

Masteroppgave

Master i rehabilitering og habilitering
Mai 2020

Helseprofesjonelles arbeid med målsetting sammen med
eldre pasienter på rehabiliteringsavdeling i kommunen
En kvalitativ studie

Kandidatnavn: Malin Skansen

Kandidatnummer: 603

Emnekode: MAREH5900

Antall ord: 21898

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært spennende, utfordrende, lærerikt og morsomt. Jeg setter pris på alle som har hjulpet meg med å komme i mål med oppgaven.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til de sju personene som har stilt opp til intervju, uten deres tid og erfaringer hadde jeg ikke kunnet skrive masteroppgaven.

Videre ønsker jeg å rette en stor takk til min veileder Per Koren Solvang. Tusen takk for konstruktive tilbakemeldinger, hjelp, støtte og råd gjennom hele arbeidet med oppgaven. I tillegg ønsker jeg å gi en stor takk til min gode venninne og medstudent Karoline Eriksen. Vi har fulgt hverandre gjennom hele masterforløpet, og jeg hadde ikke kommet i mål uten deg. Takk for godt samarbeid! Tonje Stenstad, min tidligere kollega, fortjener også en helt egen takk. Tusen takk for at du har delt av din erfaring med å skrive master, støttet meg, gitt meg råd og veiledning på veien mot mål.

Det er også nødvendig å rette en stor takk til min samboer, familie og venner for all støtte, tålmodighet og oppmuntring gjennom denne krevende, spennende og lærerike perioden. Uten forståelsen jeg har fått fra dere, ville det vært vanskeligere å få dette til.

Malin Skansen

Tjøme, 9. mai 2020

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG

ABSTRACT

1.0 INNLEDNING	7
1.1 HENSIKT	8
1.2 PROBLEMSTILLING	9
1.3 TIDLIGERE FORSKNING	9
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	12
3.0 TEORI	13
3.1 REHABILITERING	13
3.2 MÅLSETTING	16
3.3 BRUKERMEDVIRKNING	19
3.4 RELASJON OG KOMMUNIKASJON.....	21
3.6 OPPSUMMERING TEORIKAPITTEL	24
4.0 METODE	25
4.1 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING	25
4.2 VALG AV FORSKNINGSMETODE.....	25
4.3 FORSKERS FAGLIGE BAKGRUNN.....	26
4.4 UTVALG OG REKRUTTERING	26
4.5 FORSKNINGSARENA	28
4.6 UTFORMING AV INTERVJUGUIDE OG INTERVJUER	29
4.7 ANALYSE AV DATAMATERIALET.....	30
4.8 ETISKE OVERVEIELSER	32
4.9 REFLEKSJON OVER RESULTATETS RELABILITET OG VALIDITET	33
4.9.1 Reliabilitet	33
4.9.2 Validitet	34
4.10 OPPSUMMERING METODEKAPITTEL	35
5.0 RESULTAT	36
5.1 OVERSIKT OVER HOVEDKATEGORIER OG UNDERKATEGORIER	36
5.2 HOVEDKATEGORI A – MÅLSETTINGSARBEID SAMMEN MED PASIENTEN	36
5.2.1 Den første fasen.....	36

5.2.2 Målsetting som en dynamisk prosess.....	39
5.2.3 Å skape en relasjon.....	42
5.2.4 Medvirkning og motivasjon.....	43
5.3 HOVEDKATEGORI B – MÅLSETTING I TVERRPROFESJONELT SAMARBEID, OG SAMARBEID MED PÅRØRENDE	47
5.3.1 Ansattes kunnskap om rehabilitering og målsetting	47
5.3.3 Informasjonsbehov	49
5.3.2 Pårørende.....	51
5.4 OPPSUMMERING RESULTATKAPITTEL	52
6.0 DISKUSJON	53
6.1 MEDVIRKNING I MÅLSETTINGSARBEID	53
6.2 MÅLSETTING I TVERRPROFESJONELT SAMARBEID, OG SAMARBEID MED PÅRØRENDE	59
6.3 OPPSUMMERING DISKUSJONSKAPITTEL	64
7.0 AVSLUTNING	65
8.0 LITTERATURLISTE.....	67
VEDLEGG 1- INTERVJUGUIDE.....	76
VEDLEGG 2- SØKNAD NSD - TILBAKEMELDING	78
VEDLEGG 3- INFORMERT SAMTYKKE OG FORESPØRSEL OM DELTAKELSE TIL DELTAKERNE	81

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Forskning viser at dagens eldre lever lenger og er sprekere enn tidligere generasjoner eldre, og dette betyr at andelen eldre øker. Eldre mennesker bruker ca. halvparten av sengene i norske sykehus, og er den største gruppen mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. I løpet av et sykehusopphold kan eldre tape 2-3 % av kapasiteten til muskel- og skjelettsystemet og hjerte per dag. Derfor vil mange av de som skrives ut fra sykehus være i behov av rehabilitering på kommunale rehabiliteringsavdelinger for å gjenvinne tapt funksjon. Den nye definisjonen på rehabilitering sier at rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Målsetting blir sett på som en fundamental komponent i rehabilitering.

Hensikt: Studiens hensikt er å undersøke og beskrive hvordan helseprofesjonelle arbeider med målsettingsarbeid på korttids- og rehabiliteringsavdeling. Studiens problemstilling er: *Hvordan arbeider helseprofesjonelle med målsetting sammen med eldre pasienter på kommunal rehabiliteringsavdeling?*

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming. Det er gjennomført semistrukturerte intervju med 7 helseprofesjonelle som har erfaring innen målsettingsarbeid på korttids- og rehabiliteringsavdeling i kommunen. Data er analysert gjennom systematisk tekstkondensering.

Resultat: Resultatet i studien beskriver to aspekter som forteller om hvordan helseprofesjonelle arbeider med målsettingsarbeid med eldre pasienter på en rehabiliteringsavdeling. Det første funnet går i retning av hvordan helseprofesjonelle jobber sammen med pasienten for å få til en god målsetting, mens det andre funnet beskrives hvordan det tverrprofesjonelle samarbeide påvirker målsettingsarbeidet.

Diskusjon og konklusjon: Studien viser at målsettingsarbeidet på en rehabiliteringsavdeling foregår i en samarbeidsprosess som involverer både pasient, de helseprofesjonelle og eventuelt pårørende. Funn og fortolkninger tyder på at helseprofesjonelle opplever målsettingsarbeid som betydningsfull for å kunne drive rehabiliteringsprosessen fremover. Målsettingsarbeid ser ut til å handle om å få til en god samhandling med pasient, gjennom å skape en relasjon, finne motivasjon, gi eierskap og kommunisere i takt med pasientens forutsetninger. Målsettingsarbeidet foregår også i samarbeid med andre helseprofesjonelle og det krever dialog for å få til det tverrprofesjonelle samarbeidet.

Nøkkelord: målsetting, rehabilitering, brukermedvirkning, tverrprofesjonelt samarbeid

ABSTRACT

Background: Research shows that today's elderly people live longer and are more active than previous generations of older people, and this means that the population of older people is increasing. Older people use approx. half of the beds in Norwegian hospitals and are the largest group of recipients of municipal care and care services. During a hospital stay, the elderly patient can lose 2-3% of the capacity of the musculoskeletal system and heart per day. Therefore, many of those discharged from hospitals will be in need of rehabilitation in their local rehabilitation departments to regain lost function. The new Norwegian definition of rehabilitation states that rehabilitation should be based on the individual situation and goals of the individual patient. Goal setting is seen as a fundamental component of rehabilitation.

Purpose: This study's intension is to investigate and describe how health professionals are working with goal setting at a rehabilitation department. This study's research question is: *How do health professional work with goal setting together with elderly patients at their local rehabilitation unit?*

Method: A qualitative reaserch design has been applied by conducting seven semistructured individual interviews, with health professional who has experience within goal setting work at a local rehabilitation department in municipality. Data has been interpreted through systematic text condensation.

Results: The results describe aspects about how health professionals work with goal setting with elderly patients in a local rehabilitation department. The first findings implies how health professionals work with patients to achieve a good goal setting process, while the second findings descrptions describes how the interprofessional collaberation works within the goal setting process.

Discussion and concluion: This study indicates that goal setting in rehabilitation mainly is an interdisciplinary process involving both the patient and the different groups of healthcare professionals. This study indicate that healthcare professionals perceive goal setting work as important for moving the rehabilitation process forward. Working with goal setting seems to be about establishing a good interaction between the patient and healthcare professionals, through building a relationship, motivation, giving ownership and adapting the communication to the the patient. Working with goal setting is carried in collaberation with other healthcare professionals, a dialogue is required to achieve interprofessional collaboration.

Keywords: goal-setting, rehabilitation, user involvement, interprofessional Collaboration

1.0 INNLEDNING

Forskning viser at dagens eldre lever lenger og er sprekere enn tidligere generasjoner eldre (Moe & Hagen, 2011). Helsetilstanden til befolkningen i Norge er i hovedsak god. Tall fra 2017 viser at forventet levealder er 84,3 år for kvinner og 80,9 år for menn, som er blant de høyeste i verden (Folkehelseinstituttet, 2018a). I perioden 2002 til 2015 rapporterte tre av fire i aldersgruppen 65–79 år om god eller svært god helse (Statistisk sentralbyrå, 2015). Andelen eldre øker, og ifølge Statistisk sentralbyrå (2015) vil eldre over 67 år øke fra å være 13 % i 2010 til 22 % i 2050. Antall personer over 80 år vil dobles i løpet av to tiår (Folkehelseinstituttet, 2018b). Utviklingen skyldes blant annet at befolkningen generelt lever lengre. Demografisk endring skaper utfordringer for helsevesenet, som følge av nye sykdomsmønstre, økt kvalitet på behandling og nye krav til tilbud (Melberg & Kjekshus, 2012, s. 8).

I det norske helsevesenet er det en samlet intensjon om å skape en mer samordnet helsetjeneste, noe som var en av flere grunner til at Samhandlingsreformen kom i 2012. Reformen hadde som formål å skape bedre finansielle, lovmessige og organisatoriske forutsetninger for god arbeidsfordeling mellom helse- og omsorgstjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Etter innføringen av Samhandlingsreformen har antall registrerte utskrivningsklare pasienter økt, flere oppgaver har blitt overført til kommunene og liggetiden på sykehus har blitt redusert (Killie & Debesay, 2016). Reformen har også gitt kommunene utvidet ansvar for å ivareta både folkehelsen og individuell pasientoppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Eldre mennesker opptar ca. halvparten av sengene i norske sykehus, og er den største gruppen mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester (Statistisk sentralbyrå, 2015). I løpet av et sykehusopphold kan eldre tape 2–3 % av kapasiteten til muskel-, skjelett-, og hjertesystemet per dag (Romøren, 2014, s. 35). Mange av de eldre pasientene kan derfor være i behov av rehabilitering på kommunal rehabiliteringsinstitusjon, for å gjenvinne tapt funksjon etter en sykehusinnleggelse.

Hensikten med rehabilitering av eldre er å redusere forhold som hemmer funksjon og sosial deltakelse. Rehabiliteringspotensialet bør vurderes ut fra nåværende funksjonssvikt og tidligere funksjon, prognose, ressurser, motivasjon og sosial støtte. Rehabilitering av eldre rettes ofte mot å bli *mest mulig selvhjulpen* (Krohne & Bergland, 2012, s. 236). For pasienter

som får et sykehusopphold som følge av aldersrelatert skrøpelighet og i etterkant er i behov av rehabilitering, er ikke alltid målet å gjenopprette funksjon. I mange tilfeller kan hensikten med rehabiliteringsoppholdet være å forebygge ytterligere svekkelse og vedlikeholde nåværende funksjon (Romøren, 2014, s. 36).

I forskrift om habilitering og rehabilitering (2018) slås det fast at rehabilitering er en målrettet samarbeidsprosess mellom ulike aktører, som skal ta utgangspunkt i pasientens livssituasjon og mål. Målsettingsarbeidet står sentralt i rehabiliteringsfeltet, og det finnes studier som har sett på målsettingsarbeidet i rehabilitering. Tidligere forskning viser at målsetting har til hensikt å øke pasientens motivasjon og autonomi, og bidra til pasientsentrert behandling. Målsetting bidrar også til bedre kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid, for å sikre at tiltakene i rehabiliteringsprosessen går i samme retning (Wade, 2009; Levack et al., 2006; Jacob, Merrigan, Roe & Brown, 2013). Mål kan være et verktøy for å sikre at de tiltakene som er satt i gang i rehabiliteringsprosessen har hensiktsmessig fremgang (Wade, 2009).

Helseprofesjonelles målsettingsarbeid med eldre pasienter i rehabilitering er et temaområde som ikke er særlig dekket i tidligere forskning, og det anses av den grunn som interessant å se nærmere på dette temaet. Det er, som vises senere i dette kapitlet, begrenset hvor mange studier som har adressert spørsmålet om hvordan det arbeides i praksis med målsetting sammen med eldre, og det er ikke funnet studier som har gått inn på temaet om målsettingsarbeid med eldre pasienter på rehabiliteringsavdelinger i primærhelsetjenesten. På bakgrunn av litteratursøk er det ønskelig å undersøke hvordan helseprofesjonelle arbeider med målsetting, og hvilke erfaringer de har med målsettingsarbeid når eldre pasienter kommer på rehabiliteringsavdelinger i kommunen. Da det ikke finnes en tydelig praksis for hvordan helseprofesjonelle skal arbeide med målsetting med eldre pasienter, fremtrer dette som et kunnskapshull som legges til grunn i denne studien. Det er interessant å se nærmere på kommunale rehabiliteringsavdelinger som praksisarena, da det ofte er her rehabiliteringsforløpet starter for eldre pasienter som skrives ut fra sykehus.

1.1 Hensikt

Studiens hensikt er å undersøke og beskrive hvilke erfaringer helseprofesjonelle som jobber på en rehabiliteringsavdeling har med å ivareta mål sammen med eldre pasienter, samt hvordan disse målene blir utarbeidet. Formålet er å fremskaffe fordypet kunnskap og øke

forståelsen for hvordan helseprofesjonelle som jobber på en rehabiliteringsavdeling erfarer og opplever å utarbeide mål i en rehabiliteringsprosess. Da det ikke finnes noen fasit på hva som er beste praksis for å utarbeide mål, kan helseprofesjonelles erfaringer bidra til å identifisere sentrale forhold som kan ha påvirkning på målsettingsprosessen. Dette vil igjen kunne bidra til å forbedre og kvalitetssikre rehabiliteringen.

1.2 Problemstilling

Hvordan arbeider helseprofesjonelle med målsetting sammen med eldre pasienter på kommunal rehabiliteringsavdeling?

1.3 Tidligere forskning

Søkeprosessen startet med å utarbeide et PICO-skjema, der det ble satt opp aktuelle søkeord i henhold til problemstillingen og tematikken i studien. Noen av søkeordene som ble benyttet var: *eldre pasienter, eldre skrøpelige, older people, health professional, målsetting, mål, goalsetting, goal, rehabilitation, rehabilitation institution*. Det ble foretatt søk i både engelske, nordiske og norske databaser, deriblant Cinahl, SweMed+, Medline. Søkeordene ble benyttet i ulike kombinasjoner. Det ble også søkt etter bestemte forfattere innenfor studiens tematikk, samt foretatt manuelle søk i pensum- og litteraturlister. Det ble også gjennomført litteratursøk sammen med en bibliotekar fra universitetsbiblioteket på OsloMet. Dette var til hjelp for å kvalitetssikre at det ble søkt i de mest relevante databasene, og med riktig søkekombinasjoner. Valgte søkekombinasjoner ble benyttet i flere ulike databaser for å sikre at alle artiklene ble funnet.

Etter omfattende søk ble det ikke funnet forskningsartikler som omhandler helseprofesjonelles arbeid med målsetting sammen med eldre pasienter på en rehabiliteringsavdeling. Det ble imidlertid funnet forskning på målsetting og rehabilitering, men med andre pasientgrupper og/eller andre praksisarenaer.

Oversiktsstudien til Plant, Tyson, Krik & Parsons (2016) inkluderer ni kvalitative studier, som viser forskjeller i helseprofesjonelles og pasientens perspektiv på målsetting, både barrierer og hvordan målsettingsarbeid kan tilrettelegges i rehabiliteringsprosessen. Studien har ikke fokus på eldre spesielt, men ser på pasienter med hjerneslag og andre ervervede hjerneskader. Den oppsummerer et helhetlig bilde av helseprofesjonelles erfaring med målsettingsarbeid.

Resultatene i studien til Plant et al. (2016) identifiserer et misforhold mellom pasientens og helseprofesjonelles forventninger, perspektiver på mål og gjenvinne funksjon som noen av de største hindringene i målsettingsarbeidet. Det kommer videre frem at pasientens manglende kunnskap om målsettingen, rehabiliteringsprosessen og deres potensiale for å gjenvinne funksjon kan være en barriere i målsettingsarbeidet. Pasientens svekkelser etter sykdom/skade ble også sett på som en barriere. Begrensninger på organisatorisk nivå, som en barriere, ble også trukket frem. Artikkelen viser at målsettingsprosessen kan tilrettelegges ved å fremme tidlig kommunikasjon mellom pasient og helseprofesjonelle, og ha fokus på pasientens preferanser. I tillegg kan pasientens og helseprofesjonelles kunnskap, erfaring, ferdigheter og engasjement rundt målsettingsprosessen både være en barriere og en styrke.

Helsepersonell rapporterte høyere grad av samarbeid under målsettingsprosessen enn pasienten selv. Dette viser en oversiktsstudie av Sugavanam, Mead, Bulley, Donaghy & van Wijck (2013) som undersøkte effekter og opplevelser av målsetting ved rehabilitering etter hjerneslag. Pasientene gir uttrykk for uklarhet rundt sin egen rolle i målsettingsprosessen. De pasienter som har kommunikasjonsvansker og/eller kognitive utfordringer blir sett på som spesielt utfordrende. Det var et skille mellom hvordan helsepersonell satte mål, hvilke type mål som ble satt, og hvordan måloppnåelsen ble oppfattet, sammenlignet med pasienten. Blant annet var pasienter mer optimistiske enn helsepersonell angående forventet utfallsnivå, som førte til at pasienter oppfattet lavere måloppnåelse. Pasienten formulerte håp fremfor mål, og målene ble mer generelle enn spesifikke, mens helsepersonell hadde en tendens til å identifisere de underliggende kortsiktige funksjonssviktene. Studien fremmer behovet for ytterligere forskning på målsettingsarbeid, spesielt knyttet til effektiviteten av målsetting, da det ikke finnes en standardisert metode for å utarbeide mål. Det finnes heller ingen enighet i hvordan målsettingsprosessen bør gjennomføres.

Studien til Cameron et al. (2018) utforsker måten helseprofesjonelle engasjerer rehabiliteringspasienter i en målsettingsprosess, og hvilke faktorer som påvirker prosessen. Det ble funnet tre faktorer som var med på enten å fremme eller hemme pasientsentreringen i målsettingsprosessen. Den første faktoren som ble identifisert var samarbeidet rundt målsettingsarbeidet, der det ble fokusert på det mellommenneskelige aspektet mellom pasient og helseprofesjonell. Kommunikasjonsferdigheter som å være spørrende og lyttende, vise respekt og bygge tillit, samt evne til å oppsummere avtalte mål står her sentralt. Miljøet målsettingsarbeidet foregår i ble identifisert som den andre faktoren. Dette handler om tid,

rom og ressurser som påvirker målsettingssamtalen. Den tredje faktoren som ble identifisert var helseprofesjonelles selvbevissthet. Helseprofesjonelle må utforske og få innsikt i sin egen innflytelse på målsettingsprosessen. Studien viser at disse tre faktorene sammen påvirker i hvilken grad målsettingssamtalen er pasientsentrert. Mål som er utviklet sammen med rehabiliteringspasienter er mer sannsynlig å være pasientsentrert når helseprofesjonelle oppfordrer pasienten til å uttrykke sine egne behov og preferanser.

Helsepersonells erfaringer og holdninger til pasientsentrert målsettingsprosess blir belyst både i studien til Lenzen et al. (2016) og Van Seben, Smorenburg & Buurman (2019). Førstnevnte studie viste at utarbeidelse av egenstyrte mål i primærhelsetjenesten, kan kreve et skifte fra et medisinsk perspektiv til et biopsykososialt perspektiv. Dette innebærer økende fokus på at fagpersoner skal trene pasienten til å uttrykke målene sine og ta ansvar for disse selv. Deltakerne i studien fremmet spesielt fire hovedtemaer som kan bidra til å gjøre målsettingsprosessen komplisert, nemlig å ikke sette medisinske mål, fagpersoners ferdigheter og holdninger til å bestemme pasientenes mål, pasientens ferdigheter og holdninger til å sette mål og delta i målsettingsprosessen og tilgjengelig tid til målsetting. I likhet med studien til Lenzen et al. (2016,) fremmer også resultatene til Van Seben et al. (2019) et misforhold mellom pasienters og helsepersonells forventninger til målene som settes i rehabiliteringsprosessen. Studien viste at i selve rehabiliteringsperioden, var pasientenes hovedmål ofte å gjenvinne selvstendighet for å kunne komme hjem. I etterkant av utskrivelse var imidlertid pasientene mindre opptatt av å gjenvinne funksjon, og fremmet da mer ambisiøse mål relatert til full uavhengighet og å kunne utføre ulike aktiviteter. Dette viser hvordan rehabiliteringsmål forandrer seg over tid. Helsepersonell ga uttrykk for at målsetting sammen med pasienten var viktig, likevel erfarer de at eldre pasienter kan ha utfordringer med å formulere mål eller at de målene som blir satt er urealistiske. I tillegg indikerer helseprofesjonelle at målene må være relatert til utskrivelse, for eksempel å utføre grunnleggende omsorgsaktiviteter, og at rehabilitering dreier seg om å få pasientene klare til utskrivelse.

