

Fakultet: Bø – Institutt for idretts- og friluftslivsfag

Studieprogram: Fagkode 409 – Mastergradsstudiet i kroppsøving, idretts- og friluftslivsfag

Navn: Trine Kråkemo Finnerud

Kartlegging av treningskontaktordningen i Norge – utbredelse, organisering og erfaringer

Årstall: 2019



Sammendrag

Bakgrunn for oppgaven var med tanke på befolkningens helse og hvordan løse problemer som inaktivitet som truer folkehelsen, spesielt for den delen av befolkningen som regnes som ungdom. Hvilke tiltak burde gjennomføres, hvordan fungerer de og har de en ønsket effekt? Fungerer slike helsetiltak og er treningskontaktordningen et gunstig tiltak for å fremme folkehelsen. Hva kreves for at slike helsetiltak skal fungere over tid?

Problemstilling var hvorvidt treningskontaktordningen var utbredt på landsbasis og dens omfang, samt hvilke erfaringer som er knyttet til organisering og implementering av ordningen. Underproblemstillinger tok for seg om det eksisterte noen forskjeller blant kommuner med og uten treningskontaktordning og hvordan rekruttering og kursing av treningskontakter ble gjennomført.

Metoden hadde et design som en trefasestudie og gjennomført som en kvantitativ undersøkelse med en deduktiv tilnærming og populasjonsutvalg.

Resultatet var at 67 kommuner og tre bydeler har en aktiv treningskontaktordning per november 2016 som hovedfunn. Det eksisterer forskjeller og ulikheter for hvordan treningskontaktordningen organiseres og forvaltes, og forskjellene er store. Ordningen er sårbar ved sin avhengighet av ildsjeler og til tider utilstrekkelig implementering. Angående kursing og et teoretisk rammeverk er treningskontaktordningen mangelfull.

Konklusjonen er at forskjellene mellom kommuner med og uten treningskontakt er i positiv favør de kommunene med en treningskontaktordningen, men ikke signifikant. Ordningen har store utfordringer knyttet til organisering og implementering. Skal treningskontaktordningen brukes som et landsdekkende tiltak mot folkehelsen kreves det at ordningen settes i system og løftes opp på politisk nivå, og for enkelte kommuner vil tiltaket virke overflødig.

Forord

Det rettes en stor takk til alle som har bidratt positivt til gjennomføringen av denne oppgaven. I form av kommuner som har tatt seg tid til å svare på mine henvendelser og kommet med tilbakemeldinger som har løftet oppgaven og spesielt takk til min veileder som alltid fikk meg videre i en til tider langvarig skriveprosess.

Mai 2019

Trine Kråkemo Finnerud

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning og bakgrunn for oppgaven	6
1.1 Mål og problemstillinger.....	7
1.2. Avgrensning av oppgaven	7
2.0. Teori	8
2.1 Fysisk aktivitet og inaktivitet.....	8
2.2. Fysisk aktivitet og psykisk helse	10
2.3. Treningskontakt som tiltak for å øke fysisk aktivitet	10
2.3.1. Treningskontaktordningen som tilbud – tidligere forskning	11
2.3.2. Hva kjennetegner en treningskontakt	12
2.4. Tiltak for å fremme folkehelsen og deres effekt	13
2.5 Treningskontakt kurs og kompetanse – teoretisk rammeverk.....	15
2.5.1 «Selvbestemmelsesteorien – mulig teoretisk rammeverk»	16
2.6 Organisering og implementering av tiltak for å fremme folkehelse.....	17
2.6.1 Implementeringskvalitet	18
2.6.2 Hemmere og fremmere for implementering.....	19
2.6.3. Rammeverk for implementeringsresultater - endringsreaksjoner.....	20
3.0 Metode	23
3.1. Design.....	23
3.1.1 Fase 1. Kartlegging via nett	23
3.1.2. Fase 2. Kort elektronisk spørreskjema og intervju	23
3.1.3. Fase 3. Utvidet spørreskjema	24
3.2. Instrumenter	25
3.2.1 Fase 1. Kartlegging via nett	25
3.2.2. Fase 2. Kort elektronisk spørreskjema og intervju	25
3.2.3. Fase 3. Utvidet elektronisk spørreskjema	27
3.2.4. Statistiske analyser	29
3.2.5. Inkluderte tester til analyse	29
3.3. Databehandling	29
3.3.1. Kategorisering og koding.....	30
3.3.2. Statistiske analyser	30
4.0 Resultater	31
4.1. Omfang og utbredelse av treningskontaktordningen.....	31
4.1.1. Kommuner og bydeler i Oslo	31

4.1.2. Idrettskretser.....	31
4.1.3. Avsluttet ordning.....	31
4.2. Forskjeller mellom kommuner med og uten treningskontaktordning	34
4.3. Organisering av treningskontaktordningen.....	36
4.4. Rekruttering og kursing av treningskontakter.....	38
4.4.1. Dokument analyse – kursinnhold	39
4.4.2. Synliggjøring og målgrupper	39
4.5. Erfaringer knyttet til treningskontaktordningen.....	40
4.5.1. Fremmende og hemmende faktorer for treningskontaktordningen	42
5.0. Diskusjon.....	46
5.1. Diskusjon av funn	46
5.1.1. Utbredelse og omfang	46
5.1.2. Forskjeller mellom kommuner med og uten treningskontaktordning.....	46
5.1.3. Organisering av treningskontaktordningen	49
5.1.4. Rekruttering og kursing av treningskontakter	50
5.1.5. Erfaringer knyttet til treningskontaktordningen	56
5.1.6. Hemmende og fremmende faktorer	57
5.2. Diskusjon av metode	61
5.2.1. Gjennomføring	61
5.2.2. Instrumenter	62
5.2.3. Styrker og svakheter metodikk.....	63
5.3. Nytteverdier av prosjektet.....	65
6.0. Konklusjon	67
Referanser	68

1.0. Innledning og bakgrunn for oppgaven

Ifølge Helsedirektoratet bør voksne være i aktivitet i minst 150 minutter hver uke og barn i minst 60 minutter per dag, men i dag oppfyller kun en av tre personer denne anbefalingen (Egge, 2018). Landets kommuner legger ikke til rette for at flere skal komme seg på tur i nærmiljøet, det mangler penger og kompetanse i å planlegge for det lokale friluftslivet (Egge, 2018). Fysisk aktivitet defineres som «*enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå*» (Bahr, 2018) (Caspersen, 1985). Dette inkluderer alle former for fysisk utfoldelse som for eksempel; arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, kroppsøving og fysisk fostring (Bahr, 2018) (Caspersen, 1985). Det er veldokumentert at fysisk aktivitet fremmer helse, skaper overskudd og fungerer som et viktig virkemiddel for forebygging og behandling av en rekke diagnoser og tilstander, samt folkehelse sykdommer. Inaktivitet og stillesittende atferd vil være når man bruker minst mulig energi og kan defineres som «*den delen av den våkne tiden man sitter eller ligger, og der mesteparten av muskulaturen er i hvile*» (Ekelund, 2014). Inaktivitet regnes som en selvstendig risikofaktor og kan sammenliknes med røyking eller alkohol og globalt viser World Health Organization (WHO) at 31% av voksne over 15 år var inaktive i 2008 (World Health Organization, 2008). Ser vi på nasjonale undersøkelser gjort i Norge viser resultater fra KAN-undersøkelsene (KAN1 og KAN2) at om lag 70% av voksne klassifiseres som utilstrekkelig fysisk aktive basert på objektive målinger av fysisk aktivitetsnivå, mot om lag 30% på selvrapporing (Hansen, et al., 2014-2015). Ser man på inaktivitet viser UngKan3 at hoveddelen av dagen brukes til stillesitting i om lag 6,5t for en 6-åring og 9t for en 15-åring og for begge kjønn utøves det mer moderat-høy intensitet på ukedager enn i helgene ((Steene-Johannessen, et al., 2019).

Treningskontaktordningen er en ny måte å organisere tjenestetilbudet støttekontakt på når mål og intensjon er et høyere aktivitetsnivå og fokus på fysisk aktivitet. Andre folkehelse tiltak er eksempelvis; *grønn resept, frisklivssentraler, treningskontakter, slutta.no* med flere. Hva gir slike folkehelse tiltak? Og hvordan skal man på best mulig måte få en sunnere befolkning?

1.1 Mål og problemstillinger

Med bakgrunn i dette er målet med oppgaven å *kartlegge utbredelsen og omfanget av treningskontaktordningen, og hvilke erfaringer er knyttet til organisering og implementering for ordningen?*

Følgende problemstillinger er formulert;

- Hvor utbredt og hvilket omfang har treningskontaktordningen på landsbasis?
- Eksisterer det forskjeller mellom kommuner med og uten en treningskontaktsordning?
- Hvordan er treningskontaktordningen organisert?
- Hvordan foregår rekruttering og kursing av treningskontakter?
- Hvilke erfaringer eksistere det knyttet til treningskontaktordningen?

1.2. Avgrensning av oppgaven

Det er valgt å se på folkehelsen utover fysisk aktivitet som gjøres i denne oppgaven for å kunne sammenlikne flere tiltak, virkningen av implementering og intervensjoner. Motivasjon for fysisk aktivitet og atferdsendring er vanskelig og sosial støtte er viktig. Det er valgt å fokusere på ulike folkehelseiltak for å ha et bedre sammenligningsgrunnlag.

2.0. Teori

Aktivitetsnivået blant landets befolkning ble undersøkt av folkehelseinstituttet og deres hovedpunkter var; 80-90% av barn i barneskolealder oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet, halvparten av 15-åringene oppfyller anbefalingene og om lag 30 % av voksne oppfyller anbefalingene (Ekelund, 2014). Mindre positivt viste rapporten at; vi stadig bruker mer tid på stillesittende aktivitet og hvor inaktivitet og mye stillesitting er knyttet til økt risiko for flere folkesykdommer og død før fylte 70 år (Ekelund, 2014).

2.1 Fysisk aktivitet og inaktivitet

Fysisk aktivitet defineres som «*enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå*» (Bahr, 2018) (Caspersen, 1985). Dette inkluderer alle former for fysisk utfoldelse som for eksempel; arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, kroppsøving og fysisk fostring (Bahr, 2018) (Caspersen, 1985). Det er veldokumentert at fysisk aktivitet fremmer helse, skaper overskudd og fungerer som et viktig virkemiddel for forebygging og behandling av en rekke diagnoser og tilstander, samt folkehelsesykdommer. Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og kjente internasjonale forskere og utgivere er ledende i forskerfeltet. I Norge har Helsedirektoratet kommet med anbefalinger om regelmessig fysisk aktivitet basert på et dose/respons forhold mellom fysisk aktivitet og helse. Fysisk aktivitet har forskjellige dimensjoner som; intensitet, varighet og frekvens som gir total mengde fysisk aktivitet og knyttet til helsegevinst. Anbefalingene fra helsedirektoratet sier at frekvensen bør være daglig, minimum 30 minutters varighet og minst 40-60% av maksimalt oksygenopptak (minst 12-13 på Borgs skala for opplevd anstrengelse/minst 55-70% av maksimal hjertefrekvens) (Jansson & Andersen, 2008). Fysisk aktive personer har halvparten så stor risiko for å dø av hjerte- og karsykdommer som stillesittende jevnaldrende, reduserer risikoen for høyt blodtrykk, aldersdiabetes, tykktarmskreft, overvekt, og diabetes type 2 (Jansson & Andersen, 2008) (Audrey, 1996) (Thune, 2000). Gjeldende for alle målgrupper om det dreier seg om; gravide, eldre, unge, syke eller friske er at alle bør redusere stillesittingen i løpet av dagen, møte helsedirektoratets anbefalinger og skape et overskudd blant befolkningen. Hverdagen blir stadig mer tilrettelagt og den fysiske utfoldelsen som man tidligere fikk i jobb og hjem, må nå hentes inn på fritiden. Anbefalingene er ment som retningslinjer og et løft mot en bedre folkehelse, samt redusere samfunnskostnader knyttet til livsstil og helse blant befolkningen. Aktivitet sammen med

andre har et potensial for å gi sosialt samvær og følelsen av fellesskap som kan overflyttes til andre og ulike arenaer.

Inaktivitet og stillesittende atferd vil være når man bruker minst mulig energi og kan defineres som «den delen av den våkne tiden man sitter eller ligger, og der mesteparten av muskulaturen er i hvile» (Ekelund, 2014). Inaktivitet regnes som en selvstendig risikofaktor og kan sammenliknes med røyking eller alkohol og globalt viser World Health Organization (WHO) at 31% av voksne over 15 år var inaktive i 2008 (World Health Organization, 2008). Dette var fordelt på 28% menn og 34% kvinner og hvor dødsårsaken kan knyttes til inaktivitet for ca 3.2 millioner mennesker hvert år (World Health Organization, 2008). Ser vi på nasjonale undersøkelser gjort i Norge viser resultater fra KAN-undersøkelsene (KAN1 og KAN2) at om lag 70% av voksne klassifiseres som utilstrekkelig fysisk aktive basert på objektive målinger av fysisk aktivitetsnivå, mot om lag 30% på selvrapporing (Hansen, et al., 2014-2015). Det ble brukt spørreskjema som selvrapporing og akselerometer som objektiv måling av fysisk aktivitet og kandidatene var mellom 20 – 85 år. Inaktivitet er for noen et aktivt valg, mangel på ressurser og for andre har livet tatt en retning hvor inaktivitet i form av funksjonsnedsettelse og/eller lidelser er en del av hverdagen. For denne målgruppen vil fysisk aktivitet være en del av en behandling, livsnødvendig eller for å forebygge et sykdomsforløp. Dette ses overhodet ikke i sammenheng ved at redusert aktivitetsnivå er parallelt med en dårligere livskvalitet for denne målgruppen, men heller belyse viktigheten av tilgjengelige ressurser og helsebehov. HUNT studien (Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag) om folkehelse i endring har tatt for seg levevaner, aktivitetsnivå og undersøkt hvorvidt befolkningen møter helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet (Krokstad & Knudtsen, 2011). Befolkninger ble fulgt over en lengre tidsperiode og resultatet viste at nord-trøndelagsbefolkning ligger på 50-60%, hvor 100% tilsier at anbefalingene blir møtt og hvor aldersspennet 20-29 år (kvinner og menn) er mest aktive (Krokstad & Knudtsen, 2011). Studien KAN (kartlegging av fysisk aktivitet og fysisk form) gjennomført en nasjonal kartlegging av aktivitetsnivå blant voksne og eldre i befolkningen og fant at aktivitetsnivået er relativt stabilt ved økende alder og et markert fall etter fylte 70 år (Anderssen, et al., 2010). Videre viste studien at om lag 20% av målgruppen møter anbefalingene fra helsedirektoratet og hvor kvinner var høyest representert (Anderssen, et al., 2010). Ser man på den yngre delen av befolkningen viser studien UngKan3 (kartlegging av fys.akt, sedatid og fysisk form blant barn og unge) at blant studiens 6-åringer tilfredsstillte 87% av jentene og 94% av guttene anbefalingen om 60 minutter aktivitet per dag (Steene-Johannessen, et al., 2019). Videre viser

resultatet at aktivitetsnivået er synkende og blant landets 15-åringer tilfredsstillende 40% av jentene og 51% av guttene og hvor det er guttene som er mest aktive på alle alderstrinn (Steene-Johannessen, et al., 2019). Ser man på inaktivitet viser UngKan3 at hoveddelen av dagen brukes til stillesitting i om lag 6,5t for en 6-åring og 9t for en 15-åring og for begge kjønn utøves det mer moderat-høy intensitet på ukedager enn i helgene (Steene-Johannessen, et al., 2019).

2.2. Fysisk aktivitet og psykisk helse

Fysisk aktivitet hjelper individer til å takle hverdagens påkjenninger og som behandlingsform vedrørende; angst, depresjon, demper abstinens, bedre selvbilde og selvtillit, bedre søvn, bedre sosial funksjon og forbedret livskvalitet (Jansson & Andersen, 2008). Vi vet at nesten en av tre innvilges uføretrygd med psykiske lidelser som hoveddiagnose og mentale lidelser utgjør en betydelig risikofaktor for innvilgelse av uføretrygd ved ikke-psykiatriske diagnoser (Mykletun, Øverland, & Dahl, 2006). Depresjon er den mest fremtredende diagnosen og de vanligste lidelsene er; misbruk av alkohol, alvorlig depresjon, rusmiddelmisbruk utenom alkohol og angstlidelser (Næss, Rognerud, & Strand, 2007). Fysisk aktivitet medfører en naturlig utmattelse som påvirke søvnrytme og har potensiale til å bedre søvnproblemer uten bruk av medikamenter. En samlestudie undersøkte effekten av langvarig trening for rusavhengighet og resultatet viste at fysisk aktivitet i moderat – høy intensitet hadde effekt på; frekvensen av abstinens, angst, depresjon og tilbakevendings symptomer (al., 2014). Fysisk aktivitet kan føre til økt livskvalitet, økt opplevelse av glede, kompetanse, autonomi og kontroll over livet, fremme mestring og redusere subjektive abstinensplager (Martinsen, 2011) (Kololo, Guskowska, Mazur, & Dzielska, 2012) (Piko & Keresztes, 2006). Rusavhengige vil bli påvirket i mange ulike områder av deres liv, deres relasjoner, samt psykiske og fysiske helse. Den fysiske formen er dårligere grunnet rusmiddelet i seg selv og nedprioritering av helsen generelt. Mellom 10-20% av befolkningen vil få en ruslidelse i løpet av livet og man vet at tallene er mangelfulle på faktisk forekomst, men tall viser at ca 8500 brukere mottok hjelp for sin lidelse (Folkehelseinstituttet, 2014).

2.3. Treningskontakt som tiltak for å øke fysisk aktivitet

Treningskontaktordningen er en ny måte å organisere tjenestetilbudet støttekontakt på når mål og intensjon er et høyere aktivitetsnivå og fokus på fysisk aktivitet. Støttekontakttjenesten er en lovpålagt tjeneste som tilbys nasjonalt og har som formål å «*ivareta menneskers rett til en sosial og meningsfull fritid og tilværelse, og da gjerne sammen med andre*» (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). «Støttekontakttjenesten er lovfestet i to lover; lov om sosiale

tjenester § 4-2 første ledd bokstav c og i lov; om barneverntjenester § 4-4 , annet ledd.

Formålet med lov om sosiale tjenester er;

- a) *Å fremme økonomisk og sosial trygghet, å bedre levevilkårene for vanskeligstilte, å bidra til økt likeverd og likestilling, samt forebygge sosiale ulikheter.*
- b) *Bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre»* (Sosialtjenesteloven, 2009).

Støttekontakttjenesten skal ta hensyn til brukerens behov og tiltak kan tilrettelegges både individuelt eller som del av en aktivitetsgruppe, og det kreves ingen forkunnskaper eller spesielle kvalifikasjoner for å bli en støttekontakt (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). En støttekontakt kan defineres som *«en medarbeider uten tidligere erfaring lønnet av kommunen, som gjennom samvær skal bidra til at personer opplever en trygg og meningsfull fritid»* (Soldal, 2003).

Treningskontaktordningen har sin opprinnelse fra Helse Førde og Sogn og Fjordane Idrettskrets i 2002 og var i utgangspunktet ment til brukere med rusproblemer eller psykiske lidelser (Skrede, Munkvold, & Watne, 2006) (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Bakgrunnen for treningskontaktene var at fysisk aktivitet var gunstig for mennesker med psykiske lidelser og rusproblem, og spesielt utfordringer knyttet til vedlikehold av aktivitetsnivå etter endt institusjonsopphold (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006). Under et institusjonsopphold eksistere det veiledning, samhold og kompetanse, men mange opplever isolasjon og ensomhet når de kommer hjem og kan streve med å motivere seg for aktivitet (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006).

2.3.1. Treningskontaktordningen som tilbud – tidligere forskning

Treningskontaktordningen har sin opprinnelse fra Helse Førde og tall fra prosjektets to første virkeår vedrørende psykiatri og fysisk aktivitet uttrykte brukerne at de var fornøyde og hadde økt sitt aktivitetsnivå (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006). I prosjektet ble det utdannet nær 300 treningskontakter i 25/26 kommuner i Sogn og Fjordane fylke, hvor alle gjennomførte et 40 timers kurs omkring rus, psykiske lidelser og fysisk aktivitet (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006).

Treningskontaktene uttrykte at en tilnærming med både teoretisk kursing og praktisknære oppgaver var gunstig, følte en tilknytning til nærmiljøet og en meningsfull fritid for både

bruker og treningskontakt (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006).

Av tidligere forskning eksisterer det en mastergradsavhandling (Dahl, 2011) som ser på; hvordan være en del av tjenesten og vurdere muligheten for økt fokus på ernæring, samt hvordan motivere brukere til aktiviteter, deres egen interesse og tilstrekkelig faglig kompetanse. Her viste resultatet et stort fokus på fysisk aktivitet uavhengig av treningskontaktens faglig kompetanse i form av kursing, og til fordel for ernæring og det å spise sammen (Dahl, 2011). Resultatet viste også mangelfull faglig kompetanse omkring sunn ernæring blant treningskontaktene og at det er potensial til økt fokus på sunn ernæring i tjenesten (Dahl, 2011). En annen mastergradsavhandling (Baug, 2010) tok for seg tjenesten og analyserte den som en velferdshybrid da den ligger i landskapet mellom offentlig/lønnet omsorgsarbeid og treningskontaktens motiv for å gå inn i et slikt arbeidsforhold (Baug, 2010). Avhandlingens resultatet viser at treningskontaktordningen ikke skiller seg vesentlig fra den opprinnelige støttekontakttjenesten og at det er et sterkt dilemmapreget arbeidstakerposisjon for treningskontaktene. Trøndelag forskning og utvikling har utarbeidet en rapport som omhandler evaluering av treningskontaktordning i Nord-Trøndelag (Ekman & Nossun, 2015). Rapportens funn viser at «nøkkelpersoner» er viktige for at ordningen skal ha en hensiktsmessig forankring og forvaltning, at gode organisatoriske forhold er nødvendig, samt personlig interesse blant treningskontaktene er essensielt (Ekman & Nossun, 2015).

