

Masteroppgave

MAREH5900

Mai 2020

**Opplevd brukermedvirkning, tilfredshet
og utbytte av et rehabiliteringsopphold ved
Beitostølen helsesportsenter**

«Den vet best hvor skoen trykker som har den på»

Kandidatnavn: Anette Bunde

Kandidatnummer: 607

Emnekode: MAREH5900_1

Antall ord: 21348

Fakultet for helsevitenskap

Forord

Denne masteroppgaven er basert på en brukererfaringsundersøkelse ved Beitostølen Helseportsenter, som er et rehabiliteringssenter i Spesialisthelsetjenesten. Studien har kvantitativt design, og data er blitt samlet inn ved hjelp av et standardisert spørreskjema, PasOpp rehab nasjonal. Jeg håper resultatene kan bidra i arbeidet med å kvalitetssikre tjenestetilbudet til unge voksne og voksne brukere, og gi nyttige innspill til videreutvikling av tjenestetilbudet for fagutøverne.

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik, utfordrende og spennende reise. Selv om det har vært en lang prosess, vil jeg understreke at læringsprosessen har gitt meg både faglig og personlig utvikling. Det er mange som har bidratt til å muliggjøre arbeidet med dette prosjektet. Jeg vil få takke direktør, Astrid Nyquist, for at jeg har fått lov til å samle inn data og gjennomføre studien ved Beitostølen Helseportsenter.

En spesiell takk vil jeg rette til min veileder, Reidun Birgitta Jahnsen, som har vært min viktigste støttespiller gjennom hele prosessen. Tusen takk for at du har gitt meg inspirasjon, tro og håp. I tillegg til å dele din faglige kunnskap, erfaringer og kompetanse med meg.

Takk til Are Hugo Pripp som har vært til stor hjelp med kvalitetssikring av statistiske analyser.

Tusen takk til Rune Kleverud som har bidratt med fremragende hjelp og støtte, slik at jeg kom i mål med oversiktlige tabeller og figurer.

Til sist vil jeg få takke jentene mine Maia og Ane, for stor tålmodighet og forståelse gjennom kvelder, helger og ferier, med «skylapper» og fokus på studiet. Jeg er svært takknemlig for all støtte, oppmuntring og motivasjon underveis i prosessen, som har bidratt til at jeg har kunnet fullføre dette mastergradsprosjektet.

Slidre 01.05.2020

Anette Bunde

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1 Rehabilitering	8
1.2 Kvalitet i tjenesten	10
1.3 Studiens formål og problemstilling	11
1.4 Beitostølen Helseportsenter	12
1.5 Min forforståelse	14
1.6 Tidligere forskning	15
2.0 Teoretiske perspektiver	19
2.1 Samfunnsutviklingens innvirkninger på helsepolitiske føringer	19
2.2 Rehabilitering og habilitering	20
2.3 Brukermedvirkning, utvikling og hensikt	21
2.4 Brukermedvirkning, utvikling og kunnskap	23
2.5 Empowerment og brukermedvirkning	24
2.6 Samvalg og medvirkning	25
2.7 Pasientens helsetjeneste – kvalitet i tjenestene	26
3.0 Design, datamateriale, utfallsmål og analyser	27
3.1 Design	28
3.2 Planlegging, datainnsamling og utforming av studien	29
3.3 Studiens populasjon og utvalg	29
3.4 Utforming av Kunnskapscenterets spørreskjema	30
3.5 Studiens forskningsspørsmål	32
3.6 Statistisk analyse	33
3.7 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet	35
3.8 Reliabilitet	35
3.9 Validitet	36
3.10 Etikk og personvern.....	38
4.0 Resultater	39
4.1 Beskrivelse av studiens utvalg	39
Tabell. 1. Utvalgets sosiodemografiske og diagnostiske karakteristika	40
4.2 Deltakernes opplevelse av helse	41
Figur. 1. Opplevelsen av egen helse	41
4.3 Brukernes opplevelse av behandlernes faglige kvalitet	42
Figur. 2. Møte med behandlerne	43
Figur. 3. Tillit til behandlernes faglige dyktighet?	44
Figur. 4. Hadde behandlerne tid når du trengte det?	45
Figur. 5. Samarbeid om egen rehabilitering?	46

4.1 Brukermedvirkning i målsettingsarbeidet.....	46
Figur. 6. Tatt med på råd i egen rehabilitering?	47
Figur. 7. Var du og behandler enige om målene for oppholdet?	48
Figur. 8. Var behandlerne interessert i din beskrivelse?.....	49
4.2 I hvilken grad opplevde den enkelte utbytte av oppholdet?	49
Figur. 9. Utbytte av rehabiliteringsoppholdet, alt i alt?	50
Figur. 10. Fysisk utbytte av oppholdet?	51
Figur. 11. Psykisk utbytte av oppholdet?	52
Figur. 12. Utbytte i forhold til å mestre daglige gjøremål?	53
Figur. 13. Utbytte i forhold til å delta i sosiale aktiviteter?	54
4.3 Brukertilfredshet med tilbudet	55
Figur. 14. Fornøyd med tilbudet ved institusjonen?	55
4.4 Sammenheng mellom opplevd brukermedvirkning, utbytte og tilfredshet?	56
Tabell. 2. Tatt med på råd, og utbytte?	57
Tabell. 3. Enighet om mål, og utbytte	57
Tabell. 4. Tatt med på råd, og tilfredshet?	57
Tabell. 5. Enighet om mål, og tilfredshet?	57
Tabell. 6. Spearman og P-verdi.....	58
5.0 Diskusjon av resultatene.....	58
5.1 Brukermedvirkning, brukertilfredshet og kvalitet i tjenesten	59
5.2 Helse og livskvalitet	62
5.3 Utbytte av rehabiliteringsoppholdet	64
6.0 Diskusjon av metode	68
6.1 Studiens design og metodiske diskusjon	68
6.2 Studiens validitet og relabilitet	69
7.0 Avslutning	71
7.1 Konklusjon	71
7.2 Anbefalinger for praksis og fremtidig forskning	73
Litteraturliste	75
Vedlegg	79

Sammendrag

Bakgrunn: Rehabilitering omhandler tjenester og tiltak satt i system, slik at brukeren kan få hjelp til å oppnå sine mål. Brukermedvirkning er således sentralt, vil kunne gi nyttig informasjon om brukerens behov, og er en viktig faktor for forbedring av tjenesten. Med utgangspunkt i brukerens egne ressurser, muligheter og behov, skal en rehabiliteringsprosess gjøre det mulig for det enkelte menneske å fungere best mulig innenfor de rammer og muligheter samfunnet gir med hensyn til livskvalitet, mestring og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Hensikt: Hensikten med studien var å kartlegge i hvilken grad funksjonshemmede brukere opplever medvirkning i tjenesten og egen rehabiliteringsprosess, og hvilken betydning dette har for opplevd tilfredshet og utbytte av et rehabiliteringsopphold. Formålet er å rette større fokus mot det som skjer under en rehabiliteringsprosess med utgangspunkt i dagens praksis, og hvordan dette oppleves av brukerne av tjenestene. Intensjonen er å kunne benytte resultatet som fremkommer av studien, i kvalitetsarbeid og utvikling av tjenestetilbudet.

Materiale og metode: Studien er en tverrsnittsundersøkelse, og har kvantitativt design. Data er samlet inn ved Beitostølen Helseportssenter i perioden september 2018 til og med februar 2019, ved hjelp av et standardisert spørreskjema, PasOpp Rehab nasjonal, utgitt av Folkehelseinstituttet, 2009. Resultatene beskrives og bearbeides statistisk ved bruk av statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Science versjon 25.

Resultater: Resultatet viser at brukerne i stor grad opplevde at de fikk medvirke i egen rehabiliteringsprosess og sette seg mål for oppholdet. De opplevde at institusjonen hadde et godt tilbud, og utbyttet var generelt høyt. Opplevd brukermedvirkning hadde en signifikant sammenheng med opplevd tilfredshet og utbytte. Åpne kommentarer fra brukerne utdypet funnene. De var takknemlige for muligheten de fikk på senteret, og mente at det i stor grad var teamets fortjeneste som tilrettela for alles behov.

Konklusjon: Graden av opplevd brukermedvirkning var positivt korrelert med graden av opplevd tilfredshet med tilbudet ved senteret, og opplevd utbytte av oppholdet. Med tanke på at ett av målene med mastergradsstudien var å se på kvaliteten av tjenesten ved Beitostølen Helseportssenter relatert til brukermedvirkning, vil brukernes erfaringer være viktige faktorer for forbedring og kvalitetsutvikling av tjenesten.