Oppsummert viser litteratursøket at forventninger og kunnskapsnivå både hos helseprofesjonelle og pasienter, kan ha en innvirkning på målsettingsarbeidet i praksis. Det tydeliggjøres også at kommunikasjonen mellom pasient og helseprofesjonelle kan være nøkkelen til et godt samarbeid i målsetting. Videre trekker studiene frem at når pasientene er delaktig i målsettingsarbeidet, kan de raskere nå sine mål. Det kan være en fordel at

helseprofesjonelle utforsker pasientenes forståelse av sin situasjon, deres erfaringer og forventninger til målsetning for å få til en god prosess. Barrierer hos både helseprofesjonelle og pasienter, som kunnskap, forventninger, begrensninger på organisatorisk nivå, ser ut til å påvirke målsettingsarbeidet i rehabiliteringen. Selv om mange av studiene som ble funnet ligger tett opp mot problemstillingen, ble det ikke funnet studier som fokuserte på målsettingsarbeid med eldre pasienter på en rehabiliteringsavdeling i primærhelsetjenesten.

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel to vil det redegjøres for studiens sentrale teoretiske perspektiver, mens valg av metode presenteres i det påfølgende kapittelet. Temaer som vil trekkes frem er vitenskapsteoretisk forankring, anvendt metode samt etiske overveielser gjort underveis i forskningsprosessen. Avslutningsvis vil aspekter knyttet til studiens reliabilitet og validitet gjennomgås. Studiens resultater vil presenteres i kapittel fire. Deretter vil resultatet drøftes opp mot teori og tidligere forskning i kapittel fem. Til slutt vil problemstillingen oppsummeres i lys av resultat og diskusjon, før det gis forslag til videre forskning på temaet.

3.0 TEORI

Denne studien handler om målsetting på en rehabiliteringsavdeling for eldre pasienter, dermed er det viktig å formulere et tydelig perspektiv på hva rehabilitering er, og hva målsetting er. For å få tilstrekkelig dybde i forståelsen, vil også brukermedvirkning, relasjon og kommunikasjon løftes frem i teorikapittelet. Dette er begrep som det foreligger omfattende litteratur om, og av den grunn vil kun aspekter som anses som relevant for den videre diskusjonen i studien trekkes frem. Det historiske aspektet ved definisjoner vil også presenteres, da dette er viktig for den helhetlige forståelsen av begrepene.

3.1 Rehabilitering

Begrepet rehabilitering har sin opprinnelse i de engelske ordene «replace» og «habilitate», der «replace» betyr å erstatte det tapte, og «habilitate» betyr å gjøre i stand til. Det betyr at rehabilitering handler om både et bakoverskuende perspektiv, der «livet før» er referanse, og et fremadrettet perspektiv med fremtidig mestring som mål (Klokkerud, Sand-Svartrud & Kjekken, 2014). Rehabiliteringsbegrepet kan forstås som et vidt begrep. Fra Verdens helseorganisasjon (WHO) sin snevre definisjon, som i større grad omhandler opptrening av fysisk og mental funksjon, mens forskeren Hammel på sin side, omtaler rehabilitering som et bredt samarbeid for å kunne skape gode liv (Solvang & Slettebø, 2012, s. 15–19).

I norsk sammenheng er det St.meld. nr. 21, *Ansvar og meistring* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998), som har stått sentralt i rehabiliteringsfeltet de senere årene. Helse- og omsorgsdepartementet (1998) definerte rehabilitering som «tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet». I denne definisjonen fremheves pasientens egen innsats og at helseprofesjonelle er deres assistenter. Det betyr at det er pasienten som eier rehabiliteringsprosessen, og det er deres behov som skal være utgangspunkt for prioriteringer, tiltak og organisering av rehabiliteringsarbeidet. I 2001 presenterte WHO klassifiseringssystemet og begrepsapparatet International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), som har hatt stor innflytelse på rehabiliteringsfeltet internasjonalt (Solvang & Slettebø, 2012, s. 16). Både ICF og definisjonen av rehabilitering ovenfor kan ses på som et sosialt vendepunkt i rehabiliteringsfeltet.

Rehabilitering kan knyttes til både opptrening og tilrettelegging av omgivelsene, som bygger på en relasjonell forståelse av funksjonshemming (Solvang & Slettebø, 2012, s. 17; Tøssebro, 2010, s. 23). I politisk sammenheng finner vi det første tegnet til å trekke samfunnet og omgivelsene inn i forståelse av funksjonshemming i St.meld nr. 88 *Om utviklingen av omsorgen for funksjonshemmede* (1967), som var med på å skape en mer sammensatt rehabiliteringspraksis. Likevel viser Tøssebro (2010, s. 24) at det var først i St. meld. nr. 23, *Funksjonshemmede i samfunnet* (Sosialdepartementet, 1977), det ble advart mot å fokusere for mye på individorientert tilnærming. GAP-modellen illustrer at funksjonshemming oppstår som et misforhold mellom individets forutsetninger og samfunnets krav (Grue, 2012, s. 87). Funksjonshemming, eller det å ha nedsatt funksjon, sees ikke som en egenskap hos individet selv, men noe som oppstår i en sosial kontekst (Grue, 2012, s. 87).

Det er valgt å legge den nye definisjonen av habilitering og rehabilitering, som trådte i kraft 1. mai 2018, til grunn for videre arbeid med studien. Denne definisjonen legger vekt på både individets forutsetninger og samfunnets krav. Formålet med den nye definisjonen, var blant annet å forsterke brukerperspektivet gjennom å tydeliggjøre at det er pasientens egne mål som skal legges til grunn for utformingen av habilitering- og rehabiliteringstilbudet:

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2018, § 3).

Med utgangspunkt i definisjonens vektlegging av målrettede samarbeidsprosesser kan rehabiliteringsfeltet sees som en tverrprofesjonell praksis. Tverrprofesjonell praksis er hovedformen for samarbeid mellom ulike profesjoner, og innebærer at profesjonene diskuterer tett sammen om hvordan man finner frem til et felles mål med pasienten (Willumsen, 2016, s. 38–39). Profesjonene får innsikt i hverandres kunnskap, og åpner opp for dialog slik at de forstår hverandres vurderinger og praksis. Fokuset skal være på klienten fremfor på profesjonens arbeidsoppgaver (Solvang, 2019, s. 47–50). Forskning viser at

kvaliteten på rehabiliteringen blir høyere ved at rehabiliteringen utføres tverrprofesjonelt, sammenlignet med rehabilitering som utføres av hver profesjon for seg (Sinclair, Lingard & Mohabeer, 2009). Godt samarbeid betyr helhetlig tilnærming, og flere studier rapporterer om bedring av pasienters livskvalitet, helse og mestring av hverdagslige aktiviteter (Cameron, Lart, Bostock & Coomber, 2014; Reeves et al., 2011). Willumsen (2016, s. 39–43) viser til at tverrprofesjonelt samarbeid kan være krevende, fordi det forutsetter bevissthet rundt egen kompetanse. I rehabiliteringstilbudet er det sentralt at profesjoner er tydelig på hva de kan bidra med for pasienten og hva som er i grenseoppganger vis-à-vis andre samarbeidsprofesjoner. Rehabilitering handler om å ivareta helheten rundt pasienten, og det blir derfor viktig å være fleksibel, samtidig som profesjoner har vilje til å finne løsninger til beste for pasienten (Willumsen, 2016, s. 39–43). Helse- og sosialpolitiske føringer er tydelige på at pasientens deltakelse også er viktig for samarbeid (Willumsen, 2016, s. 36). Pasientens rett til å medvirke i utformingen og gjennomføringen av tjenesten, gjør at pasienten også skal involveres i det tverrprofesjonelle samarbeidet.

Tverrprofesjonelt samarbeid kan bety at grenser til helseprofesjonelle krysses og at grenseflatene fremmer samhandling og læring mellom dem (Hagland & Solvang, 2012, s. 256). Tverrprofesjonelt samarbeid kan derfor knyttes opp mot begrepet grenseobjekt som ble introdusert av Star & Griesemer (1989). Grenseobjekt kan forstås som former for tingliggjorte forbindelser mellom profesjonelles praksis og erfaring. Det kan løftes frem som et analytisk begrep i forståelsen av tverrprofesjonell praksis. Studien til Star & Griesemer (1989) viser hvordan grenseobjekt kan brukes som en ressurs for å dele opp og håndtere sammensatte utfordringer. Et eksempel på dette kan være at flere helseprofesjonelle har ansvar for ulike oppgaver i utredning og oppfølging av pasienter på en rehabiliteringsavdeling. Eksempler på grenseobjekt i rehabilitering kan være elektronisk pasientjournal eller individuell plan. Grenseobjekt kan videre bidra til å knytte kommunikasjon mellom helseprofesjonelle og i praksisfeltet, og ha et felles språk eller en felles prosedyre eller rutine på en gitt avdeling (Star & Griesemer, 1989).

Tidligere forskning viser at eldre pasienter med et nylig og stort funksjonstap har mest nytte av rehabilitering (Cameron & Kurrle, 2002). Eldre har økt forekomst av leddgikt, lårhalsbrudd, hjerneslag, hjertesykdommer og perifer vaskulær sykdom (Rockwood, Fillit, Brocklehurst & Woodhouse, 2010, s. 205–594). Dette betyr at etterspørsel etter rehabilitering hos eldre pasienter på institusjon vil være større enn hos andre aldersgrupper. Når de eldre blir

utsatt for funksjonstap, ivaretas den første opptreningsfasen i større grad av primærhelsetjenesten, som sørger for både pleie, omsorg og rehabilitering i sykehjem, dagrehabilitering eller rehabilitering i hjemmet (Cameron & Kurrle, 2002). Å bruke sykehjem som arena for rehabiliteringstilbud i kommunen er sett på som viktig i politiske dokumenter. I Meld st. 21 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) blir det slått fast at korttidsplasser på sykehjem burde økes for å ivareta rehabilitering, avlastning og tidlig utskrivning fra sykehus. Dersom sykehjem blir brukt til rehabilitering, er det viktig at korttidsopphold for rehabilitering har et annet formål enn korttidsopphold for avlastning. Dette krever at spesielt sykepleiere på avdelinger som driver med rehabilitering har tilstrekkelig kunnskap om rehabilitering, lovverk, organisering, forventet prognose, brukermedvirkning, motivasjonsarbeid og læring (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s. 19).

3.2 Målsetting

Lovverket legger sterke føringer for at målsetting skal inngå som en del av rehabiliteringsprosessen. I definisjonen, som ble lagt til grunn tidligere i oppgaven, står det at rehabiliteringen skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og *mål*, og at rehabilitering er *målrettede* samarbeidsprosesser. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, § 5) kommenterer også at «det bør legges spesiell vekt på at det avsettes tid til å få fram brukerens egne mål». Ifølge *Opptappingsplan for rehabilitering og habilitering 2017–2019* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s 19) har rehabilitering som formål å bidra til at brukere kan oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og sosial deltakelse. Dette forutsetter at et samlet tilbud legger pasientens mål for eget liv til grunn. Ifølge Verdens helseorganisasjon (2011, s. 96) er målsetting det tredje av fem trinn i rehabiliteringsprosessen:

1. Identifisere problem og behov
2. Identifisere faktorer som kan påvirkes
3. Utarbeide mål
4. Iverksette planlagte tiltak
5. Evaluere effekten

En rehabiliteringsprosess starter med at pasienten og helseprofesjonell gjør en vurdering av helse- og funksjonsutfordringer sammen. Det er denne vurderingen som danner grunnlaget for videre arbeid med målsetting. Målsetting blir ansett som en viktig kjernekomponent i

rehabilitering (Scobbie, Wyke & Dixon, 2009). Imidlertid er temaet mye omdiskutert, da det ikke er enighet om en universell definisjon om hva målsetting er innen rehabilitering. Levack & Siegert (2014, s. 3–20) definerer målsetting som en ønsket situasjon i fremtiden, som skal oppnås av en person med funksjonsnedsettelse som et resultat av rehabiliteringsinnsatser. Målet blir bestemt i samarbeid med pasient, helseprofesjonell og eventuelt pårørende. Målsetting i rehabilitering kan forstås som en prosess der pasient og helseprofesjonelle går i dialog for å forhandle frem og fastsette mål for pasienten (Playford, Siegert, Levack, & Freeman, 2009). På tross av slike forsøk på å definere målsetting, blir det påpekt at det mangler en enhetlig terminologi og en felles teori som tydelig beskriver metoden i målsettingsarbeid (Scobbie & Dixon, 2014, s. 213–227).

Wade (2009) viser til at målsetting innen rehabilitering kan omhandle to aspekter, hvor det første er mål om en tenkt fremtid, som vanligvis involverer en endring av nåværende situasjon. Det andre er mål som går på tenkte handlinger som skal skje i rehabiliteringsprosessen. Målene er derfor noe som inngår i alle fasene i en rehabiliteringsprosess, fra å utforske motivasjon, til å formulere konkrete mål, for så å koordinere og evaluere de mål og tiltak det er arbeidet med i prosessen. Målsetting kan også være en kontrollfunksjon for å avdekke ineffektive tiltak slik at endringer kan skje (Wade, 2009).

Locke & Latham (2002) løfter frem målsettingsteorien, der budskapet er at målene bør være spesifikke og vanskelig å oppnå for å gi best mulig effekt. Videre fremmes det at spesifikke mål har større innflytelse på prestasjon enn mer generelle mål om å «bli sterkere» eller «gjøre mitt beste». Målsettingsteorien hevder at mål skaper oppmerksomhet og handling, samt problemløsning i forhold til mål som er satt. Derfor kan mål som oppleves som vanskelige å nå for den enkelte, bidra til å øke motivasjonen. Det er imidlertid flere faktorer som kan virke inn på effekten av målsetting i rehabiliteringen, blant annet opplevelsen av viktighet av målet hos pasienten og fagpersonen, målets vanskelighetsgrad, pasientens mestringstro og hvilke tilbakemeldinger helseprofesjonelle gir (Locke & Latham, 2002). Playford et al. (2009) har kritisert målsettingsteorien for å ha begrenset overføringsverdi til rehabiliteringsfeltet. Årsaken til kritikken er at målsettingsteorien kommer i konflikt med det helseprofesjonelle oppfatter som viktig, blant annet at målene bør være oppnåelige, realistiske og den indre motivasjon hos pasienten. Videre kritiserer Reeve (2018, s. 179–201) målsettingsteorien for å ta for lite hensyn til motivasjonsaspektet ved målsetting, og at den i hovedsak handler om å

forbedre ytelsen til de involverte. Samlet sett er det viktig at rehabilitering tar utgangspunkt i pasientens individuelle mål, så må funksjonsforbedringer, som også er viktig i rehabilitering få plass som delmål (Sandvin, 2012, s. 55).

Målsetting blir sett på som den prosessen som byr på størst utfordringer i et rehabiliteringsforløp, og helseprofesjonell tar, ifølge Conradi & Rand-Henriksen (2004, s. 35–40), for lett på denne prosessen. Scobbie, Dixon & Wyke (2011) har forsøkt å operasjonalisere målprosessen i fire faser. Den første fasen kan sees som den forhandlende fasen. Her fremmes det som viktig å vurdere pasientens nåværende situasjon, samt finne ut av hva som skal være det viktigste fokuset fremover. Det er også avgjørende å bygge motivasjon. I neste fase skal det, ifølge Scobbie et al. (2011) utformes spesifikke og motiverende mål, alt fra generelle ønsker om retning til mer eksplisitte målformuleringer. I den tredje fasen utarbeides det en handlingsplan og gjennomføres målrettede handlinger med utgangspunkt i kunnskap og erfaringer både fra pasient og helseprofesjonelle. Avslutningsvis, i den fjerde fasen, er fokus vurdering, utførelse og evaluering. Dette kan innebære måling av resultater, justering av mål og tiltak og i noen tilfeller å gå tilbake til tidligere faser.

Mål og målsetting er nært knyttet til motivasjon. Motivasjon handler om ønske om å kunne prestere eller vise entusiasme over noe. Brochs-Haukedal (2010, s. 110) definerer begrepet motivasjon som «psykologiske prosesser som igangsetter, regulerer og opprettholder atferd, og noe som ligger til grunn for alt mennesker gjør.» Mennesker er, ifølge Brochs-Haukedal (2010, s. 110), født selvmotiverte og nysgjerrige. Likevel kan mennesker oppleve fraskrivelse av ansvar i sårbare situasjoner. En elementær teori innenfor motivasjon er selvbestemmelsesteorien til Deci & Ryan (1985, s. 5), som tar utgangspunkt i at mennesker er aktive og selvrettede organismer som har tre vesentlige behov. Det første handler om autonomi, som vil si å kunne bestemme over egne handlinger. Kompetanse, som er det andre behovet, handler om opplevelsen av å få til noe, eller opplevelse av å mestre. Det siste behovet handler om ønske om å skape en relasjon til andre mennesker, og føle en tilhørighet. Ifølge selvbestemmelsesteorien er dette de tre basisbehovene som ligger bak menneskers meninger og handlinger. Behovene synes også å være avgjørende for å muliggjøre optimal funksjon og integrasjon, samt for sosial utvikling og personlig trivsel. Selvbestemmelsesteorien legger også vekt på at mennesket er målorientert og at måloppnåelse har en følelsesmessig konsekvens for den enkelte. Dermed kan teorien koble mål, motivasjon og følelser opp mot hverandre (Deci & Ryan, 2000).

Muligheten til å ta egne valg og beslutninger i egen rehabiliteringsprosess er i så måte en motiverende faktor. Har et menneske mistet fotfestet og livet deres er blitt radikalt forandret, vil en likevel ha håp dersom man har mulighet til å ta egne valg. Det er derfor viktig å se sammenhengen mellom motivasjon, håp og muligheten til å ta beslutninger over egen rehabiliteringsprosess. I lys av dette er det innlysende at håp er den viktig drivkraft i rehabiliteringsprosessen, og uten håp kan det bli vanskelig for mennesket å opparbeide nok motivasjon til å aktivt delta i endringsprosessen som rehabilitering innebærer (Normann, Sandvin & Thommesen, 2013, s. 63). Motivasjon kan, ifølge Deci & Ryan (2000), deles inn i indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er selvdrevet og basert på selvbestemmelse og bygget på autonomi. Handlinger gjøres fordi de oppleves som meningsfulle, og gir kilde til glede og mening. Ytre motivasjon handler om at et menneske gjør handlinger som er forventet av vedkommende eller for å motta en form for belønning. Ved ytre motivasjon er opplevelse av autonomi og selvbestemmelse i større grad fraværende. Imidlertid trenger indre motivasjon støttende forhold, som kan komme i form av ytre faktorer, som for eksempel positive tilbakemeldinger (Deci & Ryan, 2000).

Målsettingsarbeidet regnes som å være nøkkelen for å organisere rehabiliteringen på en pasientsentrert måte, imidlertid er målsetting en kompleks virksomhet (Parry, 2004). For denne studien anses det mest hensiktsmessig å legge til grunn forståelsen om at målsetting i rehabilitering foregår i en prosess der pasient og helseprofesjonelle går i dialog for å forhandle frem målene, og de fire fasene til Scobbie et al. (2011) fremstår som særlig relevant. For å ha en utdypende forståelse av målsetting i rehabilitering, er brukervedvirkning et viktig element (Duff, Evans & Kennedy, 2004).

3.3 Brukervedvirkning

Begrepet brukervedvirkning er godt forankret i det norske helsevesenet. Ideen om vedvirkning startet i USA i 1960-årene som en del av borgerrettighetsbevegelsen, og spredte seg siden til Europa (Rise, 2012). I Norge har brukervedvirkning vokst frem som idé og fenomen i løpet av de siste 30 årene. I 1997 ble det gjennomført en offentlig utredning rundt involvering av pasienter, og i etterkant kom Lov om pasientrettighet i 1999 og Lov om helseforetak i 2001. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3–1) slår fast at pasienter som mottar helsehjelp har rett til å medvirke. Gjennom disse lovene ble helseforetakene bedt om å

involvere pasienten i beslutninger, både individuelt og organisatorisk (Pedersen, Hofman & Mangset, 2007).

Brukermedvirkning er nedfelt i ulike lovverk og forskrifter som helsetjenestene må forholde seg til, og fremmes som en formell rettighet som skal ivareta pasientene. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, § 4) påpeker videre at pasienten har rett til medvirkning ved gjennomføring av rehabiliteringstilbudet. Her er det spesifisert at med gjennomføring menes både planlegging, utforming, utøving og evaluering av rehabiliteringen. Tjenesten skal ytes fra et brukerperspektiv, og det forutsetter at det er pasientens behov som settes i sentrum og at forholdene legges til rette for aktiv deltakelse og medvirkning. Da Samhandlingsreformen (St. meld. Nr.47 (2008–2009), 2009) kom ble det også lagt vekt på at både medvirkning og pasientmakt skal økes og bli mer reell. Imidlertid hevder Rise (2012) at brukermedvirkning fortsatt ikke er en innarbeidet og normalisert del av arbeidsrutinene, verken ved individuell pasientbehandling eller ved organisatoriske beslutninger.

Formålet med brukermedvirkning er å utvide kunnskapsgrunlaget for handlinger og beslutninger, samt sikre innflytelse for pasienten. Gjennom medvirkning anerkjennes pasientenes erfaring, kunnskap og mening som verdifull og som en ressurs i møtet med helseprofesjonelle (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 55–61). I målsettingsarbeid blir brukermedvirkning betraktet som fundamental (Duff et al., 2004). For å komme frem til gode løsninger i en rehabiliteringsprosess må pasienten delta sammen med helseprofesjonelle i beslutninger som angår dem selv (Bredland, Linge & Vik, 2011 s. 45). Brukermedvirkning er blitt definert på ulike måter. Hanssen, Humerfelt, Kjellevoid, Norheim & Sommerseth (2015, s. 33) definerer brukermedvirkning på følgende måte: ”En relasjon mellom tjenestemottakere og tjenesteutøvere, der den som mottar helse- og/eller sosialtjenester involveres, deltar aktivt og har innflytelse i beslutninger som angår egen helse og velferd”. Ekeland & Heggen (2007, s. 15) hevder at brukermedvirkning dreier seg om at pasienten selv aktivt skal medvirke og være med på å bestemme i saker som angår dem selv. Pasientinvolvering har vist seg å øke forpliktelse til målene, måloppnåelse, brukertilfredshet og følelse av kontroll over konsekvensene av sykdommen eller skaden (Duff et al., 2004).