2.3.2. Hva kjennetegner en treningskontakt

Treningskontakten sin oppgave er å oppmuntre til fysisk aktivitet og tilrettelegge aktiviteter med tanke på mengde, intensitet og varighet som variablene, men også progresjon, behov og veilede brukeren til å selv kunne planlegge på egenhånd i fremtiden. En treningskontakt skal bidra til økt aktivitet og bevegelsesglede på tvers av ulike brukergrupper og inneha en kompetanse omkring fysisk aktivitet, brukergrupper, treningslære og motivasjon med mer. Selve treningskontaktordningen er ikke lovpålagt som støttekontaktordningen, men det kreves av treningskontaktene gjennomfører et kurs eller allerede har tilstrekkelig kompetanse for å kalle seg en treningskontakt. En treningskontakt burde selv være glad i fysisk aktivitet og få glede av å hjelpe andre. Ordningen har et stort potensiale til å fungere som et «likemannstiltak» hvor både bruker og treningskontakt opplever mestring. Treningskontakten har mulighet for å samarbeide med idrettskretser og deres tilhørende lokale idrettslag, lokale lag og foreninger som røde kors eller turistforeningen. Timesatsen til en treningskontakt er tilsvarende en støttekontakt og varierer fra 70-110kr timen og hvor det enkelte stedet er mulig

å få dekt utstyr og treningsavgift (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006).

2.4. Tiltak for å fremme folkehelsen og deres effekt

Helsen til befolkningen og folkehelsen strekker seg utover fysisk aktivitet og aktivitetsnivå selv om det er en sterk determinant for helsen. Forbruk av nikotinholdige produkter, forhøyet alkoholforbruk, narkotiske stoffer og/eller livsstilssykdommer knyttet til kosthold påvirker også folkehelsen. Ser man på nevnte studier blant landets befolkning er det noe urovekkende at norsk ungdom har så stor andel sedat tid i løpet av deres dag og dagens ungdom er fremtidens relevante folkehelsegruppe. UngKan3 studien konkludere med at funnene tyder på at samfunnets samlede innsats for å øke aktivitetsnivået og redusere fallet i fysisk aktivitet gjennom barne- og ungdomsårene ikke har vært tilstrekkelig (Steene-Johannessen, et al., 2019). Andre folkehelseiltak er eksempelvis; grønn resept, frisklivssentraler, treningskontakter, slutta.no med flere. Det er valgt å se på folkehelsen utover fysisk aktivitet som gjøres i denne oppgaven for å kunne sammenlikne flere tiltak, virkningen av implementering og intervensjoner. Ser man på tiltaket «grønn resept» som kom etter stortingsmelding 16 (2002-03) «resept for et sunnere Norge» skulle livsstilsendring i helsetjenesten være ment som et alternativ til medikamentell håndtering (Storvik, 2019) (Bringedal & Aasland, 2006). Pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer fikk en egen takst (101) og var avgrenset til høyt blodtrykk og diabetes type 2 og ble kalt «livsstilstaksten» (Storvik, 2019). Ordningen ble vurdert i 2005 og det ble konkludert at den var for byråkratisk, lite i bruk av leger, unødvendig, og noen fastleger mente det kunne sammenlignes med å snylte på offentlige penger (Storvik, 2019) (Bringedal & Aasland, 2006). Fastleger opplevde at politikken tok overhånd og påla de en jobb de gjør uansett uten byråkratisering og skjemaer, og hvor de savnet et samarbeid og mulighet for uttalelser for å utarbeide en bedre løsning (Bringedal & Aasland, 2006).

«Livsstilstaksten» ble ansett som et mislykket tiltak og førte videre til «frisklivsresepten» hvor legene kunne henvise pasienter til nyetablerte frisklivssentraler blant landets kommuner (Storvik, 2019). Frisklivssentralen er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste som skal gi støtte til endring av levevaner og mestring av egen helse (Helsedirektoratet, 2016). Formålet med frisklivssentralene er å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge sykdom og funksjonsnedsettelse, gi støtte til endringer av levevaner, styrke innbyggernes kunnskap om levevaner og helse, samt understøtte brukerens egen læringsprosess (Helsedirektoratet, 2016) Primært gjelder dette fysisk aktivitet, kosthold og

tobakk, men kan også gi veiledning knyttet til psykisk helse, søvn og risikofylt alkoholforbruk (Helsedirektoratet, 2016) De skal ha en spesiell kompetanse på motivasjon og benyttes som et viktig supplement til NAV, arbeidsgiver, fastleger, bedriftshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i et behandlings- rehabiliterings- eller habiliteringsforløp (Helsedirektoratet, 2016). Selve aktiviteten på en frisklivssentralen skal i første omgang være gruppebasert, men likevel individuelt tilpasset hver enkelt deltaker ofte ledet av treningspedagoger og/eller fysioterapeuter, samt samarbeid med lokale lag og foreninger (Helsedirektoratet, 2016) (Oldervoll & Lillefjell, 2011). Ser man på utbredelse og kartlegging som påvirkende faktorer for suksess, fant (Ekornrud & Thonstad, 2016) at stadig flere kommuner velger å etablere frisklivssentraler, spesielt i store kommuner og det eksistere store ulikheter, men at frisklivssentralene er en «liten» helsetjeneste målt i ressursbruk og brukere sammenliknet med andre helsetjenester. Videre sier resultatet at tjenesten er sårbar og avhengig av «nøkkelpersoner» og trolig vil dø ut om disse blir borte, samt at det er småkommunene som har flest aktive brukere og benytter seg mest av frisklivssentralene (Ekornrud & Thonstad, 2016).

Vedrørende tobakk finner man kampanjen «tobakksfri» gjennom frisklivssentralene og helsedirektoratet eller kampanjen «slutta» av helsenorge.no som samarbeider med helsedirektoratet, helfo og folkehelseinstituttet (E-helse, 2018) (Helsedirektoratet, 2015). Det er viten kjent at tobakk er helseskadelig og kan føre til alvorlig sykdom, nedsatt livskvalitet og kan føre til tidlig død. Halvparten av de som røyker daglig i mange år dør tidlig av tobakksrelatert sykdom og at de som røyker daglig i snitt dør 11 år tidligere enn ikke-røykere (Helsedirektoratet, 2015) (Vollset, Selmer, Tverdal, & Gjessing, 2006). Helsedirektoratets applikasjon «slutta» har vekket internasjonal interesse ved at den ble lastet ned 330 000 ganger per 2015 og brukerundersøkelsen viser at 10 000 røykere og 15 000 snusere ha sluttet ved hjelp applikasjonen (Brækhus, 2015). Applikasjoner viser hvor mye du sparer økonomisk, helsegevinster og applikasjonen ble utviklet i samråd med målgruppen (unge) og er lett tilgjengelig og gratis (Brækhus, 2015).

Rusmidler og risikobruk av alkohol påvirker folkehelsen ved at den skaper avhengighet, er en direkte dødsårsak og kan gi sykdom og helseplager forbundet med dødelighet, samt trafikkulykker (Gjersing, 2018). En artikkel av folkehelseinstituttet viser at det i 2016 var registrert 336 alkoholrelaterte dødsfall, hvor 79% var menn og flertallet over 50 år (Gjersing, 2018). Alkohol som risikofaktor ved andre dødsfall, sykdom som forverres av alkohol og

trafikkulykker er ikke medregnet i artikkelen, men tallene viser en nedgang generelt for hele befolkningen (Gjersing, 2018).

Av andre lignende tiltak kan man nevne; «aktiv på dagtid», «brukerstyrt personlig assistent» (BPA), friskis» og «svettis» gruppetimer innunder frisklivssentraler og «pakkeforløp» innenfor rusomsorgen.

2.5 Treningskontakt kurs og kompetanse – teoretisk rammeverk

Mange institusjoner innen psykisk helsevern har ikke tilstrekkelig med kompetanse knyttet til fysisk aktivitet og psykiske lidelser og/eller rus, men fysisk aktivitet brukes gjerne i et opphold og under et behandlingsforløp (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006). Brukere kan ofte føle seg ensomme og isolerte etter et institusjonsopphold og motivasjon for aktivitet konkurrerer med utfordringer som tilbakefall, ulik sosial kompetanse og flere opplever det som vanskelig å kontakte treningsentre eller lignende (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006).

Behovet til brukeren blir sentralt, og gjennom samvær i lokalmiljøet skal det bidra til personlig vekst og meningsfull fritid, som kan organiseres i grupper eller individuelt (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006). Tidligere har brukere hatt et mer passivt «møte» med hverdagen etter opphold som kafébesøk og shopping som behandlingsmetode, men her ønsker prosjektet at treningskontaktene aktivt skal møte hverdagen i samarbeid med bruker (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006).

Kurset foregikk over to helger på til sammen 40 timer fordelt på; rusproblem (8t), psykiatri (8t), praktisk treningslære (10t), teoretisk treningslære (6t), anatomi og fysiologi (6t), kommunikasjon (2t) og hjemmeoppgave/eksamen (2t) (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006). Gjennom praktiske øvinger og aktiviteter sammen som koblingspar var fokus på «hjelp-til-selvhjelp-strategi» og det blir brukt mye tid på å finne rett koblingspar. I prosjektet fikk treningskontaktene tilbud om et oppfølgingskurs rettet mot; ernæring, idrettsskader, rus og psykiatri på 20 timer som var offentlig finansiert og gjennomført på en helg (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006).

Det teoretiske rammeverket i denne sammenhengen omhandler i hvilken grad kursopplegg og kursinnhold støtter seg på teorier om sosial støtte- og ulikhet, eller om det har retning

motivasjons og sosialkognitive teorier eller om det teoretiske rammeverket har et fokus på mer ren kroppslig og objektiv tilnærming og fysiologiske fakta og helsegevinster. Etter dokument analyse av tilsendte kursplaner, treningskontaktinvitasjoner, reklame, prosjektplaner, folkehelseplaner og tilhørende hjemmesider kommer det ikke frem noen tydelig teori og det teoretiske rammeverket gir et inntrykk av å være mangelfull. Tematikken for kursinnholdet er gjentakende for de fleste og empirien bygger gjerne på objektiv, fysiologiske endringer i kroppen og faktaopplysninger om helsegevinster. Det nevnes at det kurses i «treningskontaktrollen», men det er mangelfullt hvilke relasjonsteknikker som brukes og i de tilfeller hvor noe er nevnt er det gjerne brukt; motiverende intervju, eller at kommunene sier at de bruker lang tid å finne rett kjemi på koblingspar uten videre teoretisk bakgrunn. Et eksempel på en mulig teori og teoretisk bakteppe for selve kursinnholdet som er i samråd med bakgrunn for treningskontaktprosjektet – og ordningen og dens hensikt vil kunne være «selvbestemmelsesteorien» av Deci & Ryan (1985) (Deci & Ryan, 1985) (Ryan & Deci, 2002) (Ryan R. D., 2007). Denne teorien vil kun bli nevnt i korte trekk for å vise sin relevans, men ikke overskygge annen teori innenfor implementering og organisering som er mer vektlagt i oppgaven.

2.5.1 «Selvbestemmelsesteorien – mulig teoretisk rammeverk»

Teorien har sin originaltittel «Self-Determination Theory» og heretter kalt selvbestemmelsesteorien er en sosialkognitiv teori med fokus på; *kompetanse, autonomi og tilhørighet* (Deci & Ryan, 1985). Teorien antar at mennesket har en medfødt tendens til å aktivt utvikle ferdigheter, utsette seg for utfordringer og utforske nye aktiviteter, selv i fravær av ytre krav og belønninger hvor vi tilpasser oss omgivelsene for å fungere sosialt (Jacobsen, 2012). Det vil være en nær sammenheng mellom oppfattet kompetanse og indre motivasjon. Jo mer kompetent et individ anser seg selv i en aktivitet, desto mer indre motivert vil han/hun være forutsatt av;

- a) *Aktiviteten må være optimalt utfordrende*
- b) *For at oppfattet kompetanse skal påvirke indre motivasjon må man ha en opplevelse at man selv kan påvirke resultatet/utfallet* (Deci & Ryan, 1985) (Jacobsen, 2012).

Årsaken bak målsettingen for mennesket vil fungere som drivkraften til handling og innholdet i målene sier noe om hvilke type mål og ifølge teorien vil et personlig mål ha en større drivkraft. Modellen er dialektisk og vektlegger det sosiale miljøet som mennesket er en del av, og et miljø kan virke hemmende eller støttende da miljøet gir næring til den antatte medfødte tendensen (Ryan & Deci, 2002).

Disse tre psykologiske behovene; *kompetanse, tilhørighet og autonomi* er noe brukerne sammen med treningskontakten vil ha et forhold til. *Tilhørighet* vil eksempelvis gjelde både som en opplevelse av tilhørighet til lokalsamfunnet og miljøet ved å benytte seg av tilgjengelige tilbud som et treningssenter eller lokalt idrettslag, men også skape tilhørighet i koblingsparet gjennom respekt og tillit. *Kompetansen* og behovet om å lykkes er sterkt knyttet til mestringsevne og det å flytte grenser, samt at både bruker og treningskontakt vil oppleve følelse av å lykkes gjennom et likemann- og likeverdsperspektiv. *Autonomi* omhandler vårt behov om å ta egne valg, skape et eierskap til prosessen i dette tilfellet og være delaktig i eget liv. Brukeren velger aktivt å gjøre en atferdsendring i deres hverdag og kan være med å bestemme veien mot målet og utfallet. På bakgrunn av dette kan selvbestemmelsesteorien være et egnet teoretisk rammeverk for treningskontaktordningen.

2.6 Organisering og implementering av tiltak for å fremme folkehelse

Implementering handler om aktive strategier for å iverksette intervensjoner og endre praksis i bestemte miljøer (Evensen, 2014). Det fungerer som et bindeledd mellom forskerfeltet og praksisfeltet og kan defineres som; «et sett av spesifikke aktiviteter som skal til for å gjennomføre en bestemt metode eller et behandlingsprogram i praksis» (Sørli, Ogden, Solholm, & Olseth, 2010) (Ogden & Fixsen, 2014). Det vil alltid eksistere et spørsmål om hvilken enden man skal begynne, om det er ny forskning eller praksisfeltet som sitter med svaret ved innlæring av ny kunnskap. Det optimale er å smelte sammen begge de to feltene med hver sin form for ekspertise (Evensen, 2014). Ulike modeller er tilgjengelige for både individ og samfunnsnivå og i dette tilfellet vil det tas hensyn til implementering og organisering på et samfunnsnivå og ut i fra et kommuneperspektiv. Det tas til følge at det selvfølgelig vil være ulikheter og forskjeller på individnivå, men tilgjengelige ressurser er lagt til samfunns- og gruppe nivå.

Ifølge Terje Ogden, forskerdirektør innenfor problematferd er det gunstig å følge en spesifikk modell, bare man ikke blir for rigid og ikke tar hensyn til lokaleforhold (Evensen, 2014) (Ogden & Fixsen, 2014). Man må være åpen for endringer og tilpasninger til mottakeren, og det må oppleves som gjenkjennbart i praksis og åpenhet for endringer i mottakergruppen (Evensen, 2014). Det er to hovedprinsipper innenfor implementering, nemlig; *top-down modell eller en bottom-up modell* (Ogden & Fixsen, 2014). Med *top-down* kan det eksempelvis være myndighetene som kommer med nye retningslinjer omkring fysisk aktivitet for befolkningen, eller *bottom-up* hvor praksisfeltet (befolkningen, lekfolk) ønsker endringer

og må møte krav om økonomisk støtte, gjeldende for en anseelig del av befolkningen og tilgjengelige ressurser (Evensen, 2014).

2.6.1 Implementeringskvalitet

For at implementeringen skal lykkes og ha kvalitet forutsetter det at tiltaket og/eller metoden man tester faktisk er virksom og at metoden er implementert i organisasjonen med tilstrekkelig kvalitet (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Ifølge Ogden (2014) er ikke ensidig veiledning og opplæring tilstrekkelig og både forsker- og praksisfeltet kan møte ny kunnskap med skepsis og kritikk (Evensen, 2014). For at et tiltak skal kunne fungere er det ikke tilstrekkelig med godt mot uten å ha en strategisk og gjennomtenkt plan for tiltaket som helhet og hvordan det vil påvirke hele organisasjonen eller institusjonen.

Meyers, Durlak & Wandersman (2012) har utviklet en sjekkliste for implementeringskvalitet bestående av hovedpunktene; etablering av implementeringsteam, støttende klima i org. Og nærmiljø, implementeringsplan, opplæring og praktisk/teknisk støtte, samarbeid praktikere og programutviklere og evaluering (Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012). Sjekklisten er fremstilt i tabell 1 nedenfor.

Tabell 1: Viser sjekkliste for implementeringskvalitet (Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012)
<u>1. ETABLERE ET IMPLEMENTERINGSTEAM</u>
Teamet for den kommunale implementeringen (styringsgruppe)
Identifisere og ansette ledere for tjenestene
Identifisere og rekruttere områdespesialister for hvert tjenesteområde
Rekruttere deltakere til fagråd (profesjonelle og legfolk)
Fordele roller og ansvar for prosess og gjennomføring
<u>2. STØTTENDE KLIMA I ORGANISASJON OG NÆRMILJØ</u>
Identifisere og støtte ildsjeler i implementeringen
Kommunisere behovet for tiltaket i tjenesten og i lokalmiljøet
Kommuniser fordelene ved tiltaket
Imøtegå motstand mot endring
Sørge for at tiltak er godt forankret i organisasjonen og har god administrative støtte
<u>3. IMPLEMENTERINGSPLAN</u>
Lag en liste over oppgaver som skal utføres i forbindelse med implementeringen
Lag en tidslinje for implementeringsoppgavene
Fordel implementeringsoppgavene på ulike ledere og deltakere

<u>4. OPPLÆRING OG PRAKTISK/TEKNISK STØTTE</u>
Avklar opplæringsbehov og behov for teknisk og praktisk assistanse (implementeringsteam)
Sikre gode samarbeidsrelasjoner med de som skal lære opp og gi assistanse
Sørg for at de som skal implementere har kunnskap om organisasjonenes og lokalmiljøets behov, målsettinger og ressurser
Samarbeid med praktisk støtteapparat om implementeringen
<u>5. SAMARBEID PRAKTIKERE OG PROGRAMUTVIKLERE</u>
Samarbeid med tiltaks/programutviklerne om forhold som påvirker kvaliteten av implementeringen
Iverksett problemløsning når behovet oppstår
<u>6. EVALUERE HVOR VIRKSOM INTERVENSJONEN ER</u>
Mål graden av implementeringsintegritet (i.e., adherence, integrity)
Mål doseringen — hvor mye av tiltaket som ble faktisk levert

Sjekklisten er ment som et verktøy for implementering og innføring av ny kunnskap, og gi et helhetlig bilde av hvilke faktorer som spiller inn og omfanget av implementeringens påvirkning (Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012). Det innebærer at man må ta hensyn til mottaksgruppen og deres eventuelle støtte eller motstand.

Knyttet opp mot treningskontaktordningen vil et «implementeringsteam» utgjøre en styringsgruppe som henter inn hensiktsmessig informasjon og kompetanse knyttet til ordningen, gjenkjenne hvilke utfordringer implementeringen vil møte og fordele ansvar i hver enkelt kommune. Vedrørende «støttende klima i organisasjon og nærmiljø» er det her man identifiserer ildsjeler og deres engasjement, behovet ordningen eventuelt kan dekke i en kommune og derfra videre se fordeler for lokalmiljøet, mot en god forankring. Selve «implementeringsplanen» er ment som en overordnet plan over flere nivåer og instanser, med et tidsperspektiv og ansvarsfordeling. Selve «opplæringen» og den «praktisk/tekniske støtten» er å avdekke opplæringsbehovet, skape relasjoner og sørge for god tilknytning med alle involverte parter og kvalitetssikre kompetansen fra flere hold. Til slutt vil «samarbeid» og «evaluering» måle grad av vellykket implementering, adressere problemer som dukker opp og utgangspunkt for videre endring og vedlikehold.

2.6.2 Hemmere og fremmere for implementering

Kommunikasjon og kunnskap om hvilken gruppe man forholder seg til og nøkkelen er å «treffe» gruppen og berøre, gjennom å kommunisere på ulike arenaer og ved bruk av ulike fremgangsmåter. Opplevs visse modeller og programmer som mekaniske og eksempelvis er

et langt avkrysningsskjema kan man risikere at engasjementet dør ut over tid, samt at innføring av ny kunnskap kan gå smertefritt, mens vedlikehold, kontinuitet og tilbakemeldinger ikke blir opprettholdt tilstrekkelig (Evensen, 2014) (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Noen lar seg overbevise av data eller forskning, mens andre trenger å høre suksesshistorier fra praksisfeltet eller høre positive tilbakemeldinger fra andre i lignende prosesser, samt viktigheten av at praksisfeltet og deres kompetanse blir sett og hørt (Evensen, 2014) (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Andre hemmere kan være at det ikke blir tatt hensyn til lokale og individuelle forskjeller, eller faktorer som tids- og ressurspress, samt lav prioritering av opplæring- og valg av formidlere (Evensen, 2014). Likeledes som det eksisterer utfordringer byr implementering av ny kunnskap på muligheter og en praktisk-teknisk tilnærming gjennom bruk av; ulike materialer, sjekklister, hjemmelekser eller videoklipp er gunstig for å berøre ulikheter i en gruppe (Evensen, 2014). Rogers (1962) har utviklet fem steg for vellykket implementering;

- 1) *Belys fordelene med endringen (hva gir det kommunen)*
- 2) *Synliggjør hvordan endringen sammenfaller eksisterende kultur og verdier*
- 3) *Minimer kompleksiteten når endringsprosessen beskrives*
- 4) *Gi rom og tid for prøving, testing og evaluering av endring i praksis*
- 5) *Lær av andre som har gjennomført tilsvarende endring (Rogers, 1962).*

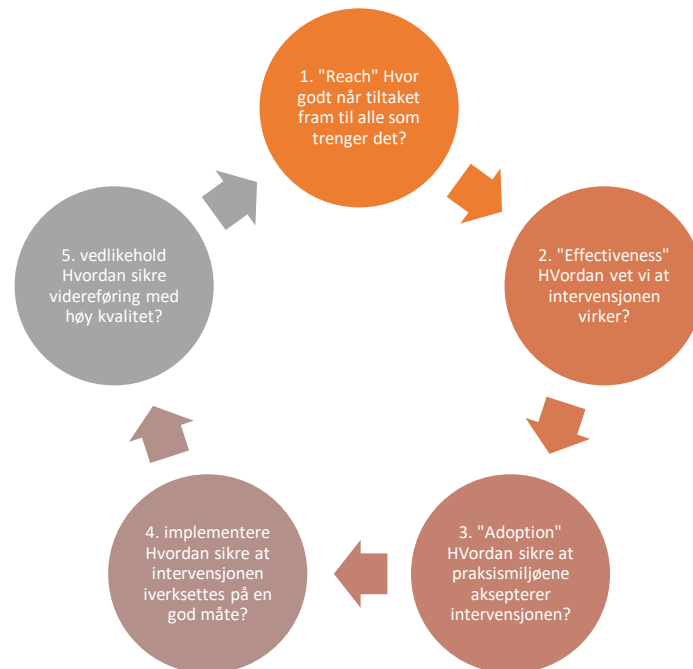
Det er viktig å berøre og angripe fra flere innfallsvinkler, og viktigheten av å virke fortrolig. Den som legger frem ny kunnskap eller igangsetter en intervensjon uten å inneha tilstrekkelig med kompetanse eller at det skinner igjennom at troen på endring er svak vil få liten støtte og oppslutning (Evensen, 2014) (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Positive tilbakemeldinger og en ledelse som er åpen og flink til å se sine ansatte, viser lederskap og utøver godt samarbeid er nøkkelen. Skulle endringer falle i grus eller ikke utfallet ble som forventet, vil fallhøyden være mindre om det har eksistert gjensidig tillitt og åpen kommunikasjon fra starten av.