Abstract

Background: Rehabilitation deals with services and measures put into system so that the users can be helped to achieve their goals. User participation is thus central, can provide useful information about user's needs, and is an important factor in improving the service. Based on the user's own resources, opportunities and needs, a rehabilitation process should enable the individual to function as best as possible within the framework and opportunities offered by society in terms of quality of life, coping and participation socially and in society.

Aim: The purpose of the study was to identify the extent to which disabled users experience participation in their own rehabilitation process, and what significance this has for the experience of satisfaction and benefit of a rehabilitation stay. The purpose of this study was to focus on what happens during a rehabilitation process based on current practice, and how this is experienced by the users of the services. The intention is to be able to use the results of the study, further in the quality work and development of the services.

Material and method: The study is cross-sectional survey. Data were collected at Beitostølen Healthsports Center from September 2018 through February 2019, using a standardized questionnaire, PasOpp Rehab National, published by the Institute of Public Health, 2009. The results are described and processed statistically using the Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 25.

Results: The result showed that the users largely experienced they were able to participate in their own rehabilitation process and set goals for their stay. They found that the institution provided good services, and experienced benefit was generally high. Experienced user participation was significantly associated with experienced satisfaction and benefit of the rehabilitation stay. Open comments from the users elaborated the findings. The users were grateful for the opportunity they had at the center, and felt that it was largely the team's merit that met everyone's needs.

Conclusion: The degree of experienced user participation was positively correlated with the degree of experienced satisfaction with the offer at the center, and the benefit of the stay. Considering that this study also intended to investigate the quality of service at Beitostølen Healthsports Center related to user involvement, the users' experiences will be important factors for improvement and quality development of the services.

1.0 Innledning

Hensikten med denne mastergradsstudien var å undersøke hvilken betydning opplevd brukermedvirkning har for opplevd tilfredshet og utbytte av et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helsesportsenter.

Beitostølen Helsesportsenter er et rehabiliteringssenter i spesialisthelsetjenesten, som tilbyr døgnerhabilitering til mennesker med ulike diagnoser og funksjonsnedsettelse i ulike aldersgrupper. Helsesportsenteret er en privat institusjon, en ideell stiftelse som ledes av et styre sammensatt etter stiftelsens vedtekter. Senteret har avtale med Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt, i tillegg til å tilby gjesteplasser til brukere fra Helse Nord. Et rehabiliteringsopphold dekkes av de regionale helseforetakene og er uten kostnader for brukerne.

Sentralt i oppgaven er brukermedvirkning, et ønske om å undersøke i hvilken grad brukerne opplever å få ta del i egen rehabiliteringsprosess og å få sette seg egne mål for oppholdet. I hvilken grad brukermedvirkning har betydning for tilfredshet og utbytte av et rehabiliteringsopphold, er viktig for å kunne gjøre en vurdering av kvaliteten på tjenesten. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet (NOU 2001: 22). Utgangspunktet for brukermedvirkning i denne studien er på individnivå, og er lovfestet i «*Pasient- og brukerrettighetsloven*» (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). I hvilken grad de ulike fagutøverne samarbeider om den enkeltes rehabiliteringsplan, understøttes i § 3, *forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Rehabilitering er her forstått som tverrfaglige og tverrsektorielle tiltak og prosesser med utgangspunkt i brukerens mål og behov. Målet er at det enkelte individ skal få bistand til å mestre hverdagen, delta sosialt og i samfunnet.

Studien har kvantitativt tverrsnitts-design, og ble gjennomført som en spørreundersøkelse i perioden september 2018 til mars 2019, ved bruk av et standardisert spørreskjema utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2009). Skjemaet PasOpp Rehab nasjonal består av 53 ulike spørsmål, og er utviklet som et instrument for å vurdere brukererfaringer ved private rehabiliteringsinstitusjoner (vedlegg 6). Beitostølen Helsesportsenter som får oppdrag fra Helse Sør-Øst er pålagt å benytte skjemaet til alle brukere over 18 år. Målgruppen for studien er unge voksne (18-30 år) med fysiske, psykiske og/eller kognitive funksjonsnedsettelse, og voksne over 30 år med neurologiske og

nevromuskulære sykdommer eller funksjonsnedsettelse, i tillegg til brukere med spesiell nytte av helsesport og/eller utprøving av aktivitetshjelpemidler.

Begrepet *bruker* vil videre benyttes i stedet for pasient, bl.a. fordi dette er et begrep som er brukt i definisjonen av rehabilitering, og fordi begrepet peker videre på noe mer enn medisinsk behandling. Rehabilitering omhandler tjenester og tiltak satt i system slik at brukeren kan få hjelp til å oppnå sine mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette kan innebære forbedring og/eller opprettholdelse av funksjonsnivå, hjelp til å endre en helseskadelig livsstil, bidrag til at den enkelte skal klare seg lengst mulig, eller til at flest mulig kan være aktive deltakere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv. Tradisjonelt har målet med rehabilitering vært å føre den enkelte frem til størst mulig selvstendighet (Bautz-Holter, Sveen, Søberg, & Røe, 2007). Rehabiliteringsbegrepets innhold vil bli mer inngående beskrevet videre i oppgaven, samt hvilke helsepolitiske føringer som ligger til grunn for tjenestene, og hvilke rettigheter dette gir for den enkelte bruker. Resultatene fra denne studien vil gi kunnskap om opplevd brukermedvirkning sett i sammenheng med opplevd brukertilfredshet og nytte av et rehabiliteringsopphold, og relateres til kvaliteten i tjenestene som ytes ved Beitostølen Helseportsenter (Sosial- og, 2005).

1.1 Rehabilitering

Som det fremgår av tittelen på studien er temaet knyttet til rehabilitering. For den enkelte bruker kan konsekvensene av sykdom og skade være mange, og nedsatt funksjonsevne er en av dem. Med utgangspunkt i brukerens egne ressurser og behov skal en rehabiliteringsprosess gjøre det mulig for det enkelte menneske å fungere best mulig innenfor de rammer og muligheter samfunnet gir med hensyn til livskvalitet, mestring og deltakelse sosialt og i samfunnet. Hos brukere med sammensatte problemer, blir betydningen av at ulike aktører samarbeider med brukeren om et felles mål som er satt av brukeren svært tydelig (Killingmo, Mathisen, Jakobsen, & Helsedirektoratet, 2009). Fra et rehabiliteringsperspektiv har det vært en dreining fra å se på funksjonshemming som en medisinsk tilstand, som eksklusivt fokuserer på kroppslige skader og avvik, og hvor inngrep og tiltak kan minimere denne, til den sosiale tilnærmingen som i stedet fokuserer på samfunnsordninger og strukturelle forhold. Denne tilnærmingen forsøker å minimere funksjonshemming gjennom tilrettelegging av de fysiske omgivelsene, slik at den enkelte skal kunne innvirke og aktivt delta i egen rehabilitering (Grue, i (Solvang & Slettebø, 2012)).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har gjennom International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (2001), inkludert deltakelsesbegrepet i funksjon. I helsetjenestene forøvrig har det vært en dreining fra å se på den enkelte som syk med en sykdom, til å se på konsekvensene av svekkelse, uførhet og helsestatus. Brukeren skal være i sentrum og ha rett til å delta aktivt i egen behandling, samtidig som samarbeid mellom helsepersonell og brukere er en forutsetning for kvalitetsutvikling i tjenestene (Meld. St. 6, 2017-2018). Samfunnet har tatt konsekvensen av dette gjennom endringer av lovverk og ved å tilføre nye lovfestede rettigheter, blant annet gjennom fritt sykehus- og rehabiliteringsvalg, og lovverk som støtter brukermedvirkning. Gjennom Meld. St. 6 (2017-2018) ønsker regjeringen å skape pasientens helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom budsjettproporsjoner og Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 formidlet krav om at fagfeltet rehabilitering skal styrkes (Riksrevisjonen, 2011). I strategien understrekes behovet for tilstrekkelige ressurser og kapasitet i tjenestene, og fagfeltet må bli det neste store satsningsområdet for helsevesenet. I spesialisthelsetjenesten skal rehabilitering styrkes når det gjelder både omfang og kvalitet på tjenester som tilbys. Ved behandling av St.meld. nr. 21 (1998-99) «Ansvar og meistring, mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk», ga Stortinget sin tilslutning til forståelsen av rehabilitering (Sosial og Helsedepartementet, 2001).