Empowerment er et begrep som ofte blir brukt for å utdype viktige perspektiver i medvirkning. Det kan også oversettes til myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Empowerment anses som en ressursfokusert tilnærming i helsetjenesten, som tar utgangspunkt i den enkeltes

ressurser, ferdigheter og kunnskap. Det er helseprofesjonelles oppgave å bidra til å bevisstgjøre dette, slik at pasienten når sitt potensial. Empowermenttilnærmingen er sentral i rehabiliteringsfeltet, for å sikre mestring, et positivt selvbilde, trygghet og opplevelse av å få tilbake makt og kontroll i eget liv (Askheim, 2012, s. 16–35). Empowerment handler også om å endre maktrelasjonen mellom pasient og helseprofesjonelle. Det innebærer å la pasienten definere behovene, og helseprofesjonelle skal være med å finne de beste løsningene.

Ifølge Skau (2016, s. 31) er makt til stede i alle relasjoner mellom helseprofesjonelle og pasient. Relasjonen mellom helseprofesjonelle og pasient er grunnleggende asymmetrisk i helseprofesjonelles favør, og det er de som har mest makt og større mulighet for å få gjennomslag for sin vilje i relasjonen (Skau, 2016, s. 38). Grimen (2001) viser til at tillit og makt henger sammen. Makt i seg selv er ikke uetisk, men fenomenet makt er knyttet til etiske dilemma. Når pasienter *gir* kontrollen over til helseprofesjonelle, gir det også helseprofesjonelle makt. Dette innebærer muligheter for maktmisbruk. Forholdet mellom helseprofesjonelle og pasient har endret seg de siste tiårene. Tidligere var det helseprofesjonelle som satt på makten, mens den senere tiden er ansvaret for medbestemmelse flyttet over til pasienten. I de siste tiår har mottakerne av velferdstjenester fått en aktiv rolle i planlegging og gjennomføring av tjenestene (Willumsen, 2016, s. 36). For å kunne involvere pasienten i beslutningsprosessen, vil relasjonen mellom pasient og helseprofesjonelle ha betydning (Jensen & Ulleberg, 2015, s. 201).

3.4 Relasjon og kommunikasjon

Den norske filosofen Hans Skjervheim (2002a, s. 20–35) var opptatt av hvordan mennesker forholder seg til hverandre i relasjoner. Skjervheims argumenter bygger ut fra en fenomenologisk forståelse, som innebærer at verdier som verdighet, anerkjennelse og autonomi kun finnes *innenfor* en relasjon. Det betyr at mennesker møtes gjennom fortolkning av hverandre, noe som krever modenhet og klokskap. Skjervheims forståelse kjennetegnes ved *den andre* som subjekt, et medmenneske som man engasjerer seg i, gjennom å være i en lyttende og interessert dialog. Dersom man distanserer seg, vil det være med på å redusere den andre personen til et objekt, som er en trussel mot mellommenneskelige relasjoner (Skjervheim, 2002a, s. 20–35).

Praktiske handlinger, fra det greske ordet *praxis*, legger vekt på egenverdien i samhandling mellom mennesker (Wyller, 2005, s. 52). Skjervheim løfter frem (2002a, s. 20–35) to ulike tilnærminger mennesker kan ha til hverandre: en subjekt-objekt relasjon og subjekt-subjekt relasjon. Subjekt-objekt relasjonen utvikles av den toleddete relasjon, som oppstår når man ikke engasjerer seg i det den andre snakker om eller gjør, men konstaterer det som en påstand eller fakta. Den andre blir da redusert til å kun være et faktum eller en «ting». Dette kan også sees i sammenheng med det Skjervheim (2002b, s. 130–137) kaller «det instrumentelle mistaket», som oppstår når helseprofesjonelle blir mer opptatt av handlingen som skal gjøres for og med pasienten, enn pasientens egen stemme. Den treleddede relasjonen er en forutsetning for å utvikle det Skjervheim kaller en subjekt-subjekt relasjon. Den treleddede relasjon består av profesjonell, klient og det de to felles samtaler om eller gjør sammen. De deler saksforholdet med hverandre, der helseprofesjonelle og pasienter er med-subjekter i forhold til samme sak (Skjervheim, 2002a, s. 20–35). Dialog kjennetegnes derfor som en subjekt-subjekt relasjon. Helseprofesjonelle møter mennesker i sårbare situasjoner, og utfordringen blir da å veksle mellom det faglige blikket og det å møte pasienter som mennesker i en helhetlig sammenheng.

Relasjonen mellom pasient og helseprofesjonell er ikke statisk, men i bevegelse, der både kommunikasjon og samhandling endres i en rehabiliteringsprosess. Relasjoner mellom helseprofesjonelle og pasienter er i utgangspunktet en komplementær relasjon. Det komplementære er karakterisert ved at det som blir uttrykt eller vises er ulikt, den ulike atferden utfyller eller forutsetter ulikhet (Jensen & Ulleberg, 2015, s. 117). Et eksempel kan være forholdet mellom sykepleier og pasient. Sykepleier formidler kunnskap om sykdom og pleie, hvor sykepleier kommuniserer at dette er en sykepleier-pasient-relasjon, med de forventninger en sykepleier har til en slik relasjon. Pasienten vil da kunne bekrefte denne relasjonen ved å oppføre seg som en pasient som hører etter og stiller spørsmål. Dermed vil også pasienten definere relasjonen som en tradisjonell sykepleier-pasient-relasjon. De fleste relasjoner som inngås mellom helseprofesjonelle og pasient kan vare over tid, og vil videre inneholde elementer av en symmetrisk relasjon, som fokuserer på likhet i det som blir vist eller uttrykt (Jensen & Ulleberg, 2015, s. 117). Et eksempel på dette er når både pasient og helseprofesjonelle opplever stor glede den første gangen pasienten mestrer trapp på egenhånd. Et slikt forhold bygger på gjensidig respekt og tillit. Møtet er mellom to eksperter, der helseprofesjonelle har ekspertkompetanse innenfor sitt fagfelt, mens pasienten er ekspert i sin

egen livssituasjon. Evne og vilje fra begge parter til å se den andres perspektiv, er en forutsetning for en slik relasjon.

Å føle seg forstått er også viktig for å skape endring. En samhandlingsprosess der pasienten i større grad føler seg forstått, skaper tillit, trygghet og opplevelse av troverdighet. Handler helprofesjonelle etter hvordan de har forstått den *andre*, kan det virke inn på relasjonen. Helseprofesjonelle må vite at dersom de foretar handlinger som oppleves negative for pasienten, kan dette føre til svekkelse i relasjonen, som kan danne en negativ samhandlingssirkel. En slik handling kan føre til en opplevelse av avstand og manglende forståelse for den andre, som gir et dårligere grunnlag for å handle hensiktsmessig (Røkenes & Hansen, 2012, s. 27). Utfordringen handler om å ta vare på den andre, uten å ta fra vedkommende selvstendigheten, slik Løgstrup (2010, s. 39) beskriver at ansvar for den andre er aldri å overta deres ansvar for seg selv.

Mennesker lever sine liv i relasjon til andre mennesker, og i alle relasjoner foregår det kommunikasjon. Både kommunikasjonen og relasjonen mellom helseprofesjonelle og pasient vil påvirke målsettingsarbeidet i en rehabiliteringsprosess. Kommunikasjon kjennetegner oss mennesker, og kan deles inn i verbal og nonverbal. For helseprofesjonelle er kommunikasjon et viktig verktøy for å få til en god samhandling med både pasienter, pårørende, kollegaer og andre samarbeidspartnere (Jensen & Ulleberg, 2015, s. 20–40). Jensen & Ulleberg (2015, s. 21) viser noen av de grunnleggende antakelsene om kommunikasjon mellom mennesker. Den første antakelsen handler om at det ikke er mulig å ikke kommunisere. Hverdagen er fylt med kommunikasjon, enten om mennesker ser på hverandre, sier hei, eller prøver å unngå en person. Det er umulig å melde seg ut av kommunikasjonen, da dette kjennetegner oss mennesker. Den andre antakelsen handler om at mennesker alltid kommuniserer om både innhold og relasjon, og at det ofte blir sett på som en helhet. Den neste antakelsen er at det alltid kommuniseres på flere nivåer. Det kommuniseres med ord og setninger, mens ansiktsuttrykk, stemme, blick og kroppsspråk alltid er til stede. Den siste antakelsen er at samspillet må forstås sirkulært. Samspill mellom to mennesker har nødvendigvis ikke noen bestemt begynnelse (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 21–25).

Målsettingsarbeidet mellom helseprofesjonelle og pasienter kan forstås som dynamiske, pågående foranderlige og komplekse prosesser, der interaksjonen mellom helseprofesjonelle og pasient er i fokus. Videre sees det på sammenhengen kommunikasjonen skjer i, samt at

rammene rundt vil bidra til tolkning av det som kommuniseres. Kommunikasjon har tidligere blitt sett på i en lineær modell, der budskapet gikk fra sender til mottaker. Nyere kommunikasjonsteori bygger på transaksjonsmodellen, eller en sirkulær modell. I en sirkulær kommunikasjonsmodell vil man forstå kommunikasjon som en bevegelse der det er vanskelig å si hvor noe starter. Kommunikasjon blir forstått som en prosess som er dynamisk, pågående foranderlig, kompleks og kontinuerlig (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 53–55). I samtalen mellom pasient og de helseprofesjonelle er det en konstant gjensidig kommunikasjon, der feedback står sentralt, og begge parter deltar aktivt i kommunikasjonen.

3.6 Oppsummering teorikapittel

Målsettingsarbeid står sentralt i definisjoner på rehabilitering, i lovverk og i beskrivelser av rehabiliteringspraksis, og blir derfor sett på som en kjernekomponent i rehabilitering (Playford et al., 2009; Hart & Evans, 2006; Seigert & Taylor, 2004). Målsettingsprosessen er med på å organisere rehabiliteringsforløpet, i tillegg til at målsettingsarbeidet kan bidra til å motivere pasienten i rehabiliteringen, samt de som arbeider rundt pasienten. Videre er målsetting med på å koordinere tiltak som blir satt i gang (Wade, 2009). For å komme frem til en god rehabiliteringsprosess, må pasienten involveres. Brukermedvirkning står sterkt i målsettingsarbeidet (Duff et al., 2004). For å få til brukermedvirkning, må helseprofesjonelle få til en god kommunikasjon med pasienten og skape en relasjon til dem. Dette er det teoretiske grunnlaget som er lagt for videre arbeid med studien.

4.0 METODE

I dette kapitlet vil studiens metode presenteres. Innledningsvis vil det redegjøres for vitenskapsteoretisk forankring, valg av forskningsmetode, og forskers faglige bakgrunn. I de påfølgende underkapitlene vil rekruttering og utvalg bli gjennomgått, før forskningsarena blir presentert. Gjennomføring av intervjuer og utarbeidelse av intervjuguide vil også presenteres. Avslutningsvis vil det redegjøres for analyseprosessen, de etiske overveielsene som er gjort underveis i studien, samt sees nærmere på studiens styrker og begrensninger.

4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Studiens problemstilling retter fokus mot menneskelige erfaringer og opplevelser, og søker forståelse av et fenomen ut fra helseprofesjonelles egne perspektiver og erfaringer. For å få innsikt og innhente kunnskap om denne type erfaringer anses den fenomenologisk-hermeneutiske vitenskapstradisjonen som en velegnet forankring av studien. Med fenomenologien og hermeneutikken som utgangspunkt, er det den levde erfaringen og hvordan den kommer til uttrykk som er viktig (Thornquist, 2018, s. 22–23). I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot førstepersonsperspektiv og hvordan verden erfares og oppfattes av aktørene (Thornquist, 2018, s. 107). Mens hermeneutikk er fortolkningslære, der det legges vekt på at mennesker alltid har med seg en forforståelse i form av erfaringer, forventninger og oppfatninger, som igjen vil påvirke våre tolkninger og beskrivelser (Thornquist, 2018, s. 167–168). Med en forankring i fenomenologisk-hermeneutiske vitenskapstradisjonen kan en få tilgang til ny kunnskap om helseprofesjonelles målsettingsarbeid med eldre pasienter på en rehabiliteringsavdeling.

4.2 Valg av forskningsmetode

Kvalitative metoder åpner opp for å undersøke og få innsikt i komplekse fenomener (Malterud, 2017, s. 30–34). Å benytte seg av en slik metode innebærer å forsøke å forstå sider ved fenomenet fra informantens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20), og det anses som en anerkjent metode for å fremskaffe kunnskap om erfaringer og opplevelser (Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012). Hensikten med denne studien er, som det fremkom i underkapittel 1.2 «*Formål og hensikt*», nettopp å undersøke og beskrive helseprofesjonelles arbeid og erfaringer omkring målsetting med eldre pasienter på en rehabiliteringsavdeling i primærhelsetjenesten. Av den grunn vurderes kvalitativ metode som egnet.

Det ble benyttet semistrukturerte forskningsintervju som metode for innsamling av data, da det ble ansett som en velegnet metode for å få tak i helseprofesjonelles erfaringer og opplevelse med fenomenet. Metoden er fleksibel, og har en ramme som gir muligheter til å belyse ulike temaer i dybden. Videre åpner den for å gjøre endringer i formuleringer og rekkefølge på spørsmål, slik at en kan følge informantenes svar. Med bruk av denne fremgangsmåten vil en kunne få inngående kunnskap om informantenes erfaringer og deres tanker og refleksjoner omkring problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22–39).

4.3 Forskers faglige bakgrunn

Forforståelse er en ryggsekk som forskeren tar med seg inn i forskningsprosessen. Innholdet i denne ryggsekken vil kunne påvirke måten forskeren samler inn og leser data på (Malterud, 2017, s. 44–46). Fem års erfaring som ergoterapeut innen rehabilitering har gitt kjennskap til feltet som kan være nyttig, da det kan bidra til større forutsetninger for innsikt og forståelse for fenomenet som skal undersøkes. Malterud (2017, s. 41–46) hevder imidlertid viktigheten av at forskere går inn i studier med åpenhet for å sikre at forforståelse ikke overdøver budskapet fra det empiriske materialet. Både bakgrunn og erfaring gjør at forsker har kjennskap til og en oppfatning om temaet målsettingsarbeid med eldre pasienter på en rehabiliteringsavdeling. Som ergoterapeut er man ofte direkte involvert i målsettingsarbeid med pasienter, både på rehabiliteringsavdelinger, men også i arbeid med rehabilitering hjemme hos eldre pasienter. Dette innebærer at formening om hvordan en målsettingsprosess kan foregå, hva det innebærer og hvilke utfordringer som kan oppstå, kan ha påvirket studiens resultater. For at studien ikke kun skal bekrefte forskers fordommer, er det avgjørende å være bevisst omkring egen forforståelse. En viktig strategi har vært å arbeide grundig med teorigrunnet i målsettingsarbeid i rehabilitering, og hvordan den tidligere forskningen har belyst og diskutert dette temaet. Gjennom fordypning i teori og tidligere forskning, har det vært søkt etter å innta forskerrollen i arbeidet med denne oppgaven.

4.4 Utvalg og rekruttering

Alle studier krever utvalgsstrategier som fører til at datamaterialet inneholder data om det fenomenet som utforskes. Utvalget skal settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og varierende materiale om det fenomenet en ønsker å si noe om når studien er gjennomført (Malterud, 2017, s. 57–58).

Det har blitt lagt vekt på at utvalget skal representere helseprofesjonelle med ulik fagbakgrunn, da det kan være vanskelig å få frem data og nyanser dersom utvalget er homogent. Et strategisk utvalg kan representere bedre informasjonsstyrke og skaffe utfordringer til konklusjoner som i første omgang kan synes opplagte (Malterud, 2017, s. 59).

Utvalget er strategisk valgt på bakgrunn av studiens problemstilling.

Det var ønskelig å snakke med helseprofesjonelle med bred og lang erfaring innen studiens tema, for å sikre god innsikt og et rikt empirisk materiale. I rekrutteringsprosessen ble følgende punkter vektlagt:

- at informantene skulle ha minst fem års arbeidserfaring innen rehabilitering i primærhelsetjenesten, helst på kommunale rehabiliteringsavdelinger på sykehjem
- at informantene skulle ha interesse for og erfaring i arbeid med målsetting sammen med eldre pasienter
- at informantene skulle ha helsereelatert utdanning som ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og/eller helsefagarbeider.

Geografisk spredning i utvalget var ønskelig for å sikre variabilitet og anonymisering av informantene. Det var imidlertid åpning for at to informanter med ulik faglig bakgrunn kunne komme fra samme arbeidsplass. For å unngå nærhet til informantene, ble kollegaer fra egen arbeidsplass ekskludert i studien. Det kan tenkes at nære kollegaer vil kunne ha en formening om intervjuers synspunkter rundt temaet, og at det kunne ha påvirket svarene.

For å finne informanter, tok forsker kontakt med sitt faglige nettverk innen primærhelsetjenesten i Østlandsområdet. Videre ble det tatt kontakt med avdelingsledere ved noen utvalgte institusjoner som driver med rehabilitering i kommuner, med forespørsel om det var aktuelle informanter som ønsket å delta i studien. Både avdelingsledere og ansatte som oppfylte kravene som var satt før rekrutering, fikk tilsendt samtykkeskjema og informasjon om studien (vedlegg 3). De aktuelle informantene ble bedt om å gi tilbakemelding på om de ønsket å delta i studien. Det ble deretter opprettet direktekontakt med personen som hadde samtykket til å delta for å avtale videre tidspunkt for intervju, besvare eventuelle spørsmål og avklare uklarheter.

I alt ga sju helseprofesjonelle samtykke til å delta. Fordelingen mellom de helseprofesjonelle var, to fysioterapeuter, to sykepleiere og tre ergoterapeuter. Utvalget består av kun kvinner.

Samt at to av terapeutene kom fra samme rehabiliteringsavdeling, samt en av sykepleierne og en av fysioterapeutene også kom fra samme arbeidsplass. Deltakerne har mellom 10 og 25 års arbeidserfaring, og alle jobber innen rehabiliteringsfeltet i dag. Det var varierende om informantene har full stilling på rehabiliteringsavdelingen, eller om de har arbeidsoppgaver utenfor avdelingen. Flere av informantene har også erfaring fra rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 1: Presentasjon av informantene

Faglig bakgrunn	Type avdeling
Sykepleier (1)	Rehabiliteringsavdeling
Fysioterapeut (2)	Korttidsavdeling
Ergoterapeut (3)	Korttidsavdeling
Ergoterapeut (4)	Korttidsavdeling
Ergoterapeut (5)	Rehabiliteringsavdeling
Fysioterapeut (6)	Rehabiliteringsavdeling
Sykepleier (7)	Korttidsavdeling

Tabell 1 gir en oversikt over informantenes helseprofesjon og type avdeling de arbeidet på. Antall år med arbeidserfaring er ikke knyttet opp mot de forskjellige informantene med hensyn til anonymisering. Nummereringen bak profesjonen er linket til sitater i resultatkapittelet.

Malterud (2017, s. 64–65) benytter begrepet *metning* for å beskrive utvalgsstørrelse, dersom ytterligere datamateriale ikke tilfører studien ny kunnskap. I de to siste intervjuene fremkom det i liten grad nye kategorier, men kun utdypninger av det som allerede var løftet frem i tidligere intervjuer.

4.5 Forskningsarena

Primærhelsetjenesten, nærmere bestemt avdelinger på institusjon som driver med rehabilitering, er valgt som forskningsarena i studien. Bakgrunn for valget, er at en stor andel av eldre pasienter som skrives ut fra sykehus, får plass på de kommunale rehabiliteringsavdelingene før de kan komme hjem (Foss, Hofoss, Romøren, Bragstad & Kirkevold, 2012). Kommunene deltakerne er rekruttert fra, har ulike navn på avdelingene som

arbeider med rehabilitering og opptrening. Enkelte av deltakerne oppga at avdelingen de tilhører kalles/heter «korttidsavdeling», mens andre benytter begrepet «rehabiliteringsavdeling eller -senter». Det er ulik størrelse på avdelingene informantene representere. Avdelingene har fra 5 til 37 sengeplasser som i hovedsak var reservert for rehabiliteringspasienter. Lengden på rehabiliteringsoppholdet på de ulike avdelingene varierer, og noen har flere langtidspasienter som opptar rehabiliteringsplasser.

4.6 Utforming av intervjuguide og intervjuer

Å benytte seg av intervju som undersøkelsesmetode har vist seg å være egnet for å få frem helseprofesjonelles erfaringer og opplevelser om fenomenet i denne studien. En semistrukturert tilnærming ble ansett som velfungerende, og det ga informantene rom til å fremme sine synspunkter og erfaringer i dybden. Malterud (2017, s. 74–75) hevder at det som fremkommer i intervjuer ikke nødvendigvis gjenspeiler den faktiske praksisen på arbeidsplassen, da intervju som metode kun åpner for inderlikte beskrivelser av et fenomen.

Hvilke spørsmål som stilles og hvordan de stilles, gjenspeiler forskerens forforståelse (Malterud, 2017, s. 41–46). Av den grunn ble det viktig å utarbeide en intervjuguide (vedlegg 1) i forkant av intervjuene. I forbindelse med dette ble det lagt vekt på å bearbeide egne erfaringer, for å unngå at spørsmålene ble påvirket av forskers bakgrunn. Etter inspirasjon fra Kvale & Brinkman (2015, s. 164), ble intervjuguiden delt inn i to deler med hovedspørsmål og intervju spørsmål, hvor hovedspørsmålene er plassert på den ene siden, med ulike intervju spørsmål som dekker de ulike hovedspørsmålene på den andre siden.

Hovedspørsmålene er utarbeidet som tematiske intervju spørsmål, da det kan bidra til produksjon av kunnskap, og dynamikk til å fremme en god intervjuinteraksjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 134–155). Intervjuguiden var ment som et verktøy for å sikre at alle de nødvendige temaene ble belyst under intervjuene. Intervju spørsmålene var konkret skrevet opp. Dette henger sammen med manglende intervjuerfaring hos forsker, og et behov for støtte underveis. Spørsmålene har likevel ikke blitt stilt i en bestemt rekkefølge, og heller ikke ordrett i alle intervjuene. Noen intervju spørsmål ble lagt til i intervjuguiden i etterkant av første intervju, på bakgrunn av hvor fokuset burde konsentreres. Det ble også forsøkt å stille åpne fremfor lukkede spørsmål.