2.6.3. Rammeverk for implementeringsresultater - endringsreaksjoner

Hvordan utfallet av en intervensjon blir er avhengig av reaksjonene til kommunens ansatte og hvordan kommunen som samlet enhet og gruppe stiller seg til ny informasjon. Rick Maurer (2009) sin teori bygger på at det er tre reaksjoner som kan skje; kognitivt («jeg forstår det ikke»), emosjonelt («jeg liker det ikke») og relasjonelt («jeg stoler ikke på deg») og hver reaksjon krever sin handling (Helsedirektoratet). Mennesket kan ofte anse seg selv positiv

innstilt til endringer, men når selve endringer skal skje er det ikke bestandig vi liker endringen. For den kognitive reaksjonen vil det kreve handling i form av tilgjengelig informasjon, begrunne årsakene, klargjør hensiktene og ha åpenhet omkring planlegging (Helsedirektoratet, u.å.). Den emosjonelle må vises respekt for reaksjonen, oppriktig interesse og dialog/oppfølging, mens den relasjonelle krever avmystifisering og avdekking av eventuelle misforståelser (Helsedirektoratet, u.å.).

«The RE-AIM framework» av (Palinkas & Soydan, 2012) tar for seg fem ulike «kontroll» spørsmål som kan stilles ved implementering av ny kunnskap eller en intervensjon, og er fremstilt i figur 1 nedenfor.



«Reach» tar for seg omfanget av tiltaket og hvor mange intervensjonen når ut til og hvor «effectiveness» tar for seg utfallet av intervensjonen, både det negativt og positivt, samt resultat og økonomiske kostnader (Palinkas & Soydan, 2012) (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999). «Adoption» omfatter hvor mange som er villige til å gjennomføre intervensjonen, mens «implementere» tar for seg hvordan intervensjonen håndteres, kostnader, tilbakemeldinger og om tids- og ressursbruk er som forventet (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999) (Palinkas & Soydan, 2012). Det siste kontrollspørsmålet for implementeringsrammeverket er «vedlikehold» og hvorvidt endringer blir varig instituert, godt forankret med god organisering, samt at troen på ordningen holder seg sterk over en lengre periode og blir rutine (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999) (Palinkas & Soydan, 2012). Sett i sammenheng med

treningskontaktordningen vil implementeringsresultatet kunne være om det når ut til kommunene og det blir utdannet treningskontakter, at brukere opplever mestrings og oppnår et økt aktivitetsnivå og blir treningskontaktordningen tilstrekkelig forankret til at den holder stand over tid.

Ifølge Terje Ogden (2014) er Norge et land som er flinke til å komme med nye tiltak som eksempelvis tiltak for folkehelse, men at vi derimot ikke er like flinke til å vedlikeholde og opprettholde de tiltakene som igangsettes (Evensen, 2014). For å adressere dette har denne oppgaven til hensikt å belyse resultatet av implementeringen av treningskontaktordningen på nasjonalt nivå.

3.0 Metode

Dette er en trefasestudie hvor det vil bli redegjort for de ulike fasene i påfølgende metodekapittel. Studien har ikke meldeplikt til NSD (Norsk senter for forskningsdata) da informasjon innhentet fra spørreskjemaer og mailutveksling allerede er publisert på kommuners og idrettskretser sine hjemmesider og offentliggjort.

3.1. Design

I denne kvantitativ undersøkelsen ble det brukt et undersøkelsesdesign som bygger på en trefasestudie og en deduktiv tilnærming. Når det gjelder utvalgsmetoder ble det brukt et populasjonsutvalg. Da deltakere/informanter/respondenter var ønsket og utpekt på forhånd. Metoden ble valgt i kontrast til kvalitativ metode da valgte metode var mest kjent fra forskerens side og på grunn av mengde data som skulle innhentes. For at en kommune, bydel eller idrettskrets blir definert som aktiv må det være systematisk kursing eller tilsvarende kompetanse av treningskontaktene.

Studiens tre faser:

3.1.1 Fase 1. Kartlegging via nett

I første fase ble alle norske kommuner, bydeler og idrettskretser sine hjemmesider gjennomgått fordelt på 432 kommuner (n=432), 12 bydeler (n=12) og 19 idrettskretser (n=19), totalt ble det gjennomgått 463 hjemmesider (n=463). Der hvor det var publisert informasjon om treningskontaktordningen eller tilsvarende ordninger som treningskompis/tur- og treningskompis, ble disse registrert som potensielle respondenter. Etter gjennomgangen satt man igjen med 90 potensielle innehavere av treningskontaktordningen. De som ble ekskludert fikk tilsendt en mail hvor de ble bedt om å bekrefte eller avkrefte om de hadde en ordning for å forhindre at noen hadde blitt oversett eller glemt på grunn av manglende eller feil informasjon på deres hjemmesider (n=357).

3.1.2. Fase 2. Kort elektronisk spørreskjema og intervju

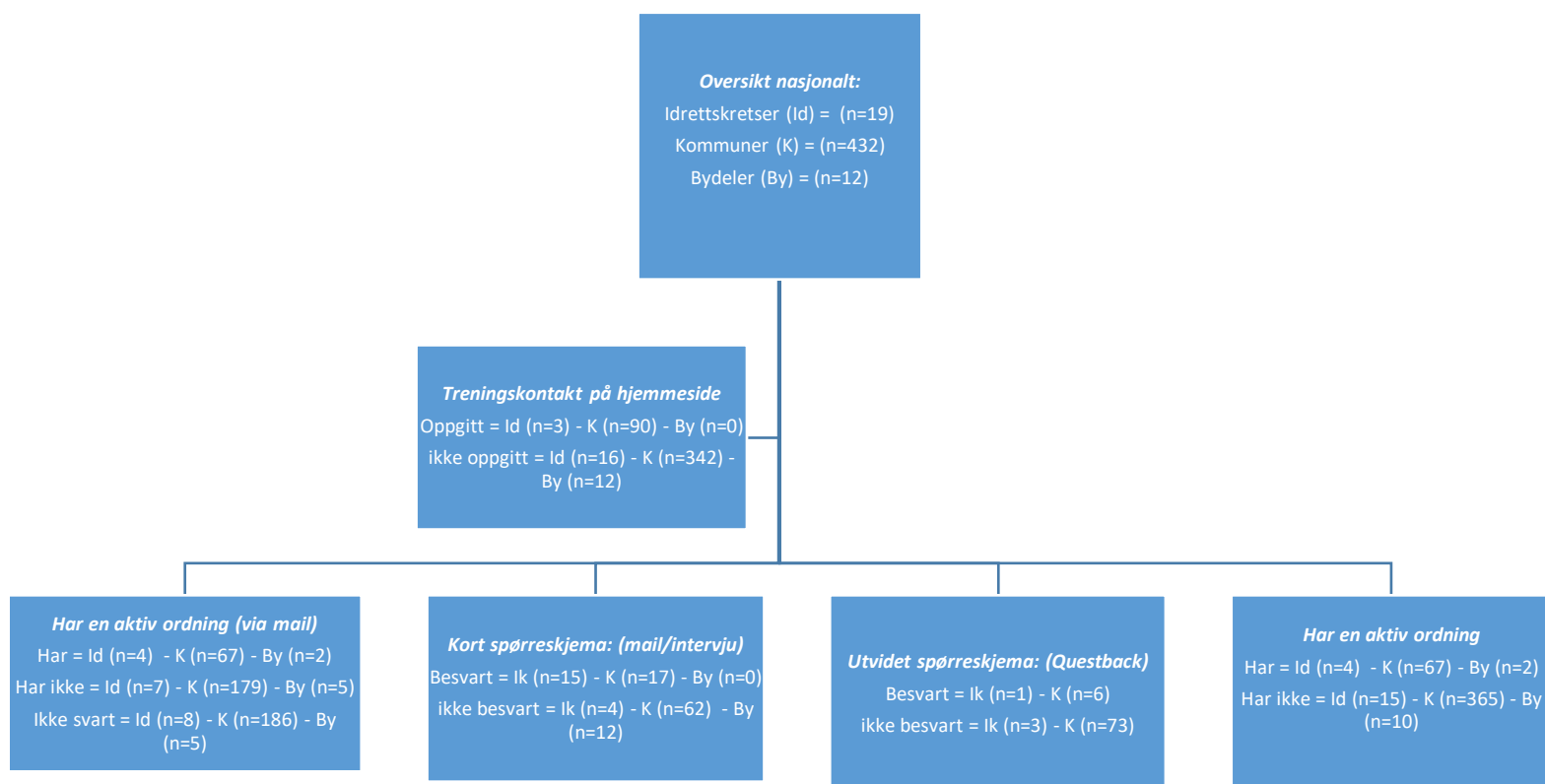
De nye som kunne bekrefte via mail at de hadde en ordning (n=22) fordelt på kommuner (n=16), bydeler (n=2) og idrettskretser (n=4) ble inkludert sammen med de potensielle innehaverne fra fase 1 (n=90) og ble totalt 112 (n=112). Kommunene og bydelen fikk tilsendt et kort elektronisk spørreskjema bestående av spørsmål som omfattet; krav om utdanning for treningskontaktene, når ordningen ble innført og om ordningen fortsatt var aktiv med mer. (8 spm). For idrettskretsene ble det sendt ut et tilsvarende kort elektronisk spørreskjema som omhandlet; kursinnhold, omfang, målgrupper og samarbeidspartnere angående treningskontaktordningen (6 spm).

Da data var innhentet satt man igjen med 73 (n=73) totalt, fordelt på kommuner (n=67), bydeler (n=2) og idrettskretser (n=4) som hadde besvart. For å komme frem til disse ble syv idrettskretser ekskludert da ordningen ikke lenger var aktiv, tilsvarende to bydeler og syv kommuner. I det korte spørreskjemaet tilsendt til kommunene ble de bedt om å oppgi eventuelle kursholdere av treningskontaktordningen og fikk beskjed om at tilleggsopplysninger var til stor hjelp.

Enkelte kommuner (n=10), bydeler (n=1) og idrettskretser (n=3) ble kontaktet for intervju per telefon som følge av at enkelte ønsket det selv og andre for å få en endelig bekreftelse eller utdypende informasjon. Intervjuguiden besto av de samme spørsmålene som ved det korte spørreskjemaet.

3.1.3. Fase 3. Utvidet spørreskjema

Etter informasjon innhentet fra det korte elektroniske spørreskjemaet ble det utviklet et utvidet elektronisk spørreskjema gjennom tjenesten Questback. Dette ble sendt til alle de potensielle innehaverne av treningskontaktordningen for mer utdypende data. (n=73). Det utvidede spørreskjemaet besto av 54 spørsmål som omhandlet; organisering og forankring av ordningen, erfaringer omkring ordningen og informasjon om kursledere med mer. Av disse var det seks kommuner (n=6), null bydeler (n=0) og en idrettskrets (n=1) som besvarte det utvidede spørreskjemaet. Totalt ble det 73 (n=73) respondenter fra fase 2 og det korte elektroniske spørreskjemaet og totalt syv (n=7) som besvarte det utvidede elektroniske spørreskjemaet, som illustrert i figur 2 nedenfor.



3.2. Instrumenter

3.2.1 Fase 1. Kartlegging via nett

Første fase og kartlegging av alle norske kommuner sine hjemmesider, samt idrettskretser og bydeler for Oslo ble gjennomført i perioden august – september 2016. Mailutveksling for bekreftelse/avkreftelse av treningskontaktordningen eller tilsvarende ble gjennomført i perioden oktober – november 2016. Instrumenter i denne fasen var ett spørsmål via mail angående om utvalgte kommuner hadde en treningskontaktordning.

3.2.2. Fase 2. Kort elektronisk spørreskjema og intervju

Kort elektronisk spørreskjema

Det korte elektroniske spørreskjemaet besto av åtte lukkede spørsmål for kommunene og bydelene og seks spørsmål for idrettskretsene og arrangører av treningskontaktkurs. Disse ble sendt ut via mail og vedlagt informasjon om prosjektets formål og bakgrunnen for undersøkelsen. I det korte spørreskjemaet til kommunene og bydelen ble de bedt om å oppgi informasjon om eventuelle kursholdere kommunen/bydelen brukte om det ikke var

kommunen/bydelen selv. Spørsmålene sendt til kommunene/bydeler besto av to spørsmål omkring treningskontaktordningens oppstart og status per dato.

- 1) *Når ble ordningen innført i din kommune?*
- 2) *Er ordningen fortsatt i drift/aktiv?*

Videre ble de spurt fem spørsmål angående selve treningskontaktene i henhold til antall, krav til utdanning og alder- og kjønnsfordeling.

Hvor mange treningskontakter har dere;

- a) *Hatt siden oppstart?*
- b) *I løpet av siste år?*

Stilles det noen krav/forkunnskaper/utdanning for kommende treningskontakter

Hvor mange brukere har hver treningskontakt?

- a) *1*
- b) *1-2*
- c) *Flere enn 2*

Hvordan er aldersfordelingen blant treningskontaktene?

- a) *Flest mellom 20-25 år (gjerne antall)*
- b) *Flest mellom 25 – 35 år (gjerne antall)*
- c) *Flest mellom 35 – 45 år (gjerne antall)*
- d) *Flest under 20 år*
- e) *Flest over 45 år*

Hvordan er kjønnsfordelingen blant treningskontaktene?

- a) *Flertall av kvinner*
- b) *Flertall av menn*
- c) *Like mange kvinner og menn*

Til slutt ble de spurt om hvor mange brukere som hadde fått innvilget søknad om treningskontakter.

Hvor mange har fått innvilget søknad og mottatt tilbud om en treningskontakt?

- a) *Siden oppstart av ordningen?*
- b) *I løpet av siste år?*

For idrettskretsene og andre arrangører av treningskontaktkurs ble det sendt seks lukkede spørsmål. De ble også bedt om å legge ved en kursplan om det var tilgjengelig. Spørsmålene besto av tre spørsmål angående omfang, kostnad for en kommende treningskontakt og kursinnhold;

Hvor stort omfang har kurset (timer)?

Hva koster det for en kommende treningskontakt å ta kurset?

a) Det er gratis

b) Oppgi sum

Hva er innholdet i deres kursopplegg? (treningslære, motivasjonsteknikker..osv.)

Videre ble de spurt om hvilke målgrupper treningskontaktkurset var rettet mot, hvordan de jobbet for å synliggjøre sine kurs og hvilke samarbeidspartnere de hadde ved samarbeid;

Hvordan synliggjør dere kurset for kommende treningskontakter?

Hvilken målgruppe(r) skal treningskontakten jobbe med etter endt kurs?

Har dere noen samarbeidspartnere? (andre kommuner, idrettskretser, frisklivssentral, nav)

Intervju

For de kommunene og idrettskretsene som ble kontaktet per telefon ble de samme spørsmålene som i det korte spørreskjemaet brukt som intervjuguide og hvor det var åtte lukkede spørsmål for kommunene og seks lukkede spørsmål for idrettskretsene. Det var tre åpne spørsmål planlagt utover hva kommunen/bydelen/idrettskretsen selv oppga av informasjon;

Hvordan syns dere at treningskontaktordningen fungerer i din kommune/bydel/idrettskrets?

Hvordan er samarbeidet mellom idrettskretsen og kommunen/kommunen og idrettskretsen?

Hva av forbedringer kunne vært gjort i henhold til treningskontaktordningen?

3.2.3. Fase 3. Utvidet elektronisk spørreskjema

Det utvidede elektroniske spørreskjemaet ble sendt ut til idrettskretser, bydeler i Oslo og kommuner via tjenesten Questback. Spørreskjemaet var utformet likt, men spørsmålene ble endret i forhold til om det skulle sendes til idrettskrets eller bydeler/kommuner. Det elektroniske spørreskjemaet besto av totalt 54 spørsmål, hvor det var 32 lukkede og 22 åpne kortsvarsspørsmål. Videre var det kategorisert; forankring av ordningen (6), vedrørende kursledere og treningskontaktkurs (9), Forvaltning (10), selve treningskontaktene (8),

organisering av ordningen (13), samt synliggjøring (6) og omkring brukerne (2). De ble også bedt om å oppgi kontaktinformasjon. Nedenfor er det valgt ut noen eksempler fra spørreskjemaet og resterende er vedlagt i vedlegg.

Hvilke målgrupper har fått tilbud om treningskontaktordningen i din kommune/bydel (flere valg er mulig)?

- Psykiatri/mental helse
- Rus
- Barn og unge (under 18 år)
- Mennesker med funksjonsnedsettelse
- De som allerede har en støttekontaktordning
- Annet

Hvordan kommer brukerne i kontakt med ordningen i din kommune/bydel? (flere valg er mulig)

- Blant ansatte i kommunen/bydelen
- Via idrettskretser
- Gjennom Nav
- Gjennom frisklivssentraler
- Gjennom kommunens/bydelens hjemmesider
- Gjennom sosiale medier (facebokk, blogg, Instagram, twitter, snapchat)
- Gjennom annonser i aviser
- Annet

Hvordan ble kommunen/bydelen kjent med treningskontaktordningen? (flere valg mulig)

- Via andre kommuner/bydeler
- Via idrettskretser
- Gjennom oppfordring fra brukerne selv
- Via seminarer/foredrag fra andre aktører
- Annet

Når ble ordningen innført i din kommune/bydel? (årstall)

Hvor mange kursledere har kommunen/bydelen utdannet siden ordningen ble innført?

Siden ordningen ble innført? (antall)

I løpet av siste år? (antall)

Hvilke krav til utdanning har kurslederne i din kommune/bydel?

- Ingen krav til utdanning
- Internt kurs
- Høyere utdanning generell
- Høyere idrettsfaglig utdanning

3.2.4. Statistiske analyser

For analysene av innhentet data i statistikkprogrammet SPSS ble kommunene vurdert i forhold til ulike «kommunetester» som blir gjennomført og offentliggjort av ulike instanser hvert år. Av disse ble kommunetesten av Forbrukerrådet, kommunebarometeret fra kommunal rapport, kommune NM av næringslivets hovedorganisasjon (NHO) og folkehelseprofiler av folkehelseinstituttet inkludert.

3.2.5. Inkluderte tester til analyse

Folkehelseprofilene tar for seg nøkkeltall knyttet til befolkning, levevilkår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom og er valgt ut fra et forebyggingspotensiale og kjente folkehelseutfordringer. Profiler er ment for at kommunene kan se hvordan helsetilstanden er hos innbyggerne i kommunen og hvilke ressurser og utfordringer hver enkelt kommune har. Profilene er konstruert slik at hver kommune får vite hvilke områder de scorer bedre enn landsnittet, dårligere enn landsnittet eller ingen forskjell. (folkehelseinstituttet, 28.10.2017).

3.3. Databehandling

Etter endt gjennomføring av datainnsamling som foregikk via utveksling per epost, intervju eller som elektronisk spørreskjema, ble innhentede data i førsteomgang sortert i programmet Excel. Informasjonen via epost ble sortert i egne mapper i tjenesten Outlook og lagret om noen av deltakerne ville trekke seg og sine data. I Excel ble dataene videre kategorisert og sortert etter problemstillingene, samt at tabeller og figurer ble laget i Word.

Deltakerne ble bedt om å oppgi kontaktinformasjon i de elektroniske spørreskjemaene for å forsikre om at riktig informasjon samsvarte med bydel/kommune/idrettskretser/arrangører. Denne informasjonen har ikke meldeplikt da informasjonen allerede er offentliggjort og publisert på de ulike instansenes hjemmesider. Da spørreskjemaene ble sendt per epost var det ressurseffektivt og miljøbesparende for både forsker og deltakere.

3.3.1. Kategorisering og koding

Bakgrunnen for innhentede data og teori bygger på implementering og hvordan man ser utviklingen, iverksetting og utviklingen av treningskontaktordningen over tid. Hvordan en ordning som tar for seg gode helsegevinster og som er gunstig for folkehelsen blir tatt imot av praksisfeltet og brukerfeltet. Innhentede data har blitt kategorisert med tanke på implementeringskvalitet, implementeringsresultater og faktorer som vil hemme/fremme en ordning og hvilke forskjeller som oppstår nasjonalt. Ved å gjennomgå alle kommuners hjemmesider får man et innblikk fra et brukerperspektiv og ved bruk av mail utveksling og intervju blant landets kommuner og andre samarbeidende aktører for ordningen får man et innblikk fra et praksisfelt og praksisevaluering. Ved å «angripe» ordningen fra flere hold får man et bredere perspektiv og større kompetanse til å kategorisere og kode resultatene og feltet.