Et viktig krav til tjenesten er at den skal *«være målretta og planlagt, tverrfaglig og samordna, og brukers innflytelse er viktig»* (Helsenorge.no). Det handler om en prosess som favner en lang rekke livsområder og involverer derfor en bredt sammensatt gruppe av helse- og sosialfaglige aktører (Solvang & Slettebø, 2012). Denne beskrivelsen finner vi igjen i rehabiliteringsdefinisjonen fra 1998-1999, St. Meld. nr. 21 (Sosial og Helsedepartementet, 2001). Definisjonen har i de senere år blitt sterkt kritisert, blant annet på bakgrunn av at rehabilitering og habilitering har blitt sett på som en tidsavgrenset prosess og at brukerperspektivet i liten grad fremkommer som en viktig del av rehabiliteringen. På bakgrunn av samfunnets utvikling og nytt lovverk, har behovet for en ny definisjon tvunget seg frem. Prosessen med å formulere og bli enige om en ny definisjon har tatt tid, men 1. mai 2018 trådte den nye definisjon av rehabilitering og habilitering i kraft (Helsedirektoratet, 2018). Hensikten med den nye definisjonen var å forsterke brukerperspektivet i tråd med målet om pasientens helsetjeneste. Den nye definisjonen gir tydelige føringer for hvordan rehabilitering skal utøves. Det er pasienten og brukerens mål for eget liv som skal legges til grunn ved utforming av tjenesten. De viktigste endringene handler om tidsavgrensning, innhold i tjenesten og et absolutt krav om tverrfaglighet. Skillet mellom rehabilitering og

forebygging, og mellom medisinsk og psykososial rehabilitering utviskes i den nye definisjonen (Helsedirektoratet, 2018).

Den nye rehabiliteringsdefinisjon:

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

(Helsedirektoratet, 2018).

Hvordan man kan forstå rehabiliteringsbegrepet og brukermedvirkning vil bli nærmere beskrevet i kapittel 2.0, som er et teoretisk rammeverk for diskusjonen i studien.

1.2 Kvalitet i rehabiliteringstjenesten

På bakgrunn av at rehabiliteringstilbudet i stor grad var preget av manglende planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og lite medvirkning fra brukerne selv, var St.meld. nr. 21 «Ansvar og mestring» (1998-1999) ett viktig bidrag. Stortingsmeldingen pekte på at kunnskapen var fragmentert og at det var store kompetansemangler. Formålet var å fremme strategier for et mer systematisk og effektivt rehabiliterings- og habiliteringsarbeid på brukernes premisser. Med et økende press på rehabiliteringsinstitusjonene (Bautz-Holter et al., 2007), og flere som lever med funksjonshemninger, vil gode behandlings- og rehabiliteringstjenester være av avgjørende betydning for å forebygge og redusere den enkeltes hjelpebehov. Det vil kunne gi økt livskvalitet for den det gjelder, men også redusere ressursbruk i omsorgstjenesten, med forutsetning om at den hjelpen som gis, ivaretar og styrker ressursene den enkelte er i besittelse av (Hvalvik, 2008). Samfunnets utvikling og helsepolitiske føringer har gjennom de tre siste tiårene omformet brukernes posisjon i helse-, rehabiliterings- og omsorgstjenestene (Andreassen, 2012). Våren 1999 sluttbehandlet Stortinget fire nye helselover, noe som ble omtalt som den største lovreformen innen helserett i det forrige århundret. Disse lovene er *Spesialisthelsetjenesteloven (2001)*, *Psykisk helsevernlov (2001)*, *Pasientrettighetsloven (2001b)*, og *Helsepersonelloven (2001a)*. Lovene representerer et *paradigmeskifte*, en dreining bort fra en noe *paternalistisk* styrt helsetjeneste

mot å vektlegge *brukerens rettigheter* i større grad (Tveiten, 2007). I 2006 vedtok FN en egen konvensjon for mennesker med funksjonshemming, ratifisert i Norge 2013 (Barne-, og likestillings og inkluderingsdepartementet, 2013). Konvensjonen skulle sikre at funksjonshemmede fikk sine rettigheter innfridd på lik linje med funksjonsfriske, da vi vet at funksjonshemmede ekskluderes fra mange viktige områder i samfunnet, som utdanning, helse og arbeid. Dermed ble helsevesenet i større grad basert på pasientrettigheter, som språklig kommer til uttrykk fra å snakke om «*pasienter*» til å snakke om «*brukere*».

I henhold til Helsedirektoratets forskrift om kvalitet i tjenesten, skal helse- og omsorgstjenesten bidra til kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Sosial- og, 2005). Målet er tjenester av god kvalitet der god kvalitet innebærer at tjenestene er; virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og rettferdig fordelt og utnytter ressursene på en god måte (Sosial- og, 2005).

Trygge og sikre tjenester kan også forstås som krav om gode rutiner i forhold til helse- miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS), og at tjenestene utføres på en forsvarlig faglig måte (Sosial- og helsedepartementet, 2005). Kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøver bruker ulike kunnskapskilder i praksis (Helsebiblioteket.no). Ved å bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og brukerens kunnskap sammen, har vi mulighet til å bedre kvaliteten på tjenestene våre. Aktiv brukermedvirkning vil gi nyttig informasjon om brukernes behov, gi nye perspektiver på tjenestene og motivasjon for forbedringsarbeid. At brukerne deltar i samarbeidet er en konsekvens av synet på brukeren som «ekspert» på seg selv og brukermedvirkning som prinsipp.

Videre i Kapittel 1.0, følger en beskrivelse av studiens formål og problemstilling, Beitostølen Helseportsenter, min forforståelse, samt tidligere forskning på dette feltet.

1.3 Studiens formål og problemstilling

Formålet med denne mastergradsstudien er å kartlegge i hvilken grad funksjonshemmede brukere opplever medvirkning i tjenesten og egen rehabiliteringsprosess, og hvilken betydning dette har for opplevd tilfredshet og utbytte av et rehabiliteringsopphold.

Bakgrunnen er av egen interesse og nysgjerrighet på om fagutøvere ved Beitostølen Helseportsenter faktisk følger lovverket og ivaretar brukerne på en god måte. Hensikten er å

rette større fokus mot det som skjer under en rehabiliteringsprosess med utgangspunkt i dagens praksis blant fagutøverne, og hvordan dette oppleves av brukerne av tjenestene. Intensjonen er å kunne benytte resultatene som fremkommer videre i kvalitetsarbeid- og utvikling av tjenesten ved Beitostølen Helseportsenter. Med disse tankene som utgangspunkt, har oppgaven fått følgende hovedproblemstilling:

«I hvilken grad oppleves brukermedvirkning, og hvilken sammenheng har dette med opplevd tilfredshet og utbytte av et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helseportsenter».

For å få god oversikt har jeg valgt å operasjonalisere hovedproblemstillingen i fire forskningsspørsmål:

- 1. I hvilken grad opplevde brukerne medvirkning i spørsmål som omhandlet egen rehabilitering og målsetting?*
- 2. I hvilken grad opplevde brukerne at behandlerne samarbeidet om den enkeltes rehabiliteringsopplegg?*
- 3. Hvilket utbytte hadde den enkelte bruker av rehabiliteringsoppholdet i forhold til fysisk- og psykisk helse, mestring av daglige gjøremål og sosial deltakelse?*
- 4. I hvilken grad var brukerne fornøyd med tilbudet ved institusjonen?*

Et overordnet mål for Beitostølen Helseportsenter er at den enkelte skal gjenvinne funksjoner som gjør dem i stand til å mestre dagliglivets gjøremål og finne aktiviteter som kan videreføres lokalt (www.bhss.no). Det er et uttalt mål for institusjonen og fagutøverne at brukerne blir i varetatt på en god måte, samtidig som de får medvirke i egen rehabiliteringsprosess. I stortingsmelding 21 (1998-1999) fremheves det at ”resultatet av rehabiliteringsprosessen er helt avhengig av personens aktive medvirkning for å lykkes”. Målet er en brukersentrert tjeneste av god kvalitet. Brukermedvirkning er et sentralt begrep, og omtales mer inngående i teoridelen, Kapittel. 2.0, side 19.

1.4 Beitostølen Helseportsenter

Før jeg går videre inn i selve tematikken, ønsker jeg og gi en kort beskrivelse av grunnleggeren av Beitostølen helseportsenter, Erling Stordahl, og institusjonen jeg jobber ved.

