkribert. Kandidaten transkriberte selv alle intervjuene. Lydkvaliteten var god, så ingen data «falt ut». I intervjuene kom det fram innholdsrike skildringer som gav et godt utgangspunkt for analyse og diskusjon av data. Kandidaten kan likevel ikke være sikker på at alle relevante erfaringer og synspunkter kom frem. Resultatene i denne studien presenteres med mange sitater som viser både likheter og divergerende utsagn, og det har vært sentralt å gjengi beskrivelsene også for å vise kandidaten har holdt seg nær informantenes opprinnelige beskrivelser. En utfordring for kandidaten var at det ene intervjuet måtte gjennomføres to ganger fordi kandidaten klarte å slette det før det var transkribert. Nytt opptak ble gjennomført innen kort tid. Det var en fordel, fordi kandidaten husket noen av svarene, og dermed var i stand til å stille oppfølgingsspørsmål for å få utdypet tema som ble snakket om første gang.

ICF ble valgt som teoretisk rammeverk fordi den benyttes aktivt innen rehabiliteringsfeltet. Den skaper en ramme for å forstå det som studeres; helsepersonell i spesialisthelsetjenesten sine erfaringer (Malterud, 2011). Kandidaten har fulgt Malteruds analysemetode STC, inspirert av Giorgi, som er en deskriptiv analysemetode. Den er aktuell for å få frem beskrivelser av et fenomen, noe som er i tråd med fenomenologisk tradisjon (Malterud, 2011).

Bruk av STC som analysemetode sikret en grundig bearbeiding av datamaterialet, og var god strukturert metode for kandidaten å benytte. Ifølge Malterud (2011), grunnleggeren av STC, er denne framgangsmåten enkel å bruke for nybegynnere og den har fått positiv respons

vedrørende brukervennlighet, gjennomførbarhet, gjennomsiktighet og intersubjektivitet. Analysen var en møysommelig og svært tidkrevende prosess, men den gav til gjengjeld god oversikt over materialet, og endte ut i en gjennomarbeidet tematisk struktur med tanke på det innholdsmessige.

Reliabilitet henviser til hvor pålitelige resultatene er (Kvale & Brinkmann, 2009). Kandidaten har vært åpen og redegjort for metodiske valg og gjennomførelse av studien. Videre har kandidaten vært åpen om forforståelsen, og bevisst hvordan forforståelsen kunne påvirke gjennom hele forskningsprosessen.

Intern validitet handler om å stille spørsmål ved om forskningsspørsmålene har relevans i forhold til å bringe ny kunnskap i feltet, om den metodiske fremgangsmåten for å få svar på disse er relevante og om analysemetoden er et relevant valg i forhold til type forskningsmateriale i studien (Malterud, 2011). Kandidaten har så langt ikke funnet andre studier av helsepersonellgrupper som undersøker erfaring med tilrettelegging av padleaktiviteter for de med fysiske funksjonsnedsettelse og mener at forskningsspørsmålene var relevante for å tilføre ny kunnskap til området. Tidligere forskning støtter imidlertid enkelte sentrale funn i denne studien. Et eksempel er at funn og teori støtter at padling er en egnet aktivitet for de med fysiske funksjonsnedsettelse og at en med enkle tilpassinger muliggjør deltakelse i padleaktiviteter for de fleste.

Resultat fra kvalitative studier kan ikke generaliseres. Det som er mer sentralt og av interesse, er om resultatene overførbare og troverdige, og i hvor stor grad resultatene er kontekstbundne (Malterud, 2011). Den eksterne overførbareheten styrkes fordi studien har et variert utvalg, med informanter med ulike erfaringsbakgrunn og at datautvalget ble oppnådd.

## 9. Konklusjon

Hensikten med dette studiet var å finne ut hvilke erfaringer helsepersonell hadde med tilrettelegging av padleaktiviteter for pasienter med fysiske funksjonsnedsettelse.