Det ble gjennomført et prøveintervju på en kollega i forkant av datainnsamlingen, for å sikre at intervjuguiden ikke var preget av forskerens forforståelse og erfaringer. Det ble også lukket

ut formuleringer som ikke var gode nok til å fange opp den faktiske handlingen. Etter prøveintervjuet ble det gjort enkelte justeringer på rekkefølgen av spørsmål, i tillegg til at noen formuleringer i intervjuguiden ble endret. Da det kun var mindre endringer som ble gjort, ansees ikke dette å ha påvirket innholdet i intervjuguiden. Av den grunn ble det ikke ansett som nødvendig å varsle personvernombudet om endringene. Prøveintervjuet var også med på å teste ut intervjuferdigheter og bli tryggere i rollen som forsker.

Samtlige intervju ble gjennomført på informantenes arbeidsplasser i september og oktober 2019. På forhånd var det avklart med informantene at intervjuene burde foregå på egnede rom, hvor det ikke ville oppstå forstyrrelser underveis. Dette var mulig på alle arbeidsplassene. Intervjuene varte fra 35 minutter til en time og 35 minutter. Det ble benyttet lydopptaker, slik at samtalen kunne flyte godt, og oppmerksomheten var rettet mot informanten. Dette gjorde det også mulig å høre intervjuet om igjen flere ganger i etterkant.

I forkant av hvert intervju ble studiens hensikt og formål, samt prosedyre for lagring av datamateriale, gjennomgått. Informantenes frivillige deltakelse ble også understreket. Videre ble prosedyre for intervjuet også gått gjennom, og eventuelle spørsmål fra informant ble besvart. Som forsker ble det forsøkt å skape en god relasjon til informantene og være imøtekommende. Basert på erfaringer fra de første intervjuene, ble det også gjort noen justeringer på hvordan intervjuet ble lagt opp, samtidig som noen spørsmålsformuleringer ble justert. Mot slutten av hvert intervju ble det åpnet opp for at informanten kunne komme med innspill, som ikke allerede var blitt belyst.

I etterkant av det første intervjuet, ble transkripsjonen gjennomgått sammen med veileder. Hensikten var da å reflektere rundt intervjusituasjonen. Forskerens ferdigheter ble bedre for hvert intervju, noe som ga økt trygghet i de videre intervjusituasjonene. Intervjuene ble gjennomført med minimum to dagers mellomrom, slik at det ga muligheter til å lære av feil underveis, ved å transkribere intervjuene fortløpende. Spørsmålsformuleringen ble også mer nyansert for hvert intervju, da gjennomhøringen av intervjuene ga økt bevissthet rundt hvordan spørsmålene ble stilt.

4.7 Analyse av datamaterialet

I dette avsnittet skal analysemetoden av det empiriske datamaterialet beskrives. Nilssen (2012, s. 13–16) fremmer at alle kvalitative studier er unike, dette gjør også analyseprosessen

unik, og det finnes ingen fasit for hvordan en analyse skal gjøres. I lys av dette er det blitt hentet inspirasjon fra analysemetoden Malterud (2017, s. 97) kaller «systematisk tekstkondensering». Denne analysemetoden er inspirert av den fenomenologisk forankrede psykologen Amadeo Giorgi. Metoden er anvendelig for analyse av empiriske data av fenomener beskrevet av ulike informanter, og som danner nye beskrivelser (Malterud, 2017, s. 97).

Det første som ble gjort i analysearbeidet, var å transkribere alle intervjuene ord for ord, og deretter lese gjennom alt for å kunne danne et helhetsinntrykk av materialet. I den fasen av analyseprosessen ble det forsøkt å sette egne erfaringer og teoretiske referanserammer midlertidig i parentes, mens problemstillingen ikke skulle glemmes. Dette anses som en forutsetning for å kunne åpne for de inntrykkene som materialet kan ha formidlet. Det første transkriberte intervjuet ble gjennomgått sammen med veileder, der aktuelle temaer som på en eller annen måte representerte kunnskap eller erfaringer som kunne sin noe om hva målsetningsarbeid er for noe, og om virksomme elementer i dette arbeidet ble diskutert. Videre ble intervjuene lest gjennom flere ganger, før temaer og fokusområder ble notert i marginen på hvert enkelt intervju.

Det neste fasen av analyseprosessen innebar å gjøre en mer systematisk gjennomgang av materialet, for å identifisere meningsbærende enheter i hvert intervju, og systematisere disse etter fokusområder. Det ble valgt ut tekst som bar med seg kunnskap om ett eller flere av temaene og fokusområdene som sa noe om problemstillingen i oppgaven. Etter hvert som de meningsbærende enhetene i teksten ble identifisert, startet arbeidet med å systematisere disse. Dette kalles koding, og det ble forsøkt å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene som hadde sammenheng med temaene som ble markert i første analysetrinn. Meningsbærende enheter og koder ble deretter satt i en tabell. De opprinnelige temaene ble justert til mer presise koder, og det ble overveid hvorvidt kodene representerte fenomener i samme kategori. Kodene som ble analysert frem, ble skrevet ned på gule lapper, og hengt opp på veggen. De som representerte samme fenomen ble satt sammen.

I den tredje fasen av analysen ble kunnskapen som hver av kodegruppene representerte abstrahert, mens materialet der det ikke var blitt identifisert noen meningsbærende enheter ble lagt til side. Deretter ble de meningsbærende enhetene sortert og fortettet i grupper etter koder. Da dette var gjort, var materialet redusert til et dekontekstualisert utvalgt av sorterte og meningsbærende enheter fordelt på to hovedkategorier og 11 underkategorier. Etter

gjennomgang av analysearbeidet med veileder, ble fire av underkategoriene slått sammen, slik at disse ble redusert fra elleve til sju. Det neste som ble gjort var å gi hovedkategoriene titler. Innholdet i hoved- og underkategoriene blir introdusert nærmere i resultatkapittelet.

I det siste trinnet av analysearbeidet ble kunnskapen fra hver enkelt hoved- og underkategori sammenfattet ved å lage utdrag av informantenes fortellinger. Innholdsbeskrivelsene skulle fortelle hva materialet sa om en bestemt side ved studiens problemstilling. De utvalgte sitatene ble hentet ut fra de meningsbærende enhetene, for å bedre illustrere beskrivelsene.

Da de fire trinnene i analysearbeidet var gjennomgått, ble funnene validert. De nydannede beskrivelsenes gyldighet ble vurdert ved å systematisk lete etter selvmotsigelser og utsagn i teksten som kunne opponere mot egen konklusjon. Analyseprosessen har vært preget av en vekslning mellom fordypning i det empiriske materialet og gjennomgang av teori. De teoretiske perspektivene som ble valgt for studien inngår i et dynamisk forhold til datamaterialet.

4.8 Ethiske overveielser

Det ble sendt søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som godkjente studien, samtykkeerklæring og temaguide. Etter positiv tilbakemelding fra NSD (vedlegg 2), ble det sendt ut forespørsler til avdelingsledere på rehabiliteringsavdelinger og andre aktuelle informanter. E-post ble sendt ut til ledere både på rehabiliteringsavdelinger og korttidsavdelinger med rehabiliteringsplasser på Østlandet. Etter tilbakemelding fra ledere, ble det sendt informasjon til de informantene som ønsket å delta. De fikk et skriv med forespørsel om å delta i studien, hva målet med studien var, og hva det innebar å delta, samt signerte på informert samtykkeskjema i forkant av intervjuene (vedlegg 3). Dette skrevet forsikret at all informasjonen informantene ga ville bli behandlet konfidensielt, og de fikk opplyst at de kunne trekke seg fra studien på hvilket som helst tidspunkt.

Datamaterialet ble kun transkribert av forsker, for å sikre informantenes anonymitet. På lydfilene er det ikke oppgitt personopplysninger, og det er kun intervjuer som vet hvilken lydfile som er knyttet til hvilken informant. Både det transkriberte materialet og lydfilene er lagret på en minnebrikke, som er låst inn i et skap som kun intervjuer har tilgang til. Alt materialet som inneholder personopplysninger, er også oppbevart og innelåst på et sikkert

sted som kun intervjuer kjenner til. Lydfiler og transkribert materialet vil bli slettet når studien er ferdigstilt.

4.9 Refleksjon over resultatets reliabilitet og validitet

En kvalitativ studie har til hensikt å få en dypere forståelse av et fenomen i sine vante omgivelser. Dette gjør at en kvalitativ studie kan hjelpe oss å forstå en situasjon (Golafshani, 2003), som for eksempel de helseprofesjonelles opplevelse og erfaring av målsettingsarbeid. Det er rettet et kritisk blikk mot egen forskning, for å sikre at analysen fremstiller virkeligheten og undersøker det den er ment å undersøke.

Flere kritiske overveielser har blitt gjort i forkant, underveis og i etterkant av oppgavens metodiske arbeid. Refleksjoner som diskuteres i dette avsnittet er knyttet til hvordan det har vært å være uerfaren i forskerrollen, og samtidig rette et kritisk blikk på hvordan forskningsprosessen har blitt gjennomført. I forskning er det viktig å ha evne og vilje til å stille spørsmål ved fremgangsmåtene som er brukt, og konklusjonene det er kommet frem til i form av refleksjon og ettertanke (Malterud, 2011, s. 8). Tidligere i dette kapittelet er det grundig redegjort for fremgangsmåten i forskningsprosessen, slik at leseren skal kunne følge stegene i prosessen. I kvalitativ forskning kan det være nyttig å vurdere kvaliteten på studien etter reliabilitet og validitet. Disse to parameterne reflekterer forskerens evne til å holde seg objektiv både gjennom forskningsprosessen og i fremstillingen av resultatet.

4.9.1 Reliabilitet

Forskningens reliabilitet (pålitelighet) knyttes til vurderingen av datamaterialets kvalitet og til fremgangsmåten bak datainnsamlingen. I kvalitativ forskning kan man ikke gjenta en studie med identiske resultater, nettopp fordi forskningsprosessen er koblet til hvordan forskeren påvirker prosessen (Leseth & Tellmann, 2018, s. 16–17). Det skal derfor forsøkes å diskutere fremgangsmåte og fortolkninger som er gjort i studien, og se hvilken betydning det kan ha hatt for det empiriske datamaterialet.

Nærhet til feltet kan ha sikret at forsker hadde forståelse for hva informantene snakket om, noe som ga muligheter for å kunne stille de riktige oppfølgingsspørsmålene i intervjusituasjonen. Imidlertid viser Paulgaard (1997, s. 70–93) at nærhet til feltet kan gi utfordringer med å se det underforståtte og selvsagte, og det kan derfor tenkes at bakgrunn og erfaring har gjort at forsker kan ha tatt utsagn for gitt og unnlatt å få informantene til å utdype

eventuelle uklarheter i intervjuer, slik at utsagnene kan ha blitt tillagt en fortolket mening underveis. Det er imidlertid forsøkt å redusere påvirkningen i tilvirkningen av datamaterialet, ved å stille åpne fremfor ledende spørsmål. Sett i ettertid kan de åpne spørsmålene enkelte ganger ha ført til at noen av spørsmålene som ble stilt var for diffuse for informantene, slik at det ble nødvendig med mer lukkede oppfølgingsspørsmål etterhvert. Ved noen anledninger ble det også stilt ledende spørsmål, som sannsynlig kan ha påvirket informantens svar. Det kan derfor ikke utelukkes at egen erfaring har påvirket oppfølgingsspørsmålene som ble stilt og dermed også kan påvirke studiens funn og fortolkninger. Etterhvert som forsker ble tryggere i intervjurollen, ble det forsøkt å validere svarene fra informantene ved å oppsummere det som ble sagt. Malterud (2017, s. 193) kaller dette dialogisk validering, noe som innebærer at man underveis i intervjuene sjekker at man har oppfattet informantens utsagn riktig. Hensikten er å unngå misforståelser og at man snakker forbi hverandre.

Datamaterialet er samlet inn på en samvittighetsfull måte, for å øke undersøkelsenes pålitelighet. Lydopptakeren ga god kvalitet på lydfilene, og sikret en fullstendig og nøyaktig transkribering.

4.9.2 Validitet

Validitet (gyldighet) handler om hvorvidt metoden er egnet til å undersøke det man skal undersøke (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 276). I studien har temaet som skulle undersøkes vært helseprofesjonelles erfaring med målsettingsarbeid på rehabiliteringsavdeling med eldre pasienter, og metoden som er brukt er semistrukturert intervju. Studiens validitet styrkes da det er etterstrebet at det er dette intervjuene handler om, og det ikke bare skulle få bekreftet det forsker trodde om tematikken rundt målsetting. Oppfølgingsspørsmålene var åpne og generiske for å ikke styre informantens uttalelser (Golafshani, 2003). Studiens gyldighet kunne imidlertid blitt ytterligere styrket med å gjøre observasjoner, for å komme nærmere inn på hva informantene gjør i praksis når de arbeider med målsetting. For å styrke validiteten ble det lagt vekt på å få frem eksempler og refleksjonene som ble gjort.

Intern validitet handler om hvorvidt funnene er gyldige for det utvalget, og det fenomenet som er undersøkt i studien (Leseth & Tellmann, 2018, s. 17). Funnene samsvarer med hverandre, og informantene seg imellom, og de er direkte knyttet til fenomenet som ble undersøkt. Ekstern validitet handler om hvorvidt undersøkelsen kan overføres til andre utvalg og situasjoner (Leseth & Tellmann, 2018, s. 18). Temaet som er undersøkt i denne studien er

nokså generelt, og målsettingsarbeid er et fenomen som brukes i flere sammenhenger. Det kan derfor anses som sannsynlig å kunne overføre resultatet til andre praksisarenaer og pasientgrupper.

En faktor som kan ha påvirket studiens gyldighet, er at forsker har yrkespraksis innen det feltet som er undersøkt. Det kan føre til blindhet, der man har lett etter funn som har bekreftet de antagelser en hadde i forkant. Det er lagt vekt på at dette er et forskningsarbeid, som skal undersøke målsettingsarbeidet i lys av teoretiske perspektiver som rehabilitering, målsetting, brukermedvirkning, relasjon og kommunikasjon. Det er en tilnærming som ikke er særlig fremtredende i hverdagens praktiske arbeid, og på den måten ble det søkt å etablere et analytisk blikk for å unngå å bli blind for viktig tematikk.

4.10 Oppsummering metodekapittel

I metodekapittelet er det forsøkt å gi et bilde av forskningsprosessene i sin helhet. Det er gjennomført en intervjustudie med sju helseprofesjonelle som arbeider og har erfaring med målsettingsarbeid med eldre pasienter. Studien har hatt rehabiliteringsavdelinger i kommunen som forskningsarena. I analysearbeidet er det hentet inspirasjon fra Malterud (2017, s. 97) sin «systematiske tekstkondensering».

5.0 RESULTAT

I dette kapittelet vil informantenes erfaring og opplevelser med målsettingsarbeid presenteres. Innledningsvis blir det presentert en tabell, der hovedkategorier og underkategorier presenteres. I de påfølgende kapitlene vil hovedkategorier og underkategorier bli presentert med utdrag fra intervjuene i form av sitater. Disse er satt i anførselstegn. Innskutte setninger uten betydning for sammenhengen er tatt bort og markert med (...) for å gjøre teksten mer leservennlig.

5.1 Oversikt over hovedkategorier og underkategorier

Datamaterialet er fremstilt i form av kategorier. Disse kategoriene er arbeidet frem gjennom analyseprosessen, som er beskrevet tidligere. Resultatene er fordelt på hovedkategori A «Målsettingsarbeid sammen med pasienten» og hovedkategori B «Målsetting i tverrprofesjonelt samarbeid og samarbeid med pårørende». Som fremstilt i tabellen under, har hver av de to hovedkategoriene ulike underkategorier.

Tabell 2: Hovedkategorier og underkategorier

MÅLSETTINGSARBEID SAMMEN MED PASIENTEN	MÅLSETTING I TVERRPROFESJONELT SAMARBEID OG SAMARBEID MED PÅRØRENDE
<ul style="list-style-type: none">- <i>Den første fasen</i>- <i>Målsetting som en dynamisk prosess</i>- <i>Å skape en relasjon</i>- <i>Medvirkning og motivasjon</i>	<ul style="list-style-type: none">- <i>Ansattes kunnskap om rehabilitering og målsetting</i>- <i>Pårørende</i>- <i>Informasjonsbehov</i>

5.2 Hovedkategori A – Målsettingsarbeid sammen med pasienten

5.2.1 Den første fasen

Det er spesielt to dimensjoner som blir løftet frem i den første fasen av et opphold som kan ha betydning for målsettingsarbeidet. Det første er at helseprofesjonelle spør om hva som er viktig for pasienten, og hva som skal være fokuset fremover, mens det andre er avklaring av forventninger mellom pasient og helseprofesjonelle. Hva som er viktig for pasienten, og hva som skal være fokuset fremover blir spurt om, fordi det er en rutine, enten i innkomstsamtale eller i målsettingsmøte som er en del av den første fasen. Å begynne å snakke om målsetting med pasienten de første dagene kom frem som en utfordring, da pasienter ofte ikke har

forutsetninger for å kunne svare på dette i den første fasen. Spesielt en informant beskriver det som at pasientene er blitt dratt inn i en helt annen verden, noe som gjør det vanskelig å begynne å snakke om hva som skal til for at de skal komme hjem igjen. På bakgrunn av at det ofte er vanskelig å begynne å snakke om mål, blir mobilisering av pasienten sett på som viktig i den første fasen, der pasientene kommer seg opp av sengen, informantene gjør observasjoner og kartlegger. Informantene har imidlertid erfaring med at det er forskjell på de dårligste pasientene, som ikke er i stand til beslutninger i eget liv, og de pasientene som har innsikt i egen situasjon når de kommer til avdelingen.

Pasientene klarer som oftest ikke å se hele bildet i starten av et rehabiliteringsopphold. En av grunnen til dette kan være at de akkurat har vært gjennom et brudd i livet, og nettopp er kommet fra sykehuset. Det kan være utfordrende for pasienten å se grad av funksjonsfall den første tiden, og hvordan dette kan komme til å påvirke hverdagen videre. Dette kan være med på å gjøre målsettingsarbeidet vanskelig. I starten vil ikke nødvendigvis mål være fokus, og informantene erfarer at pasientene har utfordringer med å sette mål de første dagene på avdelingen. Det er flere informanter som erfarer at det er de helt basale og grunnleggende behovene som er viktig i starten av et rehabiliteringsopphold, både for pasienten, men også for de ansatte. Bakgrunnen for denne erfaringen er at mange av pasientene ikke har vært oppe av sengen, de kommer fra en seng på sykehuset, og da opplever flere av informantene at det er vanskelig å begynne å snakke om mål og hva de ønsker med oppholdet. En av informantene beskriver det slik:

«Så vi spør jo om det første dag de er her, «Hva er ditt mål for oppholdet?», og det er jo litt dårlig gjort. For det er et veldig vanskelig spørsmål, de har jo så vidt skjønt at nå er de ikke på sykehus lenger, de vet knapt hvor de er». (6)

Dette viser at informanten har erfaring og opplever at det kan være for tidlig å begynne å snakke om mål i den første fasen. De erfarer at målsettingsprosessen ikke får en god start, når pasienten blir spurt om mål før de er mottakelig for å diskutere veien videre. I starten av et rehabiliteringsopphold styres målsettingsarbeidet etter pasientens forutsetninger for deltakelse i prosessen.

Den andre dimensjonen som ble løftet frem, var avklaring omkring forventninger mellom pasienten og helseprofesjonelle. I de første dagene på et rehabiliteringsopphold erfarer

spesielt to av informantene viktigheten av å avklare forventninger mellom pasienten og avdelingen, og at pasienten får en forståelse av hva det innebærer å være i en rehabiliteringsprosess. De har erfaring med at når noen pasienter kommer til avdelingen, så forventer de å få hjelp og pleie, fremfor å bruke sine egne ressurser, og den ene informanten beskriver det slik:

«Ja, vi har jo hatt tilfeller hvor pasienten har hatt ressursene, men velger å ikke bruke dem, og det er mer behagelig å få all hjelp. Og da må vi jo forklare dem at de må gjøre det de kan selv, for å klare seg videre, og for ikke å bli dårligere, for å holde seg i gang. Og da er det ikke alle som blir så glad for å få den beskjeden, de kan bli litt fornærmet». (7)

Avklaring omkring forventninger kan bidra til i hvor stor grad pasienten deltar i egen rehabiliteringsprosess, og at det ikke oppstår en konflikt mellom helseprofesjonelle og pasient på bakgrunn av dette. Dersom forventninger ikke avklares, kan det være utfordrende for videre samarbeid. En av informantene illustrerer hvordan enkelte av pasientene forventer rehabiliteringen:

«Nesten, hvis det hadde vært mulig, hadde jeg inntrykk av at noen ville bare komme kjørenes med armen i en sånn taxi-veske, sånn du får pizza i, levert den, «Kan du fikse den armen for meg, så kommer jeg og henter den i kveld», for de var så, ja dette med egeninnsats i forhold til å trene opp armfunksjon var totalt fraværende hos enkelte(...)». (4)

Dette eksempelet tydeliggjør viktigheten av at avklaringer rundt pasientens egeninnsats på en rehabiliteringsavdeling blir kartlagt. Dersom pasientene har en formening om at de skal få hjelp til alt når de kommer på en slik avdeling, så blir informasjonen fra helseprofesjonelle viktig for hvordan det videre arbeidet forløper. Flere av informantene er tydelig på at dersom pasientene har ressurser, skal pasienten etterstrebe og bruke disse gjennom hele oppholdet. For å unngå konflikt opplever informantene at forventningene til pasienter som er på rehabiliteringsopphold bør snakkes om tidlig i oppholdet.