Beitostølen Helseportsenter er et rehabiliteringssenter i spesialisthelsetjenesten som tilbyr re-/habiliteringsopphold til barn, ungdom og voksne med ulike diagnoser, funksjonsnedsettelse og funksjonsnivå (www.bhss.no). Senteret ble etablert gjennom et samarbeid mellom Erling Stordahl og sentrale myndigheter, finansiert av Lions Røde fjær innsamlingsaksjon, og åpnet i 1970. Erling Stordahl ble sett på som et svært ressurssterkt og sammensatt menneske, rikt begavet på mange områder, til tross for at han mistet synet i ung alder (Andersen, 2010). I sin selvbiografi «Stien over fjellet» (1957), var det sentrale temaet, hvordan noe som var en hindring, et handikapp, kunne omskapes til noe positivt. Hans formål var å skape et unikt senter, hvor fysisk aktivitet kunne hjelpe funksjonshemmede til å leve et fullverdig liv. Erling Stordahl så hvordan kultur, natur, idrett og fysisk aktivitet kunne bidra til helse, mestring og trivsel. Troen på det enkelte menneskets ressurser og muligheter var en glødende drivkraft i alt hans arbeid, og en visjon som gjennom årene er videreført ved senteret. I år 2020 fyller Beitostølen Helseportsenter 50 år. På Lions Norges Riksmøte 25.-26. mai 2019, ble det vedtatt at Lions Røde Fjær innsamlingsaksjon skulle gå til helseportsenteret og bygging av et familie- og kompetansehus. Målet er å kunne gi enda flere mennesker et bredere og bedre tilbud, spesielt med tanke på de gruppene i befolkningen som trenger det mest, men som kanskje ikke får nyttiggjort seg det tilbudet som finnes.

I tråd med Erling Stordahl's visjon, og en viktig ledesnor for senteret, er aktivitet og deltakelse med fokus på muligheter fremfor begrensninger (www.bhss.no). Gjennom en kombinasjon av tilpasset fysisk aktivitet med medisinsk, pedagogisk og sosialfaglig veiledning og oppfølging, deltar årlig omkring 800 barn, ungdom og voksne i rehabiliteringsprogrammene på senteret. Det legges særlig vekt på aktiviteter som er overførbare til brukernes egen hverdag og eget lokalmiljø. Moderne aktivitetsfasiliteter og utstyr kombinert med flott natur, gir senteret en unik mulighet til å tilby et bredt spekter av aktiviteter både innendørs og utendørs tilpasset den enkeltes forutsetninger. I tillegg driver Beitostølen Helseportsenter utviklingsarbeid og forskningsvirksomhet som bidrar til å fremme aktiv deltakelse i et livsløpsperspektiv. Siden starten av 1970 har senteret vektlagt dokumentasjon av sin virksomhet som grunnlag for faglig utvikling og kvalitetsforbedring. Forskningen er praksisnær og har som formål å skaffe til veie ny kunnskap for videreutvikling av rehabiliteringsfeltet, der tilpasset fysisk aktivitet (helsesport) inngår som et hovedvirkemiddel. Et tverrfaglig miljø med stadig høyere kompetanse, kombinert med over 200 studenter årlig, skaper et unikt miljø for fordypning og nyskaping. Senteret har «Beste

Praksis» som drivkraft. Beitostølen Helseportsenter er anerkjent både nasjonalt og internasjonalt for sitt fagfelt fysisk aktivitet og funksjonshemming.

Rehabiliteringstilbudet organiseres hovedsakelig i grupper, med en varighet av 2 til 4 uker. Hovedfokus er på aktivitetsutprøving og ferdighetslæring, og i tillegg suppleres det med individuelle tilbud og spesifikk trening. Det intensive, målrettede tilbudet består av 3-5 aktivitetsøkter daglig, i tillegg til valgfrie sosiale aktiviteter på ettermiddager og i helgene. Gruppene fordeles etter alder og diagnose. Barn i alderen 5-17 år tilbys opphold uavhengig av diagnose, det samme gjelder for gruppen unge voksne som er i alderen 18-30 år (www.bhss.no). Målgruppen voksne over 30 år, er brukere med nevrologiske og nevrologiske sykdommer/funksjonsnedsettelse som fysisk og sosialt vil ha utbytte av et tilrettelagt tilbud. Det tas også inn søkere med målsetninger spesielt knyttet til helsesport og/eller utprøving av aktivitetshjelpemidler. Beitostølen Helseportsenter tilbyr også ulike emnekurs. Blant annet «Ung aktiv i rullestol» og «familieopphold», samt spesifikke tilbud til ulike diagnosegrupper. Et samarbeid inngått med rehabiliteringstjenster i Helse Sør-Øst, Vest og Midt-Norge gjør at mange av oppholdene med barn i alderen 5-17 år er formet i henhold til *lokalmiljømodellen* som ble utarbeidet gjennom et doktorgradsprosjekt ved senteret (Nyquist, 2012). Lokalmiljømodellen legger til rette for fire opphold fordelt på ulike årstider gjennom barne- og ungdomstrinnet i grunnskolen. Brukerne følges opp av et tverrfaglig team bestående av lege, sykepleier, fysioterapeut, idrettspedagog, ergoterapeut og sosionom. Fagpersonell skal sammen med bruker definere klare mål og finne frem til- og enes om tiltak som skal til for at den enkelte skal nå sine mål. Brukermedvirkning er derfor et sentralt aspekt ved tjenesten. Håpet er at resultatene fra studien vil kunne bidra i arbeidet med å kvalitetssikre tilbudet til unge og voksne brukere som tilbys et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helseportsenseter.

1.5 Min for forståelse

Etter snart seks år som sykepleier ved Beitostølen Helseportsenter har jeg dannet meg et bilde av hvordan brukerne blir ivaretatt ved senteret. Behovene er sammensatte, forventningene mange, noe som stiller store krav til kvaliteten på tjenestene. Et godt tverrfaglig samarbeid er viktig for å ivareta den enkelte, men også aktivitetstilbudet, organisering og tilrettelegging av timeplaner, renhold, kjøkken m.m. vil være avgjørende for hvorvidt vi lykkes i jobben med å være et rehabiliteringssenter som brukerne ønsker å komme

til, og også ønsker å komme tilbake til. Behandlingen har fokus på aktivitet og deltakelse, som for mange handler om å finne balanse mellom aktivitet og hvile. Brukerens behov skal stå i sentrum for behandlingsopplegget. Den enkelte har som regel mange ønsker for hvordan egen rehabilitering skal foregå, og målene for oppholdet varierer fra individ til individ. Noen kommer med høye forventninger som kan være urealistiske og innfri, mens andre har et bilde av at de kommer til et behandlingsopphold hvor de tenker at de skal få «massasje» og «pleie», uten å måtte være aktive selv. Utfordringene som fagutøver er å behandle den enkelte ut i fra hans/hennes personlige forutsetninger, ønsker og behov. Å behandle den enkelte ut fra hvilke ressurser som finnes, og hvilken livssituasjon den enkelte befinner seg i, krever erfaring og faglig kunnskap. Det kan være utfordrende å gi veiledning og råd basert på faglige beslutninger dersom bruker ikke aksepterer sin diagnose eller sine funksjonstap, noe som kan være en livslang prosess. Relasjonen mellom fagutøver og bruker er helt avgjørende i møte med den enkelte for å oppnå en god samarbeidsplattform og for å bygge tillit.

Gjennom studien ønsker jeg å få svar på i hvilken grad brukerne av tjenesten opplever at fagutøverne har brukermedvirkning for øyet i behandlingsopplegget. Gjennom integrering av praksiserfaringer, brukeropplevelser og faglig kompetanse skal brukeren oppleve å ha reelle valgmuligheter innenfor rammene av oppholdet og få opplevelsen av å medvirke i egen rehabiliteringsprosess (www.bhss.no). Det sentrale i rehabiliteringsprosesser er å bidra til at den enkelte opplever mestring, trygghet og et positivt selvbilde, samt opplever å av makt og kontroll over eget liv.

Det å forske på egen arbeidsplass har både vitenskapelige og etiske aspekter. Forforståelsen av hvilken effekt jeg som forsker har på egen forskning, er et sentralt redskap for meg selv, så vel som for den fremtidige leseren. Å forske på eget praksisfelt kan være en ressurs, men det kan også svekke det kritiske blikket (Thrane, 2018). Min ambisjon gjennom hele forskingsprosessen har vært å frembringe og presentere de funn som kommer frem gjennom datainnsamlingen på en hensiktsmessig og relevant måte. Jeg ønsker derfor at min forskning skal være transparent gjennom hele forskingsprosessen. De erfaringsnære beskrivelsene fra brukerevalueringundersøkelsen som krever tolkning, vil likevel være en fortolkning ut i fra mitt faglige ståsted som sykepleier på min egen arbeidsplass.

Jeg håper at kunnskapen som utvikles gjennom denne studien vil kunne bli anvendt i det videre arbeidet med å utvikle og forbedre kvaliteten i tjenesten, og gi grunnlaget for et

forbedret oppfølgingstilbud til unge voksne og voksne med fysiske, psykiske- og/eller kognitive funksjonsnedsettelse.