Hovedfunnene oppsummeres på følgende måte:

Resultatene viser et overordnet tema med fire hovedtema. Studiens overordnede tema «Det meste går an – her» synliggjorde at samtlige informanter mente at vannsportaktiviteter kan egne seg for alle mennesker, uansett funksjonshemming. I studiens første hovedtema ble det «Individuell tilrettelegging med fokus på ressurser» ble det synliggjort at god tilrettelegging er en grunnleggende faktor. Det kom det tydelig frem at en av de viktigste forutsetningene for å tilrettelegge for padleaktiviteter var å ta utgangspunkt i den enkelte brukers ressurser med fokus på muligheter og ikke begrensninger. I praksis vil de si at informantene la til rette på en slik måte at det ble kompensert for begrensningene og dermed mulighet for den enkelte å delta. I studiens andre hovedtema «Med sikkerhet i høysete» understrekte informantene at fagpersoner som skal arbeide med tilrettelegging av padleaktiviteter må ha høy kompetanse og fokus på sikkerhet. Informantenes arbeidsplasser stiller også krav til spesifikk kompetanse innen vannsikkerhet, livredning og førstehjelp for deres ansatte. Studiens tredje hovedtema «Økt deltakelse» viser at informantene mente det var meget viktig å introdusere pasienter for nye aktiviteter. Deres hensikt med for eksempel padleaktiviteter var at pasienten skulle få opplevde mestring og dermed stimuleres til økt deltakelse. Et annet funn viste at flere av informantene hadde erfaring med hvordan det å være i naturen for pasienter har bidratt til sanseopplevelser, endring av fokus og gitt en «frikopling» som kan ha en helseeffekt. Studiens fjerde hovedtema «Begrenset fokus på overgang til hjem» viser at når ansatte la en innsats ned i å introdusere pasientene for vannsportaktiviteter var det ofte med et håp om at de skulle fortsette med aktiviteten lokalt. Samtidig identifiserer funnene at de ansatte har stort fokus på hva som skjer på rehabiliteringsinstitusjonen, men et kunnskapsgap i forhold til hva som faktisk skjer etter at pasientene er reist hjem.

Resultatene viser at rehabiliteringssentrene har bred kompetanse på tilrettelegging av vannsportaktiviteter. Ansatte på rehabiliteringsinstitusjoner med relevant erfaring vil derfor kunne ha en nøkkelrolle i utprøving og tilpasning av utstyr for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse, men studien viser at de også bør ha mye større fokus på å bringe

informasjon om tilpasningene som er gjort for den enkelte videre til pasientens hjemkommune slik at de kan fortsette med padling hjemme.

## Litteraturliste

American Canoe Association (2018) *Paddeler's safety checklist* Hentet fra [https://cdn.ymaws.com/www.americancanoe.org/resource/resmgr/seieducational\\_resources/Paddlers\\_Checklist\\_FINAL.pdf](https://cdn.ymaws.com/www.americancanoe.org/resource/resmgr/seieducational_resources/Paddlers_Checklist_FINAL.pdf)

Arbeids og sosialdepartementet. (2003). *Nedbygging av funksjonshemmedes barrierer* (Meld.St.nr. 40 2002-2003) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-40-2002-2003-/id197129/sec1>

Arve, S., Lavonius, S., Savikko, N., Lehtonen, A.H. & Isoaho, H.. (2009). *Social functioning and survival: A 10-year follow-up study*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 48(2), 137-141.

Atkinson, T. (2010) *Innovative program idea. Adaptive kayaking for persons with physical disabilities*. I American Journal of Recreation Therapy, 2010 Spring:9(2), 7-12

Bergem, S. (2012) *Aktivitetshjelpemidlers betydning for fysisk aktivitet og deltakelse for barn og unge med fysisk funksjonsnedsettelse*. I Ergoterapeuten 04.12, 24-29

Berger, P., Wiik, F., & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget Bergen

Bischoff, Annette, B. & Odden, Alf, O. (2002). *Nye trender i norsk friluftsliv : Utvanning eller forsterkning av gamle mønstre og idealer*. Utgiver: Friluftslivets Fellesorganisasjon Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2437824>

Bischoff, A., Marcussen, J.C. & Reiten, T. (2007). *Friluftsliv og helse. En kunnskapsoversikt*. Institutt for idrett og friluftslivsfag. Bø: Høgskolen i Bø

Breiskallbakken, H. M. (2011). *Hva motiverer fysisk funksjonshemmede til å delta i konteksten tur- og mosjonspadling? Erfarne padleres meninger, opplevelser og erfaringer, sett i lys av selvbestemmelsesteorien*. (Masteravhandling, Norges Idrettshøgskole) Hentet fra [https://nih.brage.unit.no/nih-xmlui/bitstream/handle/11250/171609/MAS\\_H\\_M\\_Breiskallbakken.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://nih.brage.unit.no/nih-xmlui/bitstream/handle/11250/171609/MAS_H_M_Breiskallbakken.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Breivik, G. & Rafoss, K. (2012). *Fysisk aktivitet omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet: En oppdatering og revisjon*. Oslo: Norges idrettshøgskole Høgskolen i Finnmark.