5.2.2 Målsetting som en dynamisk prosess

Informantene erfarer at målsetting foregår i en prosess, og at denne prosessen skal være sammen med pasienten. Det varierer hvordan dette gjøres, men flere av informantene forteller at målsettingsarbeidet starter allerede i inntakssamtalen, som ofte finner sted de første par dagene pasienten er på avdelingen. Enkelte informanter forteller at inntakssamtalen er tverrfaglig, mens en forteller at det kun er sykepleier som har inntakssamtale, og er den profesjonen som begynner å snakke om mål med pasienten først. En informant forteller også om et eget målmøte. Det varierer mellom de ulike avdelingene om målsettingen skjer før eller etter at individuelle kartlegginger er gjennomført av de ulike faggruppene. En av informantene erfarer at dersom det er foretatt en kartlegging eller samtale før man begynner å snakke om mål, er pasientens forutsetninger bedre for å komme frem til målene. En annen informant viser med et eksempel, hvordan målsetting er en prosess, og ikke noe som kan komme frem bare i en samtale:

«Ja, så det er ikke sånn at man kan sjekke av når man har hatt første målsamtale, og si ferdig hos alle. Det går ikke. Hos noen må du kanskje bygge deg inn og finner kanskje et mål «Okei, det var vanskelig å få på den skjorta nå», og da vil de gjerne trene på det. Da var det dette målet vi klarte å få frem nå, gjennom en morgenstellobservasjon». (3)

En informant beskriver målsettingsprosessen som en dynamisk prosess, der man hele tiden ser på de kortsiktige målene som dynamiske, mens de langsiktige målene kan være mer statiske. Dette beskrives med et eksempel der målet er å gå med prekestol fra pasientrom og ut til spisesalen i løpet av to uker. Dersom pasienten når dette målet i løpet av første uken, må man endre på målene og kanskje sette opp nye mål i prosessen. Det er flere informanter som erfarer viktigheten av å hele tiden være villig til å endre og justere på målene, ettersom hvordan det går med pasientens fremgang. En av informantene erfarer det slik:

«Hovedmålet det endrer seg nødvendigvis ikke så mye, men de delmålene på veien, de endrer seg alt ettersom hvordan fremganger er, så jeg tror det er veldig viktig å evaluere og justere kontinuerlig underveis. Sånn at man ikke jobber ut ifra mål som man satte for fire uker siden også er man langt forbi det. Man må hele tiden gjøre de justeringene sånn at de får nok trening eller nok stimuli eller hva jeg skal kalle det». (2)

Det er ulike aspekter som påvirker målsetting som en prosess. En av informantene legger vekt på at mål gjør at rehabiliteringen har en plan. Dersom en ikke har mål for rehabiliteringen kan det være fort gjort å «gå i samme sporet». Informantene legger vekt på å oppdage nye aktiviteter på veien, som kan være med på å sette nye mål i prosessen, og en av de gir uttrykk for at målene ikke alltid må være «*hugd inn i stein*».

Alle informantene gir uttrykk for erfaringer med pasientenes vansker med å sette ord på det de ønsker, men som gjerne omhandler «å bli som før», «komme hjem» og «å gå bedre». Dette kan sees i sammenheng med at informantene erfarer at pasientene ofte trenger hjelp til å konkretisere målene sine. En av informantene erfarer det slik:

«Veldig ofte syntes jeg vi får udefinerte mål, og «nei jeg vet ikke» «Nei, jeg har nå nettopp kommet hit», «jeg vil nå bli bra igjen», ikke sant, det er sånne mål vi får. Så vi må ofte hjelpe de å definere litt». (1)

Pasientene trenger ofte hjelp til å konkretisere målene sine, der det jobbes med å bryte ned hovedmål til mindre delmål på veien. En av informantene beskriver delmål som viktig, og har erfaring med at dersom delmålene nås ganske raskt, skjer det noe med pasienten, fra å være tungsindig og motløs, til å få litt «*guts*». En annen strategi som trekkes fram for å få målene mer konkrete enn bare «å bli som før», er å relatere målene opp mot aktiviteter i dagliglivet. En av informantene beskriver morgenstell som en observasjonssituasjon der det kan være fornuftig å snakke om mål, da det kan oppstå deler av en aktivitet som pasienten ikke er i stand til å gjennomføre på nåværende tidspunkt. Det kan oppstå situasjoner der pasienten ser at han for eksempel ikke mestrer å dra opp buksa selv mens han står, og at man kan snakke rundt om det er et mål vedkommende ønsker å jobbe mot for å kunne komme hjem.

Informantene uttrykker at det også kan være utfordrende når pasientene har store og urealistiske mål. De beskriver at målene ikke bør være for urealistiske, men at det skal være mål som kan oppnås om noen dager, eller om en uke, at de faktisk skal være realistiske. Imidlertid beskriver to av informantene at det er viktig å ikke ta fra pasientene håpet på veien:

«Også er det også hvis du ser at de setter seg mål, hvor du tenker «vi kommer aldri dit». Det er ikke sikkert du overlever engang. Noen er jo faktisk såpass dårlig. Men så

skal du heller ikke ta fra noen håpet, de må jo ha et mål, det er jo kjempebra. Men skal du fyre opp under, og legge en plan på dette, når du ser at det ikke er realistisk? Det er dilemmaer en kan stå i». (1)

Den andre informant sier det slik:

«Ja du skal være realistisk, men du skal heller ikke ta fra de livsgnisten, nei. Det er viktig, at de faktisk har noe å strekke seg etter». (3)

En av informantene beskriver «for snille» mål, der hun peker på erfaringer med at flere pasienter setter mål som de når veldig raskt, der de ikke beveger seg ut av komfortsonen. Det uttrykkes usikkerhet rundt om det er fordi de er redd for å skuffe seg selv, eller om de faktisk tror at de ikke klarer bedre. Noen av utsagnene går også i retning av at informanter erfarer at noen pasienter ikke klarer å sette mål, og at det er helseprofesjonelle som må sette mål for dem. En av informantene beskriver en balansegang mellom pasienten som skal sette mål, og helseprofesjonelles føringer inn i målsettingsarbeidet:

«Det hender jo også for dem at det er vanskelig å definere, og at du nesten blir litt sånn «er dette noe du vil trene på?» og da legger man jo veldig målet i henda på dem. Og det er vanskelig å si om det er det som motiverer de da, men det er helt ned på basisnivå å tenke at det.. De må jo nesten dit også da. Men i forhold til det ideelle vi lærer på skolen, at bruker skal komme med masse selv, og de skal dele det opp i delmål, og ofte med kognitiv svikt syntes jeg det er vanskelig å få til, og da er det liksom å lirke og lure litt da». (2)

Her har man med et eksempel å gjøre der informanten har en klar forståelse av hvilke krav som stilles til henne som helsefaglig profesjonell og at det har vært tydelig tematisert i utdanningen, men det oppleves som utfordrende å gjennomføre i praksis.

Noen av informantene peker på at de små stegene i målsettingsprosessen også må belyses, fordi de gir pasientene motivasjon i rehabiliteringen. Det er viktig å følge opp de små stegene, for de kan være avgjørende. Det kan beskrives slik:

«Det er egentlig bare det å få gjort de småtingene i hverdagen, som jeg tenker er viktig at de ser at de klarer å mestre, og da er det viktig å ikke gape over for store ting, sånn at man kanskje mislykkes, for da blir man mer lei seg, og man tenker at det ikke går. Men hvis man kan glede seg over de små stegene, så ser man jo etter hvert at de små stegene blir store steg. For noen er det å begynne å vri opp vaskekluten selv, og vaske seg i ansiktet en start, mens andre er på helt andre steder». (7)

Målsettingsarbeid foregår i en prosess, og det kan ta tid før man får til å utarbeide mål sammen med pasienten. Plassene på en rehabiliteringsavdelinger er et midlertidig opphold, og noen må reise hjem for at andre skal få en plass. Det er derfor viktig å holde kontinuiteten i målsettingsarbeidet, og ha en tydelig plan for oppholdet. Det blir avgjørende å finne balansen mellom å gi pasientene nok tid til å eie målsettingsprosessen, samtidig som kommunen vil ha de raskt gjennom forløpet og hjem.

5.2.3 Å skape en relasjon

Å skape en god relasjon, anses som betydningsfullt for å få til et godt målsettingsarbeid sammen med de eldre pasientene. Noen av informantene la vekt på at det først og fremst handler om pasientene, og at det å få en relasjon til den de skal hjelpe på veien blir ansett som viktig. En har erfaring med at dersom man ikke har investert tid til å bli kjent med pasienten i forkant, kan det være vanskeligere for pasientene å fortelle hva det egentlig er de ønsker å jobbe mot, og hva som er viktig for dem. Det blir sett på som elementært i arbeid med målsetting, at helseprofesjonelle får til en god kommunikasjon med pasienten og at pasienten opplever å bli tatt på alvor.

Det er viktig å trygge pasienten i den situasjonen de har kommet i, og at målsettingsarbeidet begynner der pasienten er. En av strategiene som blir nevnt er å snakke med dem, for å skape en relasjon. Dette er med på å danne et bilde av pasienten, og hva vedkommende tenker og ønsker for oppholdet er. Det å snakke med pasientene om deres ønsker for oppholdet, kan også si noe om innsikten pasienten har i egen situasjon. En av informantene beskriver det slik:

«For min del snakker jeg mye med dem. Altså vi får en slags relasjon, eller en connection til å begynne med. Jeg må finne ut hvor bruker er, hvordan vil denne brukeren at jeg skal være? hva er det som.. altså hvilke knapper kan jeg trykke på for å

få med meg bruker på noe av det jeg tenker kanskje kan være veien å gå, sammen med brukerens mål». (2)

Det at pasientene har innsikt i egen situasjon, gjør at en får bedre dialog rundt hva som kan bli veien videre i rehabiliteringsprosessen. Flere informanter opplever utfordringer med å definere mål sammen med de pasientene som er kognitivt reduserte. En informant legger i midlertidig vekt på at selv om en pasient har kognitiv svikt, begynner man med å trygge pasienten og skape en relasjon. Selv om pasienten ikke kan sette sine egne mål, så snakker de og samarbeider rundt hva som skal være fokus. Å kunne kommunisere med pasientene på en god måte, er med på å skape en god relasjon. En av informantene belyser viktigheten av å bli kjent med pasientene, snakke med dem og være et medmenneske som tydeliggjør for dem hva de mestrer. En annen informant opplever at det er viktig at man som helseprofesjonell snakker pasientene gjennom rehabiliteringsforløpet og kommuniserer hvilke ressurser hver enkelt pasient sitter på. Informanten erfarer at pasienten fort kan se sine begrensninger:

«(...)det å vise fremgangen, det å snakke seg gjennom fremgangen «når jeg møtte deg første gangen, så lå du her i sengen, og vi måtte være tre for å få deg ut av sengen». «åå, var det sånn.» Å prøve og være med dem og gi de den boosten for den fremgangen de oppnår, og det er jo ikke alltid den er så stor her på korttid, men se de små tingene». (2)

Dette eksempelet er med på å vise hvordan pasientene kan la seg motivere gjennom hvordan helseprofesjonelle snakker til de, og motivasjon trådte frem som en bevisst strategi for å skape en god relasjon.

5.2.4 Medvirkning og motivasjon

Brukermedvirkning ser ut til å være fundamentalt i målsettingsarbeidet på rehabiliteringsavdelingene. Alle informantene viser at målsetting handler om å være lydhør ovenfor pasienten. Det trekkes frem ulike aspekter ved brukermedvirkning som sentralt for rehabiliteringsprosessen, men også for målsettingsarbeidet. Elementer som medvirkning, eierskap, sette ord på hva en selv ønsker, pasient i fokus, møte pasientene der de er. Informantene forsøker å fremme brukers fokus, og at det alltid er viktig. De erfarer at medvirkning er vesentlig, for da får pasientene selv satt ord på målene, og eier prosessen i større grad. En av informantene uttrykker det slik:

«Det er vel når de finner det eierskapet selv, at de også blir motivert». (5)

En annen informant erfarer det slik:

«Men jeg pleier å høre hva brukerens mål er først, både kortsiktig og langsiktig mål, også prøver jeg å supplere og tenke kanskje hva som er realistisk. Også kommer vi kanskje frem til en felles konklusjon, da ut ifra litt fra mine synspunkter, men mest fra brukers synspunkt». (2)

Brukermedvirkning i målsettingsarbeid problematiseres imidlertid av flere av informantene, både når det gjelder kognitiv svikt, demenssykdom, psykiatri og rus. Dette er forutsetninger som kan gjøre medvirkningen utfordrende. Det fortelles om at i de tilfellene hvor pasienten ikke klarer å sette seg egne mål, kan målene av og til bli styrt av helseprofesjonelle. Dette synliggjøres i sitatet under:

«Men det er ikke alltid at de husker eller forstår, så da blir det mindre involvering av bruker, og da blir det naturlig at vi helsepersonell gjør, hva skal jeg si, tar avgjørelser på vegne av bruker». (3)

Medvirkning og eierskap i målsettingsarbeidet blir knyttet opp mot begrepet motivasjon. Motivasjon anses av flere av informantene å være et viktig element for å kunne oppnå gode resultater i rehabiliteringsprosessen. Noen av informantene opplever at dersom pasientene driver rehabiliteringsprosessen selv og setter egne mål, så kommer motivasjonen av seg selv. Motivasjon kan derimot være vanskeligere å finne dersom pasientene ikke eier sin egen prosess. En av informantene erfarer det slik:

«Det er mye lettere å være i medvind enn i motvind. Sånn at hvis man har en enighet og samme forståelse av, sammen med pasienten, om at målet ditt her nå, er at du skal komme deg på beina og du skal reise hjem. Så går den jobben enklere enn hvis en pasient ikke vil hjem, for da vil man stikke kjepper i hjulene, og det blir vanskeligere. Men har man enighet rundt målene vil prosessen ha en bedre flyt. Så det er jo faktorer som spiller inn, nettopp dette med motivasjon». (7)

En av informantene har inntrykk av at pasientene ofte har liten tro på at de klarer å mestre sin nye livssituasjon. Strategien som en av informantene forteller om er at dersom pasientene prøver på aktiviteter de ikke trodde de var i stand til å klare, kan dette motbevise ved å gjennomføre aktuell aktivitet. Dette anses som en måte å finne motivasjon på. En annen strategi som særlig to av informantene erfarer, er at målene som blir satt nås relativt raskt. I denne prosessen har de erfaring med at positiv tilbakemelding er virksomt, og kan gi motivasjon til å jobbe mot neste mål. En av dem beskriver det slik:

«Sånn at man har noen sånne gulrøtter på veien til hovedmålet. Fordi jeg ser det å mestre ting, det gjør noe med pasientene, hvert fall de som føler seg litt sånn hjelpeløse». (2)

Imidlertid viser en annen av informantene at man kan undervurdere pasientens funksjon og mulighet for aktivitet, i frykt for at pasienten ikke skal oppleve mestring. Det er da bedre å velge en strategi der man setter et mål som er mer overkommelig for pasientene, slik at de heller overrasker seg selv og de rundt dersom de når målet innen kort tid

Å jobbe med pasienter som ikke er motivert, kan redusere fremgangen i rehabiliteringsforløpet. Dette synliggjøres i utsagnet som følger:

«For er de ikke motivert, så er det ikke så lett å komme noen vei. «For dette er det du selv som må gjøre» Det er jo de som må dra det lasset, sammen med oss, men det er veldig vanskelig dersom de ikke er interessert. Det er noe med å servere den ærlige verden, at det er de som må gjøre jobben, mens vi skal heie på siden. Det er sånn at vi kan trene med dem, vi skal ikke trene for dem». (7)

Imidlertid er det en av informantene som påpeker at dersom motivasjonen er lav er det viktig å snakke mer rundt målene. Er derimot motivasjonen god, handler det mer om å kanalisere motivasjon mot det den enkelte pasient ønsker å jobbe med. En annen informant illustrer to ytterpunkter av motivasjon:

«Jeg pleier å si det litt spøkefullt, at det er to pasientgrupper, det er de treningsmotiverte, så er det de med treningsmotiverte pårørende, hvor pasienten selv

har veldig lav motivasjon og overskudd, men at pårørende etterspør stadig mer trening». (6)

Motivasjon blir beskrevet som nøkkelen til en vellykket rehabilitering. Det å kunne mestre og ha en indre driv er med på å hjelpe pasientene fremover i rehabiliteringsprosessen. Som nevnt over, velger helseprofesjonelle ulike strategier for å fremme motivasjon hos pasienten.

En informant beskriver seg selv som fagekspert, en som vet hva som skal til, men er klar over at det kan være avgjørende å inkludere pasienten.

«Jeg er liksom fageksperten, og jeg vet hva som skal til, men ofte, burde jeg spurt brukeren «hva tenker du skal til for at du skal klare å hente posten i postkassa». For jeg vet jo det at hvis ordene blir lagt i munnen på dem, så eier de det ikke like mye, og da eier man ikke det man skal gjøre heller, så det handler nok mye om å involvere bruker i det meste som skjer, så lenge bruker er kognitivt i stand til å liksom gjøre de vurderingene». (2)

En av informantene uttrykker sin erfaring angående hvordan pasientens stemme kommer til uttrykk i de ukentlige møtene som avdelingen har. Det erfares at pasientens stemme ikke kommer tydelig frem i disse møtene, men at det er helseprofesjonelles synspunkter som blir løftet frem og diskutert. En annen informant beskriver imidlertid en strategi for å kunne ha med pasientens stemme inn i ukentlige møter:

«Det fremmer jo medvirkning at vi underveis, i individuelle behandlinger, tar opp hva det var vi snakket om av mål på inkomstsamtale, også ta dette med på teammøte, og koordinere oss litt, i forhold til hva er det vi har fått høre fra pasienten, og hvordan opplever de situasjonen, også setter vi da et fokusområde». (5)

Andre faktorer som kan påvirke pasientens medvirkning i målsettingsprosessen er på organisatorisk nivå. Det blir nevnt av flere av informantene at både kommunen og spesialisthelsetjenesten kan påvirke rehabiliteringsprosessen, som igjen kan påvirke målene som blir satt med pasienten. Spesialisthelsetjenesten tar blant annet ikke imot de dårligste pasientene, og de blir derfor sendt til rehabiliteringsavdelinger i kommunen. To av informantene nevner at pasienter som er for dårlig til spesialisthelsetjenesten ofte må trenes

opp til å kunne klare de aktivitetene som spesialisthelsetjenesten krever, før de kan få innvilget et opphold der, og da er det spesialisthelsetjenesten som styrer i hvilken retning målene til pasienten skal gå. Kommunen påvirker også målsettingsprosessen fordi pasienten skal hjem så fort som mulig. Dette er to aspekter som må tas hensyn til når pasienten skal medvirke i sin målsettingsprosess.

Denne hovedkategorien har vist hvordan helseprofesjonelle i studien arbeider med pasienten om mål fra første dag, hvordan det arbeides med målsetting i en prosess og forstår innvirkningen på samarbeidet mellom pasienten og helseprofesjonelle i målsettingsarbeidet. I den neste kategorien går funnene i retning av hvordan samarbeidet mellom helseprofesjonelle på avdelingen, samt samarbeidet med pasientens pårørende påvirker målsettingsarbeidet.

5.3 Hovedkategori B – Målsetting i tverrprofesjonelt samarbeid, og samarbeid med pårørende

5.3.1 Ansattes kunnskap om rehabilitering og målsetting

I intervjuet ble alle informantene spurt om sin forståelse av en målsamtale med pasienten. Samtlige svarte at det handler om å finne pasientenes ressurser, og hva som blir viktig for dem fremover. Det handler om hva pasientene ønsker, hva som blir deres mål for oppholdet, og hvordan en skal jobbe mot disse målene. Man bør forsøke å finne en felles plattform, og at det skal være pasienten som er i førersetet i målsettingsarbeidet, men at flere av informantene legger vekt på å være der som en støttespiller. Imidlertid er det en av informantene som har erfaring med at ikke alle jobber etter målene, og beskriver det slik:

«Men det er ikke alltid jeg tror at alle jobber etter de målene i hodet sitt, altså når de går inn til brukeren, så har jeg en følelse av at ikke alle tenker på de målene som en overordnet, som skal på en måte styre det vi gjør inne hos bruker da». (2)

Kunnskap om mål og rehabilitering blant de som arbeider på rehabiliteringsavdeling blir trukket frem som sentralt i målsettingsarbeidet. Rehabiliteringsprosessen kan bli påvirket av de ansattes kunnskap og forståelse. En av informantene forteller at det er utfordrende å arbeide med mål, når det er mange ufaglærte på jobb, som ikke har like stor kunnskap til å drive rehabiliteringen. Det anses derfor som sårbart, da rehabilitering er en prosess der ansatte hele tiden må fange opp og justere målene. En annen informant beskriver hvordan de faglærte

har for liten tid til å følge opp grunnleggende aktiviteter med pasientene. De ufaglærte deltar blant annet ikke på grupperapport, ukentlige møter eller innkomstsamtale, så de har heller ikke forutsetningene for å vite hva som er planen videre med pasienten. Informanten har erfaring med at det er de ufaglærte som hjelper pasienten mest i det daglige, mens de faglærte må ordne med medisiner, ta telefoner, og gå på møter. Av den grunn har de faglærte for lite kapasitet til å være nær pasientene. Et utsagn som synliggjør dette er:

«Så de som har ansvar og er faglært har alt for lite kapasitet til å være nær brukerne mye da, også skal de være fleksible, der de har ansvar for en gruppe en dag, men neste dag så er de på en helt annen gruppe. Så den akkumulerte kunnskapen og detaljinfoen, da er det ingen som spør om målsetting da, da handler det om hvilke medisiner, hvem bestiller transport, det er bare det mest nødvendige i dag. Dessverre». (6)

Informantene erfarer hvordan rehabiliteringstankegangen på en avdeling er med på å påvirke målsettingsarbeidet. De opplever det som positivt, når ansatte er rehabiliteringsorienterte, da blir målene mer ivaretatt:

«De som får rehabiliteringsopphold har ofte opphold på den ene gruppen. Så de som jobber der er veldig sann innarbeidet i det å jobbe i forhold til rehabilitering. Også har vi en gruppe med mange med demens og avlastning og det er sjelden de har rehabiliteringspasienter, da så opplever vi gjerne at de ansatte ikke er like fokusert på dette med målsetting, så det er litt forskjell, for de jobber jo litt ulikt på de forskjellige gruppene. Så det er veldig bra, når ansatt er rehabiliteringsorientert, da blir målene mer ivaretatt». (3)

De tverrfaglige diskusjonene omkring pasienten foregår som oftest i ukentlige tverrfaglige møter på avdelingene, eller tilfeldige møter på gangen eller på vaktrommet. En av informantene opplever at mye av ansvaret i målsettings- og oppfølgingsarbeidet ligger hos ergo- og fysioterapeutene. At det er de som sitter på kontinuiteten, både når det gjelder målsetting og kontakt med pårørende. Det oppleves slik:

«Vi har jo ukentlige teammøter, og jeg syntes at det er de stedene der vi trekker frem målsettingen og at de diskuteres «Han har et mål om å kunne gå på do? Ja, hva skjer på natten? Hva sier nattevaktene». Så jeg føler at terapigruppen drar og holder i

målsettingsfokuset, det gjør jeg. Veldig sjelden jeg får spørsmål fra pleierne tilbake om «Du, han skal vel ikke, han kan vel ha noe annet enn en prekestol nå», det er unntaksvis dessverre. Men de er veldig med på det når vi tar det opp, men vi haler i den mye syntes jeg». (6)

Informanten fortsetter videre, i lys av hvordan vedkommende opplever fokuset på målsettingsarbeidet på tvers av faggrupper fungerer:

«(..)jeg oppfatter at de har fokus på hva de må gjøre med den pasienten i dag, «han er min, jeg har 116, og det skal skje og det skal skje», men hva som er målet om fire uker, er mindre fokus på det, det er liksom min vakt veldig mye». (6)

Dette viser at målsettingsarbeid er noe fragmentert mellom de som arbeider på rehabiliteringsavdelingene, noe som igjen kan føre til at det kan være utfordrende å jobbe systematisk med målsettingsarbeid. De to overnevnte utsagnene går i retning av at ergo- og fysioterapeutene føler de tar en større del av ansvaret i målsettingsarbeidet, mens de opplever at sykepleiere og helsefagarbeidere har mer fokus på de pasientene de har ansvar for den vakten de er på, og ikke nødvendigvis tenker langsiktig.