1.6 Tidligere forskning

I dette avsnittet presenteres tidligere forskning som er relevant for studiens problemstilling. Hensikten med søk etter tidligere forskning er å skaffe oppdatert kunnskap om tema og problemstilling for å kunne fylle eventuelle kunnskapshull (Dysthe, Hoel, & Hertzberg, 2010), i tillegg til bakgrunnskunnskap for å diskutere egne funn. Da studien var ute etter kunnskap om brukermedvirkning, brukertilfredshet og opplevd utbytte av et rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten, dannet dette også rammene for søket etter tidligere forskning.

Med utgangspunkt i studiens problemstilling, ble det gjort systematisk søk i søkemotorene, Medline, Swemed+, Cinahl og PubMed. Med systematisk søk menes her at Kunnskapssenterets beskrivelse og veiledning av systematiske søk ble fulgt. Bakgrunn for valg av databaser var at de dekker et stort felt av vitenskapelig kunnskap innen helse og medisin. Søkene ble utført i perioden desember 2018 – april 2019. I oppstarten ble det innhentet søkehjelp av bibliotekar ved OsloMET. Søkene omfattet vitenskapelige artikler på engelsk, dansk, svensk og norsk. Søkeord som ble benyttet var: Rehabilitation, patient participation, patient involvement, patient centered og empowerment. Ett søkeord alene gav alt for mange treff. Det var derfor nødvendig å kombinere søkeordene med OR eller AND.

Ved søk i databasene viste det seg at det var få studier som var utført med fokus på det jeg var ute etter å finne svar på. De fleste rehabiliteringsstudiene var knyttet til spesifikke diagnoser, og mange av dem var relatert til psykiske og mentale variabler. En utfordring i søkeprosessen var derfor å finne frem til tidligere forskning som omhandlet rehabilitering og brukermedvirkning, som jeg kunne knytte opp mot min egen forskning.

Ved manuell gjennomgang av treffene i databasene ble studiene valgt ut med hensyn til kvalitet og relevans for denne oppgaven (Dysthe et al., 2010). Kvaliteten ble kritisk vurdert med hensyn til studiens interne og eksterne validitet, samt kliniske relevans. Intern og ekstern validitet defineres og omtales mer inngående i metodedelen, Kapittel 3.0, side 27.

En kvalitativ studie gjennomført i 2006, var ute etter å få svar på hvordan en rehabiliteringsprosess så ut fra et brukerperspektiv (Wikman & Fältholm, 2006). Hensikten med studien var å beskrive brukernes opplevelse av å ha innflytelse og å kunne delta i egen rehabiliteringsprosess. Data ble innhentet av tre fysioterapeuter, ved hjelp av kvalitative intervju med seks brukere under 65 år, som fortsatt var under rehabilitering ved tre ulike helsesentre (Wikman & Fältholm, 2006). Inklusjonskriterier for de seks brukerne var at de måtte ha erfaring fra minimum tre måneders rehabiliteringsprosess og fortsatt være under rehabilitering. Det ble etterspurt erfaringer både fra spesialist- og primærhelsetjenesten. Analysemetoden var kvalitativ og induktiv, inspirert av grounded theory, hvor samspillet mellom datainnsamling og teori identifiserte hovedproblemet og prosessen. Felles for erfaringer fra sykehus, var at brukerne ikke følte det var noe team som hadde ansvaret for rehabiliteringen, dette var langt mer oversiktlig i primærhelsetjenesten (Wikman & Fältholm, 2006). Alle informantene anså det som svært viktig å bli sett og lyttet til, samtidig som de ønsket å bli forstått vedrørende smerter og fatigue. Støtte, oppbakking og oppmuntring var høyest verdsatt. I tillegg viste studien at informantene verdsatte at fysioterapeuten behandlet den enkelte som en «hel» person, med kropp og sjel. Informasjon fra fysioterapeuten om hvordan de burde trene og hvorfor, ble høyt verdsatt. Selv om det kunne føles som en «lærer-undervisnings-situasjon», var det kunnskap som gjorde den enkelte i stand til å bli ansvarlig for-, og å kunne ta del i beslutningsprosessen. Studien viste også at trening sammen med andre i samme situasjon var en god måte å bli motivert på. Felles for informantenes erfaringer med rehabiliteringsprosessen, var at de anså denne som en dynamisk prosess som forbedret livskvaliteten. En viktig forutsetning var at fagutøverne behandlet hvert enkelt individ både i forhold til fysisk funksjon og psykiske helse.

På bestilling fra Helsedirektoratet, ble det i 2009 gjennomført en kunnskapsoppsummering, ved avdeling for rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger (2009). Studien hadde som formål å utarbeide en oversikt over kunnskap om effekten av rehabilitering, når rehabilitering er forstått som tverrfaglig og tverrsektorielle tiltak og prosesser med utgangspunkt i brukerens egne mål og behov for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Holte, Ranheim, Flottorp, & Nokc, 2009). Studien var en systematisk oversikt over kontrollerte effektstudier med søk i databaser for medisinsk forskningslitteratur. Det ble søkt i: The Cochrane Library, MEDLINE og EMBASE, CENTRAL, Cinahl, EMBASE, PsycINFO og Sociological and Social Services Abstracts.

Søket identifiserte 4876 referanser, hvorav totalt seks studier ble inkludert (tre klinisk kontrollerte studier og tre kontrollerte før- og etter-studier).

Inklusjonskriteriene var:

- Populasjon: brukere med nedsatt funksjonsevne uavhengig av diagnose.
- Intervensjon: tverrfaglig og tverrsektorielle tiltak med utgangspunkt i brukerens egne mål og behov, der brukeren medvirket i egen rehabiliteringsprosess.
- Utfall: Deltakelse sosialt eller i samfunnet.

Studiene omfattet ulike typer av brukermedvirkning, blant annet ukentlig kontakt om behov og spesialutviklede spørreskjemaer. Kunnskapsoppsummeringen viste at kvaliteten på dokumentasjonen var for lav til at man kunne trekke sikre konklusjoner og at resultatene kunne generaliseres til andre brukergrupper eller andre typer medvirkning. Resultatene konkluderte med at det var viktig å inkludere brukerne i prosessen som omhandlet egen rehabilitering for å bedre utfallsmålet (Holte et al., 2009).

I 2012 ble det gjennomført en spørreundersøkelse i Norge om brukermedvirkning og brukernes erfaringer med spesialisthelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2011-2012). Brukerne ble bedt om å ta stilling til påstander om deltakelse og målformulering knyttet til rehabiliteringsprosessen. Undersøkelsen viste at et stort flertall av brukerne var fornøyde med hvordan de ble inkludert i sin egen rehabiliteringsprosess under oppholdet, og at personalet hjalp dem med å forstå hvilke muligheter de hadde, og til å definere mål for rehabiliteringen. Undersøkelsen viste også at personalet i stor grad foreslo konkrete tiltak for å forbedre eller opprettholde funksjonsnivået, og tre av fire brukere var enige i at personalet lyttet til deres synspunkter og meninger (Riksrevisjonen, 2011-2012).

I en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening, «*utfordringer og trender i rehabilitering*», er det vist til at potensialet for brukerens aktive deltakelse i rehabiliteringsarbeidet øker når den enkelte selv deltar i målformuleringen, planleggingen og de avgjørelsene som blir tatt (Bautz-Holter et al., 2007). Arbeidet med å bestemme mål for rehabiliteringen kan derfor anses som basis for rehabiliteringsprosessen (Riksrevisjon, 2011-2012). På den måten blir formuleringen av mål både et styringsverktøy og et resultatmål for rehabiliteringen. Undersøkelsen viste også at et stort flertall av brukerne var fornøyde med informasjonen de fikk, fire av fem brukere var enige i at de hadde fått tilstrekkelig

informasjon om egen skade eller sykdom, eget funksjonsnivå og råd om trening og egenaktivitet.

Høsten 2018 gav Helsedirektoratet Folkehelseinstituttet i oppdrag å planlegge og gjennomføre en nasjonal spørreskjemaundersøkelse av brukeropplevd kvalitet etter døgnopphold i private og offentlige rehabiliteringsinstitusjoner og -avdelinger innen spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen skal omfatte både brukeropplevd kvalitet og brukerrapporterte resultater med Patient Reported Evaluation Measures (PREMS) og Patient Reported Outcome Measures (PROMS). Studien er ennå ikke avsluttet, jeg vil derfor ikke ha noen sammenligningsresultater og vise til i min masterstudie.

2.0 Teoretiske perspektiver

Med henblikk på studiens forskningsspørsmål vil det videre bli presentert et teoretisk rammeverk som er viktig for studiens problemstilling og for diskusjonen i Kapittel 5.0. I det følgende vil jeg gi en beskrivelse av hvordan helsepolitiske føringer og samfunnets utvikling har virket inn på profesjonsutøvelsen.