3.3.2. Statistiske analyser

De statistiske analysene ble i første rekke gjennomført i SPSS (Statistical Package for the Social Science) og relevant data ble videre bearbeidet i Excell for å lage hensiktsmessige figurer og tabeller. I SPSS ble signifikant grensen/nivået satt til $P < 0.05$ ved analyser av folkehelseprofiler. For folkehelseprofilene var man ute etter å finne forholdet mellom kategoriene; bedre enn landsnittet, ingen forskjell og dårligere enn landsnittet og det ble gjennomført en Chi Square test.

4.0 Resultater

4.1. Omfang og utbredelse av treningskontaktordningen

Denne delen av resultatdelen tar for seg hovedproblemstillingen og gir et innblikk i utbredelsen og omfanget av treningskontaktordningen på nasjonalt nivå.

4.1.1. Kommuner og bydeler i Oslo

Av totalt 432 kommuner (per nov 2016) var det 67 kommuner og tre bydeler i Oslo med en aktiv ordning (16.20%). Ser man på aktive treningskontaktordninger på fylkesnivå er det Sogn og Fjordane med flest aktive ordninger (n=12)(63.16%). Etterfulgt av Hordaland og Rogaland (n=9) (47.37%) og Nord-Trøndelag (n=8) (42.11%), deretter Oppland og Finnmark (n=5)(26.32%) og hvor resterende har under fem aktive ordninger (>5; Sør-Trøndelag, Nordland, Hedmark, Vestfold, Aust-Agder, Møre og Romsdal, Troms, Telemark, Vest-Agder, Akershus og Oslo) (21.05%) For Buskerud (n=0) (0%) og Østfold (n=0) (0%) ble det ikke funnet noen aktive ordninger via hjemmesider eller per mail. Av regioner er det fylkene omkring Sogn og Fjordane og Førde som er høyest representert og geografisk betinget fra ordningens opprinnelse. Likevel ser man at treningskontaktordningen har spredt seg utover landet og spesielt nordover.

4.1.2. Idrettskretser

Av totalt 19 idrettskretser var det fire kretser; Hordaland, Finnmark, Oppland og Nordland som bekreftet at de hadde en aktiv treningskontakt eller en tilsvarende ordning (treningskompis, tur- og treningskompis). Tilsvarende hadde 12 idrettskretser (63.16%) aldri hatt en aktiv ordning og tre (15.79%) som hadde en aktiv ordning tidligere, men som nå er avsluttet.

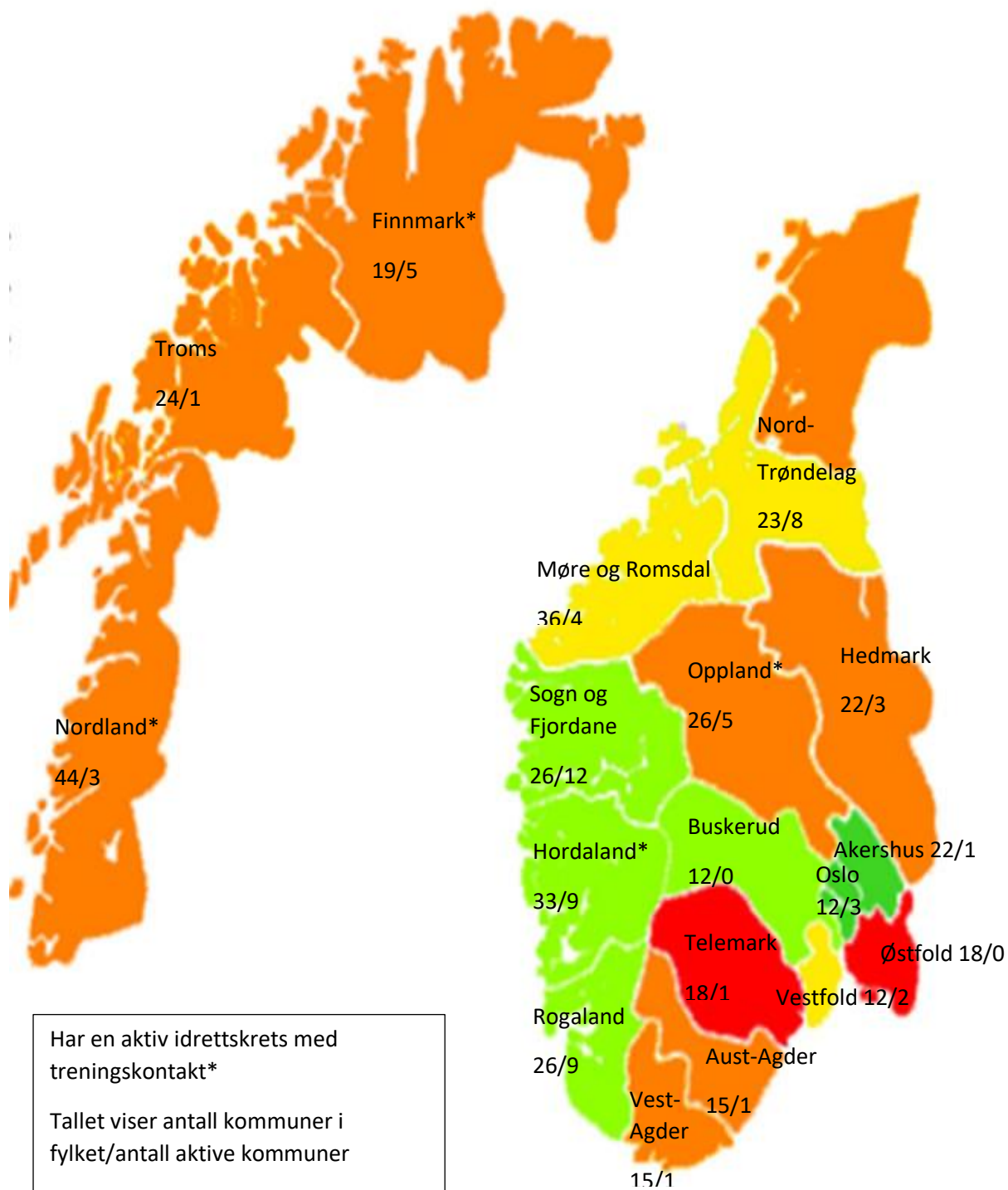
4.1.3. Avsluttet ordning

Flere kommuner (n=21) (4.86%) bekreftet at de hadde hatt en aktiv treningskontakt tidligere, men at disse ble avvirket grunn av faktorer som ofte omhandlet økonomi eller fraværende engasjement. Da gjerne i form av dyre utgifter ved kursing, støtteordninger for enkelte år via sponsorer som ikke ble fornyet og ikke økonomi for videre drift. En annen nevnt grunn er ildsjeler som har startet opp ordningen som etter en stund bytter jobb og/eller forlater stillingen og den har vist seg å være avhengig av ildsjelen(e) for å fungere. Andre grunner er at treningskontaktordningen blir overflødig og lite økonomisk ved at de allerede har eksisterende ordninger som omfavner samme målgruppe. Annet oppgitt er at kommuner har hatt tilbudet, men de har ikke klart å holde på/rekruttere treningskontakter som oppgir at

samme lønn som støttekontakt ikke er tilstrekkelig ved dyre treningskontaktkurs. Etter tilbakemeldinger og informasjon fra eksisterende aktive kommuner vet man at det trolig er flere aktive treningskontaktordninger uten bekreftelse av kommunene selv gjennom hjemmesider eller per mail.

Av totalt 19 idrettskretser var det tre (15.79%) som hadde en aktiv ordning tidligere, men som nå er avsluttet. Grunner for avvikling av ordningene har vist seg å være økonomiske og grunner som nevnes er at det opprinnelige kurset er for kostbart og at de har laget «light» versjoner som holdt noen år til for deretter å bli for dyrt i lengden. Annet har vært kommunikasjon hvor enkelte idrettskretser kurser treningskontakter for kommunene, men hører ikke ifra kommunene i etterkant og vet lite om ordningen fungerer. Som for kommunene har enkelte idrettskretser hatt tilbudet hvor de ikke klarer å rekruttere flere treningskontakter eller opprettholde de som eksisterer. Resultatene for idrettskretser og hvor mange kommuner med informasjon om ordningen på kommunenivå i forhold til antall kommuner innenfor et fylke er fremstilt i figur 3 nedenfor.

Figur 3 illustrerer treningskontaktordningens utbredelse på nasjonalt nivå



4.2. Forskjeller mellom kommuner med og uten treningskontaktordning

Analysen om det eksisterer forskjeller mellom kommuner med og uten treningskontakt er avgrenset til folkehelseprofiler av folkehelseinstituttet da profilene gir en oversikt hvordan folkehelsen fremstår i den enkelte kommune og er offentlig for kommunene selv. Grunnet mange mulige forklarende faktorer må enkelte avvike og det anerkjennes at faktorer som eksempelvis økonomi vil spille en rolle, men tilgjengelige ressurser er avgrenset til folkehelseprofiler. Resultatet av gjennomgang av landets folkehelseprofiler for kommunene er fremstilt i tabell 2 nedenfor.

Tabell 2: Viser resultatet av folkehelseprofiler gjennomført av folkehelseinstituttet (n totalt = 440)					
Variabel		Kommuner m/ordning (n=70)(15,9%)	Kommuner u/ordning (n=370)(84,1%)	X ²	p-verdi
<u>Vgs eller høyere utdanning 30-39 år (%)</u>	+	18 (25,7%)	+	43 (11,6%)	X ² = 11.93 0.003**
	0	34 (48,6%)	0	176 (47,6%)	
	-	18 (25,7%)	-	151 (40,8%)	
<u>Barn av enslige forsørgere (%)</u>	+	34 (48,6%)	+	136 (36,8%)	X ² = 3.61 0.164
	0	17 (24,3%)	0	102 (27,6%)	
	-	19 (27,1%)	-	132 (35,7%)	
<u>Lavinntekt (husholdninger 0-17 år)(%)</u>	+	39 (55,7%)	+	115 (31,1%)	X ² = 15.70 0.000***
	0	19 (27,1%)	0	158 (42,7%)	
	-	11 (17,1%)	-	97 (26,2%)	
<u>Uføretrygdede (18-44 år) (%)</u>	+	14 (20,2%)	+	59 (15,9%)	X ² = 0.80 0.668
	0	28 (40,0%)	0	148 (40,0%)	
	-	28 (40,0%)	-	163 (44,1%)	
<u>Lite fysisk aktiv ungd. (ungdata) 2014-2016 (%)</u>	+	9 (12,9%)	+	16 (4,3%)	X ² = 8.21 0.016*
	0	56 (80,0%)	0	318 (85,9%)	
	-	5 (7,1%)	-	36 (9,7%)	
<u>Overvekt inkludert fedme 17 år (%)</u>	+	6 (8,6%)	+	20 (5,4%)	X ² = 1.13 0.566
	0	47 (67,1%)	0	251 (67,8%)	
	-	17 (24,3%)	-	99 (26,8%)	
<u>Alkohol, har aldri vært beruset ungd. 2014-2016 (%)</u>	+	11 (15,7%)	+	55 (14,9%)	X ² = 0.04 0.977
	0	52 (74,3%)	0	276 (74,6%)	
	-	7 (10,0%)	-	39 (10,5%)	
<u>Røyking, kvinner (%)</u>	+	12 (17,1%)	+	21 (5,7%)	X ² = 11.32 0.003**
	0	46 (65,7%)	0	268 (72,4%)	
	-	12 (17,1%)	-	81 (21,9%)	
<u>Forventet levealder, menn (år)</u>	+	21 (30,0%)	+	50 (13,5%)	X ² = 15,45 0.000***
	0	44 (62,9%)	0	246 (66,5%)	
	-	5 (7,1%)	-	74 (20,0%)	
<u>Forventet levealder, kvinner (år)</u>	+	20 (28,6%)	+	51 (13,8%)	X ² = 10.63 0.005*
	0	46 (65,7%)	0	275 (74,3%)	
	-	4 (5,7%)	-	44 (11,9%)	
<u>Fornøyd med helsa, ungd. data 2014-2016 (%)</u>	+	6 (8,6%)	+	11 (3,0%)	X ² = 6.19 0.045*
	0	61 (87,1%)	0	327 (88,4%)	
	-	3 (4,3%)	-	32 (8,6%)	
<u>Psykiske lidelser/symptomer primærhelsetjenesten 15-29 år (per 1000)</u>	+	28 (40,0%)	+	141 (38,1%)	X ² = 0.55 0.760
	0	22 (31,4%)	0	133 (35,9%)	
	-	20 (28,6%)	-	96 (25,9%)	

<u>Psykiske lidelser/symptomer primærhelsetjenesten (per 1000)</u>	+	35 (50,0%)	+	163 (44,1%)	$X^2 = 0.89$	0.639
	0	16 (22,9%)	0	90 (24,3%)		
	-	19 (27,1%)	-	117 (31,6%)		
<u>Muskel og skjelett primærhelsetjenesten (per 1000)</u>	+	24 (34,3%)	+	71 (19,2%)	$X^2 = 8.04$	0.018*
	0	10 (14,3%)	0	58 (15,7%)		
	-	36 (51,4%)	-	241 (65,1%)		
<u>Hjerte og karsykdom behandlet i sykehus (per 1000)</u>	+	19 (27,1%)	+	67 (18,1%)	$X^2 = 3.14$	0.229
	0	41 (58,6%)	0	249 (67,3%)		
	-	10 (14,3%)	-	54 (14,6%)		
<u>Type 2 diabetes, legemiddelbrukere (per 1000)</u>	+	30 (42,9%)	+	93 (25,1%)	$X^2 = 9.93$	0.007*
	0	27 (38,6%)	0	165 (44,6%)		
	-	13 (18,6%)	-	112 (30,3%)		
<u>Antibiotikabruk, resepter (per 1000)</u>	+	31 (44,3%)	+	200 (54,1%)	$X^2 = 3.12$	0.210
	0	15 (21,4%)	0	53 (14,3%)		
	-	24 (34,3%)	-	117 (31,6%)		
Kommentar: Bedre enn landssnittet (+), ingen forskjell (0), dårligere enn landssnittet (-). *<0.05, **<0.01, ***<0.001						

Tabell 2 viser at kommuner med treningskontaktordning er i favør på 9/17 av utvalgte faktorer (52.94%), og 8/17 (47.06%) viser ingen forskjell. Spesifikt ser man at; *vgs eller høyere utdanning, lavinntekt, lite fysisk aktiv, røyking (kvinner), forventet levealder (menn og kvinner), fornøyd med helse, muskel og skjelett og diabetes type 2* er bedre enn landssnittet. Det sier at kommuner med treningskontaktordning har en befolkning med en større andel bedre folkehelse basert på folkehelseprofilene. Disse har større forutsetninger for å leve lengre, gjennomføre høyere utdanning og slite mindre av plager som skjelett og muskel lidelser og diabetes type 2. De rapporterer selv at de mer fornøyd med sin egen helse og den delen av kommunenes befolkning som regnes som ungdom er mer aktive og en færre andel av kvinnene røyker. Det var ønskelig å undersøke om kommuner med eller uten treningskontaktordning skilte seg ut i positiv eller negativ retning basert på folkehelse, eller om det ikke ville være noe utslag.

4.3. Organisering av treningskontaktordningen

Basert på det utvidede elektroniske spørreskjemaet fra fase 3 i undersøkelsen satt man igjen med et innblikk i hvordan ulike kommuner oppfatter organiseringen og utførelsen, samt hvordan selve organiseringen ble gjennomført rent praktisk. Et spørsmål var hvor ansvaret for organiseringen av ordningen lå og under hvilken sektor. Dette var et flervalgsspørsmål og er fremstilt i tabell 3 nedenfor.

Ansvarsområde organisering av ordningen: (flervalg)	#1	#2	#3	#4	#5	#6
Frisklivssentraler			X			
Ansatte innen helse og omsorg	X	X		X		
Ansatte innen fritid og kultur			X		X	
Ansatte administrasjon	X					
Kursledere						X
Nav			X	X		
Tildelings koordinator sitt arbeidsområde:						
Helse og omsorg				X	X	X
Fritid og kultur			X			
Administrasjon						
Rus og psykiatri	X	X				
Stillingsprosent til rådighet for treningskontaktordningen						
20% eller mindre	X	X		X	X	X
20% - 40 %						
40% - 60%						
60% - 80%						
80% - 100%			X			

Tabell 3 viser at blant respondentene er ansvarsområdet for organisering av treningskontaktordningen fordelt på ulike sektorer. Det var mulig å velge flere svaralternativer og to av kommunene har ikke en bestemt sektor, men trolig et samarbeid mellom flere sektorer. Organiseringen gjennomføres ulikt og det er et stort sprik blant kommunene.

Videre ble det spurt om hvor stor stillingsprosent og under hvilke arbeidsområde/instans den ansvarlige for treningskontaktordningen har. Fem av seks kommuner rapporterte en stillingsprosent på 20% eller mindre (n=5). Når det gjelder ansvarsområdet angående den ansvarlige for ordningen (ofte kursleder/tildelingskoordinator) var resultatet fordelt slik; Rus og psykiatri (n=2), helse og omsorg (n=3) og kultur og fritid (n=1).

Tabell 4: Frekvenstabell organisering per kommune: samarbeid og tilstrekkelig tid- og ressurser. (n=6)

Samarbeid med andre aktører om organisering av tildeling ved ny treningskontakt? (flervalgsspørsmål)	#1	#2	#3	#4	#5	#6
Kun kommunen selv	X					
Idrettskrets		X	X		X	
Lokale lag/foreninger			X			
NAV	X			X	X	X
Frisklivssentraler	X	X		X		X
Fastleger		X				
Samarbeides det med andre kommuner om ordningen?						
Ja			X	X		
Nei	X	X			X	X
Er det satt av tilstrekkelig med tid og ressurser til organisering av ordningen?						
Negativ	X	X		X		X
Nøytral			X		X	
Positiv						

Kommunene ble spurt om de samarbeidet med andre aktører og eventuelt hvilke aktører som ble benyttet og var delaktige i organiseringen vedrørende tildeling av treningskontakt til bruker. Tabell 4 ovenfor tar for seg samarbeid med andre aktører og resultatet viser at fem av seks kommuner samarbeider med andre aktører. Dette fordeler seg med et flertall på frisklivssentraler og Nav (n=4), etterfulgt av idrettskretser (n=3) og resterende på lokale lag/foreninger (n=1). Ved spørsmål om samarbeid interkommunalt eller samarbeid med andre kommuner om treningskontaktordningen svarte fire av seks kommuner at de ikke hadde noe samarbeid og hvor to oppga et samarbeid. Når det gjelder tilstrekkelig med tid og ressurser til organisering av ordningen oppgir fire av seks kommuner at de opplever manglende tid og ressurser, mens to kommuner oppgir at de forholder seg nøytrale og kan verken si at de mangler eller har tilstrekkelig tid og ressurser. Resultatet viser også at ingen av de seks kommunene oppga at de var fornøyde med tilgjengelige ressurser og tidsbruk på ordningen.

4.4. Rekruttering og kursing av treningskontakter

En variabel for å kunne måle om organiseringen av ordningen og ordningens potensiale for suksess kan sees ved om tilbud og etterspørsel er i samsvar, om det er tilstrekkelig med treningskontakter til antall brukere. Er det flere brukere enn treningskontakter er ikke behovet dekt eller om det er overflod av treningskontakter og overflødig. Fem av seks kommuner oppgir at de har flere brukere enn treningskontakter og en kommune oppgir overflod av treningskontakter. Det vil si at «markedet» ikke blir møtt og det er et behov for å kurse flere treningskontakter og behov for utvidet rekruttering om målet skal være at enhver bruker skal ha sin egen personlige treningskontakt. For kommuner med flere treningskontakter enn brukere kan det være utfordringer knyttet til det å holde på treningskontakter til fremtidige brukere eller det viser at «markedet» er mettet og treningskontaktordningen virker overflødig. Tidligere viste resultater at organisering og samarbeid er varierende blant landets kommuner og man kan forvente samme trenden innen rekruttering.

Ser man på kursinnholdet angående det å bli en fremtidig treningskontakt vil det påvirke kvaliteten som gis både treningskontaktene, tilbud som gis brukere og i det lengste hold utfallet på folkehelsen for brukergruppen. Hvorvidt et godt samarbeid og et støttende miljø omkring ordningen vil påvirke dens fremdrift og fremtid, samt hvilken retning kommunene ønsker å gå med treningskontaktordningen. Hordaland- Finnmark- og Nordland idrettskrets svarte i den utvidede undersøkelsen at de tidligere hadde hatt kursing for tilhørende kommuner og viser til at idrettskretsene på et tidspunkt hadde et stort ansvar for kursingen.

Tabell 5: Frekvenstabell samarbeid mellom kursholdere og andre aktører (n=8)

Samarbeid med andre aktører?	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
Kommuner		X	X		X			X
Frivillige lag og organisasjoner (røde kors osv.)	X							
Spesialhelsetjenesten				X			X	
Natur og kulturelle relaterte aktører (4H, DNT)							X	

Kommentar: innhentede data fra kommuner gjennom utvidet spørreskjema og kursholdere fra andre aktører som idrettskretser, DPS med mer.

Tabell 5 viser at flertallet av samarbeidet foregår mellom andre kommuner og interkommunalt, men at organisasjoner som røde kors, dnt og 4H er involvert, samt at spesialhelsetjenesten bidrar til samarbeid. For selve varigheten for kurset for å kvalifisere seg som en treningskontakt var varigheten på kurset fra 6 – 32 timer (n=15). Emnene innenfor kursinnholdet var ofte gjentakende; treningslære (n=8/15), praktiske øvelser og motivasjon (n=7/15), mestring, rus og psykiatri, samt trenerroller (n=6/15), ernæring og helsedirektoratets anbefalinger (n=4/15), ulike funksjonsnedsettelse, førstehjelp og friluftsliv (n=1/15). Dette viser at det objektive og fysiologiske som skjer i kroppen ved fysisk aktivitet er fremhevet og mest prioritert, etterfulgt av praktiske øvelser og det psykologiske rundt aktivitet.