5.3.3 Informasjonsbehov

Samtlige informanter er opptatt av plattformer for å få til det tverrprofesjonelle samarbeidet omkring målsettingsarbeid. Flere etterspør en pasienttavle på vaktrommet, der målene den enkelte pasient har satt kommer tydelig frem. En av informantene forteller om en slik tavle på vaktrommet, men den har ikke en egen kolonne hvor målene blir skrevet ned. Informantene mener det vil være lettere for alle ansatte å ha pasientens mål i fokus, dersom de er lett tilgjengelig på vaktrommet. En av informantene forteller at det er utfordrende når det som diskuteres på ukentlige møter, ikke når ut til de som ikke deltar på møtene. En annen informant synliggjør behovet ved dette utsagnet:

«Jeg tenker at det burde vært en sånn firkant som stod ved siden av pasienten til enhver tid, slik at man så de ulike målene til enhver tid. Jeg tror ikke man går inn å... vi er ikke så gode på å lese hverandres notater. Derfor ville mer synliggjøring av målene styrket det tverrfaglige arbeidet». (2)

Flere av informantene snakker videre om å kunne ha tavler inne på pasientrommene, som et alternativ til der mål kan skrives opp. Enkelte forteller at de allerede har slike tavler, mens andre gir uttrykk for at de kunne ønske seg dette. En av informantene sier det slik:

«Vi har noen tavler på rommene til pasienten, sånn tussj-tavle. Da hender det at vi, det er ikke rutine på det, at vi skriver «Mitt mål er å kunne gå alene». Jeg opplever at hvis vi får til å bruke disse tavlene så er det med å fremme det tverrfaglige samarbeidet, og pasienten ser hele tiden målet klart foran seg». (6)

Det er kun en av informantene som forteller at de aktivt bruker og deler ut en rehabiliteringsplan til pasientene, der mål og tiltak er listet opp:

«Alle rehabiliteringspasienter får en rehabiliteringsplan. Noen velger å henge den opp på veggen, noen velger å ha den på nattbordet, mens noen legger den bort i en skuff. Men da har de tilgang til hva som er målene, og pårørende får også oversikt. Jeg erfarer at dette også er et godt redskap for oss som jobber her». (3)

Et aspekt som kan påvirke og styre målsettingsarbeidet og resten av rehabiliteringen, er hjemmebesøket som blir foretatt i løpet av oppholdet. Samtlige informanter erfarer at hjemmebesøk er et viktig element i rehabiliteringsprosessen, som igjen er med på å påvirke målsettingsarbeidet. Informantene har ulike rutiner for når i rehabiliteringsoppholdet hjemmebesøket finner sted, og de forteller at det avhenger av pasientens form, boligforhold og pårørende. Pasienten deltar som oftest på hjemmebesøket. Pårørende kan også være med, mens det varierer hvilke ansatte som er med i tillegg til ergoterapeuten. Ergoterapeut er alltid med på hjemmebesøk, da det som oftest er de som har ansvar for at boligen er tilrettelagt før hjemreise. Formålet med hjemmebesøket er å kartlegge boligens utforming, og hvordan pasienten mestrer omgivelsene i hjemmet. En av informantene sier at et hjemmebesøk kan gi motivasjon og man finner nye mål som må jobbes med i løpet av oppholdet. Videre er det en annen informant som sier at hjemmebesøk kan gi en pekepinn på om hjem faktisk er et alternativ, eller om man må begynne å tenke andre løsninger. En av informantene opplever at hjemmebesøket er *gull verdt*:

«70 % av hjemmebesøket handler om at pasienten får en litt mer forestilling om hvordan vil det være å komme hjem igjen. Mange ganger så ser de at det går bedre enn

de trodde. Halvparten er jo mer bekymret for å komme hjem, enn at de bare gleder seg. Så at de ser hva som faktisk må jobbes med, før en kan komme hjem, og hva som gikk mye bedre enn de trodde, så det hjemmebesøket er gull». (6)

Dette viser at hjemmebesøket er en avgjørende kilde til informasjon i løpet av rehabiliteringsoppholdet, og kan være med å påvirke målsettingsarbeidet. Hjemmebesøket er også med på å styrke samarbeidet med pårørende.

5.3.2 Pårørende

Alle informantene trekker frem pårørende som en faktor i målsettingsarbeidet. De aller fleste ser i hovedsak pårørende som en styrke i målsettingsprosessen, spesielt hos pasienter med utfordringer med kognitiv funksjon. En av informantene erfarer arbeidet med pårørende slik:

«Det er veldig bra å ha pårørende med, og veldig ofte er de der. Særlig der hvor det er afasi, språkproblemer, og mange pasienter er så kognitivt redusert, da er vi helt avhengig av det, for å få et bilde av hvordan denne personen levde før, og hvem er denne personen nå(...)». (5)

Det er også noen av informantene som opplever at pårørende kan styre for pasienten når de er med på møter, og mener at det er viktig at helseprofesjonelle gir pasienten rom til å fortelle om sin situasjon og hva vedkommende ønsker videre. En av informantene sier det slik:

«Det er litt sånn at pårørende kan komme og si at «dette er viktig, det må du jo klare». Det kan kanskje styre litt, men da er vi ganske strenge på at vi spør bruker om «Hva er det som er viktig og hva er det som er vanskelig for deg?»». (3)

En annen informant beskriver det slik:

«Ja, og det å ha fokus på pasienten selv om pårørende tar overhånd, så syntes jeg vi er flinke til å si «Vi vil gjerne høre hva du sier, men først vil vi snakke med pasienten». Dette er ganske gjennomgående for alle, å ha bruker i fokus». (4)

Der de eldre pasientene ikke klarer å ta del i målsettingsarbeidet, blir viktigheten av å få til et godt samarbeid med pårørende betydningsfullt for å få til en god målsettingsprosess. Å spille

på lag med pårørende blir sett på som avgjørende for å få til en god overgang til hjemmet, spesielt der de pårørende bor sammen med pasienten.

5.4 Oppsummering resultatkapittel

I hovedkategori A belyses de aspektene i samarbeidet mellom helseprofesjonelle og pasient som kan virke inn på målsettingsarbeid på en rehabiliteringsavdeling. At helseprofesjonelle får gitt informasjon på et tidlig tidspunkt blir sett på som viktig, samtidig som forventninger avklares mellom pasienten og helseprofesjonelle. Målsettingsarbeidet blir sett på som en prosess sammen med pasienten, der det forsøkes å ha en dialog hele veien. Videre er det flere komponenter som må være tilstede i målsettingsarbeidet, for å kunne lykkes i rehabiliteringsprosessen. Det viktigste aspekt som blir belyst av informantene er hvordan brukermedvirkning er sentralt i målsettingsarbeid, og hvordan det blir påvirket av relasjon og kommunikasjonen til pasienten. Videre trer motivasjon frem som en faktor som er avgjørende for målsettingsarbeidet.

I hovedkategori B blir det tverrprofesjonelle samarbeidet og samarbeidet med pårørende trukket frem som sentralt i målsettingsarbeidet på en rehabiliteringsavdeling. Dette handler blant annet om hvordan kunnskapen til de ansatte kan påvirke rehabiliteringsprosessen og målsettingsarbeidet. Dersom avdelingen har en rendyrket rehabiliteringsorientert tankegang blant de ansatte, er dette med på å fremme målsettingsarbeidet. Informasjonsbehov i målsettingsarbeidet løftes frem, samt hvordan det tverrprofesjonelle samarbeidet påvirkes av informasjonsflyten. Informasjon fra hjemmebesøk fremmes som særlig verdifullt. Det ser også ut til at informasjonsutveksling mellom helseprofesjonelle når det gjelder målsettingsarbeidet ikke er tilstrekkelig, og det søkes mot å finne gode plattformer for å få til et bedre samarbeid rundt dette. Til slutt trekkes samarbeidet med pårørende frem som en innvirkning på målsettingsarbeidet.

I studien er det intervjuet tre forskjellige helseprofesjoner. Det var ingen tydelige profesjonsmønstre å spore i datamaterialet som ble samlet inn. Enkelte av informantene fremmet imidlertid at terapeutene drev målsettingsarbeidet og rehabiliteringsprosessen frem i større grad enn sykepleiere og helsefagarbeidere, fordi spesielt sykepleiere har mange administrative oppgaver på en rehabiliteringsavdeling. Informantene søker en velfungerende rehabiliteringspraksis for å lykkes i målsettingsarbeidet sammen med andre helseprofesjonelle.

6.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil resultatene av analysearbeidet bli diskutert. Det vil diskuteres opp mot studiens teoretiske referanseramme og tidligere forskning for best mulig å besvare studiens problemstilling. Hensikten med denne studien er å utvikle kunnskap og øke forståelsen om hvordan helseprofesjonelle arbeider med målsetting sammen med eldre pasienter på en rehabiliteringsavdeling i kommunen. Det var ønskelig å få en forståelse av hvordan helseprofesjonelle arbeider med målsetting, hvordan de arbeider for å la pasienten medvirke i målsettingsprosessen og hvordan målsettingsprosessen fungerer i praksis. I denne studien er det forsøkt å belyse med et innenfra perspektiv hvordan de som til daglig utfører målsettingsarbeid opplever det i samarbeid med eldre pasienter. Å jobbe etter mål er godt forankret i politiske føringer innen rehabiliteringsfeltet. Erfaringen er imidlertid at målsettingsarbeid ikke er uten utfordringer.

Helseprofesjonelles oppfatning i denne studien er at målsettingsarbeid er viktig for å drive rehabiliteringsprosessen fremover, og for at rehabiliteringen skal ha en mening for pasienten. Erfaringer og synspunkter i funnene bidrar til en forståelse av kompleksiteten i målsettingsarbeidet. Pasientens behov er viktig å ta hensyn til, med tanke på at de skal få eierskap til rehabiliteringsprosessen. Videre erfares det at samarbeidet og samhandlingen med andre helseprofesjonelle og ansatte på rehabiliteringsavdelingen virker inn på målsettingsarbeidet med eldre pasienter. Kunnskap hos ansatte er også trukket frem som betydningsfull for målsettingsprosessen. Det handler om hvordan informasjonsflyten mellom ansatte fungerer for å ivareta målene, at det krever koordineringen mellom involverte parter og samarbeid med pårørende. Disse faktorene anses som viktige for å få en helhetlig og sammensatt rehabiliteringsprosess. I dette kapittelet vil medvirkning i målsettingsarbeid, tverrprofesjonelt samarbeid og samarbeid med pårørende, samt hvordan kompleksiteten i målsettingsarbeid har betydning for å få til beste praksis på en rehabiliteringsavdeling bli drøftet i lys av teori og tidligere forskning.

6.1 Medvirkning i målsettingsarbeid

Brukermedvirkning er en strategi for å øke eldre pasienters deltakelse i egen rehabiliteringsprosess. Det inkluderer involvering i beslutningene som påvirker behandlingen (Bredland et al., 2011 s. 45). I denne studien trådte brukermedvirkning frem som en viktig faktor i målsettingsarbeid med eldre pasienter på en rehabiliteringsavdeling. Det gis

muligheter for at eldre pasienter skal være delaktig og komme med innspill.

Brukermedvirkning blir oppfattet som at helseprofesjonelle legger til rette for at pasientens ønsker og behov skal stå i sentrum. Når helseprofesjonelle tar hensyn til brukermedvirkning, kan det bidra til å fremme pasientens empowerment. Verdier som kan legges til grunn for en empowerment-tilnærming er respekt, tillit, åpenhet og rettferdighet (Askheim, 2012, s. 134–136). Verdier som respekt og tillit blir oppfattet som sentrale for å få til at pasienten skal medvirke i målsettingsarbeidet. Pasientens styrende rolle i rehabiliteringsprosessen setter endrede krav til helseprofesjonelles evne til å kommunisere og samarbeide med pasienten. Det krever en bevisst holdning både til rollen som helseprofesjonell og til hvordan de handler ovenfor pasienten de skal støtte (Askheim, 2012, s. 11–46). Dette kan sees i sammenheng med intensjonene i den Nasjonale helse- og omsorgsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) som fremmer at pasientene skal kunne ta egne beslutninger i rehabiliteringsprosessen. Brukermedvirkning skal bidra til at helseprofesjonelle lytter til pasientenes erfaringer og lar dem få mulighet til å delta i utformingen av rehabiliteringsoppholdet (Zetterberg & Hageby, 2011).

Brukermedvirkning ser imidlertid ut til å kunne være utfordrende i målsettingsarbeidet, dersom pasienten enten ikke har forståelse for egen situasjon, ikke er i stand til å medvirke på grunn av sykdom eller skade, eller ikke ønsker å medvirke. Det kan være utfordrende for pasienten å bidra aktivt i rehabiliteringsprosessen, dersom de mangler forståelse av egen situasjon eller ikke har motivasjon til å delta i beslutninger. Plant et al. (2016) sin studie understøtter at pasientens funksjonsnedsettelse etter skade eller sykdom blir sett på som en barriere i målsettingsarbeidet. Deltakelse i rehabiliteringsprosessen krever at pasienten har forutsetninger for å ta beslutninger, noe som krever kunnskap og ressurser hos pasienten selv. Det er en balansegang å skulle bidra med fagkunnskap, samtidig som en skal respektere pasientens rett til å ta beslutninger (Slettebø, 2012, s. 123). Opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering 2017–2019 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 5) viser også at tilbakemeldinger fra pasienter peker på at brukermedvirkning fortsatt er mangelfull i tjenestene, til tross for at rehabiliteringen skal legge pasientens mål for eget liv til grunn. Det svikter i involveringen av den enkeltes beslutninger om eget liv. Imidlertid forsøker informantene å ivareta brukermedvirkning ved hjelp av å skape tillit, vise respekt til den enkelte pasienten og trekke inn pårørende der det er nødvendig for å gi pasienten mulighet til å selv delta aktivt i målsettingsarbeidet.

Å sette mål for rehabiliteringsoppholdet starter allerede de første to-tre dagene. Informantene oppfatter imidlertid at mange av pasientene som kommer på et rehabiliteringsopphold ikke har forutsetninger for å sette sine egne mål for oppholdet, spesielt ikke de første dagene. De kan begynne å spørre pasienten om mål allerede første dagen de kommer, ved innkomstsamtale, mens andre beskriver at det kan skje 3-4 dager ut i oppholdet. Likevel kan det være vanskelig å få pasientene på lag, når de akkurat har vært igjennom et brudd i sin livssituasjon. Av den grunn kan det være helseprofesjonelle og pårørende som er styrende den første tiden. Scobbie et al. (2011) viser i sin forståelse av målprosessen, at den første fasen handler om å vurdere pasientens nåværende situasjon, og identifisere det viktigste fokuset fremover. I hvor stor grad pasienten er med på å bestemme tidlig i prosessen, blir en vurderingssak. Normann et al. (2013, s. 105) viser til at det er mange eldre som føler en lettelse når helseprofesjonelle tar ansvar tidlig i sykdoms- eller skadesituasjonen, slik at de slipper å ta avgjørelser selv. Imidlertid kan pasientene gå over fra den passive rollen til mer aktiv deltakelse i prosessen etter hvert (Normann et al., 2013, s. 105). Studien til Proot, Meulen, Abu-Saad & Crebolder (2007) viser at pasienten i løpet av et rehabiliteringsopphold ønsket en gradvis økning i autonomien. Til tross for dette, opplevde pasientene i praksis at helseprofesjonelles bestemmelse ikke avtok underveis i rehabiliteringsoppholdet. Dette kan tyde på at helseprofesjonelle hadde utfordringer med å endre sin rolle, og la pasienten få økt ansvar for sin egen prosess. Helseprofesjonelle er eksperter på sitt fagområde, mens pasienten er ekspert på seg selv (Zetterberg & Hageby, 2011). Samspillet mellom helseprofesjonelles fagkunnskap og pasientens erfaring er noe som så til å spille inn på målsettingsarbeidet.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) viser til at brukermedvirkning må tilpasses etter hvilken mental tilstand pasientene er i, og hvilke helsemessige ressurser de har. For pasienter med uttalt kognitiv svikt viser resultatet i studien at brukermedvirkning i målsetting kan anses som problematisk, og det blir sett på som nyttig å involvere pårørende for å ivareta brukermedvirkningen. Levack, Siegert, Dean & McPherson (2009) viser til at tidlig involvering av pårørende kunne lette målsettingsarbeidet, men da må helseprofesjonelle forsikre seg om at pasienten er enig i målene som settes. Pårørende til eldre pasienter trådte i hovedsak frem som en viktig ressurs for helseprofesjonelle i arbeid med målsetting. Det er likevel viktig å undersøke at pårørende klarer å handle etter pasientens interesse og ikke forstyrrer agendaen. Det er viktig å kartlegge om pårørende er en god støtte i pasientens liv og involvere de dersom pasienten ønsker det.

Gjennom intervjuene kom det frem at brukermedvirkning foregår i en relasjon mellom helseprofesjonelle, pasient og saken som er å lage felles mål. Helseprofesjonelle starter rehabiliteringsforløpet med å orientere pasienten om hvordan det er å være på et institusjonsopphold, og hvilke forventninger en har til pasienten, at det handler om rehabilitering og ikke oppvartning fra de ansatte. Informantene har erfaring med at deler av pasientgruppen som kommer til et rehabiliteringsopphold i liten grad er i stand til å ta beslutninger om videre forløp. I disse tilfeller kan det være avgjørende at helseprofesjonelle gir beslutningsstøtte på nivå med pasientens forutsetninger (Dy & Purnell, 2012). Samtidig er det viktig at pasienten ikke gjøres mer hjelpeløse enn nødvendig, noe som kan være lett å gjøre i en travel hverdag på en avdeling. Bredland & Linge (2007, s. 116) hevder det handler om misforstått omsorg, når helseprofesjonelle gjør noe for pasienten, som de i utgangspunktet har ressurser til å mestre selv. Eksempelvis tydeliggjøres medvirkning i dialog med pasienten, der de viser interesse for å høre deres behov og ønsker for oppholdet. Resultatet i studien viser at informantene beskriver relasjonen i starten som en tradisjonell helseprofesjonell-pasient-relasjon. Etter hvert som helseprofesjonelle får bygget en relasjon til pasienten, går relasjonen over til å bli mer symmetrisk relasjon (Jensen & Ulleberg, 2015, s. 117), der pasient og helseprofesjonell fokuserer på likhet i det som blir uttrykt.

Forskriften for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2018, § 2–4) beskriver nettopp brukermedvirkning som en prosess hvor pasienten medvirker sammen med helseprofesjonelle, og at dette er med på å utnytte potensialet mellom pasient- og fagkunnskap. Evnen til brukermedvirkning kan endre seg over tid, som følge av at pasientens mestringsevne også endres. Studien til Plant et al. (2016) identifiserte at pasienten forventet at helseprofesjonelle ledet rehabiliteringen i tidlig fase. Dette kan sees i sammenheng med at resultatene i denne studien fremmer at de som helseprofesjonelle må møte pasienten der de er. Dette kan tyde på at de må tilpasse målsettingsarbeidet til den enkelte pasients preferanser og behov, men at det kan endre seg i løpet av et rehabiliteringsopphold.