2.1 Samfunnsutviklingens innvirkning på helsepolitiske føringer og profesjonsutøvelse.

Helsetjenesten har gjennom internasjonale- og nasjonale føringer gått igjennom omfattende endringer de senere år. Gjennom en utvidet kunnskapsforståelse endres holdninger og praksis. Fra 1970-årene og framover har samfunnets syn på helse-, funksjonshemming og sykdom endret seg fra en medisinsk forståelse, via en sosial modell til en bio-psyko-sosial forståelsesmodell. Overgangen har bidratt til et paradigmeskifte innen helsefaglig virksomhet, med endringer i lovverk og føringer for helsetjenesten (Solvang & Slettebø, 2012). I følge den norske Gap-modellen oppstår funksjonshemmingen i avstanden mellom enkeltmenneskers personlige forutsetninger og samfunnets krav til deltakelse (NOU, 2201:22). Den bio-psyko-sosiale forståelsesmodellen formidler en kombinasjon av medisinske, psykologiske og samfunnsmessige påvirkninger på helse, og vokste fram parallelt med utviklingen av den internasjonale klassifiseringen av funksjon, funksjonshemming og helse (Solvang & Slettebø, 2012). International Classification of Function, Disability and Health (ICF) ble introdusert av

Verdens helseorganisasjon i 2001 (World Health Organization [WHO], 2001) og har hatt stor innflytelse på rehabiliteringsfeltet, da det gjennom ICF ble introduserte en ny og gjennomgripende tenkemåte som tydelig inkluderte sosial deltakelse.

Rehabiliteringsdefinisjonen, sammen med St.meld. nr. 21 (1998-1999) og ICF representerte dermed et sosialt vendepunkt på rehabiliteringsfeltet, fra å se på rehabilitering som opptrening av kroppsfunksjoner til å inkludere både opptrening av kroppsfunksjoner og tilrettelegging av omgivelsene. Personlige faktorer og miljøfaktorer ble dermed en viktig del av rehabiliteringsprosessen. Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming retter hovedoppmærksomheten mot selve samspillet, interaksjonen mellom mennesker og omgivelsene. Hensikten var å få bedre kunnskap om hvordan likeverdige muligheter for samfunnsdeltagelse kunne oppnås for alle borgere innenfor alle samfunnsarenaer (Solvang & Slettebø, 2012). Rehabilitering handler om livsprosesser mer enn om resultater, å finne frem til levemåter og strategier som gjør problemene mindre dominerende. Praksis påvirkes av kontekst både sosialt-, kulturelt og historisk (Feiring, (Solvang & Slettebø, 2012), og formes gjennom kunnskap og erfaringer, samtidig som den påvirkes av personens kommunikasjon og samhandling med sine omgivelser i ulike situasjoner.

2.2 Rehabilitering og habilitering

Begrepene rehabilitering og habilitering har en identisk definisjon i Norge, men har likevel noe ulik betydning, selv om formålet med behandlingsopplegget er det samme. Rehabilitering (og habilitering) er prosesser som kan være av livslang varighet, og behovet for tverrfaglig samarbeid og koordinering kan variere over tid i forløpet. Formålet er at den enkelte bruker blir i stand til å fungere så godt som mulig i dagliglivet ut fra sine mål, ønsker og forutsetninger, samt kunne mestre eget liv og få mulighet til å delta i samfunnet (Helsedirektoratet, 2018). Internasjonalt benyttes begrepet rehabilitering, og eventuelt pediatric rehabilitation om habilitering (Alexander, Matthews, & Murphy, 2015). Det enkelte menneskets livskvalitet, mestring, likeverdighet og deltakelse sosialt og i samfunnet trekkes frem som kjernen i habiliterings- og rehabiliteringspolitikken i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007), noe vi også er opptatt av ved Beitostølen Helsesportsenter. I denne studien benyttes primært begrepet rehabilitering, da studien dreier seg om rehabilitering, med utgangspunkt i målgruppen unge og voksne.

Rehabilitering kan forstås som tiltak som har som formål å bidra til at en person gjenvinner eller bevarer fysisk, mental eller sosial funksjonsevne som er tapt, eller står i fare for å tapes, på grunn av sykdom, skade eller inaktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Betydningen av rehabilitering kan uttrykkes som «gjeninsetting i verdighet» (Helsedirektoratet, 1995). Det innebærer i praksis en prosess hvor den enkelte blir i stand til å mestre tilsvarende og nye oppgaver på en tilfredsstillende måte. Rehabilitering er tjenester og støtte til brukere i form av strukturerte tiltak. Brukeren er hovedaktør i prosessen og gjør oftest selv mye av innsatsen som inngår i tiltakene. En viktig del av rehabiliteringsprosessen er å ta lærdom av erfaringer som gjøres underveis, slik at man kan oppleve mestring, forutsigbarhet og trygghet for fremtiden.

Habilitering er et tilbud til barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander og varer oftest livet ut (Helsedirektoratet, 2018). Med tidlig ervervet menes at tilstanden er ervervet før 18 år i henhold til prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjeneste. Målgruppen innen habilitering trenger bistand for å etablere og oppøve funksjoner og ferdigheter som de i utgangspunktet ikke har hatt. For mange innebærer dette at de ikke følger et forventet utviklingsløp. Tidlig innsats og forebyggende tiltak er viktig for å bevare eksisterende funksjoner og å bremse utvikling av funksjonstap.

Nasjonal strategi for habilitering- og rehabilitering 2008–2011 (Stortingsproposisjon nr. 1, kapittel 9, (2007–2008)), har vært et viktig bidrag til rehabiliteringspolitikken i Norge for å gi rehabiliteringsfeltet posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Ett av virkemidlene er å tildele tilstrekkelige ressurser for å ivareta faglig kvalitet og å styrke brukervedvirkningen.

Rehabiliteringsdefinisjonen gir tydelige føringer for hvordan rehabilitering skal utøves. På bakgrunn av dette ønsker jeg å utdype mer inngående hvordan brukervedvirkning bør ivaretas i et rehabiliteringsperspektiv, og hvordan dette kan forstås med bakgrunn i ett teoretisk rammeverk.

2.3 Brukervedvirkning, utvikling og hensikt

Brukervedvirkning er en lovfestet rettighet, og dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke (NOU 2001: 22). I de senere årene har brukervedvirkning vært

fremhevet i stortingsmeldinger, offentlige utredninger, rammeplaner og andre offentlige dokumenter, og reguleres i ulike lovverk.

Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes behov, og får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. På begynnelsen av 1970-tallet reiste funksjonshemmedes organisasjoner de første krav om medbestemmelse, med bakgrunn i at de mente dette var en gruppe som var underrepresentert i forhold til de ordinære demokratiske kanalene. I St.meld. nr. 41 (1987-88) *Helsepolitikk mot år 2000*, ble brukerinnflytelse omtalt som en viktig strategi både for å øke innflytelsen på individnivå og fra brukerorganisasjoner i planlegging og styring av helsevesenet (Sosialdepartementet, 1987-88). Brukermedvirkning har derfor vært viktig for å sikre politisk deltakelse fra grupper som ofte ikke får anledning til å delta i demokratiprosessen på grunn av mangelfull tilrettelegging eller andre samfunnsmessige hindringer (St.meld. nr. 34 (1996-97)). I de tre handlingsplanene har brukermedvirkning vært et satsningsområde og virkemiddel for å sikre at mennesker med funksjonsnedsettelse skal få reelle muligheter til å delta i utformingen av samfunnet (NOU 2001: 22). Det er viktig å se på brukerkunnskap og fagkunnskap som to likeverdige grunnpilarer.

På individnivå reguleres brukermedvirkning i *Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3* (Helse og omsorgsdepartementet 2001), og gjelder uavhengig av om tjenestene tilbys i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Loven regulerer retten til informasjon og retten til å medvirke i valg, utforming og anvendelse av tilbudet (Helse og omsorgsdepartementet 2011).

På tjenestenivå reguleres brukermedvirkning i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (Helse og omsorgsdepartementet 2016). Hensikten er at brukere og pårørendes erfaringer skal benyttes til forbedring av tjenestene.

På systemnivå i spesialisthelsetjenesten, reguleres brukermedvirkning gjennom *Lov om helseforetak § 35*. (Helse og omsorgsdepartementet 2001) og St.meld. nr. 47 (2008-2009). Loven skal sikre at brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av planer for virksomheten. Ulike brukerorganisasjoner skal være representert på ulike måter for å ivareta brukernes erfaringer med basis i brukerkompetanse.