4.4.1. Dokument analyse – kursinnhold

Som nevnt i teoridelen var det vektlagt at et teoretisk rammeverk ville være gunstig for kursinnholdet og påvirke kursinnholdet direkte. Gjennom mailutveksling i studiens flere faser, gjennomgang av landets kommuner og idrettskretser sine hjemmesider, samt direkte etterspørsel av kursinnhold viser analysen at det teoretiske rammeverket er mangelfullt. Det nevnes bruk av motiverende intervju, men ingen spesifikk metode for hvilke rammeverk trenerrollen/treningskontaktrollen forholder seg til eller hvilke rammeverk som ligger bak de psykologiske faktorene.

4.4.2. Synliggjøring og målgrupper

I det korte elektroniske spørreskjemaet (n=15) var det et flervalgsspørsmål omkring synliggjøring av treningskontaktordningen og hvilke virkemidler de brukte for å nå kommende treningskontakter og brukere. Alle svarte at de brukte sosiale medier som deres hovedportal (facebook, twitter, snapchat og instagram) sammen med kommunens hjemmesider. Videre var epost utveksling til kommuner og andre kontakter internt velbrukt for å spre ordet videre (n=10), samt at noen brukte annonser i aviser og oppslag i lokalmiljøet (n=5).

Kommunene hadde ulike målgrupper som satsningsområde og hovedmålgruppene var; rus- og psykiatri (n=14) og funksjonsnedsettelse (n=12). Andre satsningsområder innenfor rekruttering var bruk av treningskontaktordningen som bruk av sosialbygging for nyinnflyttede (n=2) og ment som et bindeledd til lokalsamfunnet. Annet var økning av aktivitetsnivå (n=5), de som allerede hadde en støttekontakt, men ønsket et mer spesifikt rettet opplegg og behov (n=6). Overvekt (n=6) var også representert, og samlet sett med rus- og psykiatri som ledende er dette i samsvar med hvor de fleste kursholdere har sine arbeidsområder.

4.5. Erfaringer knyttet til treningskontaktordningen

Erfaringsutveksling med andre kommuner/aktører, åpenhet og evaluering av egen ordning vil avdekke styrker og svakheter. Gjennom intervjuer, det korte elektroniske spørreskjemaet og det utvidede elektroniske spørreskjemaet var det tilrettelagt for kommentarer og oppfordring om å gi relevant tilbakemelding. I tillegg ble kommunene spurt om de samarbeidet med andre kommuner omkring erfaringer knyttet til ordningen, opplevelse av forankring i egen kommune og hvor god utbredelse ordningen hadde blant potensielle brukere, som vist i tabell 6 nedenfor.

Tabell 6: Frekvenstabell omkring samarbeid, forankring og utbredelse (n=6)						
Samarbeid og erfaringsutveksling med andre kommuner?	#1	#2	#3	#4	#5	#6
Ja		X		X	X	
Nei	X		X			X
Eksisterer det et opplegg for bruker etter endt samarbeid med treningskontakt? (flervalgsspørsmål)						
Treningssenter	X	X	X		X	X
Fysioterapeut	X	X		X		
Frisklivssentraler					X	X
Er treningskontaktordningen godt forankret i kommunen?						
Positiv					X	
Nøytral	X	X				
Negativ			X	X		X
Kunne ordningen vært bedre utbredt?						
Positiv						
Nøytral	X	X				X
Negativ			X	X	X	
Samarbeid og erfaringsutveksling med andre aktører?						
Ja		X				
Nei	X		X	X	X	X

Når det gjelder erfaringsutveksling med andre kommuner oppga tre av seks kommuner at det eksisterte et samarbeid og en av seks kommuner oppga at de samarbeidet og delte erfaringer omkring ordningen med andre aktører. Det er ulik utveksling av erfaringer og ressurser og potensielt kan man gå glipp av kompetanse eller man har tilstrekkelig kompetanse innad i egen kommune. Et flervalgsspørsmål var om det eksisterte et opplegg for brukeren når han/hun valgte å avslutte samarbeid med treningskontakten eller følte seg klar for å mestre aktivitet på egenhånd. Fem av seks kommuner brukte et samarbeid og henvisning til et lokalt treningssenter, etterfulgt av fysioterapeut (3/6) og deretter frisklivssentraler (2/6).

Ved spørsmål om treningskontaktordningen opplevdes som godt forankret i egen kommune svarte flertallet og tre av seks kommuner at de mente forankringen kunne vært bedre. To kommuner stilte seg nøytrale til spørsmålet og hvor en kommune opplevde at ordningen var godt forankret i kommunen. Vedrørende utbredelse av ordningen stilte tre av seks kommuner seg negative og mente det var rom for bedre, mens tre kommuner stilte seg nøytrale. Ingen kommuner svarte at ordningen var godt utbredt.

Erfaringer omkring selve utførelsen og gjennomføringen av treningskontaktkurset rapportere (n=23) kommuner at det opprinnelige treningskontaktkurset på omkring 40 timer var en kostnad over kommunens ønske og det ble utviklet «light» versjoner og et forenklet kursopplegg. De ga kommunene uttrykk for at de oftere kunne tilby treningskontaktkurset uten kursavgift til kommende treningskontakter. Andre kommuner (n=5) har uttrykket misnøye omkring selve organiseringen av treningskontaktordningen ved at de havnet i samme register som tilgjengelige støttekontakter som gjør det vanskelig å orientere seg. Samtidig må de «purre» opp hver enkelt treningskontakt før tildeling og høre om de fortsatt er aktive og ønsker en bruker. Systemet ga ingen oversikt over aktive treningskontakter og enkelte ganger hadde den registrerte treningskontakten flyttet eller mistet interessen. Flere idrettskretser (n=4) har nevnt at kommunikasjon mellom krets og kommune kunne vært forbedret med tanke på tildeling, oppfølging og tilbakemelding. Spesielt i situasjoner hvor det er idrettskretsene som er ansvarlig for kursingen av treningskontaktene. Etter endt kurs er det kommunene som har ansvaret for tildeling av bruker og treningskontakter har kontaktet idrettskretser i etterkant for å høre når tildelingen skal skje eller om det har skjedd en feil siden de ikke har hørt noe.

4.5.1. Fremmede og hemmende faktorer for treningskontaktordningen

Gjennom erfaringer og evalueringer på både bruker- og praksisfeltet får man et innblikk i hvordan treningskontaktordningen fungerer og hvilke faktorer som virker å være fremtredende for vellykket implementering og god forankring. Tabell 7 nedenfor tar for seg hvilke suksessfaktorer og utfordringer ordningen står ovenfor basert på teoretisk rammeverk, tilbakemeldinger, resultater og erfaringer knyttet til treningskontaktordningen.

Tabell 7: Hemmende og fremmede faktorer knyttet opp mot implementeringskvalitet

Variabel		Hemmende faktor	Fremmede faktor
Økonomi	Kommunenivå	Kostbart med kursing Administrasjonsutgifter Lønne kursleder	Fremmer folkehelse
	Brukernivå	Kursavgift Utstyr	Gratis for bruker Tilgjengelige fasiliteter
	Varighet på kurs	Kostbart med lang varighet	Tilstrekkelig kompetanse
	Lønn (treningskontakt)	Lav lønn etter arbeidsinnsats	Gir lønnet arbeid
	Koblingspar 1:1	Brukerperspektiv	Sårbart (fravær) For knyttet til treningskontakt
Treningskontaktperspektiv		Sårbart (fravær)	Likemannprinsipp Kompetanseheving - praksis
Kommunikasjon	Erfaringsutveksling	Liten grad	Utteksling av kompetanse
	Samarbeid	Lukket – unnlattelse av ny kunnskap	Åpenhet – lære av andre
Organisering	Tildelingsprosessen	Ikke eget register Aktiv eller inaktiv Tidkrevende	
	Samarbeid (aktører)	Lukket – unnlattelse av ny kunnskap	Åpenhet – lære av andre

Engasjement	Ildsjeler	Sårbart	Engasjement
Opplæring	Kompetanse	Mangelfull	Nyvunnet kompetanse
	Rekruttering	Register	Sosiale medier
Nærmiljø		Kritisk	Støttende
Vedlikehold		Mangelfull forankring	God forankring
Evaluering	Resultat (effekt)	Ordningen er overflødig	Ordning et godt tiltak folkehelse

Innenfor økonomi er det delt mellom bruker og kommunenivå og tabellen viser hvilke faktorer som kan være avgjørende for suksess eller felle en ordning som treningskontaktordningen. Kostnad på brukernivå er hemmende i den grad om treningskontakten må holde mye utstyr, treningstøy eller medlemskap på et treningssenter, men fremmende ved at man kan trene gratis utendørs og fremmer folkehelsen. Man ser at flere faktorer kan virke både hemmende og fremmende og man må stille seg et spørsmål om hva som veier tyngst og/eller om noen kan virke oppveidende for annet. Det kan være at en kommune ser på varigheten på et kurs som for kostbart, mens en annen kommune ser på gevinsten av kompetanseheving.

Tabell 8 nedenfor er det tatt utgangspunkt i sjekklisten til (Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012) omkring implementeringskvalitet og hvilke utfordringer og suksessfaktorer som kan oppstå. Hvordan implementeringen av tiltak som treningskontaktordningen blir foretatt påvirker utfallet og kan virke svekkende eller støttende. Sjekklisten har blitt sett i sammenheng med treningskontaktordningen og basert på tilbakemeldinger, teoretisk rammeverk, resultat og evalueringer fra landets kommuner.

Tabell 8: Sjekkliste for implementeringskvalitet sett i sammenheng med treningskontakordningen (n=67)

<u>1.ETABLERE ET IMPLEMENTERINGSTEAM</u>	<u>Resultat:</u>
Teamet for den kommunale implementeringen (styringsgruppe)	Styringsgruppe er mangelfull. Ulik ansvarsfordeling. Ansette ledere og innhente kompetanse er tilstede for flertallet.
Identifisere og ansette ledere for tjenestene	
Identifisere og rekruttere områdespesialister for hvert tjenesteområde	
Rekruttere deltakere til fagråd (profesjonelle og legfolk)	
Fordele roller og ansvar for prosess og gjennomføring	
<u>2. STØTTENDE KLIMA I ORGANISASJON OG NÆRMILJØ</u>	Ildsjeleer blir identifisert.
Identifisere og støtte ildsjeler i implementeringen	Fordeler ved tiltak opplyst.
Kommunisere behovet for tiltaket i tjenesten og i lokalmiljøet	Imøtegå motstand, forankring og administrative støtte er mangelfull.
Kommuniser fordelene ved tiltaket	
Imøtegå motstand mot endring	
Sørge for at tiltak er godt forankret i organisasjonen og har god administrative støtte	
<u>3. IMPLEMENTERINGSPLAN</u>	Fordeling av oppgaver på ulike ledere/deltakere er ulikt. Tilstrekkelig med tidslinje og oppgaveoversikt.
Lag en liste over oppgaver som skal utføres i forbindelse med implementeringen	
Lag en tidslinje for implementeringsoppgavene	
Fordele implementeringsoppgavene på ulike ledere og deltakere	
<u>4. OPPLÆRING OG PRAKTISK/TEKNISK STØTTE</u>	Opplæringsbehov og samarbeidsrelasjoner er delvis tilstrekkelig.
Avklar opplæringsbehov og behov for teknisk og praktisk assistanse (implementeringsteam)	Praktisk/teknisk støtte er ulikt. Kunnskap om lokalmiljø er tilstrekkelig, noe mangelfull på ressurser
Sikre gode samarbeidsrelasjoner med de som skal lære opp og gi assistanse	
Sørg for at de som skal implementere har kunnskap om organisasjonenes og lokalmiljøets behov, målsettinger og ressurser	
Samarbeid med praktisk støtteapparat om implementeringen	
<u>5. SAMARBEID PRAKTIKERE OG PROGRAMUTVIKLERE</u>	Samarbeid og erfaringsutveksling har et enten/eller forhold. Delvis mangelfull problemløsning
Samarbeid med tiltaks/programutviklerne om forhold som påvirker kvaliteten av implementeringen	
Iverksett problemløsning når behovet oppstår	
<u>6. EVALUERE HVOR VIRKSOM INTERVENSJONEN ER</u>	Implementeringskvaliteten er mangelfull. Kunne hatt større utbredelse
Mål graden av implementeringsintegritet (i.e., adherence, integrity)	
Mål doseringen — hvor mye av tiltaket som ble faktisk levert	

Treningskontaktordningen sett opp mot (Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012) sin sjekkliste gir et totalresultat på at implementeringskvaliteten er mangelfull. Ser man på tilbakemeldingene fra alle kommunene på landsbasis viser analyser at treningskontaktordningen ikke er tilstrekkelig implementert på nasjonalt nivå. Det eksisterer for mange kommuner som enten ikke har hørt om ordningen eller avfeid ordningen til at man kan si at ordningen har blitt godt forankret og vedlikeholdt som et tiltak for økt folkehelse. Ser man på de kommunene som en gang har hatt en aktiv ordning eller har en aktiv ordning er implementeringen mer vellykket, men fortsatt mangelfull. Det er et enten/eller forhold og ordningen er ofte basert på ildsjeler.

5.0. Diskusjon

Hovedfunnene er at blant landets kommuner hadde 67 kommuner en aktiv treningskontaktordning og tre bydeler som tilsvarer 7% per november 2016. Det eksisterer mange forskjeller og ulikheter blant kommunene på områder innenfor organisering, rekruttering, forankring og omfang, og ulikhetene er store. Treningskontaktordningen har vist seg å være en sårbar ordning hvor det ofte nevnes ildsjeler og kursing av kommende treningskontakter er mangelfull.

5.1. Diskusjon av funn

5.1.1. Utbredelse og omfang

Først ble det sett på omfang og utbredelse og innhentede data viser hvilke kommuner som har en aktiv treningskontaktordning og gir et innblikk i hvordan ordningen har spredt seg fra opprinnelsen i Førde. Det er en ordning med stort sprik innenfor anerkjennelse og forankring hvor enkelte kommuner aldri har hørt om ordningen og hvor det i andre kommuner har stått sentralt over flere år. Av 432 kommuner (per november 2016) var det 67 kommuner og tre bydeler i Oslo med en aktiv treningskontaktordning. Det vil si at ca 1/6 av landets kommuner har en aktiv ordning og satser på en ordning som ikke er lovpålagt som eksempelvis støttekontaktordningen. Ser man på ordningen knyttet opp mot fylker er det Sogn og Fjordane, Rogaland, Hordaland og Nord-Trøndelag som er høyest representert og med tanke på opprinnelse i Førde er det ikke unikt sett med geografiske briller. Likevel har ordningen spredt seg i ulik grad over hele landet. Tilbakemeldingene fra kommunene viser til at flere kommuner har på et eller annet tidspunkt etter oppstart av treningskontaktordningen testet ut ordningen i sin kommune og på grunn av ulike faktorer som tas opp lengre ut i diskusjonen valgt å avslutte ordningen eller gjøre endringer.

Når det gjelder landets idrettskretser var det 3/19 idrettskretser som bekreftet en aktiv kursing og tilbud angående treningskontakt. Gjennom dialog og mailutveksling vet man at flere idrettskretser har hatt en treningskontakt tidligere og opp mot 13/19 idrettskretser har en eller annen gang vært delaktige innen treningskontaktordningen.

5.1.2. Forskjeller mellom kommuner med og uten treningskontaktordning

Folkehelseprofilene som publiseres av folkehelseinstituttet ble brukt som referanse og utgangspunkt for å se om det eksisterte noen forskjeller for kommuner med eller uten en aktiv treningskontaktordning. Folkehelseprofilene tar for seg; levevilkår, oppvekst og ulike «folkesykdommer» som påvirker befolkningens totale helse og gir et bilde på hvordan

kommunene ligger an i de ulike kategoriene og gir dem en pekepinn på hva kommunen lykkes med og hvilke områder som bør forbedres. Folkehelseprofilene ble valgt på bakgrunn av troverdighet og grunnet at profilene er offentlige for alle kommuner og gir lik innsyn for alle parter. Resultatet viser at flertallet av faktorene er i positiv favør for de kommunene med en treningskontaktordning. Spesifikt kunne man se at forventet levealder var bedre for både menn og kvinner, en mer aktiv yngre befolkning, færre kvinnelige røykere og en større andel av innbyggerne hadde høyere utdanning.

Hva som skyldes at kommuner med en treningskontaktordning klarer seg bedre på flertallet av variablene kan skyldes en bevisst prioritering og at dette er kommuner innenfor visse fylker som har en fortid med gode tiltak og satsning på folkehelse. Kommunene er flinkere til å implementere slike nye tiltak og omfavner tiltak for bedre folkehelse med et større engasjement enn den gjennomsnittlige norske kommunen. Eller det kan være en større andel av ildsjeler i akkurat disse kommunene som er støttende til slike tiltak i forhold til andre kommuner. Man vet flere kommuner har hatt en aktiv ordning tidligere og kanskje blir resultatet påvirket av at det var uvanlig mange ildsjeler blant kommunene da undersøkelsen ble gjennomført eller at noen kommuner har fått finansiert ordningen for gjeldende tidsperiode undersøkelsen ble gjort og ikke er godt nok forankret for fremtiden. Likeledes kan det vise til et godt samarbeid med andre aktører og god forankring innenfor visse kommuner som til sammen forbedrer hele gruppen som kommuner med en ordning.

Faktorer som; hjerte- og karsykdom, antibiotikabruk, overvekt eller bruk av alkohol for mindreårige viste ingen forskjell mellom kommuner med og uten treningskontaktordning. Det er favør med kommuner med treningskontaktordning, men den statistiske verdien er ikke tilstrekkelig nok til at man kan fastslå at kommuner med en aktiv treningskontakt er bedre enn kommuner uten ordning.

Tidligere forskning innen liknende tiltak for å fremme folkehelsen har vist seg å være varierende sett i sammenheng av flere tiltak enn kun fysisk aktivitet. Det være tiltak for røykeslutt, psykisk helse, risikobruk av alkohol og/eller livsstilssykdommer. En av de største truslene mot folkehelsen er inaktivitet og den yngre delen av dagens befolkning er spesielt utsatt og er en potensiell fremtidig risikogruppe for folkehelsen. UngKan3 studien konkludere med at funnene tyder på at samfunnets samlede innsats for å øke aktivitetsnivået og redusere fallet i fysisk aktivitet gjennom barne- og ungdomsårene ikke har vært tilstrekkelig (Steene-Johannessen, et al., 2019). Andre folkehelse tiltak er eksempelvis; grønn resept,

frisklivssentraler, treningskontakter, slutta.no med flere. Ser man på tiltaket «grønn resept» som kom etter stortingsmelding 16 (2002-03) «resept for et sunnere Norge» skulle livsstilsendring i helsetjenesten være ment som et alternativ til medikamentell håndtering (Storvik, 2019) (Bringedal & Aasland, 2006). Pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer fikk en egen takst (101) og var avgrenset til høyt blodtrykk og diabetes type 2 og ble kalt «livsstilstaksten» (Storvik, 2019). Ordningen ble vurdert i 2005 og det ble konkludert at den var for byråkratisk, lite i bruk av leger, unødvendig, og noen fastleger mente det kunne sammenlignes med å snylte på offentlige penger (Storvik, 2019) (Bringedal & Aasland, 2006). Fastleger opplevde at politikken tok overhånd og påla de en jobb de gjør uansett uten byråkratisering og skjemaer, og hvor de savnet et samarbeid og mulighet for uttalelser for å utarbeide en bedre løsning (Bringedal & Aasland, 2006). Kan det være slik at dagens fastleger har samme tanker omkring treningskontaktordningen, at det er «nok et nytt» tiltak fra myndighetene som ikke er bearbeidet tilstrekkelig før det prøves ut? Eller at ordningen blir overflødig da det allerede eksisterer tiltak for folkehelsen på landsbasis og nedprioritert bevisst da den ikke er lovpålagt som støttekontakttjenesten?

«Livsstilstaksten» ble ansett som et mislykket tiltak og førte videre til «frisklivsresepten» hvor legene kunne henvise pasienter til nyetablerte frisklivssentraler blant landets kommuner (Storvik, 2019). Frisklivssentralen er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste som skal gi støtte til endring av levevaner og mestring av egen helse (Helsedirektoratet, 2016). Formålet med frisklivssentralene er å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge sykdom og funksjonsnedsettelse, gi støtte til endringer av levevaner, styrke innbyggernes kunnskap om levevaner og helse, samt understøtte brukerens egen læringsprosess (Helsedirektoratet, 2016) Primært gjelder dette fysisk aktivitet, kosthold og tobakk, men kan også gi veiledning knyttet til psykisk helse, søvn og risikofylt alkoholforbruk (Helsedirektoratet, 2016) De skal ha en spesiell kompetanse på motivasjon og benyttes som et viktig supplement til NAV, arbeidsgiver, fastleger, bedriftshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i et behandlings- rehabiliterings- eller habiliteringsforløp (Helsedirektoratet, 2016). Selve aktiviteten på en frisklivssentralen skal i første omgang være gruppebasert, men likevel individuelt tilpasset hver enkelt deltaker ofte ledet av treningspedagoger og/eller fysioterapeuter, samt samarbeid med lokale lag og foreninger (Helsedirektoratet, 2016) (Oldervoll & Lillefjell, 2011). Ser man på utbredelse og kartlegging som påvirkende faktorer for suksess, fant (Ekornrud & Thonstad, 2016) at stadig flere kommuner velger å etablere frisklivssentraler, spesielt i store kommuner og det eksistere store ulikheter, men at frisklivssentralene er en «liten» helsetjeneste målt i ressursbruk og brukere

sammenliknet med andre helsetjenester. Videre sier resultatet at tjenesten er sårbar og avhengig av «nøkkelpersoner» og trolig vil dø ut om disse blir borte, samt at det er småkommunene som har flest aktive brukere og benytter seg mest av frisklivssentralene (Ekornerud & Thonstad, 2016). Frisklivssentralene har mange fellesnevnerne med treningskontaktordningen ved at den er sårbar, en liten helsetjeneste målt i ressursbruk og brukere sammenliknet med andre helsetjenester, samt at ildsjeler er sentrale. Muligheten for at det ikke er plass til flere slike «små» helsetiltak er aktuell og det vil ikke være gunstig å sloss om de samme ildsjelen og ressursene. Frisklivssentralene sitter også på en større kompetanse samlet sett og trolig kan treningskontakten bli overskygget i stedet for å virke som en forlenget arm.