For å fremme medvirkning har informantene beskrevet ulike måter å gå frem på for å sikre at pasienten medvirker og ansvarliggjøres i målsettingsprosessen. Det kom tydelig frem i resultatet var å bygge en relasjon til pasienten. Informantene understreket videre betydningen av det første møtet mellom helseprofesjonelle og pasienten. Det er i dette møtet relasjonsbyggingen starter. Dersom det første møtet er vellykket, kan det gi et bedre grunnlag for å skape en god relasjon. Møtene mellom helseprofesjonelle og pasient handler om en

felles sak, nemlig pasientens situasjon og bakgrunn for at de har havnet på en rehabiliteringsavdeling. Dette kan sees i sammenheng med Skjervheims (Skjervheim, 2002a, s. 20–22) begrep «den treleddete relasjon», der en relasjon består av tre parter; meg selv, den andre og den felles sak. Informantene trekker frem viktigheten av å ta utgangspunkt i pasientenes situasjon, å kunne se pasientene og lytte til hva de har å si. Ifølge Norcross (2010, s. 116–117) er betydningen av å lytte til pasienten funnet som det viktigste for en god og vellykket praksis. Betydningen av å skape en relasjon understrekes også av Røkenes & Hansen (2012, s. 179–180), som viser at pasienter som har opplevd å få god hjelp fra helseprofesjonelle fremhever relasjonen som sentral. At helseprofesjonelle har nok rom og tid nevnes som konkrete eksempler som kan bidra til å skape relasjon.

Samhandlingen mellom helseprofesjonelle og pasientene fremmes som sentral i intervjuene. Det handler om at helseprofesjonen og pasienten må høre på hverandre og verdsette hverandres bidrag. I målprosessen tas det hensyn til å gjennomføre målrettede handlinger med utgangspunkt i kunnskap og erfaring fra både pasient og helseprofesjonelle (Scobbie et al., 2011). Slettebø & Madsen (2012, s. 269) viser at dersom kommunikasjonen er preget av en monolog fra helseprofesjonelles side der de har sitt eget mål for samtalen, vil det være med på å svekke likeverdigheten i samtalen. Oppstår det derimot en god dialog med pasientene, som løftes av informantene som et viktig aspekt, kommer målsettingsarbeidet mer frem som et samarbeidsprosjekt der en sammen utvikler målene for rehabiliteringsoppholdet. Studien til Cameron et al. (2018) beskriver hvordan kommunikasjonsferdigheter som å være spørrende og lyttende, vise respekt og tillit står sentralt i målsettingsarbeid. Jensen & Ulleberg (2015, s. 47) viser til forskning som understøtter at relasjon mellom helseprofesjonelle og pasient er et betydningsfullt element i forståelsen av hva som fører til et godt resultat. Med bakgrunn i dette kan man hevde at god kommunikasjon og å skape en relasjon til pasienten er et grunnleggende fundament for å lykkes i målsettingsarbeidet.

Motivasjon og eierskap til egen aktivitet og eget problem blir sett på som avgjørende for å kunne få til målsettingsarbeidet sammen med eldre pasienter. Målsettingsprosessen skal gi pasienten mulighet til å medvirke og gi eierskap i rehabiliteringsprosessen. Sugavanam et al. (2013) viser til at målsetting blir sett på som et verktøy for å oppnå pasientinvolvering i behandlingen. Målsetting er også vurdert til å øke pasientens motivasjon i rehabiliteringsprosessen. Imidlertid viser resultatet i denne studien at det kan være vanskelig å involvere pasienten i målsettingsarbeidet, noe som igjen kan gå utover pasientens motivasjon

for å gjennomføre tiltakene. Locke (1996) viser til at manglende involvering kan skape avstand og fremmedgjøring til målene i rehabiliteringsprosessen. Dersom pasienten opplever at målene som settes ikke er viktige, vil det trolig kunne føre til mindre ansvar for å jobbe mot disse. Resultatet i studien viser til at informantene nettopp har erfaring med dette. Dersom pasientene ikke har eierskap til prosessen, kan det være vanskeligere å jobbe mot målene da motivasjonen ikke er tilstede. Det å gi pasienten mulighet til å velge hva som skal være fokusområdet i rehabiliteringsoppholdet, samt åpne opp for å formulere egne mål, ser ut til å kunne gi pasienten autonomi i målsettingsarbeidet.

Det at mål skal være realistiske samtidig som at helseprofesjonelle ikke skal ta fra pasienten håp, er en balansegang som informantene fremhevet. Dette kan bidra til å gjøre målsettingsarbeidet utfordrende. På den ene siden vet helseprofesjonelle at målene bør være realistiske for at de skal kunne nås, og studien til Barnard, Cruice & Playford (2010) viser nettopp at målene ofte kan bli bearbeidet av helseprofesjonelle på bakgrunn av kravene om at de skal være realistiske. Samtidig skal ikke pasienten fratras håpet om å kunne nå egne mål. Dette funnet viser nettopp hvor komplisert målsettingsarbeid er, og hvor mange aspekter som skal tas hensyn til i denne prosessen. I den ene delen av selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan, 2000) handler det om opplevelsen av å mestre. Trolig kan dette ha noe å gjøre med at det utarbeides realistiske mål, slik at pasienten får mulighet til å oppleve og kjenne på en følelse av mestring. Samtidig søkes det mot at pasienten skal få den indre motivasjonen, som kommer til uttrykk når en har fokus på det pasienten selv opplever som meningsfullt. Oppsummert er motivasjon og håp viktige drivkrefter i rehabiliteringsprosessen. Normann et al. (2013, s. 70) skriver at manglende motivasjon og håp ikke nødvendigvis er et problem ved individet. Det kan likeledes være dårlige erfaringer eller manglende forståelse fra omgivelsene. Både helseprofesjonelle og andre rundt pasienten kan, helt ubevisst, frata pasienten motivasjon eller feilaktig dømme vedkommende som umotivert. Det anses som viktig at pasienten har en å snakke med som ikke trekker slutninger om manglende motivasjon, men heller finner frem til alternativer som kan være med på å gi motivasjon.

Brukermedvirkning står sterkt i målsettingsarbeidet (Duff et al., 2004), og det støttes av fokuset informantene har i sin beskrivelse av denne prosessen. Likevel viser tidligere studier at helseprofesjonelle ofte antar at de har en mer brukerorientert praksis enn de faktisk har, og at det i mange tilfeller ikke er samsvar mellom pasientens ønsker og helseprofesjonelles mål (Rosewilliam, Roskell & Pandyan, 2011). Dette kan skyldes at den forhandlingsorienterte

dialogen mellom pasient og helseprofesjonell blir styrt av den helseprofesjonelle, og at det ikke er avklart forventinger til innhold og resultat i forkant (Barnard et al., 2010; Levack et al., 2011). Mens studien til Kvæl, Debesay, Langaas, Bye & Bergland (2018) beskriver at dersom eldre pasienter deltar i rehabiliteringsprosessen, forbindes dette med tilfredshet i helse- og omsorgstjenestene, bedre behandlingsresultat og færre reinnleggelse på sykehus. Studien viser også at det jobbes mot å få en helhetlig målsettingsprosess, der pasient blir involvert, men at dette ikke alltid er like lett, fordi det er så mange faktorer som spiller inn.

6.2 Målsetting i tverrprofesjonelt samarbeid, og samarbeid med pårørende

Gjennom intervjuene kom det frem at kunnskap om målsettingsarbeid hos de som arbeider på rehabiliteringsavdelinger blir sett på som en avgjørende faktor for å kunne drive rehabiliteringsprosessen fremover. For å kunne formidle viktig informasjon til pasienten, eller om pasienten til andre helseprofesjonelle, er det behov for tilstrekkelig kunnskap om fagfeltet man arbeider innenfor. I Norge er rundt 25 % av personalet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, såkalt ufaglærte (Flodgren, Bidonde & Berg, 2017, s. 5). Funnene i studien peker også på at en stor andel ufaglærte tar del i arbeidet rundt pasienten på rehabiliteringsavdelingen, og at dette kan føre til ulike utfordringer i målsettingsarbeidet. Eksempelvis kommer det frem at sykepleiere blant annet mister mye tid med pasientene til administrative oppgaver, som møtevirksomhet, kontakt ut mot kommunen og administrering av medisiner. Dette går på bekostning av tiden de får i direkte kontakt med pasientene. Konsekvensen blir da at det i mange tilfeller er de ufaglærte som har tettest pasientkontakt, der dialogen om målene kan være sentral. Studien til Plate et al. (2016) viser at koordineringen av de ansatte som arbeider på en rehabiliteringsavdeling kan være utfordrende, spesielt med tanke på å gi støtte og opplæring til ufaglærte, og mangel på tid.

Forståelse og kunnskap kan i ulik grad bidra til opplevelse av samarbeid i målsettingsarbeid. I resultatkapitlet er viktigheten av kommunikasjon mellom helseprofesjonelle og pasient blitt løftet frem som avgjørende for et godt samarbeid. Det er imidlertid like viktig at helseprofesjonelle kommuniserer godt seg imellom for å få til et velfungerende tverrprofesjonelt samarbeid. En studie gjort av Van De Weyer, Ballinger & Playford (2010) så på organisatoriske faktorer som påvirker målsettingsarbeidet. De bemerket at det var behov for tilstrekkelige ressurser for å få til effektivitet i målsetting, og det var viktig med tilstrekkelig tid og kunnskap. Videre har ufaglærte behov for opplæring og støtte for å kunne hjelpe til å drive en velfungerende rehabiliteringsavdeling.

Koordinering og informasjonsflyt mellom helseprofesjonelle i målsettingsarbeidet med eldre pasienter på rehabiliteringsavdeling trer frem som viktige aspekter. For å få til en god målsettingsprosess er det viktig at informasjon rundt pasienten kommer ut til alle involverte. Informantene legger vekt på at informasjonsflyten, og da spesielt angående målene, er en utfordring å formidle til alle som arbeider på avdelingen. De fremmer blant annet et behov for en informasjonstavle på vaktrommet, som viser en oversikt over alle pasientene på avdelingen, der mål skrives inn hos hver enkelt pasient. De etterspør også en oversikt som kan være på rommet til pasienten, der mål og tiltak fremkommer tydelig. Hagland & Solvang (2012, s. 256) viser at pasientjournal kan være et viktig grenseobjekt for å dele informasjon og gi tilgang til ulike perspektiver for flere. Resultatet i denne studien viser at det var utfordrende å finne igjen pasientens mål i journalen, og at informantene har erfaring med at journalnotater skrevet av andre helseprofesjonelle ikke nødvendigvis leses. Dette kan tolkes som at pasientens journal, slik informantene erfarer det, ikke fremstår som et velfungerende verktøy innenfor målsettingsarbeidet.

En av informantene foreslår at det burde være en «*firkant*» som var lett synlig for alle, ved siden av pasienten til enhver tid, der målene for oppholdet står. Dette for at alle skal kunne se hva som jobbes med hos pasienten, til enhver tid. I resultatet kommer det også frem at helseprofesjonelle er i behov av å få en tettere dialog rundt målsetting. Gjensidig informasjonsflyt mellom alle involverte aktører vil kunne være med på å løfte kvaliteten på rehabiliteringen. Å koordinere de ansatte som arbeider på en rehabiliteringsavdeling kan være utfordrende, som følge av behovet for å overføre informasjon, samt å integrere målsetting med andre prosesser i rehabiliteringen (Plant et al., 2016). Eksempelvis har rehabiliteringsavdelingene som er representert i denne studien tverrfaglig møte en gang i uken. På disse møtene blir rehabiliteringspasienter gjennomgått. Dette var de eneste faste møtene der alle helseprofesjonelle deltok, mens sykepleiere hadde daglig rapportering seg imellom. Møtet har til hensikt å utveksle informasjon om pasientene. Det er et formelt forum der en har samtale, diskusjon og vurdering om kartlegging, pleie, behandling. Mål er imidlertid sjeldent et tema i disse møtene, da fokuset ofte er pasientenes nåværende situasjon og helsetilstand. Dette kan forstås som at målsettingsarbeidet er noe fragmentert mellom de ulike helseprofesjonelle, da det ikke er noen arenaer der målsetting blir diskutert i tilstrekkelig grad i tverrprofesjonelle grupper. Resultatet i denne studien viser at ergoterapeutene og fysioterapeutene føler et større eierskap og ansvar til å drive målsettingsprosessen i større

grad enn sykepleiere, som har mange av de administrative oppgavene som er beskrevet tidligere i oppgaven. Barr, Helme & D'Avray (2016, s. 181) viser hvordan grenselinjene mellom profesjonsutøvernes ansvarsområde kan være uklare, og at dette kan skape spenning og konflikt på en avdeling. Blant annet overlater sykepleiere ofte enkle pleieoppgaver til hjelpepleiere eller ufaglærte. Hagland & Solvang (2012, s. 259–260) har også diskutert tverrfaglig møte som eksempel på grenseobjekt. Funnene de viser til belyser tverrfaglige møter som betydningsfulle for informasjonsutveksling og koordinering av helseprofesjonelles aktivitet. Imidlertid viser de at noen av møtene som ble observert fulgte en fastsatt struktur, og ikke skapte rom for diskusjon. I og før møtene tok hver profesjon ansvar for ulike delproblemer, og det virket å forvente at andre profesjoner håndterte andre problemområder. I studien til Van De Weyer et al. (2010) vises det hvordan møter kunne bli effektivisert ved å tilrettelegge med elektroniske tavler eller andre alternative kommunikasjonsmetoder. Oppsummert viser dette at det trolig er behov for å systematisere informasjonsflyten mellom helseprofesjonelle, og at det peker på betydningen av en arena der målsetting står i fokus.

Informantene savner ett verktøy som kan samle informasjon om pasienten og målene det jobbes med. Et sentralt redskap som skal ivareta samhandlingen var elektronisk pasientjournal. Hagland & Solvang (2012, s. 256–260) viser til en studie der elektronisk pasientjournal og tverrfaglige møter utpekes som velfungerende grenseobjekt på avdelinger i spesialisthelsetjenesten. En forutsetning for at et grenseobjekt skal kunne være en ressurs for helseprofesjonelles samhandling, er at det gir tilgang til helseprofesjonelles ulike praksiser. Imidlertid ser det ikke ut til at elektronisk pasientjournal, slik det kommer frem i datamaterialet, bidrar til å bedre tverrprofesjonell samhandling, da det oppleves at andres journaler ikke nødvendigvis leses. Når avdelingene ikke har et velfungerende grenseobjekt for samhandling i målsettingsarbeid, kan dette gå utover det tverrprofesjonelle samarbeidet.

Å arbeide tverrprofesjonelt handler om å kontinuerlig samhandle, å ha en åpen kommunikasjon og å utveksle kunnskap mellom de ulike helseprofesjonelle som arbeider rundt pasienten. De ulike helseprofesjonelle må ha forståelse for hverandre, og ha evne til å utvikle felles tiltak rundt pasienten (Légaré & Stacey, 2009, s. 23–28). Noen av informantene beskriver at samarbeidet på tvers av profesjoner ikke fungerer optimalt, og de ikke har gode nok rutiner for å lese hverandres notater i journalen. Informantene viser videre til at ufaglærte ikke deltar på tverrfaglige. Dette innebærer at de som følger opp pasienten tettest i den

daglige driften på avdelingen, ikke deltar med nyttig informasjon om pasientens fremgang og relevant informasjon om målsettingsarbeidet.

«Å komme hjem» var det overordnede målet for alle rehabiliteringsavdelinger som var representert i datamaterialet. På bakgrunn av at pasienten er tenkt hjem, er det spesielt avgjørende å få de pårørende på lag, spesielt de som bor sammen med pasienten. Når pasienter reiser hjem, er det de pårørende som, i noen tilfeller, blir den nærmeste omsorgspersonen, og må stå for mye av hjelpen i hjemmet. At pårørende blir involvert tidlig i rehabiliteringsforløpet, kan fremstå som en trygghet, da man har vært med å ta avgjørelser sammen med pasienten. Dette kan sees i sammenheng med det Bøckmann & Kjellebold (2015, s. 53) sier om at pårørende har kunnskap som kan være viktig for rehabilitering av den som er syk. Datamaterialet viser at pårørende på mange måter er en viktig informasjonskilde for de som arbeider rundt pasienten, da de har kjennskap til hva som er viktig for den enkelte. Det beskrives som nyttig å ha med pårørende i ulike møter, å spille på lag med dem gjennom hele rehabiliteringsforløpet, spesielt de pårørende som pasienten skrives hjem til. På bakgrunn av at pårørende er en viktig informasjonskilde kan det være hensiktsmessig for helseprofesjoner å få til et godt samspill med pasientens pårørende. Likevel viser datamaterialet at spillet mellom pårørende og helseprofesjonelle av og til kan oppleves som problematisk. Det blir løftet opp utfordringer der pårørende «kjører over» pasienten, at pårørende ikke er enig i målene som blir satt av pasienten eller at pårørende og pasient har en tidligere konflikt. Disse utfordringene må forstås i sammenheng med pårørendes bekymring over pasientens nye situasjon.

I denne studien fremmes hjemmebesøk som et viktig tiltak i målsettingsprosessen, da det kan være kilde til nyttig informasjon for videre arbeid med målsettingen. Det legges vekt på at hjemreise nevnes tidlig i et rehabiliteringsopphold, og hjemmebesøk regnes som en viktig del av å kunne komme hjem (Thommesen, 2004, s. 97–108). Hjemmebesøket har til hensikt å gi helseprofesjonelle og pasienten selv en tydeligere beskrivelse av hva som er behovet, noe som igjen vil kunne påvirke målene. Det kan, ifølge informantene, se ut som hjemmebesøk virker stimulerende på pasientens deltakelse i rehabiliteringen og målsettingsarbeidet.

Hjemmebesøket kan derfor benyttes som strategi for å fremme brukermedvirkning, samtidig som det gir mulighet for en helhetlig vurdering ut fra et personsentrert perspektiv. Hver enkelt pasient bør ta utgangspunkt i hvilke ønsker de har for å kunne leve et meningsfullt og aktivt hverdagsliv (McCormack & McCance, 2006). Slik informantene beskriver hjemmebesøket,

kan dette være med på å utfordre pasientene til å delta aktivt i rehabiliteringsprosessen. Hjemmebesøket gir målsettingsarbeidet et løft i retning av tanken om at pasienten en gang skal hjem igjen, og hvilke aktiviteter eller funksjoner må pasientene kunne eller ha før de kan komme hjem. Dette kan sees i sammenheng med funnen i studien til Van Seben et al. (2019), der målene forandrer seg etter utskrivelsen, og at pasientene ble mer opptatt av full uavhengighet og å kunne utføre ulike aktiviteter etter utskrivelse. Dersom det foretas et hjemmebesøk med pasienten i løpet av rehabiliteringsoppholdet, vil gapet mellom pasientens forutsetninger og hjemmemiljøets krav kunne oppleves av pasienten selv. Dette kan hjelpe pasientene til å sette mer spesifikke mål, fordi de selv har kjent på hva som oppleves utfordrende i hjemmet.

Et annet begrep som fanger målsettingsarbeidet er samarbeidende praksis. Willumsen, Sirnes & Ødegård (2016, s. 20) påpeker at det internasjonalt er i ferd med å skje et vendepunkt, der man går bort fra å snakke om brukermedvirkning og tverrprofesjonelt samarbeid som to begrep, men at det søkes mer mot et samlende begrep. Dette kommer også tydelig frem i studiens empiriske datamateriale, der helseprofesjonene trekker på både dialogen de har med pasienten og dialogen med de andre helseprofesjonelle som avgjørende for å lykkes i målsettingsarbeidet. Det viser derfor at *samarbeidspraksis* istedenfor tverrprofesjonelt samarbeid kan være et godt begrep for å inkludere og synliggjøre pasientens perspektiv (Willumsen et al., 2016, s. 20). Ødegård (2016, s. 114) beskriver at dersom kvaliteten på samarbeidsprosessen skal øke, må man forstå tverrprofesjonelt samarbeid og hvilke sider ved samarbeid som kan forbedres. Med økt fokus på brukermedvirkning vil avklaringer i samarbeidet fremstå som viktig, for dette fører til forventninger helseprofesjonelle og pasient har til hverandre. Samarbeidende praksis omfatter også kollegiale relasjoner, som samarbeid mellom autoriserte profesjonsutøvere, og medarbeidere uten godkjent utdanning eller autorisasjon (Barr, Helme & D'Avray, 2016, s. 181). Studien trekker frem at målsettingsarbeidet trenger en mer samarbeidende praksis med pasienten, der også de ufaglærte inkluderes i større grad. Det bør derfor jobbes med å finne en plattform der også medarbeidere uten godkjent utdanning eller autorisasjon får ta del i diskusjonen omkring pasienten. Samarbeidspraksis kan være en god inngang for å kunne utvikle tjenestene videre, og ved å innarbeide en slik forståelse av rehabiliteringspraksisen.

6.3 Oppsummering diskusjonskapittel

Målsettingsarbeidet blir fremhevet som den viktigste delen av rehabiliteringen (Siegert & Taylor, 2004), samtidig som det også er den mest utfordrende. Målsettingsarbeidet tolkes som en kompleks virksomhet (Parry, 2004), der det ikke finnes en tydelig fasit på hvordan få til den beste praksisen. Heller ikke i litteraturen kan man finne et tydelig svar på den beste praksis (Plant et al., 2016; Cameron et al., 2018; Lenzen et al., 2016; Van Seben et al., 2019; Sugavanam et al., 2013), men det er enighet om flere faktorer som både fremmer og hemmer prosessen. Helseprofesjonelle må manøvrere mellom ulike pasientgrupper og kontekster, pasientens hjemmesituasjon, funksjonsnivå, motivasjon og kommunens føringer. Målene skal på den ene siden være klare og entydige, slik at pasienten og helseprofesjonene har noe å jobbe etter. Samtidig vil målene hele tiden endre seg, ettersom rehabiliteringsprosessen trer frem. Et annet aspekt som gjør målsettingsarbeidet til en kompleks virksomhet, er at på den ene siden skal det være pasientens mål og ikke helseprofesjonelles mål. På den andre siden kan det ofte være vanskelig for en person i krise å tenke seg til hva som kan la seg gjøre, og hva som ikke er mulig. Informantene viser til at det er viktig å ikke ta fra pasienten og deres pårørende håpet. Håp blir sett på som en positiv ressurs, følelsen av at noe er mulig, og å kunne se fremtidsmulighetene. En avveining som kan oppstå er når pasienten gjentatte ganger ikke blir hørt eller tatt på alvor, kan det gå utover håpet og motivasjonen. Derfor er det viktig å ikke bare se håp og motivasjon som en mental tilstand, men noe som kan tilføres ved konkrete erfaringer til faktiske å kunne realisere det en selv ser som viktig (Normann et al., 2013, s. 62–65). Dette viser til at målsettingsarbeidet inneholder en rekke avveininger, som først og fremst kan løses i den konkrete situasjonen mellom pasient og helseprofesjonell.