Brukermedvirkning er dermed et viktig virkemiddel på flere nivåer. I tillegg til å gi økt treffsikkerhet i forhold til utforming og gjennomføring av generelle og individuelle tilbud, har

brukermedvirkning en egenverdi i at mennesker som søker hjelp, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, samt at det vil kunne fremme personlig ansvar og egenmestring (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

Det finnes flere definisjoner og beskrivelser av hva brukermedvirkning er, men Helsedirektoratet beskriver begrepet på følgende måte:

«Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukere. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem»

(Helsedirektoratet.no).

Forskning viser at brukere som blir involvert og har oversikt over egen rehabiliteringsprosess har reduserte symptomer, større følelse av kontroll og tilfredshet, og økt måloppnåelse (Hammell, 2006). Brukernes erfaringer og tilbakemeldinger og jevnlig evaluering av tjenestene, er den beste garantien for kvalitetsutvikling av tjenestene.

2.4 Brukermedvirkning, kunnskap og handling

Dagens omsorgspraksis med forankring i helse- og sosialpolitiske målsetninger og juridiske forpliktelser fremhever brukermedvirkning, helhet og samarbeid som bærende prinsipper for tjenesteyting (Bollingmo, Høium, & Johnsen, 2004). Målet er at alle skal kunne leve et meningsfullt og selvstendig liv til tross for sykdom eller funksjonstap. Medvirkning kan øke kvaliteten på tjenesten og styrke den enkeltes kompetanse i rehabiliteringen. Pasientopplæring har de siste 30 årene blitt vektlagt som en viktig oppgave for helsevesenet (Askheim, 2012). Framfor å betrakte brukerne som en passiv tjenestemottaker, ses han/hun som en aktiv kompetent borger. Oppmerksomheten dreies fra brukerens problemer til brukerens behov, ressurser og preferanser, og til aktiv deltakelse (myndiggjøring) i egen helsesituasjon. Det er personenes «egenkraft» som skal mobiliseres, slik at deres ressurser aktiviseres og de bedre kan mestre sine utfordringer (Askheim, 2012).

Det meste av de metoder vi anvender og innfallsvinkler vi velger hviler på et sett av normer og verdier (Bollingmo et al., 2004). Verdiene i vårt kunnskapsgrunnlag er ikke alltid så tydelig til stede for oss selv, men manifesteres gjennom våre konkrete handlinger. Mange

ferdigheter og normer hviler på taus eller uartikulerbar kunnskap som ikke må overses. Tjenesteyterens moral og verdisyn kan slå positivt eller negativt ut for tjenestemottaker, det er derfor viktig å ha kunnskap og erfaringer om den brukers forståelseshorisont i møte med den enkelte.

I en profesjonell hverdag hvor mange etiske utfordringer gjør arbeidsdagen krevende, er det viktig å være bevisst sitt profesjonelle fagspråk (Bollingmo et al., 2004). God kommunikasjon krever et felles begrepsapparat som fremmer felles forståelse og praksis. Det er i relasjonen med den enkelte at handling blir meningsbærende, og skapes underveis i samspillet mellom tjenesteutøver og tjenestemottaker (Tveiten, 2007). Å møte brukeren der brukeren er for å skape tillit og fortrolighet er viktige elementer for å oppnå en dynamisk relasjon. Gjennom å vise respekt, gi støtte, anerkjennelse og bekreftelse, kan det bygges et fellesskap som gir gode samarbeidsarenaer. Relasjonen vil derfor være avgjørende for brukerens opplevelse av medvirkning.

2.5 Brukermedvirkning og empowerment

Det har vært et uttalt politisk mål at samarbeid og brukermedvirkning innen habilitering- og rehabiliteringsfeltet skal styrkes, og i denne sammenhengen trekkes viktigheten av empowerment-perspektivet frem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, Helsedirektoratet, 2014). Begrepet kan oversettes med myndiggjøring eller «å gjøre sterk», og vektlegger den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse (Askheim, 2012; Bollingmo et al., 2004). Empowerment handler om å endre den tradisjonelle maktrelasjonen mellom bruker og tjenesteyter. Dette innebærer å la brukeren definere sine behov, ha muligheten til å ha aktiv innflytelse over egen situasjon, og bistå vedkommende til å finne beste løsning (Askheim, 2012). Opplevelsen av å ha innflytelse på sine egne omgivelser fremheves som helt grunnleggende i motivasjonspsykologien og har stor betydning for gunstig personlighetsutvikling, den enkeltes livskvalitet og følelse av selvverd (Diseth, 2019). På rehabiliteringsfeltet kommer den terapeutiske tilnærmingen til empowerment tydelig til uttrykk i den såkalte «rehabiliteringsmeldingen» (21, 1998-99), fra en tradisjonell medisinsk tenkning til et helhetlig perspektiv på rehabilitering med en tverrfaglig tilnærming. Fokus er rettet mot den enkeltes ressurser og retten til å bestemme over eget liv, hvor individrettede tiltak og prosesser skal være førende. Verdens helseorganisasjon (1998) definerer empowerment som *en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger*

som berører egen helse. Empowerment-tenkningen vektlegger dermed et slags motsvar til det paternalistiske synet på brukeren, noe som innebærer at brukeren ikke er mottaker, men en deltaker (Tveiten, 2007). Dette forutsetter at det blir lagt til rette for at brukerne kan bli hørt, og at medvirkningsforaene og prosessene fungerer praktisk og organisatorisk (Andreassen & Grut, 1994). Den kanadiske ergoterapeuten og samfunnsforskeren, Karen Hammel (2006), hevder at kulturelle holdninger overfor funksjonshemmede og kronisk syke kan ha større betydning for deres liv enn et treningsopplegg (Hammel, 2006). Bruker- eller personsentrert praksis krever at fagutøver samarbeider med brukeren om mål og vurdering av måloppnåelse. Hammel peker på en studie av French (2004) om at brukere i mange sammenhenger verdsetter mellommenneskelige ferdigheter høyere enn tekniske ferdigheter.

Økt brukerinnflytelse, myndiggjøring og ansvarliggjøring av brukeren kommer også tydelig til uttrykk i St.meld. nr. 25 (Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2006)). Brukeren skal tilføres økt makt og innflytelse, og den enkeltes behov, meninger og vurderinger skal legges til grunn for tjenestetilbudet. Dette forutsetter at fagprofesjoner og behandlingsapparatet er bevisste og kritiske til egen maktposisjon og legger myndiggjøring av brukeren til grunn for sitt arbeid. Begrepet ble lansert i Ottawa-chartret i 1986, og ble definert som en prosess som gjør folk i stand til økt kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (WHO, 1986). Rønning (2007) beskriver empowerment og brukermedvirkning sammen, siden det har vært sentralt for å styrke brukerens situasjon (Tveiten, 2007). Relasjonen mellom hjelper og hjelpetrengende er i utgangspunktet asymmetrisk (Tveiten, 2007). Den utgjør et møte mellom en som er erklært avhengig av en eller annen form for profesjonell ekspertise. Empowerment handler om å endre disse maktrelasjonene og mobilisere til motstand mot avmaktgjøringen. Det vil ikke bety at tjenesteutøver får mindre makt, men at den totale makten øker.

2.6 Samvalg og medvirkning

Begrepet samvalg benyttes av og til sammen med brukermedvirkning, men har en litt annen betydning (Heslsenorge.no). På engelsk benyttes begrepet «Shared Decision Making» (Adams & Grieder, 2013), og innebærer at fagutøver skal involvere brukerne i beslutninger som omhandler hans eller hennes helse. Hensikten er at brukerne skal få kunnskap om egen helse og innsikt i ulike behandlingsalternativer for at de skal kunne medvirke i egen behandling, og ta beslutninger sammen med behandler. Brukeren skal oppleve eierskap til egen rehabilitering og kunnskapen skal bidra til økt innsikt i egen situasjon, økt selvfølelse og

selvstendighet – tilfredshet og trygghet. Brukerne må vite hva som er fordelene og ulempene ved behandlingene. Medvirkningsretten gjør brukeren til samarbeidspartner, noe som tilsier at relasjonen mellom partene er vesentlig (Tveiten, 2007). Kompleksiteten i det tverrfaglige samarbeid stiller krav til faglig bevissthet, yrkesidentitet og trygghet i egen yrkesrolle. Brukeren er eksperten på seg selv og sitt liv, og fagpersonen på det faglige. Bevissthet om egne verdier og preferanser er nødvendig for at brukeren skal gjøre gode valg på kort og lang sikt. Samvalg forutsetter gjensidig respekt, og ved å jobbe kunnskapsbasert vil både brukererfaringer og erfaringsbasert kunnskap være likeverdige (Tveiten, 2007). For å få til dette er det nødvendig å evaluere egen praksis. Dette er viktig da det innenfor helse- og sosialtjenestene ofte er flere aktører fra ulike fagområder som har ulike meninger om hva som er til beste for den enkelte bruker. Avveininger som ligger i å finne frem til en felles forståelse og aksept med hensyn til beste praksis, uten å rokke ved respekten for brukerens egne ønsker og behov utgjør noe av kompleksiteten ved hjelperollen.