5.1.3. Organisering av treningskontaktordningen

En velfungerende organisering er nødvendig for at en tjeneste som treningskontaktordningen skal kunne fungere. Det omfatter ansvarsfordeling, forvaltning og vedlikehold av treningskontaktordningen, samt hvor «stabil» ordningen vil holde seg innenfor den enkelte kommunen.

Resultatene viser at ansvaret for organiseringen ligger under ulike sektorer og hvor helse og omsorg sammen med fritid og kultur er høyest representert, etterfulgt av frisklivssentraler og nav. Spørsmålet i Questback var et flervalgsspørsmål og resultatene tyder på at sektorene og aktørene jobber på tvers og sjelden isolert alene. Man ser at ansvarsområdet for organiseringen har en lav oppslutning (n) og gjøres ulikt blant kommunene. Videre ble det spurt om hvor stor stillingsprosent og under hvilke arbeidsområde/instans som den ansvarlige for treningskontaktordningen har. Dette sier noe om satsningen av ordningen og i hvilken grad kommunen selv gir oppmerksom til ordningen og tilgjengelige ressurser. Dataene viser at hovedvekten av arbeidsstaben har en stillingsprosent på 20% eller mindre til rådighet som tyder på at ordningen er èn av flere andre prosjekter og arbeidsoppgaver. Når det gjelder tildelingskoordinatoren sitt ansvarsområde var det ikke overraskende at rus og psykiatri (n=2), helse og omsorg (n=3), samt kultur og fritid (n=1) var representert på bakgrunn av opprinnelsen av treningskontaktordningen og dens tiltenkte bruksområde. Disse kommunene er mulig allerede godt kompetente innenfor området, vet hva slike tiltak krever og innehar en større kompetanse innad i kommunen enn for andre tiltak.

Når det gjelder hvordan treningskontaktordningen er organisert blant landets kommuner var denne underproblemstillingen det som var vanskeligst å få klare resultatet på. Det er veldig ulikt for hver kommune, men flertallet har sin ordning innen helse- og omsorg og innen rus-

og psykiatri. Flertallet av kommunene følte at ordningens tid og ressurser kunne vært forbedret og ingen stilte seg positive til tilgjengelige ressurser. Dette er i tråd med tidligere forskning omkring organisering og implementering. Implementering handler om aktive strategier for å iverksette intervensjoner og endre praksis i bestemte miljøer (Evensen, 2014). Det fungerer som et bindeledd mellom forskerfeltet og praksisfeltet og kan defineres som; «et sett av spesifikke aktiviteter som skal til for å gjennomføre en bestemt metode eller et behandlingsprogram i praksis» (Sørli, Ogden, Solholm, & Olseth, 2010) (Ogden & Fixsen, 2014). Angående treningskontaktordningen er det praksisfeltet som har ytret et krav om endring og funnet et tiltak de har troen på og søkt om finansiell støtte. Vil tilsvare et bottom-up prinsipp hvor praksisfeltet (befolkningen, lekfolk) ønsker endringer og må møte krav om økonomisk støtte, gjeldende for en anseelig del av befolkningen og tilgjengelige ressurser (Evensen, 2014).

Det vil alltid eksistere et spørsmål om hvilken enden man skal begynne, om det er ny forskning eller praksisfeltet som sitter med svaret ved innlæring av ny kunnskap. Det optimale er å smelte sammen begge de to feltene med hver sin form for ekspertise (Evensen, 2014). Om det ikke eksisterer en ordentlig gjennomtenkt implementeringsplan og god forankring vil det oppleves som motstand for kommunens ansatte og ved lite engasjement føles det som ressurser og tid ikke strekker til. Ifølge Terje Ogden, forskerdirektør innenfor problematferd er det gunstig å følge en spesifikk modell, bare man ikke blir for rigid og ikke tar hensyn til lokaleforhold (Evensen, 2014) (Ogden & Fixsen, 2014). Man må være åpen for endringer og tilpasninger til mottakeren, og det må oppleves som gjenkjennbart i praksis og åpenhet for endringer i mottakergruppen (Evensen, 2014). I de kommunene hvor det var et samarbeid med andre aktører var det flertall for frisklivssentraler, nav, idrettskretser og fastleger. Frisklivssentraler har mulighet til å fungere begge veier, enten som tildelingskoordinator for kommunene eller at de fanger opp potensielle brukere og introdusere dem for ordningen innen kommunen. Samme funksjon vil være gjeldene for nav og fastleger som møter befolkningen på ulike steder i livet og med ulikt behov.

5.1.4. Rekruttering og kursing av treningskontakter

Vedrørende rekruttering av selve ordningen og hvordan den når ut til brukerne var ingen av respondentene positive, men hellet mot nøytrale og negative. De mente ordningen kunne nå ut til flere potensielle brukere og at «jungeltelegrafene» fungerte like godt til rekruttering som via reklame gjennom sosiale medier som facebook, instagram og kommune hjemmesider. Ofte var det for mange brukere og for få treningskontakter. Flere har uttrykt at treningskontaktene ikke

finner det lønnsomt å betale en kursavgift når timelønnen ikke er i samsvar med innsats i etterkant. Timesatsen til en treningskontakt er tilsvarende en støttekontakt og varierer fra 70-110kr timen og hvor det enkelte stedet er mulig å få dekt utstyr og treningsavgift (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontakter ved rusproblem og psykiske lidinger, 2006). Videre ble det sett på omfang av treningskontaktkurs og kursinnholdet, hvor idrettskretsen og spesialhelsetjenesten i stor grad var involvert. Det er veldig gunstig at treningskontaktene får opplæring av spesialhelsetjenesten og idrettskretsene som kan tilby tilstrekkelig med kompetanse til de kommende treningskontaktene. Likeledes har idrettskretsen er mulighet til å vise frem hvilke tilbud de har av idretter og lokale idrettslag for brukerne utenom de uorganiserte aktivitetene. Kommunene selv og i samarbeid med andre kommuner var også utbredt, sammen med frivillige lag og foreninger som røde kors og turistforeningen.

Av emner og tematikk i kursinnholdet var det treningslære, motivasjon og mestring og praktiske aktiviteter som var høyest representert. Det at treningskontaktene innehar en innledning og bakgrunn for hva det vil si å være treningskontakt bidrar til en bedre kompetanse og en større sannsynlighet for godt samarbeid mellom bruker og treningskontakt. Flere av treningskontaktene vet vi er studenter ved idrettshøgskolen eller andre studier hvor idrett og folkehelseperspektivet er med og den gruppen treningskontakter er innehavere av en kompetanse som er gunstig for ordningen. Ernæring, kommunikasjon og fysisk aktivitet var også ofte emner i kursinnholdet, og det å kunne ha en god kommunikasjon med brukeren er et pluss, samt at riktig ernæring sikrer overskudd til aktivitetene. Det var ulike funksjonsnedsettelse og friluftsliv som var lavest representert blant emnene, som igjen kommer på kant med hva som er prioritert som brukergruppe.

Om ordningen var godt kjent for potensielle nye treningskontakter stilte kommunene seg nøytrale eller negative til. Vedrørende tilbud og etterspørsel svarte kommunene at de prøvde å tildele treningskontakter så fort som mulig, men at for flertallet var det flere brukere enn treningskontakter. Dette kan skyldes at markedsføringen må forbedres eller at jobben som treningskontakt ikke er godt nok lønnet for kommende treningskontakter. Aldersfordelingen og kjønnsfordelingen hadde et stort spenn, med aldersgruppen 35-40+ og kvinner var høyest representert er gunstig for mulighetene for variasjoner i koblingspar. Det gir kommunene en mulighet til å tilby større variasjoner og i større grad imøtekomme de ønsker og behov som brukeren har.

Resultatene viser likeledes at de satset på ulike målgrupper fordelt på; rus- og psykiatri (n=14) og funksjonsnedsettelse (n=12). Andre målgrupper var; sosialbygging (nyinnflyttede)(n=2), fra inaktiv til aktiv (n=5), de som allerede har en støttekontaktordning (n=6) og overvekt (n=6) (totalt n=15) (flervalgsspørsmål). At rus- og psykiatri er høyest representert samsvarer med ordningens tiltenkte satsningsområde fra begynnelsen av, men at funksjonsnedsettelse kommer så høyt på listen speiler ikke hva som blir oppgitt høyt på kursinnhold. Dette kan være på grunn av hvordan de ulike kommunene satser, men det tyder på et sprik mellom behov og kompetanse. Når brukere med funksjonsnedsettelse er en stor brukergruppe kreves det selvfølgelig tilstrekkelig kompetanse og det er ikke treningskontaktens ansvar å inneha denne type kompetanse på forhånd, men det skal sikres gjennom grundig og hensiktsmessig opplæring og kompetanseheving. Det var ulike funksjonsnedsettelse og friluftsliv som var lavest representert blant emnene innenfor kursinnhold som igjen kommer på kant med hva som er prioritert som brukergruppe. Mange institusjoner innen psykisk helsevern har ikke tilstrekkelig med kompetanse knyttet til fysisk aktivitet og psykiske lidelser og/eller rus, men fysisk aktivitet brukes gjerne i et opphold og under et behandlingsforløp (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006). Dette viser tydelig samme problematikk som for brukergruppen med funksjonsnedsettelse. De har et behov for å bli behandlet, det igangsettes tiltak, men kompetansen strekker ikke til.

Brukere kan ofte føle seg ensomme og isolerte etter et institusjonsopphold og motivasjon for aktivitet konkurrerer med utfordringer som tilbakefall, ulik sosial kompetanse og flere opplever det som vanskelig å kontakte treningsentre eller lignende (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006).

Behovet til brukeren blir sentralt, og gjennom samvær i lokalmiljøet skal det bidra til personlig vekst og meningsfull fritid, som kan organiseres i grupper eller individuelt (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006). Tidligere har brukere hatt et mer passivt «møte» med hverdagen etter opphold som kafébesøk og shopping som behandlingsmetode, men her ønsker prosjektet at treningskontaktene aktivt skal møte hverdagen i samarbeid med bruker (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006). Dette tilsvarer samme forutsetninger og ønsker som ved en frisklivssentral. Brukeren skal ved begge tiltak integreres i lokalsamfunnet, kan få individuelle opplegg et behov, begge går aktivt inn sammen med brukeren for å mestre endring. Er det rom for flere slike tiltak, eller vil de bli en flopp som «grønn resept».

Det opprinnelige kurset foregikk over to helger på til sammen 40 timer fordelt på; rusproblem (8t), psykiatri (8t), praktisk treningslære (10t), teoretisk treningslære (6t), anatomi og fysiologi (6t), kommunikasjon (2t) og hjemmeoppgave/eksamen (2t) (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006). Gjennom praktiske øvinger og aktiviteter sammen som koblingspar var fokus på «hjelp-til-selvhelp-strategi» og det blir brukt mye tid på å finne rett koblingspar. I prosjektet fikk treningskontaktene tilbud om et oppfølgingskurs rettet mot; ernæring, idrettsskader, rus og psykiatri på 20 timer som var offentlig finansiert og gjennomført på en helg (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006). Det teoretiske rammeverket i denne sammenhengen omhandler i hvilken grad kursopplegg og kursinnhold støtter seg på teorier om sosial støtte- og ulikhet, eller om det har retning motivasjons og sosialkognitive teorier eller om det teoretiske rammeverket har et fokus på mer ren kroppslig og objektiv tilnærming og fysiologiske fakta og helsegevinster. Etter dokument analyse av tilsendte kursplaner, treningskontaktinvasjoner, reklame, prosjektplaner, folkehelseplaner og tilhørende hjemmesider kommer det ikke frem noen tydelig teori og det teoretiske rammeverket gir et inntrykk av å være mangelfull. Tematikken for kursinnholdet er gjentakende for de fleste og empirien bygger gjerne på objektiv, fysiologiske endringer i kroppen og faktaopplysninger om helsegevinster. Det nevnes at det kurses i «treningskontaktrollen», men det er mangelfullt hvilke relasjonsteknikker som brukes og i de tilfeller hvor noe er nevnt er det gjerne brukt; motiverende intervju, eller at kommunene sier at de bruker lang tid å finne rett kjemi på koblingspar uten videre teoretisk bakgrunn. Et eksempel på en mulig teori og teoretisk bakteppe for selve kursinnholdet som er i samråd med bakgrunn for treningskontaktprosjektet – og ordningen og dens hensikt vil kunne være «selvbestemmelsesteorien» av Deci & Ryan (1985) (Deci & Ryan, 1985) (Ryan & Deci, 2002) (Ryan R. D., 2007). Selvbestemmelsesteorien tar for seg tre hovedfaktorer som nevnt i teoridelen; kompetanse, autonomi og tilhørighet (Deci & Ryan, 1985). Teorien antar at det vil være en nær sammenheng mellom oppfattet kompetanse og indre motivasjon. Årsaken bak målsettingen for mennesket vil fungere som drivkraften til handling og vektlegger det sosiale miljøet som mennesket er en del av, og et miljø kan virke hemmende eller støttende da miljøet gir næring til den antatte medfødte tendensen (Ryan & Deci, 2002).

Disse tre psykologiske behovene; kompetanse, tilhørighet og autonomi er noe brukerne sammen med treningskontakten vil ha et forhold til. Tilhørighet vil eksempelvis gjelde både som en opplevelse av tilhørighet til lokalsamfunnet og miljøet ved å benytte seg av

tilgjengelige tilbud som et treningssenter eller lokalt idrettslag, men også skape tilhørighet i koblingsparet gjennom respekt og tillit. Dette vet vi er svært viktig med tanke på at brukere etter et endt institusjonsopphold ofte føler seg isolert og ensomme (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontakter ved rusproblem og psykiske lidinger, 2006). Kompetansen og behovet om å lykkes er sterkt knyttet til mestringsnivå og det å flytte grenser, samt at både bruker og treningskontakt vil oppleve følelse av å lykkes gjennom et likemann- og likeverdsperspektiv. En opplevelse av mestringsnivå motiverer til gjentakelse og opprettholdelse som er gunstig for alle brukergruppene under ordningen. Autonomi omhandler vårt behov om å ta egne valg, skape et eierskap til prosessen i dette tilfellet og være delaktig i eget liv. Brukeren velger aktivt å gjøre en atferdsendring i deres hverdag og kan være med å bestemme veien mot målet og utfallet. Skal man ta utgangspunkt i den medfødte tendensen rent praktisk og overføre dette til befolkningen tilsier det at man i hovedsak ikke har behov for treningskontakter. Man er medfødt en trang til å utforske, utsette seg selv og ikke kreve en belønning. Så svart/hvit er selvfølgelig ikke befolkningen og ønske om å tilpasse oss for en sosial gevinst vil spille en stor rolle og kan medføre en usikkerhet om hvordan man skal te seg og passe inn i omgivelsene. Om en bruker ikke er personlig investert, ikke opplever en påvirkning av resultatet og føler seg sosialt utilpass i miljøet vil sannsynligheten for at koblingsparet skal lykkes bli svekket over tid og i verste fall ikke klare å starte i det hele tatt. Derfor er det veldig viktig at målsettinger og forventninger er avklart mellom koblingsparet og at brukeren først og fremst føler at han/hun har et ord å si i saken og danner seg et eierskap til prosessen og endringene.

Tilhørighet er behovet om gjensidig respekt og tillit, og som vil kunne være en potensielt styrke for treningskontaktordningen. Når et koblingspar er basert på respekt og tillit vil det kunne fungere godt og godt over tid. Det oppleves som nært og personlig og man står heller ikke alene i et miljø hvor man kan føle seg usikker i starten. Like viktig er det da å tenke på hvor sårbart et koblingspar er, og om det ikke oppleves respekt og tillit vil dette gå utover «kjemien» mellom koblingsparet og sannsynligheten for å lykkes vil svekkes. En bruker vil på sikt ikke ha lyst til å utfordre seg selv eller teste grenser om han/hun føler at treningskontakten ikke respekterer dem, eller i verste fall føler seg sett ned på. Så en nøkkelfaktor vil nok være å prøve å finne et mest mulig gunstig koblingspar hvor det er større sannsynlighet for at kjemien stemmer. Hva dette vil si i praksis må man nesten prøve seg fram til hva som passer og passe seg for å unngå å bli for stereotypisk. Det er ikke slik at 60 år gamle damer kun vil fungere sammen med andre 60 år gamle damer, men dette får man

avklart ved å være tydelig stille de rette spørsmålene ved oppstart og tildeling av en treningskontakt.

Når det gjelder kompetanse er det snakk om behovet for å lykkes i optimalt utfordrende oppgaver og følelsen av at man opplever mestring. Dette kan være en vrien balansegang og krever en faglig kompetanse av treningskontakten og ærlighet fra brukeren. Om treningskontakten ikke innehar faglig kompetanse som eksempelvis hensiktsmessig tilpasning og progresjon kan opplegget oppleves som for utfordrende eller lite givende for brukeren. Det må tas i betraktning hvilken tidligere treningserfaring brukeren har, personlige målsettinger, kjønn og alder og/eller sykdomshistorikk eller plager som det må tas hensyn til. For at brukeren skal kunne være åpen og ærlig henger sammen med behovet om tilhørighet og respekt, for eksisterer det tillit vil det komme mer naturlig fra begge parter. I dette her igjen kommer man ikke unna at det optimalt utfordrende gjerne ligger litt «utenfor» det trygge og kjente, og noen brukere vil kunne trenge et fornuftig «dytt» i riktig retning, mens andre brukere kanskje må «bremses» i forhold til urealistiske forventninger. Det siste behovet er autonomi og følelsen av å styre egen skjebne og være initiativtaker for egne valg (Ryan & Deci, 2002). Dette tar utgangspunkt i at man ikke ønsker å være statist i sitt eget liv og styre utfallet av valg. Dette skaper et eierskap til prosessen og man opplever ikke følelse av at man blir overstyrt, nedprioritert eller oversett. Nok en gang er det snakk om åpenhet og avklaring som må ligge til grunn for et gunstig samarbeid, om brukeren ikke føler seg delaktig og som en likeverdlig sparringspartner vil ikke gevinsten virke like givende og man tillegger ikke prosessen like stor drivkraft og engasjement. Dette kan være en grunn til at en bruker ønsker å skaffe seg en treningskontakt i forhold til å melde seg inn på et treningssenter som eksempel. Et treningssenter kan virke stort og upersonlig for mange, de føler seg utilpass i miljøet og føler ikke et eierskap til prosessen. Det positive med treningssenter er at man potensielt kan oppleve mye støtte og mestring om man føler seg tilpass i miljøet og i tillegg føler at den sosiale gevinsten oppleves som en belønning. Tilbake til treningskontakt, så vil brukeren kanskje mer føle at treningskontakten innehar tilstrekkelig med faglig kompetanse som et treningssenter, men at tilbudet er tilrettelagt og personlig som oppleves som mindre skremmende og man tørr å si sin mening og føle autonomi.

5.1.5. Erfaringer knyttet til treningskontaktordningen

For at treningskontaktordningen skal forvaltes og organiseres på en hensiktsmessig måte må man vite hva som fungerer og hva som kan forbedres. Dette vil være med å avdekke om en slik ordning er til hjelp for kommunen, overflødig eller likegyldig. I all informasjonen og undersøkelsene som ble sendt ut til kommunene, idrettskretser og andre aktører var det alltid skrevet og holdt av plass til tilleggsinformasjon hvor de kunne komme med innspill der de følte det var riktig. Resultater omkring samarbeid og erfaringsutveksling var det tre kommuner som vektla dette og tre kommuner som jobbet internt. Det ble også spurt om hvilke muligheter en bruker har etter endt samarbeid med treningskontakt og den hyppigste løsningen var å inkludere brukeren på et lokalt treningscenter for å opprettholde de nye vanene og aktivitetsnivået.

Etter mailutvekslinger og tilbakemeldinger fra både kommuner og idrettskretser har flere valgt å avslutte ordningen oftest på grunn av økonomiske grunner. Andre har valgt å lage en «light-versjon» av det opprinnelige treningskontaktkurset på omtrentlig 40 timer, og laget variasjoner som tur- og/eller treningskompis. Noen kommuner har også utviklet en egen ordningen da de allerede har støttekontakter med tilstrekkelig kompetanse og bruker disse til brukere med ønsker og behov som er mer aktivitets- og treningspreget. Avsluttede prosjekter grunnet økonomi er et kjent fenomen og man må veie kostnad opp mot gevinst. Ja det koster å utdanne treningskontakter, men i et kommunebudsjett som omsetter for store summer vil det kunne være rom for å finne løsninger. Og på lengre sikt vil det å betale kursavgift for treningskontakter være mye mer pengebesparende enn en kommune hvor innbyggerne har en dårlig folkehelse. En løsning har vært light versjoner, men da på bekostning av kompetanse som blir gitt treningskontaktene. Det er besparende der og da og man klarer å opprettholde ordningen, men hvor besparende er det på lang sikt om treningskontaktene ikke har tilstrekkelig kompetanse for å møte behovet til brukerne og brukerne velger å avslutte samarbeidet. Andre kommuner har uttrykket misnøye omkring selve organiseringen av treningskontaktordningen ved at registeret med oversikten over tilgjengelige treningskontakter havner i samme liste som støttekontaktordningen. Dette kan gjøre det uoversiktlig og man må «purre» opp hver treningskontakt før tildeling for å høre om de fortsatt er aktive og kunne tenke seg å påta seg en bruker. Noen ganger kan det ta tid før en kurset treningskontakt får tildelt en bruker og har funnet seg en annen jobb eller ikke lenger har mulighet ved lang ventetid. Enkelte idrettskretser har nevnt at kommunikasjonen mellom krets og kommune kunne vært bedre med tanke på tildeling av bruker og oppfølging. Spesielt

der hvor kretsene kurser treningskontakter har det hendt at treningskontakter kontakter idrettskretsene i etterkant av kurset og etterspør hvorfor de har ventet lenge uten å få tildelt en bruker, når det er kommunens ansvar å tildele en bruker. Dette kan tyde på at ansvarsområde ikke er helt avklart og det kommer ikke tydelig nok frem for treningskontaktene. Hadde det vært klare retningslinjer og organisering ville man ikke vært i tvil om hvem som gjør hva og hvem man burde kontakte for ulike spørsmål.