Brevik, S. M. (2019, 6.Februar) *3 av 10 funksjonsfriske driver idrett, men bare 0,5 prosent med funksjonsnedsettelse gjør det samme*. Hentet fra [https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/VRApdr/3-av-10-funksjonsfriske-driver-idrett\\_-men-bare-0\\_5-prosent-med-funksjonsnedsettelse-gjor-det-samme](https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/VRApdr/3-av-10-funksjonsfriske-driver-idrett_-men-bare-0_5-prosent-med-funksjonsnedsettelse-gjor-det-samme)

Coon, J.T, Boddy, K, Stein, K, Whear, R., Barton, J. & Depledge, M. (2011). *Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review*. I Journal of Epidemiology and Community Health, 65(Suppl 2), A38-A38.

Davis S, Madden S. (2006). *The International Classification of Function and Health*. I Davis S, editor. Rehabilitation The use of theories and models in practice: Elsevier Limited; 2006. p. 23-45.

Dervo, B.(red.), Kind, B., Skår, M., Køhler, B., Øian, H., Vistad, O., Andersen, O., & Gundersen, V. (2014). *Friluftsliv i Norge anno 2014 - status og utfordringer* (Vol. 1073, NINA rapport (online)). Lillehammer: Norsk institutt for naturforskning.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2019, 22.mars). *Redningsvest eller flytevest?* Hentet fra <https://www.sikkerhverdag.no/trygge-produkter/klar-og-utstyr/redningsvest-eller-flytevest/>

Dowling, M. (2007). *From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches*. I *International Journal for Nursing Studies*, 44, 131-142.

Drangsholdt, K. (2005). *Utfordringer om friluftsliv og folkehelse. I rapport fra konferansen Forskning i friluft*. (s. 157- 161). Røros. Hentet fra <https://www.norskfriluftsliv.no/wp-content/uploads/2015/01/1387-UTFORDRINGER-OM-FRILUFTSLIV-OG-FOLKEHELSE-Kjetil-Drangsholt.pdf>

Espeland, M. (2005). *Friluftsliv en ressurs for bedre helse?* I rapport fra konferansen *Forskning i friluft*. (s. 168- 170). Røros. Hentet fra <https://www.norskfriluftsliv.no/wp-content/uploads/2015/01/1373-FRILUTTSLIV-EN-RESSURS-FOR-BEDRE-HELSE-Marit-Espeland.pdf>

Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). *Helse - slik folk ser det*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 121(30), 3600-3604.

Gadamer, G. H. (1989). *Truth and Method* (2 ed.). London: Sheed and Ward.

Gabrielsen, L.E. & Fernee, C.R. (2014). *Psykisk helsearbeid i naturen - friluftsliv inspirert av vår historie og identitet*. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, (04), 358-367.

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

Grue, J. (2012). *Funksjonshemning som begrep og fenomen – fysiologiske eller politisk-sosiale forklaringsmekanismer?* I Solvang, P. K. & Slettebø, Å.(Red.) *Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. (1.Utgave, 84-96) Oslo: Gyldendal Forlag Rehabilitering Red: Solvang og Slettebø

Grut, L. (2005). *Helse, mestring, naturopplevelse : Friluftsliv som et ledd i forebyggende og helsefremmende arbeid for personer med kroniske lidelser* (Vol. STF78 A054503, SINTEF rapport (SINTEF. Helse. Levekår og tjenester)). Oslo: SINTEF Helse.

Heath, G.W. & Fentem, P.H. (1997). *Physical activity among persons with disabilities – a public health perspective*. I *Exercise Sport Science Review*, 25, 195-234

Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Oxford: Basil Blackwell.

Helsedirektoratet. (2009). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator Tjenestetilbudet - habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten* Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=tjenestetilbudet-habilitering-og-8194>

Helsedirektoratet. (2018). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* Hentet fra



<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. (Meld. St. nr. 21 1998-99). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/sec1>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Sammen for fysisk aktivitet: Kortversjon*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007-2008). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. (Særtrykk av St.prp. nr 1 (2007-2008) kapittel 9 Hentet fra <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/S%C3%A6rtrykk%20av%20St.prp.nr.1%20kapittel%209.pdf>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om rehabilitering, habilitering, individuell plan og kordinator*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_2)

Helse og omsorgsdepartementet. (2012.) *Forskrift om Rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_1) (23.22.2018)

Helse og omsorgsdepartementet. (2014, 24.November) *De regionale helseforetakene*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>

Helse og Omsorgsdepartementet. (2018, 20.Juli) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

Husserl, E. (1970). *The Idea of Phenomenology*. The Netherlands: Springer Netherlands

Kampman, M., Wilsgaard, T., & Mellgren, S. (2007). *Outdoor activities and diet in childhood and adolescence relate to MS risk above the Arctic Circle*. I *Journal of Neurology*, 254(4), 471-477.

Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: a psychological perspective*. Ann Arbor, Michigan.: Ulrich's Bookstore. XII

Khrone, K. & Bergland, A. (2012) Rehabilitering for en god alderdom. I Solvang, P. K. & Slettebø, Å.(Red.) *Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. (1.utgave, 232 – 248) Oslo: Gyldendal Forlag

King, L. & Horak, F. (2009). *Delaying mobility disability in people with Parkinson disease using a sensorimotor agility exercise program*. I *Physical Therapy*, 89(4), 384-393.

Kissow, A.M. & Klasson, L. (2018). *Deltakelse for barn og unge med nedsatt funksjonsevne, med særlig fokus på deltakelse i fysisk aktivitet*. Rapport nr. 1 2018 – En

systematisert kunnskapsoversikt. Valnesfjord Helsessportsenter: Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse

Kjeken, I. (2003). *ICF – rammeverk i rehabilitering*. Hentet fra <https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2FFiles%2F Fagartikler%2FIngvild-Kjeken-ICF.pdf>

Klima og Miljøverndepartementet. (2001). *Friluftsliv— Ein veg til høgare livskvalitet*. (Meld. St. nr. 39 2000-2001). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-39-2000-2001-/id194963>

Klima og Miljøverndepartementet. (2016). *Friluftsliv Natur som kilde til helse og livskvalitet* (Meld. St. 18 2015-2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/9147361515a74ec8822c8dac5f43a95a/no/pdfs/stm201520160018000dddpdfs.pdf>

Klima og Miljødepartementet. (2018). *Handlingsplan for friluftsliv. Natur som kilde til helse og livskvalitet*. Hentet fra <https://fido.nrk.no/d1bc5cd305029703d21fc37c04772ee106e18255469ea0664181fdb21356e564/Handlingsplan%20for%20friluftsliv%202018.pdf>

Koch, T. (1999). *An interpretative research process: revisiting phenomenological and hermeneutical approaches*. I *Nurse Researcher*, 6(3), 20-34.

Kornhuber, H.H. (2004). *Prevention of dementia (including Alzheimer's disease)*. I *Gesundheitswesen* May; 115(5):928-34.

Kurtze, N., Eikemo, T., & Hem, K. (2009). *Analyse og dokumentasjon av friluftslivets effekt på folkehelse og livskvalitet* (Vol. A11851, Rapport (SINTEF. Teknologi og samfunn. Helsetjenesteforskning)). Oslo: SINTEF.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lauman, K. (2004). *Restorative and stress-reducing effects of natural environments: experiential, behavioural and cardiovascular indices*. Research Centre for Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen

Lid, I., & Søbstad, R. (2013). *Universell utforming : Verdigrunnlag, kunnskap og praksis*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Lucas, S.R & Platts-Mills, T.A.E. (2005). *Physical activity and exercise in asthma: Relevance to etiology and treatment*. I *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 115(5), 928-934.

Lui, K.C. & Hui, S. (2009). *Participation in and adherence to physical activity in people with physical disability*. I *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 27(1), 30-38.

Lund, M. (1996). *Barn med astma og mestringsopplevelser i friluftsliv: Deltagende observasjon og intervju benyttet for å få et innblikk i mestringsopplevelser hos barn med astma* (Hovedfagsoppgave, Norges Idrettshøgskole)

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget

Malterud, K. (2012). *Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis*. I *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805.

Miljøverndepartementet. (1987). *Om friluftsliv* (Meld.St. 40 1986-1987). Hentet fra [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=198687&paid=3&wid=c&psid=DIVL483&pgid=c\\_0325](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=198687&paid=3&wid=c&psid=DIVL483&pgid=c_0325)

Morstad, E, B. (2011) *Natur og Friluftsliv i rehabilitering – en kartleggingsstudie* (avhandling) (Masteravhandling, Universitetet for Miljø og Biovitenskap) Hentet fra <https://nmbu.brage.unit.no/nmbu-xmlui/bitstream/handle/11250/186059/Masteroppgave%20Erle.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Myrvang, A. (2002) *Friluftsliv, en bedre ei til psykisk helse?* (Kandidatoppgave, Universitetet i Tromsø)

NAV (2013, 23.september) *Om hjelpemidler*. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Tjenester+og+produkter/Hjelpemidler/om-hjelpemidler>

NAV (2014, 2.juli) *Aktivitetshjelpemidler til personer over 26 år*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Hvor+trenger+du+hjelp/Dagligliv+og+fritid/aktivitetshjelpemidler-til-personer-over-26-%C3%A5r>

Ness, N. (2011). *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse: Et kunnskapsbasert grunnlag*. Trondheim: Tapir akademisk.