7.0 AVSLUTNING

Studien har undersøkt helseprofesjonelles arbeid med målsetting sammen med eldre pasienter på korttids- og rehabiliteringsavdelinger i kommunen. Det fremkom to hovedfunn som kan bidra til å reflektere rundt målsettingsarbeidet; *Medvirkning i målsettingsarbeidet* og *målsetting i tverrprofesjonelt samarbeid og samarbeid med pårørende*.

Det første hovedfunnet løfter frem at målsettingsarbeid i rehabilitering handler om at pasienten bør medvirke for å få til en vellykket rehabiliteringsprosess. At pasienter skal medvirke, krever at de har forutsetninger til å ta egne beslutninger i starten målsettingsarbeidet. Når pasienter kommer på korttids- og rehabiliteringsavdelinger har de ikke nødvendigvis forståelse for egen situasjon, og å sette mål kan være utfordrende. Det blir derfor sett på som viktig at helseprofesjonelle klarer å vurdere hver pasient, og starte målsettingsprosessen når pasienten har forutsetninger for å kunne involveres.

Målsettingsarbeidet krever at helseprofesjonelle får en relasjon til pasienten, og legger vekt på kommunikasjon som et verktøy i arbeid med målsetting. Brukermedvirkning ser ut til å fremmes når målsetting spiller på pasientens motivasjon og eierskap. I likhet med definisjonen på rehabilitering, viser det til at rehabilitering og målsetting handler er en samarbeidsprosess mellom pasient, helseprofesjonelle og pårørende, der samhandlingen står sentralt.

Det neste hovedfunnet bygger på helseprofesjonelles oppfatning om at samarbeid mellom de som jobber på en rehabiliteringsavdeling er viktig for å drive rehabiliteringsprosessen fremover, og for at pasienten skal få et helhetlig tilbud. Erfaringene hos helseprofesjonelle som arbeider på kommunale rehabiliteringsavdelinger bidrar til en forståelse av at samarbeidet må bygge på kunnskap om rehabilitering og målsetting som strategi. Dette kan utgjøre en felles plattform der helseprofesjonelle og andre medarbeidere kan dele informasjon og ha en kontinuerlig informasjonsflyt rundt pasientens målsetting. Koordinering må fungere for å ivareta målene. Pårørende er også en samarbeidspartner for de som arbeider med målsetting i rehabiliteringsprosessen. I enkelte tilfeller ser helseprofesjonelle at pasienten trenger beslutningsstøtte, og samhandlingen med pårørende blir derfor sentralt for å ivareta brukermedvirkningen, fordi pårørende sitter i større grad med informasjon om pasientens ressurser og interesser.

Studien gir et innblikk i hvordan helseprofesjonelle erfarer arbeidet med målsetting med eldre pasienter på korttids- og rehabiliteringsavdeling, men sier lite om hvordan det faktisk gjøres i praksis. For å besvare problemstillingen i studien på en annen måte kunne det vært supplert med observasjon av helseprofesjonell praksis, samt samtale med pasient og pårørende. Dette kunne belyst hvordan målsettingsarbeid foregår i praksis, og hvordan de eldre selv erfarer målsettingsarbeidet. Dette ville vært viktige supplerende innsikter for å danne seg det hele bildet av hvordan målsettingsarbeidet foregår og hvilke erfaringer de involverte parter har omkring tematikken. For videre studier ville det være viktig å få frem denne type data. Det kunne også vært lettere å få data på hvordan helseprofesjonelle samarbeider ved en observasjon. For videre forskning av målsettingsarbeid på en korttids- og rehabiliteringsavdeling ville helseprofesjonelles samarbeid også vært en dimensjon som kunne vært interessant å undersøke videre.

8.0 LITTERATURLISTE

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid- Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barnard, R. A., Cruice, M. N. & Playford, E. D. (2010). Strategies used in the pursuit of achievability during goal setting in rehabilitation. *Qual Health Res*, 20(2), 239–250.
- Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 8(1), 20–33.
- Bredland, E. & Linge, O. (2007). Rehabiliteringsprocessen. I L. Jensen, L. Petersen & G. Stokholm (Red.), *Rehabilitering- i teori og praksis* (s. 113–157). København: Fadl's forlag.
- Bredland, E., Linge, O. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brochs-Haukedal, W. (2010). *Arbeids- og lederpsykologi* (8. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Bøckmann, K. & Kjellevoid, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten - En klinisk og juridisk innføring*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L. & Coomber, C. (2014). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health and Social Care in the community*, 22(3), 225–233.
- Cameron, L. J., Somerville, L. M., Naismith, C. E., Watterson, D., Maric, V. & Lannin, N.A. (2018). A qualitative investigation into the patient-centered goal-setting practices of allied health clinicians working in rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 32(6), 827–840.
- Cameron, I. D. & Kurrle, S. E. (2002). Rehabilitation and older people. *Medical Journal of Australia*, 177(7), 387–391.

- Conradi, S. & Rand-Hendriksen, S. (2004). Rehabiliteringsprosessen I L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering: når livet blir annerledes* (s. 35–40). Bergen: Fagbokforlaget.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Duff, J., Evans, M. J. & Kennedy, P. (2004). Goal Planning: a retrospective audit of rehabilitation process and outcome. *Clinical Rehabilitation*, 18(3), 275–289.
- Dy, S. M. & Purnell, T. S. (2012). Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: a literature review. *Soc Sci Med*, 74(4), 582–587.
- Ekeland, T-J. & Heggen, K. (2007). Meistring og myndiggjering- reform eller retorikk? I T-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering- reform eller retorikk?* (s. 13–28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Flodgren, G., Bidonde, J. & Berg, R. C. (2017). *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2018a). Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjonen. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
- Folkehelseinstituttet (2018b). Helse hos eldre i Norge- Folkehelse rapporten. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Forskriften for habilitering og rehabilitering (2011). Forskriften for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2011-12-16-1256>
- Foss, C., Hofoss, D., Romøren, T. I., Bragstad, L. K. & Kirkevold, M. (2012). Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7(4), 324–333.

- Golafshani, M. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research, *The Qualitative Report*, 8(4), 597–606.
- Grimen, H. (2001). Tillit og makt- tre sammenhengar. *Tidsskriftet for den norske legeforening*, 121(30), 3617–3619.
- Grue, J. (2012). Funksjonshemming som begrep og fenomen- fysiologiske og politiske sosiale forklaringsmekanismer? I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 84–96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hagland, H. & Solvang, P. K. (2012). Tverrprofesjonelle praksisfellesskap I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 251–266). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, H. R., Humerfelt, K., Kjellebold, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. (2015). *Faglig skjønn og brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hart, T. & Evans, J. (2004). Self-regulation and goal theories in brain injury rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil*, 21(2), 142–155.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* (St.meld. nr. 21(1998–1999)). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 (2008–2009)). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015* (Meld. St. 16 (2011–2015)). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017–2019*. Oslo: Departementet.
- Jacob, A., Merrigan, R., Roe, D. & Brown, T. (2013). The Casey Allied Health Model of Interdisciplinary Care (CAHMIC): Development and implementation. *International Journal of therapy Rehabilitation*, 20(8), 387–395.

- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2015). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Killie, P. A. & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2(12), 1–19.
- Klokkerud, M., Sand-Svartrud, A-L. & Kjekken, I. (2014). Fra ord til handling – Om teori og praksis i rehabilitering. *Ergoterapeuten*, 3, 42–49.
- Krohne, K. & Bergland, A. (2012). Rehabilitering for en god alderdom. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 232–247). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvæl, L., Debesay, J., Langaas, A., Bye, A. & Bergland, A. (2018). A concept analysis of patient participation in intermediate care. *Patient Edu Couns*, 101(8), 1337–1350.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Légaré, F. & Stacey, D. (2009). Shared decision-making: The implications for health care teams and practice. I A. Edwards & G. Elwyn (Red.), *Shared decision-making in health care. Achieving evidence-based patient choice* (2. utg.) (s. 22–28). Oxford: Oxford university press.
- Lenzen, S. A., van Dongen, J. J. J., Daniels, R., van Bokhoven, M. A., van der Weijden, T. & Beurskens, A. (2016). What does it take to set goals for self-management in primary care? A qualitative study. *Family Practice*, 33(6), 698–703.
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning*. Oslo: Cappelen Damn Akademisk.
- Levack W. M. & Siegert R. J. (2014). Challenges in theory, practice and evidence. I R. J. Siegert & W. M. Levack (Red.), *Rehabilitation Goal Setting: Theory, Practice and Evidence* (s. 3–20). Boca Raton FL: CRC Press.

- Levack W. M., Siegert R. J., Dean, S. G. & McPherson, K. M. (2009). Goal planning for adults with acquired brain injury: How clinicians talk about involving family. *Brain Inj*, 23(3), 192–202.
- Levack W. M., Siegert R. J., Dean, S. G. & McPherson, K. M. (2011). Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: How clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Education and Counseling*, 85(2), 206–213.
- Levack, W. M., Taylor, K., Siegert, R. J., Dean, S. G., McPherson, K. M. & Weatherall, M. (2006). Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 20(9), 739–755.
- Locke, E. A. (1996). Motivation through conscious goal setting. *Applied & Preventive Psychology*, 5(2), 117–124.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey. *Am Psychol*, 57(9), 705–717.
- Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring* (4. utg.). Århus: Forlaget Klim.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479.
- Melberg, H. O. & Kjekshus, L. E. (2012). Innledning. I H. O. Melberg & L. E. Kjekshus (Red.), *Fremtidens Helse-Norge* (s. 7–12). Bergen: Fagbokforlaget.
- Moe, J. O. & Hagen, T. P. (2011). Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986–2008. *European Journal of Ageing*, 8(1), 49–61.

- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change* (s. 113–141). Washington: American Psychological Association.
- Normann, T., Sandvin, J. T. & Thommesen, H. (2013). *Om rehabilitering: Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset* (3.utg). Oslo: Kommuneforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Parry, R. H. (2004). Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clin Rehabil*, 18(6), 668–682.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utenfra eller begge deler? I C. Wadel, O. L. Fuglestad, T. H. Aase & E. Fossåskaret (Red.), *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. 70–93). Oslo: Universitetsforlaget
- Pedersen, R., Hofmann, B. & Mangset, M. (2007). Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(12), 1644–1647
- Plant, S. E., Tyson, S. F., Kirk, S. & Parsons, J. (2016). What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clinical Rehabilitation*, 30(9), 921–930.
- Playford, E. D., Siegert, R., Levack, W. & Freeman, J. (2009). Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 334–344.
- Proot, I. M., Meulen, R. H., Abu-Saad, H. H., & Crebolder, H. F. (2007). Supporting Stroke Patients' Autonomy during Rehabilitation. *Nursing Ethics*, 14(2), 229–241.
- Reeve, J. (2018). *Understanding motivation and emotion* (7th ed.). Hoboken, N.J: Wiley.
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E. & Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of interprofesional Care*, 25(3), 176–174.

- Rise, M. B. (2012). Mer brukermedvirkning? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(16), 1882–1884.
- Rockwood, K., Fillit, H., Brocklehurst, J. C. & Woodhouse, K. (2010). *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.) (s. 29–38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rosewilliam, S., Roskell, C. A. & Pandyan, A. D. (2011). A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil*, 25(6), 501–514.
- Røkenes, O.H. & Hansen, P. H. (2012). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Sandvin, J. (2012). Rehabilitering som koordinering og samhandling I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 52–65). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Scobbie, L. & Dixon, D. (2014). Theory-bases Approach to Goal Setting. I R. J. Siegert & W. M. M. Levack (Red.), *Rehabilitation Goal Setting. Theory, Practise and Evidence* (s. 213–227). London & New York: CRC Press.
- Scobbie, L., Dixon, D. & Wyke, S. (2011). Goal setting and action planning in the Rehabilitation setting: Development of a theoretically informed practice framework. *Clinical Rehabilitation*, 25(5), 468–482.
- Scobbie, L., Wyke, S. & Dixon, D. (2009). Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabilitation goals. *Clin Rehabil*, 23(4), 321–333.
- Siegert, R. J. & Taylor, W. J. (2004). Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 26(1), 1–8.

- Sinclair, L. B., Lingard, L. A. & Mohabeer, R. N. (2009). What's so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(7), 1196–1201.
- Skjervheim, H. (2002a). Deltakar og tilskodar. I J. Hellesnes & G. Skirbekk (Red.), *Mennesket* (s. 20–35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjervheim, H. (2002b). Det instrumentalistiske mistaket. I J. Hellesnes & G. Skirbekk (Red.), *Mennesket* (s. 130–137). Oslo: Universitetsforlaget
- Solvang, P. K. (2019). *Rehabilitering. Terapi, tilrettelegging, verdsetting*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (2012). Forståelser av rehabilitering I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 15–34). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosialdepartementet. (1966). *Om utviklingen av omsorgen for funksjonshemmede* (St.meld. nr. 88 (1966–1967)). Oslo: Departement.
- Sosialdepartementet. (1977). *Funksjonshemmede i samfunnet* (St.meld. nr. 23 (1977-1978)). Oslo: Departementet.
- Star, S. L. & Griesemer, J. R. (1989). Institutional ecology, 'translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Nerkeley`s Museum of Vertebrate Zoology. *Social Studies of Science*, 19(3), 387–420.
- Statistisk sentralbyrå. (2015). Levekårsundersøkelse. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold>
- Sugavanam, T., Mead, G., Bulley, C., Donaghy, M. & van Wijck, F. (2013). The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation- a systemativ review. *Disability & Rehabilitation*, 35(3), 177–190.
- Thommesen, B. (2004). Hva kjennetegner den gamle slagpasienten? I K. Engedal & T. B. Wyller (Red.), *Aldring og hjernesykdommer* (s. 97–108). Oslo: Akribe.

- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Tøssebro, J. (2010). *Hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Van De Weyer, R. C., Ballinger, C. & Playford, E. D. (2010). Goal setting in neurological rehabilitation: staff perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 32(17), 1419–1427.
- Van Seben, R., Smorenburg, S. M. & Buurman, B. M. (2019). A qualitative study of patient-centered goal-setting in geriatric rehabilitation: patient and professional perspectives. *Clin Rehabil*, 33(1), 128–140.
- Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clin Rehabil*, 23(4), 291–295.
- World Health Organization. (2011). *World Report on Disability*. Geneva: World Health Organization.
- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid, et samfunnsoppdrag* (2. utg.) (s. 33–52). Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2016). Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid, et samfunnsoppdrag* (2. utg.) (s. 17–32). Oslo: Universitetsforlaget.
- Wyller, T. (2005). Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis. I S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (s. 40–62). Oslo: Universitetsforlaget.
- Zetterberg, A. & Hagby, C. (2011). Hvordan kan ergoterapeuten fremme brukermedvirkning i rehabiliteringsprosessen? *Ergoterapeuten*, 54(1), 23–27.
- Ødegård, A. (2016). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid, et samfunnsoppdrag* (2. utg.) (s. 113–127). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1- Intervjuguide

Todelt intervjuguide inspirert av Kvale & Brinkmann (s. 164).

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsepersonell som arbeider i tverrprofesjonelle grupper med målsettingsarbeid sammen med eldre på en rehabiliteringsavdeling?

Innledende spørsmål:

Hva er en målsamtale slik du forstår den?

Tror du at dine kollegaer forstår målsamtale på samme måte?

Er bruken av målsamtalen noe som diskuteres på avdelingen?

Hvorfor er setting av mål viktig i rehabilitering av skrøpelige eldre sett ut fra din faglige bakgrunn og erfaring?

HOVEDSPØRSMÅL	INTERVJUSPØRSMÅL (støttespørsmål)
Hvordan foregår målsettingsprosess på rehabiliteringsavdelingen hos dere?	Hvordan forbereder du deg til en målsamtale? Hvordan forbereder pasienten seg før en målsamtale? Hvordan blir rammene for en målsamtale satt? Hvor foregår målsamtalene? Hvem er tilstede under målsamtalene? Tverrfaglig? Pårørende? Hvem har ansvar for at målene blir fulgt opp? Hvor dokumenteres målene? Og hvor enkelt er det for andre ansatte/dine kollegaer å finne tilbake til dette? Er målene «lett» synlig for alle ansatte på avdelingen (de det angår) når de går inn i brukers journal eller må det «letes opp»? Hvilke strategier benyttes for å komme frem til målene sammen med pasienten?
Hvordan opplever du målsamtalen med eldre skrøpelige?	Hva legger du vekt på i en målsamtale med eldre skrøpelige? Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde en god målsamtale med pasienten? Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde en mindre god målsamtale med pasienten?
Hvor viktig er målsettingsarbeid med eldre skrøpelige for ditt arbeid?	På hvilken måte styrer målsettingen innholdet i behandling og rehabiliteringsforløp? Er det situasjoner der setting av mål ikke anses som viktig?

Hvordan opplever du at eldre skrøpelige pasienter tar del i å sette mål?	Hvordan opplever du at eldre skrøpelige tar del i sin egen målsettingsprosess? Hvilke faktorer opplever du at fremmer og hemmer pasientens medvirkning i målsettingsarbeidet? Hvordan involveres pårørende i målsettingsarbeidet hos eldre skrøpelige?

Vedlegg 2- Søknad NSD - tilbakemelding

NSD Personvern

15.06.2019 17:34

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 183721 er innsendt og mottatt.

NSD Personvern

14.06.2019 13:26

Tilbakemelding på meldeskjema med referansekode 183721:

NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.

HVA MÅ DU GJØRE VIDERE?

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE?

NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

VILKÅR

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet
2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)
3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt.
4. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser
5. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)
6. Utvalget ditt taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse. Informasjonen du gir må minst inneholde:

- Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til
- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
- Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring
- At du behandler opplysninger om den registrerte (utvalget ditt) basert på deres samtykke / At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke
- At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
- At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)
- Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer:

nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html

Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

NSD SIN VURDERING

NSD SIN VURDERING

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet, vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20).

Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkårene nevnt over, vurderer NSD at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

NSD Personvern

13.06.2019 16:11

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 183721 er innsendt og mottatt.

NSD Personvern

17.06.2019 10:07

Tilbakemelding på meldeskjema med referansekode 183721:

NSD bekrefter å ha mottatt et revidert informasjonsskriv/endret dokument. Vi gjør oppmerksom på at vi ikke foretar en vurdering av skrevet/dokumentet, og vi forutsetter at du har foretatt de endringene vi ba om. Dokumentasjonen legges ut i Meldingsarkivet og er tilgjengelig for din institusjon sammen med øvrig prosjektdokumentasjon. Vurderingen med vilkår gjelder fortsatt.

NSD Personvern

15.06.2019 17:34

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 183721 er innsendt og mottatt.

Vedlegg 3- Informert samtykke og forespørsel om deltakelse til deltakerne

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om «Opplevelser og erfaringer med målsettingsarbeid på rehabiliteringsavdeling med eldre skrøpelige blant tverrfaglig helsepersonell»

Jeg er masterstudent i rehabilitering og habilitering ved OsloMet– storbyuniversitetet, og holder på med den avsluttende masteroppgaven. Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke målsettingsarbeid med eldre skrøpelige på en rehabiliteringsavdeling. Jeg er interessert i å få innsikt i hvilke erfaringer tverrfaglig helsepersonell som jobber med eldre skrøpelige har med målsettingsarbeid.

I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for oppgaven og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studiens hensikt er å undersøke og beskrive hvilke erfaringer helsepersonell som jobber på en rehabiliteringsavdeling har med å utarbeide mål sammen med eldre skrøpelige pasienter, og hvordan målene blir ivaretatt. Formålet er å fremskaffe kunnskap og økt forståelse for hvordan helsepersonell som jobber på en rehabiliteringsavdeling erfarer det å utarbeide mål i en rehabiliteringsprosess. Det skal arbeides ut fra følgende problemstilling: *Hvilke erfaringer har helsepersonell som arbeider i tverrprofesjonelle grupper med målsettingsarbeid sammen med eldre skrøpelige på en rehabiliteringsavdeling?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet- Storbyuniversitet er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det er ønskelig å intervju helsepersonell som jobber tverrfaglig på en rehabiliteringsavdeling. De må ha minimum 5 års arbeidserfaring med rehabilitering og jobbet med pasientgruppen eldre skrøpelige. Intervjuet vil vare imellom 45-60 minutter, eventuelt kortere, og vil fortrinnsvis skje på din arbeidsplass etter nærmere avtale. Det vil bli benyttet båndopptaker mens intervjuet pågår. Aktuelle tema for intervjuet vil være målsettingsprosessen, utarbeidelse av mål med eldre skrøpelige, og dine erfaringer rundt dette. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuet i løpet av september/oktober 2019.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Alle opplysninger som gis vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenne opplysninger. Informasjonen som gis kan ikke spores tilbake til deg. Ingen navn eller andre personopplysninger vil bli offentliggjort i oppgaven og dataen vil anonymiseres. Navnet på kommune du jobber i, eller arbeidsplass vil heller ikke bli publisert.

Det er kun masterstudenten og veileder fra OsloMet- storbyuniversitetet som har tilgang til informasjonen som gis. Informasjonen vil bli slettet når masteroppgaven er ferdigskrevet, og dette vil skje i løpet av våren 2020.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
å få rettet personopplysninger om deg
å få slettet personopplysninger om deg
å utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.
På oppdrag fra OsloMet- storbyuniversitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: OsloMet- storbyuniversitet ved masterstudent Malin Skansen på e-post malinskansen91@gmail.com eller telefon 934 27 717 eller veileder Per Koren Solvang på e-post per.koren.solvang@oslomet.no

Vårt personvernombud: Personvernombud ved OsloMet ved Ingrid S. Jacobsen på e-post personvernombud@oslomet.no eller telefon 67 23 55 34

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

Med vennlig hilsen

Malin Skansen

Masterstudent ved OsloMet– storbyuniversitet

Samtykkeerklæring:

Jeg samtykker til å delta i undersøkelsen «Opplevelser og erfaringer med målsettingsarbeid på rehabiliteringsavdeling med eldre skrøpelige blant tverrfaglig helsepersonell».

Navn

Dato