Erfaringer knyttet til treningskontakt som et virkemiddel og tiltak mot en bedre folkehelse har vist seg å være positiv. Brukere har oppgitt at de opplever mestring, har et økt aktivitetsnivå og føler en sterkere tilknytning til lokalsamfunnet (Skrede, Munkvold, Watne, & Martinsen, Treningskontakter ved rusproblem og psykiske lidingar, 2006). Hovedoppgaven til en treningskontakt er å oppmuntre til bevegelsesglede og veilede med håp om at brukeren selv en dag er i stand til å mestre, planlegge og gjennomføre på egenhånd. En treningskontakt må ha forståelse for at individer er forskjellige og sette seg inn i hvordan man på best mulig måte skal klare å motivere sin bruker. Motivasjon er et sammensatt begrep og kunne vært en avhandling i seg selv, men definisjonen «prosessen som gir energi og retning til atferd» blir brukt i denne sammenhengen (Ryan & Deci, 2002). Brukeren vil trolig oppleve ulik grad av motivasjon gjennom opplegget og stiller krav til en åpen dialog underveis i prosessen.

5.1.6. Hemmende og fremmende faktorer

For at implementeringen skal lykkes og ha kvalitet forutsetter det at tiltaket og/eller metoden man tester faktisk er virksom og at metoden er implementert i organisasjonen med tilstrekkelig kvalitet (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Ifølge Ogden (2014) er ikke ensidig veiledning og opplæring tilstrekkelig og både forsker- og praksisfeltet kan møte ny kunnskap med skepsis og kritikk (Evensen, 2014). For at et tiltak skal kunne fungere er det ikke tilstrekkelig med godt mot uten å ha en strategisk og gjennomtenkt plan for tiltaket som helhet og hvordan det vil påvirke hele organisasjonen eller institusjonen.

Resultatene viser at flere avgjørende faktorer kan virke både fremmende og hemmende innenfor samme område som eksempelvis økonomi hvor noen kommuner opplever det som for kostbart med kurs på kommunenivå, mens det på brukernivå ofte er gratis og potensiale til en stor helsegevinst og bedre folkehelse. Når det gjelder selve koblingsparet og 1:1 arbeidsmetoden har den vist seg å være personlig og sårbar. Brukerne oppgir at de føler det er mindre tabubelagt å si at de har en treningskontakt og sammenlikner dette som ved å ha en egen personlig trener. De føler tilknytning til treningskontakten som også kan være hemmende om de blir så knyttet og avhengig av treningskontakten at de ikke klarer å

gjennomføre endringer og opplegg på egenhånd. For både treningskontaktene og brukerne blir det et personlig samarbeid og begge har stort potensiale til å oppleve mestringsfølelse gjennom et likemann - og likeverdsperspektiv. Brukeren opplever mestringsfølelse ved å beherske nye endringer og utfordringer, mens treningskontakten opplever mestring ved å kunne glede andre. Det gir en positiv effekt til begge parter, men er også sårbart i den sammenheng at det ikke skal mye til før en av partene melder fravær og samarbeidet ikke fungerer. Den er sårbar ovenfor sykdom og mangel på erstatning på kort tid, eller ved at man bruker studenter som treningskontakter. De oppnår en gunstig kompetanse innenfor sin utdanning, men det kan oppleves som sårbart og stressende om en bruker må forholde seg til en ny treningskontakt med hyppighet. Spesielt med tanke på at mange av brukergruppene fungerer under stabile forhold og liker kontinuitet og rutiner. Vedrørende erfaringsutveksling, organisering og kompetanse er det vanskeligheter med å finne fellestrekk som er styrkende eller fellende for kommunene da det gjøres veldig ulikt og forskjellene er store. Dette i seg selv er en svakhet da det ikke gir rom for sammenligning og mulighet for andre kommuner under en oppstartssituasjon av en slik ordning. Samtidig må det være rom for lokale tilpasninger for at miljøet skal være støttende og det skal fungere på lang sikt (Evensen, 2014). Ved oppstart og implementering av slike helsetiltak må man kjenne sitt fagfelt og ha kunnskap om hvordan slike ordninger og tiltak får et best utgangspunkt. Meyers, Durlak & Wandersman (2012) har utviklet en sjekkliste for implementeringskvalitet bestående av hovedpunktene; etablering av implementeringsteam, støttende klima i org. Og nærmiljø, implementeringsplan, opplæring og praktisk/teknisk støtte, samarbeid praktikere og programutviklere og evaluering (Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012). Sjekklisten er ment som et verktøy for implementering og innføring av ny kunnskap, og gi et helhetlig bilde av hvilke faktorer som spiller inn og omfanget av implementeringens påvirkning (Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012). Det innebærer at man må ta hensyn til mottaksgruppen og deres eventuelle støtte eller motstand. Knyttet opp mot treningskontaktordningen vil et «implementeringsteam» utgjøre en styringsgruppe som henter inn hensiktsmessig informasjon og kompetanse knyttet til ordningen, gjenkjenne hvilke utfordringer implementeringen vil møte og fordele ansvar i hver enkelt kommune. Vedrørende «støttende klima i organisasjon og nærmiljø» er det her man identifiserer ildsjeler og deres engasjement, behovet ordningen eventuelt kan dekke i en kommune og derfra videre se fordeler for lokalmiljøet, mot en god forankring. Selve «implementeringsplanen» er ment som en overordnet plan over flere nivåer og instanser, med et tidsperspektiv og ansvarsfordeling. Selve «opplæringen» og den «praktisk/tekniske støtten» er å avdekke opplæringsbehovet, skape relasjoner og sørge for god

tilknytning med alle involverte parter og kvalitetssikre kompetansen fra flere hold. Til slutt vil «samarbeid» og «evaluering» måle grad av vellykket implementering, adressere problemer som dukker opp og utgangspunkt for videre endring og vedlikehold. Kun en sjekkliste vil ikke kunne være tilstrekkelig for at en intervensjon skal fungere, men det er ment som et utgangspunkt og et verktøy som skaper oversikt over hva kommunene står ovenfor.

Kommunikasjon og kunnskap om hvilken gruppe man forholder seg til og nøkkelen er å «treffe» gruppen og berøre, gjennom å kommunisere på ulike arenaer og ved bruk av ulike fremgangsmåter. Opplevs visse modeller og programmer som mekaniske og eksempelvis er et langt avkryssingsskjema kan man risikere at engasjementet dør ut over tid, samt at innføring av ny kunnskap kan gå smertefritt, mens vedlikehold, kontinuitet og tilbakemeldinger ikke blir opprettholdt tilstrekkelig (Evensen, 2014) (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Et eksempel hvor det kan oppleves som mekanisk er registrert hvor treningskontaktene og treningskontaktene er registrert før tildeling. Om det er slik at man må purre opp hver treningskontakt før tildeling vil det fungere som et langt avkryssingsskjema omkring de er aktive eller inaktive og det kan oppleves som overveldende og tidkrevende. Noen lar seg overbevise av data eller forskning, mens andre trenger å høre suksesshistorier fra praksisfeltet eller høre positive tilbakemeldinger fra andre i lignende prosesser, samt viktigheten av at praksisfeltet og deres kompetanse blir sett og hørt (Evensen, 2014) (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Andre hemmere kan være at det ikke blir tatt hensyn til lokale og individuelle forskjeller, eller faktorer som tids- og ressurspress, samt lav prioritering av opplæring- og valg av formidlere (Evensen, 2014). Klarer man å håndtere problemløsning og imøtekomme utfordringer byr implementering og intervensjoner på ny kunnskap og Rogers (1962) har utviklet fem steg for vellykket implementering;

- 3) Belys fordelene med endringen (hva gir det kommunen)
- 4) Synliggjør hvordan endringen sammenfaller eksisterende kultur og verdier
- 5) Minimer kompleksiteten når endringsprosessen beskrives
- 6) Gi rom og tid for prøving, testing og evaluering av endring i praksis
- 7) Lær av andre som har gjennomført tilsvarende endring (Rogers, 1962).

Det er viktig å berøre og angripe fra flere innfallsvinkler, og viktigheten av å virke fortrolig. Den som legger frem ny kunnskap eller igangsetter en intervensjon uten å inneha tilstrekkelig med kompetanse eller at det skinner igjennom at troen på endring er svak vil få liten støtte og

oppslutning (Evensen, 2014) (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Hvordan utfallet av en intervensjon blir er avhengig av reaksjonene til kommunens ansatte og hvordan kommunen som samlet enhet og gruppe stiller seg til ny informasjon. Rick Maurer (2009) sin teori bygger på at det er tre reaksjoner som kan skje; kognitivt («jeg forstår det ikke»), emosjonelt («jeg liker det ikke») og relasjonelt («jeg stoler ikke på deg») og hver reaksjon krever sin handling (Helsedirektoratet). Mennesket kan ofte anse seg selv positiv innstilt til endringer, men når selve endringer skal skje er det ikke bestandig vi liker endringen. For den kognitive reaksjonen vil det kreve handling i form av tilgjengelig informasjon, begrunne årsakene, klargjør hensiktene og ha åpenhet omkring planlegging (Helsedirektoratet, u.å.). Den emosjonelle må vises respekt for reaksjonen, oppriktig interesse og dialog/oppfølging, mens den relasjonelle krever avmystifisering og avdekking av eventuelle misforståelser (Helsedirektoratet, u.å.). Har man Rogers sine retningslinjer, kompetanse om feltet og føler at miljøet er støttende for ny kunnskap kan man videre bruke «The RE-AIM framework» av (Palinkas & Soydan, 2012) tar for seg fem ulike «kontroll» spørsmål som kan stilles ved implementering av ny kunnskap eller en intervensjon, og er fremstilt i figur 4 nedenfor.



«Reach» tar for seg omfanget av tiltaket og hvor mange intervensjonen når ut til og hvor «effectiveness» tar for seg utfallet av intervensjonen, både det negativt og positivt, samt resultat og økonomiske kostnader (Palinkas & Soydan, 2012) (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999). «Adoption» omfatter hvor mange som er villige til å gjennomføre intervensjonen,

mens «implementere» tar for seg hvordan intervensjonen håndteres, kostnader, tilbakemeldinger og om tids- og ressursbruk er som forventet (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999) (Palinkas & Soydan, 2012). Det siste kontrollspørsmålet for implementeringsrammeverket er «vedlikehold» og hvorvidt endringer blir varig instituert, godt forankret med god organisering, samt at troen på ordningen holder seg sterk over en lengre periode og blir rutine (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999) (Palinkas & Soydan, 2012). Sett i sammenheng med treningskontaktordningen vil implementeringsresultatet kunne være om det når ut til kommunene og det blir utdannet treningskontakter, at brukere opplever mestring og oppnår et økt aktivitetsnivå og blir treningskontaktordningen tilstrekkelig forankret til at den holder stand over tid. Ifølge Terje Ogden (2014) er Norge et land som er flinke til å komme med nye tiltak som eksempelvis tiltak for folkehelse, men at vi derimot ikke er like flinke til å vedlikeholde og opprettholde de tiltakene som igangsettes (Evensen, 2014).

5.2. Diskusjon av metode

5.2.1. Gjennomføring

Det ble gjennomført en trefasestudie uten meldeplikt til NSD (Norsk senter for forskningsdata) som en kvantitativ undersøkelse med en deduktiv tilnærming og populasjonsutvalg.

Det var ønskelig og forventet et høyt antall respondenter med bakgrunnen for at kommunene ble gitt en mulighet til å vise seg fra en positiv side og vise hvilke områder de mestret. At ikke alle idrettskretser, kommuner og bydeler ville engasjere seg var ventet, men ikke i en så liten grad som faktisk data innhentet. I fase 1 og kartlegging via nett var tanken at kommunene skulle rangeres og kategoriseres etter informasjonene på hjemmesidene. Dette ba på større tidsbruk enn forventet da det var større variasjoner i hvordan ordningen var organisert, tilgjengelig informasjon på hjemmesidene og under hvilken sektor ansvarsområdet lå. Et av de første valgene var hvordan kommunene, idrettskretsene og bydelene skulle bli kontaktet vedrørende fase to. Etter en gjennomgang av alle hjemmesider satt man igjen med et omtrentlig antall og deretter ble det sendt ut en mail til alle kommuner og bydeler via postmottak for en bekreftelse eller avkreftelse av treningskontaktordningen. For idrettskretser ble det først sendt til postmottak for deretter til trolig ansvarlige for ordningen. Valget sto mellom å sende den elektroniske undersøkelsen via postmottak eller å lete seg fram på hjemmesider for å finne rett kontaktperson. Valget ble tatt på grunnlag av gjennomgangen av hjemmesidene da det ofte var vanskelig å finne kontaktinformasjon og hvor det på flere

nettsider ble henvist til servicetorget eller postmottak e-post adressen. En tredje mulighet hadde vært å kontakte en ansvarlig person innen riktig avdeling, men da dette også ofte ble henvist til postmottak falt avgjørelsen på å bruke postmottak e-post adressene til å sende ut den elektroniske undersøkelsen. Den elektroniske undersøkelsen ble sendt ut og gjennom programmet Questback kunne man se hvem som hadde mottatt, var avmeldt, hadde avvist eller svart på undersøkelsen. Da ikke responsen var optimal etter en måned ble det sendt ut to påminnelser med to-tre ukers mellomrom etter månedens utløp uten videre hell. Da ble det bestemt å lage en forenklet utgave av spørreundersøkelsen og denne gangen prøve å finne riktig kontaktperson for ordningen. Det var utfordrende og mye mailutveksling for å finne frem til rett person. For noen kommuner var det fortsatt ikke mulig å finne en eksakt kontaktperson og den forenklete utgaven ble sendt til postmottak. Dette resulterte i noen flere respondenter og man fikk bekreftet og avkreftet ordningen blant noen flere kommuner. Ikke minst oppga noen kommuner og idrettskretser informasjon om samarbeidspartnere som ga et større bilde over aktive treningskontaktordninger.

Like før fristen for den elektroniske undersøkelsen gikk ut ble det også gjennomført en ringerunde til de kommuner som hadde fått tilsendt undersøkelsen. Dette var for å gi kontaktpersonene en mulighet til for å svare på undersøkelsen. Ringerunden ble gjennomført med omtrentlig en tredjedel av kommunene og deretter avsluttet da det var lite effektivt. Ofte fikk man ikke tak i rett personer og noen steder hvor man kontaktet servicetorget var heller ikke de sikre på hvem samtalen skulle henvises til. Det var også en lite effektiv metode ved at mye tid gikk bort til å vente på ledig kapasitet blant servicetorgene og på å bli henvist til flere blant kommunenes ansatte uten hell. Derimot for de som hadde mulighet og som svarte fikk man gode tilbakemeldinger og utfyllende svar. I etterkant burde trolig ringerunden blitt iverksatt tidligere i prosessen og fått mer tid da de svarene man fikk var gode og da den elektroniske undersøkelsen ikke ga like mange respondenter som ønsket.

5.2.2. Instrumenter

Den korte spørreundersøkelsen ga gode data og ved mulighet for at kommuner hadde større mulighet til å legge ved tilleggsinformasjon eller spesifikke vedlegg som de følte kunne hjelpe oppgaven. Det var også lettere å kunne spørre opp om enkelte svar ved direkte lenke og en kort oversiktlig undersøkelse. Angående den elektroniske spørreundersøkelsen var det totalt 54 spørsmål med ulike svaralternativer og spørsmålsoppsett som ble sendt ut til kommunene og bydelene, og tilsvarende undersøkelse til idrettskretsene. Spørsmålene var utarbeidet etter ønske av prosjektets problemstilling og basert på lignede undersøkelser som (TFoU-rapport

2015:16). Tilbakemeldinger fra kommunene var at den elektroniske undersøkelsen hadde et stort omfang for respondentene og det følte som for ressurskrevende for enkelte. En annen svakhet ved den utvidede elektroniske undersøkelsen var at undersøkelsen tok for gitt at respondenten hadde en aktiv treningskontaktordning og burde heller gitt en mulighet for å hoppe av tidlig i undersøkelsen. Da undersøkelsen ble sendt ut var det på bakgrunn av informasjon på hjemmesidene, men ikke alle ordningene var aktive per dags dato selv om det var informasjon på deres hjemmesider. Enkelte ga tilbakemelding på at informasjonen på hjemmesidene var utdatert og treningskontaktordningen var avsluttet. Ved å ha lagt ved et spørsmål om ordningen fortsatt var aktiv eller ikke hadde man i tillegg fått en respons på avkreftelse av ordningen. Vedrørende den elektroniske undersøkelsen for idrettskretsene var trolig noen av spørsmålene et unødvendig fokus på organisering og administrasjon av ordningen da idrettskretsene som oftest står for selve kursingen og mindre organisatoriske og administrative faktorer.

Det var en større respons ved den korte elektroniske undersøkelsen bestående av seks spørsmål til kommunene og bydeler og åtte spørsmål til idrettskretsene. Vedrørende idrettskretsene ga de veldig utfyllende informasjon som gjorde det mulig å kartlegge omtrentlig alle kretsene. For kommunene var det også en økning i respons, men ikke like mye som ønsket. Noe kan skyldes et lite engasjement, at det har havnet i søppelpost eller ikke kommet frem til riktig kontaktperson. Opptil flere ga tilbakemelding på at spørsmålene var mottatt og at svar ville komme snarest uten at man hørte noe mer fra kontaktpersonene i etterkant. Det samme som ved idrettskretsene så var det utfyllende svar fra de kommunene som svarte. Antagelig burde den elektroniske undersøkelsen vært forkortet og et større fokus på noen kjernemomenter fremfor å innsamle så mye informasjon som mulig om treningskontaktordningen.

Når det gjelder intervju ga det gode tilbakemeldinger da man traff på rett person, men var lite effektivt i forhold til hvor mye tid man brukte på å vente i telefonkø eller bli henvist rundt i kommunene da noen ganger kommunene selv ikke visste hvem som best kunne besvare spørsmålene.

5.2.3. Styrker og svakheter metodikk

Det ble brukt en deduktiv tilnærming hvor forskeren har en mer egen forståelse av valgte tema og standardiserer denne, fremfor en induktiv tilnærming. Ved deduktiv tilnærming kan en svakhet være at man i større grad får svar på hvordan den undersøkte oppfatter forskerens fortolkning av virkeligheten, fremfor på hvordan den undersøkte selv fortolker virkeligheten

(Jacobsen, 2013;36). Derfor må det som standardiseres i form av spørreskjemaer oppfattes som relevant for kommuner, idrettskrets og bydeler når de skal svare og utforme gode spørsmål. Da det i denne undersøkelsen mer skulle finne et omfang vil ikke tilnærmingen i form av deduktiv eller induktiv spille så stor rolle, men den vil tre mer inn når man snakker om nytteverdien og hvilken rolle treningskontaktordningen spiller.

Når det gjelder valg av kvantitativ metode ble dette valgt da det var ønsket med mange svar (enheter) og en ekstensiv metode, fremfor undersøkelse av få enheter og kvalitativ metode (Jacobsen, 2013;235). Det vil si at data vil bli kategorisert og samlet inn mindre bolker av svaralternativer med færre detaljer og nyanser tilgjengelig. Dette ser man ved at mesteparten av svaralternativene i spørreundersøkelsene har inkludert lukkede spørsmålstyper hvor de må ta en valg mellom ferdig oppgitte alternativer og lite rom for egne åpne svar. Når det gjelder den forenklete spørreundersøkelsen var det mer åpne spørsmål, men svaret man var ute etter ble kategorisert etter antall og lagt innunder begrep som var satt på forhånd. Svakheten med en kvantitativ undersøkelse er at små detaljer og nyanser ikke kommer like godt frem, og man må være kritisk og kategorisere likt for alle og unike besvarelser har liten plass utenom som tilleggsinformasjon. Man vil kunne påvirke svarene vi får ved at man har begrenset hvilke svar respondentene kan oppgi og man tvinger respondentene til å måtte ta et standpunkt. Ved at det standardiseres og katalogiseres stilles det krav om gyldighet for innhentede data og det kan det stilles spørsmålstegn ved i denne undersøkelsen. De resultatene man har innhentet er i gyldige i den forstand at det er oppriktige tall som er katalogisert, men med et lite omfang som svekker gyldigheten og hvorvidt det er representativt.

Videre vedrørende validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålidelighet) omhandler det hvorvidt undersøkelsen har målt det den faktisk skal måle og om resultatene er til å stole på. Først om validitet er det blitt utformet et elektronisk spørreskjema basert på tidligere lignende studier (TFoU-rapport 2015:16) og i samråd med hvilke type spørsmålsalternativer som er egnet til ulike studier (Jacobsen, 2013). Spørsmålstypene har holdt seg innenfor kravene for en kvantitativ undersøkelse som gir svar som kan kategoriseres. Videre for reliabilitet og om resultatene er pålitelige er de i første omgang pålitelige da utformingen av spørreundersøkelsene er i tråd med metodiske krav. For det andre er resultatene pålitelige med at de besvarer problemstillingen og gir et bilde av omfanget av treningskontaktordningen på nasjonalt nivå.