Næss, S. & Hansen, T. (2012). *Naturelskere og naturbrukere*. I *Tidsskrift for samfunnsforskning* 53 (4):405-427

Nichols, D. & Fines, L. (1995). *Self-concept, attitude and satisfaction benefits of outdoor adventure activities: The case for recreational kayaking*. I *Journal of Leisurability*, 22(2), 1-7.

Nilsen, G. & Elstad I. (2008). *Å sitte på altanen barføttes i snøen. Individuelle strategier for håndtering av langvarige smerter*. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, Nr. 1: 50 – 65

Norges Padleforbund (2018). *Parapadling*. Hentet fra <http://www.padling.no/parapadling/>

Norsk Friluftsliv (2016, 13.juni). *Lån gratis utstyr på BUA*. Hentet fra: <https://www.norskfriluftsliv.no/lan-gratis-utstyr-pa-bua/>

NOU 2001:22 (2001). *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer*. Oslo: Arbeidsdepartementet

Oftedal, H. (2008). Prosessen skyter fart. I A. Skår (red.), *Det beste ligger foran oss: Norge Funksjonshemmedes Idrettsforbund 1997-2007*. (s.66-68). Oslo: Akilles.

O'Connell, T.S. (2010). *The effects of age, gender, and level of experience on motivation to sea kayak*. I *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 10, 51 – 66

Bischoff, A., & Odden, A. (2003). *Nye trender i norsk friluftsliv*. Rapport Fra Konferansen Forskning I Friluft, 231-246.

Pran, F. (2007). *ICF – et felles språk for funksjon*. I *Fysioterapeuten* nr 7/2007 <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/ICF-et-felles-spraak-for-funksjon>

Racher, F., & Robinson, S. (2003). *Are Phenomenology and Postpositivism Strange Bedfellows?* I *Western Journal of Nursing Research*, 25(5), 464-481.

Regjering.no (2016) *Oversikt over landets helseforetak*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>

Rimmer, J., & Marques, A. (2012). *Physical activity for people with disabilities*. I *The Lancet*, 380(9838), 193-195.

Rimmer, J.H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A. & Jurkowski, J. (2004). *Physical activity participation among persons with disabilities: Barriers and facilitators*. I *American Journal of Preventive Medicine*, 26(5), 419-425.

Romsland, G.I. (2012). *Mestring som mulighet* I Solvang, P. K. & Slettebø, Å.(Red.) *Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. (1.utgave, 160 – 177) Oslo: Gyldendal Forlag Rehabilitering Red: Solvang og Slettebø

Rose, K., Morgan, I., Smith, W., Burlutsky, G., Mitchell, P., & Saw, S. (2008). *Myopia, Lifestyle, and Schooling in Students of Chinese Ethnicity in Singapore and Sydney*. I *Archives of Ophthalmology*, 126(4), 527-530.

Saebu, M. (2010). *Physical disability and physical activity: A review of the literature on correlates and associations*. I *European Journal of Adapted Physical Activity*, 3(2), 37-55, 2010

Sahlin, K.B. & Lexell, J. (2015). *Impact of organized sports on activity, participation and quality of life in people with neurologic disabilities*. I *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation PM R* 7 (2015) 1081-1088.

Shakespeare, T. (2006). *Disability rights and wrongs*. London: Routledge

Shakespeare, T. (2016). *The Paralympics--superhumans and mere mortals*. I *The Lancet*, 388(10050), 1137-1139.

Sjoberg, I og Jensen T.L. (2011). *Friluftsliv for funksjonshemmede – et rehabiliteringsstilbud*. I Soulié, T., Therkildsen, B.(Red.) *Friluftsliv for mennesker med funksjonsnedsettelse : En antologi om rehabilitering, habilitering, specialpedagogik, socialpedagogikk og fritid*. (1.utgave, 34-51) Roskilde: Handicapidrættens Videnscenter.

Sjong, M. (1992). *Friluftsliv i behandlingen av belastede grupper: En oversikt over forskning og utredning* (Vol. 8-1992, DN-rapport (online)). Trondheim: Direktoratet for naturforvaltning.

Shujaat, F., Soomro, N. & Khan, M. (2014). *The effectiveness of Kayaking exercises as compared to general mobility exercises in reducing axial rigidity and improve bed mobility in early to mid stage of Parkinson's disease*. I *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(5), 1094-108.

Soulié, T., Therkildsen, B.(Red.) (2011). *Friluftsliv for mennesker med funksjonsnedsettelse : En antologi om rehabilitering,habilitering, specialpedagogikk, socialpedagogikk og fritid*. Roskilde: Handicapdrættens Videnscenter.

Strumse, E. & Aarø, L. (2000). *Norges forskningsråd Området for miljø og utvikling, & Miljøbetinget livskvalitet. Menneske, miljø og livskvalitet : Faglig sluttrapport for forskningsprogram om Miljøbetinget livskvalitet*. Oslo: Området for miljø og utvikling, Norges forskningsråd.

Sælid, V. (2005). *"Det E Ikke Fali" : Om Bruk Av Friluftsliv I Rehabilitering Av Menneske Med Muskel- Og Skjelettsmerte* (Masteroppgave, Norges Idrettshøyskole)

Taylor, L.P.S & McGruder, J.E. (1996). *The meaning of Sea Kayaking for Persons With Spinal Cord Injuries*. I *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 39-46.

Tellnes, G. (1994). *Friluftsliv i behandlingen av langtidssykemeldte : Fysisk aktivitet og friluftsliv som metode for å øke arbeidskapasitet og livskvalitet*. I *Friluftsliv: Effekter Og Goder*, 115-119.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk

Tonkin, B., Ogilvie, B., Greenwood, S., Law, M., & Anaby, D. (2014). *The participation of children and youth with disabilities in activities outside of school: A scoping review: Étude de délimitation de l'étendue de la participation des enfants et des jeunes handicapés à des activités en dehors du contexte scolaire*. I *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(4), 226-236.

Valnesfjord Helseportsenter (2019) *Friluftsopphold* Hentet 11.mai 2019 fra <http://www.vhss.no/friluftsopphold/category901.html>

van der Ploeg, H.P., van der Beek, A. J., van der Woude, L.H.V., & van Mechelen, W. (2004). *Physical activity for people with a disability – A conceptual model*. I *Sports Medicine*, 2004:34, 639-649.

van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Ontario: Althouse Press.

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

Vikene, O. (2012). *Psykisk helse og opplevelsen av deltakelse i friluft*. I *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 9(4), 345-354.

Vorkinn, M. (2001). *Friluftsliv på randen av fornying – konsekvenser i et helseperspektiv*. DN-notat 2001-5. Direktoratet for naturforvaltning Hentet fra <https://docplayer.me/18730202-Friluftsliv-i-mulighetenes-land-landskonferanse-friluftsliv.html>

Warburton, D. E., & Bredin, S. S. (2017). *Health benefits of physical activity: A systematic review of current systematic reviews*. I *Current Opinion in Cardiology*, 32(5).

Wendelborg, C. (2010). Å vokse opp med funksjonshemming i skole og blant jevnaldrende : En studie av opplæringstilbud og deltakelse blant barn med nedsatt funksjonsevne, 2010:24.

Wendelborg, C. (2010). *Å vokse opp med funksjonshemming i skole og blant jevnaldrende: En studie av opplæringstilbud og deltakelse blant barn med nedsatt funksjonsevne*. Trondheim: Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, Fakultet For Samfunnsvitenskap Og Teknologiledelse, Institutt For Sosialt Arbeid Og Helsevitenskap.

Wilhite, B. & Shank, J. (2009). *In praise of sport: Promoting sport participation as a mechanism of health among persons with a disability*. I *Disability and Health Journal*, 2(3), 116-127.

World Health Organization. (2002). *Towards a common language for function, disability and health (ICF)*. Geneva: World Health Organization Available from <https://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2003). *ICF Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. Verdens helseorganisasjon: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1>

World Medical Association (WMA). (2008). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for medical research involving human subjects* Hentet fra <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/DoH-Oct2008.pdf>

World Medical Association (WMA). (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for medical research involving human subjects* Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yazicioglu, K, Yavuz, F Goktepe, A.S & Tan, A.K. (2012). *Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities*. I *Disabilities and Health Journal* 5 (2012) 249-253

Zeller, J.A. (2009). *Canoeing and kayaking for people with disabilities*. American Canoe Association: Versa Press

Vedlegg:

UiO • Det medisinske fakultet  
Universitetet i Oslo

Prosjektansvarlig/hovedveileder: May Aasebø Hauken

Masterstudent: Kirsti N. Hellesøy

Dato: 29.08.17

Deres ref.:

Vår ref.: 2016/12437•

Unntatt offentlighet: offl 13 jffrl 13

Svar på søknad om godkjenning av masteroppgaveprosjekt og veiledningsavtale  
Prosjekt: En kvalitativ studie av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten sine erfaringer med tilrettelegging av padleaktiviteter for personer med fysisk funksjonsnedsettelse

Vi viser til søknad datert 21.08.17 om godkjenning av ovennevnte masteroppgaveprosjekt ved Avdeling for helsefag, Universitetet i Oslo. Søknaden er vurdert av Kvalitetssikringsutvalget ved Avdeling for helsefag i møte 24. august 2017.

### Faglig vurdering

Prosjektets overordnede målsetting er å undersøke helsepersonell sine erfaringer med tilrettelegging for deltakelse i vannsportaktiviteter, med fokus på kano- og kajakkpadling.

Prosjektbeskrivelsen er nå revidert basert på kommentarer fra sensorer, men det er fremdeles noen uklarheter. I prosjektbeskrivelsen understrekes det at studien har et fenomenologisk design, og i den forbindelse savnes en tydeliggjøring av hvordan fenomenologien kommer til uttrykk gjennom intervjuene, datainnsamling og analyser. Eksempelvis har intervjuene flere spørsmål som bærer preg av ja/nei spørsmål. Det savnes også refleksjoner rundt egen forforståelse og inngang inn i feltet.

### Forskningsetisk vurdering

I søknaden kommer det frem at det skal søkes NSD, men ikke hvorvidt det er søkt NSD. Vi antar at

NSD vil ha innspill på datalagring og intervju, inkludert studentens planer om å gjennomføre

ntervju. Det er noe uklart i søknaden når materialet vil slettes, da det står et sted at det vil slettes etter intenduet, og et annet sted står det at det slettes ved prosjektslutt.

## Vedtak

Masterprosjektet godkjennes forutsatt at vi får kopi av NSD sin vurdering av prosjektet, og at både NSD sine innspill og våre innspill tas til følge. Det innebærer at datainnsamling og rekruttering ikke kan starte opp før dette er bragt på det rene for Kvalitetssikringsutvalget.

Veiledningsavtalen godkjennes.

Lykke til med prosjektet.

Avdeling



Institutt for helse og samfunn      Telefon: 22 84 53 78  
for helsefag      Telefaks: 22 84 53 83  
Postadr.: Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo      postmottak@medisin.uio.no  
Besøksadr.: Forskningsveien 3a, Harald      www.med.uio.no/helsam  
Schjelderups hus, inngang 2      Org.nr.: 971035 854

UiO

2

Med hilsen

Kari Nyheim Solbrække Marie Hamilton Larsen programleder, professor leder,  
Kvalitetssikringsutvalget, postdoktor

Dokumentet er elektronisk produsert og ved UiO i tråd med UiOs reglement for elektronisk godkjenning.



Anne Marit Mengshoel  
Postboks 1130 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 13.09.2017

Vår ref: 55577 / 3 / PCR

Deres dato:

Deres ref:

## Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.08.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

55577	En kvalitativ studie om ansattes erfaringer med tilrettelegging av padleaktiviteter for personer med fysisk funksjonsnedsettelse i spesialisthelsetjenesten
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Anne Marit Mengshoel
Student	Kirsti Nordstokkå Hellesøy

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven S 31 . Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.01.2019, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Pernille Ekornrud Grøndal

Kontaktperson: Pernille Ekornrud Grøndal tlf: 55 58 36 41 /  
pernille.grondal@nsd.no Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Kirsti Nordstokkå Hellesøy, kn.hellesoy@gmail.com