Skulle man valgt en annen forskningsmetode hadde dybdeintervju vært en retning å gå, hvor man kunne hentet ut en dypere forståelse omkring holdninger, motiver og følelser uten at respondenten blir påvirket av nærvær eller uttalelser (Responsanalyse, u.å.). Man går mer i dybden på bestemt tematikk og egner seg godt innenfor temaer hvor man vet ganske mye, men ønsker å gå dypere i materien og ofte kommer det frem sammenhenger og tematikk med tidligere ikke har kunnet se (Responsanalyse, u.å.). Denne forskningsretningen kunne gitt oppgaven mer dybde innenfor et bruker – og treningskontaktperspektiv. Tilbakemeldinger omkring bruker og treningskontakt er annenhåndsinformasjon og videre fortelling i denne avhandlingen og man mister førstehåndsinformasjon og nyanser. Man hadde fått vite mer inngående hvordan ordningen oppleves for de som akkurat har blitt treningskontakter, for de som har vært det en stund og eventuelt de som valgt å slutte av ulike grunner. Det samme kunne man fått innblikk i ved et brukerperspektiv og hørt hvorfor de eventuelt var så fornøyde eller misfornøyde med ordningen. Det skaper til og med mulighet for å kunne se eller ane en dynamikk mellom et koblingspar. Innenfor kommunenivå kunne ildsjeler og kursledere virkelige beskrevet ordningens virkninger fremfor å krysse av på forhåndsvalgte kategorier og ofte lukkede spørsmål.

5.3. Nytteverdier av prosjektet

Når det gjelder selve treningskontaktordningen som en landsdekkende ordning vil den trolig ikke ha en like stor funksjon og spille en avgjørende rolle for folkehelsen i alle kommuner. Flere kommuner har valgt å avslutte ordningen grunnet økonomi, at ordningen ble overflødig og ikke brukt, de har allerede eksisterende ordninger som fanger opp potensielle brukere og målgrupper. Det som er gjennomgående er at det ikke gjøres likt og det er store forskjeller. For noen kan løsningen være «light» varianter og lokale tilpasninger, og for andre ser de effekt ved det ordinære opplegget eller at det rett og slett ikke burde implementeres i det hele tatt. Det som er sikkert er at hvis treningskontaktordningen skal bli en nasjonal ordningen med god forankring, har den en lang vei å gå.

Oppgaven har belyst at ordningen ikke er i nærheten av å være så standardisert, kjent og utbredt som støttekontaktordningen og organiseringen er ofte mangelfull. Tanken bak ordningen er veldig god og der ordningen først har fått grobunn og fungerer – så fungerer den godt. Tilbakemeldinger fra kommunene forteller oss at brukerne føler seg sett og hjulpet, ordningen har sørget for praksismuligheter for utdanning innenfor helse og idrett og et lavterskeltilbud som ikke virker avskrekkende for bruker eller treningskontakt.

Om en kommune ønsker å innføre treningskontaktordningen kan de tjene på bedre folkehelse, likemann og at mestringsfølelsen omkranser både bruker og treningskontakt som gevinster. Likeledes må de ta inn over seg at ordningen kanskje blir overflødig og «konkurrerer» om de samme brukerne som allerede benytter seg av liknende tilbud som frisklivssentraler. Samtidig er det en veldig liten og uklar eksisterende litteratur omkring treningskontaktordningen. Vi vet at befolkningen er for mye inaktive som påvirker folkehelsen og trenger en løsning. Skal treningskontaktordningen bli løsningen må den settes i system og løftes i forhold til hva den er i dag. Spesielt med tanke på dens sårbarhet ved avhengighet av ildsjeler, og hva skjer den dagen ildsjeler blir borte? Hvordan påvirker en slik ustabil ordningen en brukergruppe som eksempelvis rus- og psykiatri som trenger stabilitet?

Fremtidig forskning burde se treningskontaktordningen i lys av andre tiltak innen folkehelse, hvilke økonomiske konsekvenser eller gevinster en slik ordning har for norske kommuner. Videre se på konsekvensene av at en slik ordning blir lovpålagt som støttekontaktordningen og den må tas opp på et politisk plan om den er overflødig eller om det er endringer innenfor ordningen som eventuelt kreves.

6.0. Konklusjon

Denne oppgaven hadde som hovedtanke og problemstilling om å kartlegge utbredelse og omfang av treningskontaktordningen og hvilke erfaringer er knyttet til organisering og implementering for ordningen.

Vedrørende utbredelse og omfang var resultatet at 67 kommuner og tre bydeler (prosent) per november 2016 hadde en aktiv treningskontaktordning. Det var 90 kommuner som hadde opplyst på deres hjemmesider om en aktiv ordning, og via epost har 179 kommuner bekreftet at de ikke har en aktiv ordning. Det betyr at resterende 186 kommuner ikke har besvart henvendelsen. Forskjeller mellom kommunene med og uten treningskontakt basert på folkehelseprofilene av folkehelseinstituttet viste en positiv tendens i favør for de kommunene med en treningskontaktordning, men ikke tilstrekkelig til å være signifikant. Organisering og implementering av ordningen var den underproblemstillingen ved flest utfordringer da det var store forskjeller mellom kommunene og varierende over flere ledd. Det var vektlagt at kursingen av treningskontaktene skulle være av kvalitet, men den har vist seg å være mangelfull med bakgrunn i et teoretisk rammeverk.

Om treningskontaktordningen har et potensial for å være et gunstig tiltak for folkehelsen, vil svaret være ja, men med et betydelig men. Det eksisterer for mange svakheter og forskjeller per dags dato og ordningen må settes i system før den blir egnet. Ordningen har potensiale til å fungere for mange kommuner, noe den også gjør aktivt, men som et landsdekkende tiltak er treningskontaktordningen i startfasen og vil for flere være en overflødig ordning uten tilstrekkelig forankring og implementeringsgrunnlag.

Referanser

- al., W. e. (2014). Impact of Physical exercise on Substance Use Disorders. *Plos One*.
- Anderssen, S., Hansen, B., Kolle, E., Lohne-Seiler, H., Edvardsen, E., & Holme, I. (2010). *Fysisk form blant voksne og eldre i Norge - resultater fra en kartlegging i 2009-2010*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Audrey, F. (1996). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: : US department of Health and Human Service - Centers for Disease Control and Prevention.
- Bahr, R. (2018, november 23). fysisk aktivitet. *store medisinske leksikon*.
- Baug, J. (2010). *Treningskontaktordningen - en velferdstjeneste mellom byråkrati og bevegelse*. Universitetet i Bergen.
- Bringedal, B., & Aasland, O. (2006). Legers bruk og vurdering av grønn resept. *Tidsskriftet den norske legeforening* , 1036-38.
- Brækhus, L. (2015, juni 23). *abcnyheter.no*. Hentet fra abcnyheter: <https://www.abcnyheter.no/livet/2015/06/16/194407177/tusenvis-slutter-a-royke-eller-snuse-med-slutta-appen>
- Caspersen, C. P. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness; definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* , 126-131.
- Dahl, L. (2011). *Erfaringer fra treningskontaktprosjektet i Oslo. en kvalitativ undersøkelse av potensialet for økt fokus på sunn ernæring i støttekontakttjenesten*. Høgskolen i Akershus.
- Deci, E., & Ryan, M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New-York: Plenum Press.
- Egge, J. (2018, oktober 28). *Ny rapport: kommune Norge prioriterer ikke friluftslivet og folkehelse*. Hentet fra NRK: https://www.nrk.no/trondelag/ny-rapport_-kommune-norge-prioriterer-ikke-friluftslivet-og-folkehelse-1.14265928
- E-helse, D. f. (2018, 09 05). *helsenorge.no*. Hentet fra helsenorge.no: <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/snus-og-roykeslutt/helseskader-av-royking>
- Ekelund, U. A. (2014). *Fysisk aktivitet i Noreg*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Ekman, L., & Nossun, G. (2015). *Evaluering av treningskontaktordningen i Nord-Trøndelag*. Steinkjer: Trøndelag forskning og utvikling.
- Ekornrud, T., & Thonstad, M. (2016). *Frisklivssentraler i kommunane - kartlegging og analyse av førebyggende og helsefremjende arbeid og tilbud*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Evensen, G. (2014, desember 02). *NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid* . Hentet fra NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid : <https://www.napha.no/content/15032/Hvordan-implementere-ny-kunnskap-i-psykisk-helsetjeneste>
- Fixsen, D., Naom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature . *the University of North Carolina at Chapel Hill*.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *folkehelse rapport*. oslo: folkehelseinstituttet .

- Gjersing, L. (2018). Alkoholutløste dødsfall i Norge i 2016. *Folkehelseinstituttet*.
- Glasgow, R., Vogt, T., & Boles, S. (1999, september 09). Evaluating the Public Health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal public Health* , ss. 1322-7.
- Hansen, B., Anderssen, S., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A., Andersen, I., . . . Kolle, E. (2014-2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge - nasjonal kartlegging*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Tobakksfri - mal for snus- og røyksluttkurs for deg som jobber på frisklivssentralen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for kommunale frisklivssentraler - Etablering, organisering og tilbud*. Oslo : Helsedirektoratet .
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Endringsreaksjoner i implementeringsarbeid*. Hentet fra <https://www.kompetansebroen.no/article/motstand-og-motivasjon/#>
- Jacobsen, A. (2012, oktober 10). *Motivasjonsteori som utgangspunkt for å skape et best mulig læringsmiljø i kroppsøving*. Hentet fra idrettsforum.org: <http://idrettsforum.org/jacobsen121010/>
- Jansson, E., & Andersen, A. S. (2008). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I B. Roald, *Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 42). Oslo: Helsedirektoratet.
- Kololo, H., Guskowska, M., Mazur, J., & Dzielska, A. (2012). Self-efficacy, self-esteem and body image as a psychological determinants of 15-year-old adolescents' physical activity level. *Human Movemet*, ss. 264-270 .
- Krokstad, S., & Knudtsen, S. (2011). *Folkehelse i endring - helseundersøkelsen nord-trøndelag HUNT 1 (1984-86) HUNT 2 (1995-97) HUNT 3 (2006-08)*. Levanger: HUNT forskningscenter.
- Martinsen, E. (2011). *Kropp og sinn; fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Vigmostad og Bjørke Fagbokforlaget .
- Meyers, D., Durlak, J., & Wandersman, A. (2012, mai 4). the Quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology* , ss. 53-4.
- Mykletun, A., Øverland, S., & Dahl, A. (2006). A populationbased cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry*, s. 8.
- Næss, Ø., Rognerud, M., & Strand, B. (2007). *Sosial ulikhet i helse - en faktarapport* . Nydalen: nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Ogden, T., & Fixsen, D. (2014). Implementation science: a brief overview and a look ahead. *Zeitschrift für Psychologie*, ss. 4-11.
- Oldervoll, L., & Lillefjell, M. (2011). *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling innherredsmodellen - trinn 1*. Trondheim: Senter for helsefremmende forskning HIST/NTNU.
- Palinkas, L., & Soydan, H. (2012). *Translation and implementation of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press.
- Piko, B., & Keresztes, N. (2006). Physical activity, psychological health and life goals among youth. *Journal of Community Health*, ss. 136-145.

- Responsanalyse. (u.å.). *Responsanalyse*. Hentet fra Respons Analyse:
<https://responsanalyse.no/metoder/kvalitative-metoder/dybdeintervjuer/>
- Rogers, E. (1962). *Diffusion of Innovations*. New York: The free press of Glencoe.
- Ryan, R. D. (2007). Active Human Nature in Hagger, SH; Chatzisaratis, NLD (eds) Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport. *Human Kinetics*, 1-21.
- Ryan, R., & Deci, E. (2002). *An Overview of Self-Determination Theory: An Organismic-Dialectical Perspective*. In Deci, E.L. & R.M. Ryan, (Eds) *Handbook of Self-Determination Research*. University of Rochester Press.
- Skrede, A., Munkvold, H., & Watne, Ø. (2006). Treningskontakte ved rusproblem og psykiske lidelser. *Tidsskrift for den norske legeforening*, ss. 1925-27.
- Skrede, A., Munkvold, H., Watne, Ø., & Martinsen, E. (2006, august 10). Treningskontakter ved rusproblem og psykiske lidinger. *Tidsskriftet den norske legeforening* , ss. 1925-7.
- Soldal, K. (2003). *Støttekontakter: soveputer eller ressurser i velferdssamfunnet?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Sammen med andre: nye veier for støttekontakttjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosialtjenesteloven. (2009, 12 18). *Lovdata*. Hentet fra lovdata:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>
- Steene-Johannessen, J., Anderssen, S., Bratteteig, M., Dalhaug, E., Andersen, I., Andersen, O., . . . Dalene, K. (2019). *Kartlegging av fysisk aktivitet, sedat tid og fysisk form blant barn og unge 2018 (UngKan3)*. Oslo: Norges idrettshøgskole .
- Storvik, A. (2019). 10 år med livsstilskaksten. *Dagens medisin*.
- Sørli, M., Ogden, T., Solholm, R., & Olseth, A. (2010, april 07). Implementeringskvalitet - om å få tiltak til å virke: en oversikt . *Psykologitidsskriftet*.
- Thune, I. S. (2000). Er fysisk aktivitet av betydning i behandling og rehabilitering av kreftpasienter? *Tidsskr Nor Lægeforen*, ss. 3302-3304.
- Vollset, S., Selmer, R., Tverdal, A., & Gjessing, H. (2006). *Hvor dødelig er røyking? Rapport om dødsfall og tapte leveår som skyldes røyking*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- World Health Organization. (2008). *Physical inactivity: A global public health problem*. World health organization.

Vedlegg

Infoskriv til spørreundersøkelsen:

Hei

Jeg er en masterstudent ved Høgskolen i Sør-Øst Norge ved avdeling Bø i Telemark og skriver en oppgave om omfanget av treningskontaktordningen blant kommunene i Norge.

Treningskontaktordningen er en videreførelse av støttekontaktordningen, men ikke lovpålagt og tilbyr veiledning til brukere med målsetting omfattende fysisk aktivitet. Ordningen har blitt brukt innen rus, psykiatri, mennesker med funksjonsnedsettelse og noen kommuner tilbyr forenklede tur- og treningskompis konsepter. Fellesnevneren er at treningskontaktene skal hjelpe brukere til å oppleve mestringsglede, bevegelsesglede og som en støtte i hverdagen.

Min bakgrunn for oppgaven hadde sitt utspring etter et opphold på Beitostølen Helsesportsenter som idrettspedagog. Der opplevde jeg gjennom samtaler med brukerne selv og sosionom at de savnet en videreføring/mottaksapparat etter endt rehabiliteringsopphold. De fleste syntes det var vanskelig å holde aktivitetsnivået og motivasjonen oppe da de kom tilbake til hverdagen og måtte klare seg på egenhånd. Mitt ønske er å belyse denne ordningen og undersøke omfanget og kvaliteten på treningskontaktordningen. Derfor lyder min problemstilling som følgende; *Hva er omfanget og kvaliteten på treningskontaktordningen på nasjonalt nivå?*

Underproblemstillinger er hvordan ordningen er organisert og har den god forankring, er organiseringen og driften av ordningen faglig forsvarlig

Det har blitt gjort en kartlegging hvor alle kommuners hjemmesider ble gjennomgått og mail har blitt sendt til de kommunene som ikke hadde oppgitt treningskontaktordningen for nærmere gjennomgang, samt idrettskretser. Da satt man igjen med omtrentlig 90 kommuner og andre aktører som kvalifiserte seg til en spørreundersøkelse.

Dere som nå får dette brevet er en av de 90 kommunene! Vedlagt ligger en link hvor dere finner spørreundersøkelsen. Da kan dere være med å bidra til å belyse ordningen og hjelpe andre kommuner. Håper dere tar dere tid til å hjelpe meg på veien.

Hilsen Trine Kråkemo Finnerud

Tlf: 96 23 32 64/ mail: trine_kraaka92@live.no

Kort spørreundersøkelse:

Spørsmål som skal sendes til alle arrangører/kursledere av treningskontaktordningen:

- 1) Hvor stort omfang har kurset (timer) ?
- 2) Hva koster det for en kommende treningskontakt å ta kurset?
 - c) Det er gratis
 - d) Oppgi sum
- 3) Hva er innholdet i deres kursopplegg? (treningslære, motivasjonsteknikker..osv.)
- 4) Hvordan synliggjør dere kurset for kommende treningskontakter?
- 5) Hvilken målgruppe(r) skal treningskontakten jobbe med etter endt kurs?
- 6) Har dere noen samarbeidspartnere? (andre kommuner, idrettskretser, frisklivssentral, nav)
- 7) Om dere har en kursplan, vil jeg gjerne få den tilsendt

Hei

Jeg er en masterstudent ved Høgskolen i Sør Øst Norge, avdeling Bø i Telemark som undersøker treningskontaktordningen blant landets kommuner. Det er blitt gjort en kartlegging av kommunenes hjemmesider og tidligere sendt ut en lengre undersøkelse. Noen har svart, men for å vite mest mulig om ordnings omfang er det laget en forenklet undersøkelse. De som har oppgitt/informert om treningskontaktordningen på deres hjemmesider blir nå kontaktet for noen få spørsmål angående ordningen. Håper dere tar dere tid til å svare på mine spørsmål. Undersøkelsen tar omtrent 3-5 minutter. Skulle det være noen spørsmål er det bare å ta kontakt.

Skulle dere ha mer informasjon/bidrag om ordningen blir dette tatt imot med glede!

Hilsen Trine Kråkemo Finnerud

Tlf: 96 23 32 64

e-post: trine_kraaka92@live.no

Forenklet spørreskjema som skal sendes til alle kommunene:

- 8) Når ble ordningen innført i din kommune?
- 9) Er ordningen fortsatt i drift/aktiv?
- 10) Hvor mange treningskontakter har dere;
 - c) Hatt siden oppstart?
 - d) I løpet av siste år?
- 11) Stilles det noen krav/forkunnskaper/utdanning for kommende treningskontakter
- 12) Hvor mange brukere har hver treningskontakt?
 - d) 1
 - e) 1-2
 - f) Flere enn 2
- 13) Hvor mange har fått innvilget søknad og mottatt tilbud om en treningskontakt?
 - c) Siden oppstart av ordningen?
 - d) I løpet av siste år?
- 14) Hvordan er aldersfordelingen blant treningskontaktene?
 - f) Flest mellom 20-25 år (gjerne antall)
 - g) Flest mellom 25 – 35 år (gjerne antall)
 - h) Flest mellom 35 – 45 år (gjerne antall)
 - i) Flest under 20 år
 - j) Flest over 45 år
- 15) Hvordan er kjønnsfordelingen blant treningskontaktene?
 - d) Flertall av kvinner
 - e) Flertall av menn
 - f) Like mange kvinner og menn

Har du kontaktinformasjon over hvem som holder selve treningskontaktkurset, tas dette imot med takk.

Svar så godt du kan og er det noen du ikke kan svare på, bare la spørsmålet stå åpent. Skulle det være noen spørsmål er det bare å ta kontakt

Hilsen Trine Kråkemo Finnerud

Utvidet spørreundersøkelse – treningskontakt blant norske kommuner:

1. Hvordan blir treningskontaktene fordelt på de ulike målgruppene? (rus, unge, eldre)
2. Hvordan informere de om treningskontakt ordningen til evt brukere?
3. Hvordan rekrutterer de nye til å bli treningskontakter?
4. Hva er innholdet i treningskontakt kurset?
5. Hva er omfanget av kurset? (tid, hvilke målgrupper blir presentert, pensum?)
6. Hvordan er kurset organisert? (nav, frisklivssentral?)
7. Hvilken avdeling har ordningen? (helse og omsorg, fritid, osv?)
8. Hva koster det å gjennomføre kurset for de som vil bli treningskontakter?
9. Hva koster det for kommunen å gjennomføre kurset?
10. Hvor ofte gjennomføres kurset?
11. Hva skal til for at et kurs blir satt opp og gjennomført?
12. Hvorfor har dere valgt å satse på ordningen?
13. Hvilken definisjon har dere av ordningen og hvor henter dere den fra?
14. Hvilke kommuner samarbeider dere med?
15. Hvilke andre instanser/organisasjoner samarbeider dere med?
16. Hva er deres formål og ønske med ordningen?
17. Hvor mye får en treningskontakt i timeslønn? Hvilken sats og regelverk brukes?
18. Hvor mange treningskontakter har dere per dags dato?
19. Har dere tilstrekkelig med treningskontakter? (trenger flere/færre)
20. Hvordan er ordningen organisert (samme som støttekontakt registeret?)
21. Er behovet for treningskontakter dekt?
22. Hvilken oppfølging er det av treningskontaktene etter endt kurs?
23. Hvilken oppfølging er det av brukerne etter tildelt treningskontakt?
24. Må treningskontaktene rapportere noe for kommunene?
25. Må treningskontakten loggføre noe for kommunen?
26. Hvordan tildeler dere treningskontaktene for de ulike målgruppene/brukerne?
27. Hvem får tilbudet (prioritert)
28. Hvilke kriterier må søkeren oppfylle før han/hun får tildelt en treningskontakt?
29. Hvem er det som holder kurset? Hvilke kvalifikasjoner trenger de?
30. Hvilken bakgrunn har de som holder kurset?
31. Hvilke kriterier må oppfylles for å bli en treningskontakt?
32. Må treningskontaktene ha noen forkunnskaper? Bakgrunn?
33. Hva gjøres om noen etter endt kurs ikke blir ansett som en egnet treningskontakt?
34. Hvor gammel må man være for å bli en treningskontakt?
35. Hvilke kriterier må oppfylles for å bli en treningskontakt?
36. Hvem benytter seg av tilbudet?
37. Hvem er det som melder seg til å bli treningskontakter? (studenter)
38. Hva koster det å ta kurset? (kursvagift?)
39. Hva koster det kommunene å gjennomføre et kurs?
40. Hva koster ordningen kommunen?
41. hvilke holdninger vil kommunen at treningskontaktene skal ta med seg?
(misjonærer/lavterskel)

Hva jeg kan tilføye spørreskjemaet?

- Ønsker dere at treningskontaktene skal være misjonærer eller lavterskel? (holdninger)
- Hva får treningskontaktene i lønn?
- Hvordan blir treningskontaktene fordelt på de ulike målgruppene?
- Hva er omfanget av treningskontakt kurset?
- Hva koster det å gjennomføre kurset for de som vil bli treningskontakt?
- Hvorfor har dere valgt å satse på ordningen?
- Hvilken definisjon av ordningen bruker dere og hvor henter dere den fra?
- Hvilke kommuner samarbeider dere med?
- Hvilke kriterier må brukeren oppfylle?
- Må treningskontaktene ha noen forkunnskaper?
- Hvor gammel må man være for å bli en treningskontakt?