## INTERVJUGUIDE

HOVEDSPØRSMÅL: Kan du fortelle meg hvilke erfaringer du har med tilrettelegging av vannsportaktiviteter (spesielt kano og kajakk) for personer med fysisk funksjonshemming og hvordan du konkret tenker og arbeider med slik tilrettelegging?	
HOVEDOMRÅDER	DELSPØRSMÅL
Pasientens sykdom/skade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvilke funksjonshemminger har du erfaring med ift tilrettelegging?</li> <li>2. Hvilke type funksjonshemminger mener du egner seg/egner seg ikke for vannsportaktiviteter?</li> <li>3. Er det spesielle hensyn du tar ift ulike typer funksjonshemminger?</li> <li>4. Hvilke forhåndsvurderinger gjør du for å finne ut om en vannsportaktivitet passer for det enkelte individ?</li> <li>5. Hvilke konkrete tiltak har du erfaringer med å gjøre for å tilrettelegge vannsportaktiviteter for menneskers ulike funksjonshemminger: (eks årer, sete, trygghet, skinner armer/bein..etc)?</li> </ol>
Omgivelsesfaktorer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tilgjengelighet/atkomst: Hvordan opplever du at omgivelsene (generelt sett??) er tilrettelagt for at funksjonshemmede skal kunne drive med vannsport (tilgjengelighet/adkomst)?</li> <li>2. Hvordan er tilgjengeligheten og atkomsten til vann/sjø konkret tilrettelagt på ditt rehab senter? Hvordan arbeider du med tilrettelegging av omgivelsene til vannsportaktiviteter i pasientenes hjemmemiljø?</li> <li>3. Hvilke tiltak tenker du kan gjøres i pasientenes hjemmemiljø?</li> </ol> <p>Utstyr:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2. Hvilke type båter tenker du er spesielt egnet til bruk av funksjonshemmede? Utover vanlig båtutstyr, hvilket annet utstyr har du erfaringer med å bruke i tilretteleggingen?</li> <li>3. Er utstyret du har erfaring med å bruke standardutstyr og lett tilgjengelig — eller har du erfaring med å måtte utvikle løsningene selv?</li> </ol>

<p>Personlige faktorer</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvor motivert opplever du at personer med fysisk funksjonshemming er i ift å skulle begynne med vannsportaktiviteter?</li> <li>2. Hvilke faktorer hos personen selv opplever du fremmer eller hemmer ønske om å delta på en slik aktivitet?</li> <li>3. Hva legger du vekt på når du skal introdusere vannsportaktivitet til en person med fysisk funksjonshemming?</li> <li>4. Hvordan går du konkret fram når det tekniske utstyret er tilrettelagt og pasienten skal prøve ut utstyret for første gang?</li> <li>5. - Hvordan ivaretar du sikkerheten til pasienten for at han/hun skal føle seg trygg?</li> </ol>
<p>Aktivitet/deltakelse</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvordan opplever du at vannsportaktivitetene påvirker pasientenes aktivitet og deltakelse? (Erfaringer)</li> <li>2. Har du erfaring med at vannsportaktiviteten har hatt effekt på andre områder hos pasienten (eks humør, selvsikkerhet, økt aktivitet, bedre form ol) enn den/de konkrete turene i båten?</li> <li>3. Vet du noe om i hvilken grad har disse pasientene fortsatt med aktiviteten hjemme? (overføring til lokale klubber)</li> </ol>

## FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I INTERVJU TIL MASTEROPPGAVE

### ERFARING MED BRUK AV KANO OG KAJAKK I REHABILITERING

Hagaland.....

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsprosjekt for å samle informasjon om erfaringer ansatte i spesialisthelsetjenesten har med bruk av kajakk og kano for de med fysiske funksjonsnedsettelse. Forespørsel om deltakelse er sendt til ansatte ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter, Beitostølen Helseportsenter, Valnesfjord Helseportsenter, CatoSenteret i Son, Kysthospitalet i Stavern og Opptreningscenteret i Finnmark. Disse institusjonene er valgt fordi de bruker kajakk og/eller kano som en del av sitt pasienttilbud. Formålet med studiet er å studere hvordan ansatte i rehabiliteringsinstitusjoner legger til rette for deltakelse i padleaktiviteter. Intervjuene blir gjennomført som grunnlag til en masteroppgave ved Interdisiplinær helseforskning ved Universitetet i Oslo.

### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Deltakelse i studiet innebærer å bli intervjuet om egne erfaringer med bruk og tilrettelegging for padleaktiviteter for de med fysiske funksjonsnedsettelse. Intervjuer vil følge en intervjuguide med spørsmål som er definert på forhånd samtidig som det er åpenhet for å avvike fra guiden dersom det viser seg hensiktsmessig. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Varigheten på intervjuet vil være 30 — 45 min. Data om grunnutdanning og arbeidsted vil bli registrert.

### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du denne samtykkeerklæringen. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Kirsti N Hellesøy, Tlf 95 16 89 86 eller mail: [kn.hellesoy@gmail.com](mailto:kn.hellesoy@gmail.com)

### HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrerte .opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert og slettet når masteroppgaven er levert og bestått, senest to år etter innsamling.

### JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato      Deltakers signatur