For å endre folks livsstil har man kommet frem til en erkjennelse av at tradisjonell opplæring gjennom kunnskapsformidling fra fagpersoner ikke er tilstrekkelig for å få til en atferdsendring. Den enkelte bruker må være motivert til en endring og mobilisere med utgangspunkt i egen livssituasjon og eget verdigrunnlag. I praksis dreier det seg om involvering gjennom dialog, medvirkning og mobilisering (Brumit, 2001; Hole, Ribe, & Norge Sosial- og, 1999; Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Hovedbudskapet er at folk ikke kan oppnå optimal helse uten at de er i stand til å ha styring over forhold som påvirker deres helse. Dette innebærer utvikling av personlige ferdigheter, støttende miljøer, og styrking av lokalmiljøet som arena for handling.

2.7 Pasientens helsetjeneste – kvalitet i tjenesten

Et viktig kjennetegn ved tjenester av god kvalitet er at de «involverer brukerne og gir dem innflytelse» (Helsedirektoratet, 2005). Kvalitet og pasientsikkerhet skal sikres gjennom å utvikle pasientens helsetjeneste, forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenestene og redusere uberettiget variasjon (Meld. St. 6 (2017-2018)). I *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (Helse og omsorgsdepartementet, 2016), slås det tydelig fast at ledelsen har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres jevnlig. Hensikten er at brukere og pårørendes erfaringer skal benyttes til forbedring av tjenestene (Helsedirektoratets forskrift om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet,

Helsedirektoratet, 2005, side 11). Målet er å sikre rask, trygg og god hjelp når den enkelte trenger det, samtidig skal brukerne oppleve å være en likeverdig part. Brukerne skal være i sentrum, ventetiden skal ned og kvaliteten skal heves (Regjeringen, 2014). Brukernes erfaringskompetanse er dermed en forutsetning for kvalitetsutvikling i tjenesten (Helsedirektoratet, 2005), og retten til selvbestemmelse og medbestemmelse er således en viktig del av prinsippet om respekt for pasientens integritet (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), som har sitt utspring i grunnleggende menneskerettigheter (FN sambandet, 1948). For at den enkelte skal få innflytelse og ta optimale valg, må det sikres informasjon basert på faglig god kunnskap (Helse og omsorgsdepartementet, 2001).

Med bakgrunn i studiens formål, vil funnene fra denne mastergradsstudien kunne si noe om kvaliteten i tjenestene som utøves ved Beitostølen Helsesportsenter, noe som i neste omgang kan være veiledende for hvordan det kan legges til rette for kvalitetsforbedring.

3.0 Metode

I dette kapittelet blir det gjort rede for de metodiske valgene som er gjort i oppgaven. Kapittelet er delt inn i ti avsnitt som tilsammen beskriver de vitenskapelige prosedyrene som er anvendt for å komme frem til resultatene.

Helse Sør-Øst som oppdragsgiver har pålagt Beitostølen Helsesportsenter å måle brukertilfredshet ved bruk av spørreskjema utgitt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2009). Spørreskjemaet PasOpp rehab nasjonal (Vedlegg 6), er instrumentet som benyttes i denne studien, og danner grunnlaget for analysering av resultatene.

Det sentrale i denne studien er å undersøke hvorvidt Beitostølen Helsesportsenter har et brukersentrert tjenestetilbud. Med bakgrunn i dette, er formålet å kartlegge konkret i hvilken grad brukerne opplever medvirkning i å sette seg mål for egen rehabiliteringsprosess. Ønsket er også å få svar på i hvilken grad brukermedvirkning kan ha betydning for den enkeltes brukertilfredshet og utbytte av et rehabiliteringsopphold. Resultatene fra studien vil kunne bidra i arbeidet med å forbedre tjenestetilbudet til unge og voksne brukere som tilbys et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helsesportsenseter. Målet er en brukersentrert tjeneste av god kvalitet.

Datainnsamling ble foretatt gjennom en periode på 6 måneder, og 134 brukere besvarte brukerevalueringsskjemaet. For å besvare studiens problemstilling vil resultatene fra undersøkelsen beskrives og bearbeides statistisk ved bruk av statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Science (SPSS) versjon 25. Valg av statistiske analyser avhenger av forskningsspørsmål, målenivå og om anvendte variabler er normalfordelte eller ikke (Bjørndal & Hofoss, 2004; Aalen & Frigessi, 2018). Jeg ønsker primært å undersøke om det er sammenheng mellom opplevd brukermedvirkning og opplevd tilfredshet og utbytte av et rehabiliteringsopphold, samt om det er forskjell mellom unge voksne og voksne, og mellom kvinner og menn som deltar i spørreundersøkelsen.

3.1 Design

Denne mastergradsstudien er en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse. På bakgrunn av studiens problemstilling er en kvantitativ tilnærming med tverrsnitts-design en godt egnet metode. Jeg har valgt å bruke spørreskjema som metodisk tilnærming, og et instrument som vil kunne gi meg svar på det jeg ønsker å belyse i studien. Bruk av spørreskjema kan være hensiktsmessig når man ønsker å innhente data fra mange informanter, og egner seg når tid og ressurser er begrenset. Kvantitativ metoden er karakterisert ved å være strukturert og systematisk, og gir muligheter for å si noe om generelle tendenser med utgangspunkt i ett større antall enheter (Kruuse, 2005). Metoden betyr fokus på og utforske bredden i stedet for dybden (Befring, 2007; Gall, Gall, & Borg, 2007), og vil gi en systematisk innsamling av data som kan analyseres statistisk, med informasjon om variasjon og sammenhenger. Det anvendte designet med et standardisert spørreskjema har imidlertid begrensninger når det gjelder undersøkelse av årsakssammenhenger (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2011).

Hovedgrunnen til at jeg har valgt en kvantitativ tilnærming er at jeg ønsket å få et representativt bilde av en populasjon. Dette innebærer at jeg ville spørre et ganske stort antall deltakere, noe som muliggjøres ved at en kvantitativ tilnærming standardiserer informasjonen (Befring, 2007). Kvantitativ metode omfatter formaliserte prinsipper som legger grunnlaget for en stringent forskningsprosess fra problemformuleringer, forskningsdesign, datavalg og dataanalyse, til tolkninger og konklusjoner (De nasjonale Forskningsetiske komiteene).

3.2 Planlegging, datainnsamling og utforming av studien

Når det er ønskelig å benytte en kvantitativ tilnærming, må en ha kategorisert og strukturert datainnsamlingen på forhånd (Jacobsen, 2010). En forutsetning er at man vet hvilke spørsmål man ønsker å analysere, samtidig som en på forhånd har definert hvilke svar som er relevante. Det er forskeren som avgjør hva som er interessant å vite noe om, og hvilke svaralternativer som er relevante. Når det gjelder datainnsamling av primærdata i kvantitativ metode, opereres det som regel med lukkede svaralternativer i spørreskjemaene (Jacobsen, 2010). Dette gjaldt også stort sett i denne studien, men det var mulighet til enkelte åpne kommentarer som kan bidra til tolkningen av de lukkede svarene. Spørsmålene var imidlertid utformet av Kunnskapscenteret, så det hadde helsesportscenteret ingen innflytelse på. Det som er bestemmende for hva en får informasjon om, er hvordan man definerer spørsmålene og svarene. Dette fører til at kvantitative data er tett knyttet til det som kalles en *deduktiv tilnærming*, det vil si at en går fra teori til empiri. Innsamling av *primærdata* eller *primærempiri* har som hovedmål å samle inn informasjon som danner grunnlaget for analysen i studien (Befring, 2007).

Siden denne studien skulle gjennomføres på egen arbeidsplass, var det viktig at jeg som forsker hadde tenkt nøye igjennom hvordan jeg ville gjennomføre datainnsamlingen, for å unngå og påvirke informantene. Oppgaven med å informere og utlevere spørreskjemaene ble derfor tildelt teamansvarlig for de enkelte gruppene. Det er rutine at brukertilfredshetskjemaene deles ut dagen før hjemreise, og brukerne leverer det ferdig utfylte spørreskjemaet i en lukket konvolutt i resepsjonen før avreise. Siden spørreskjemaene skulle benyttes i min mastergradsstudie, ble informasjon om studien og samtykkeskjema (vedlegg 4) delt ut sammen med spørreskjemaene. Videre ble data håndtert av legesekretær, som sørget for å holde kontroll på spørreskjemaene i forhold til grupper og antall besvarelser. Etter at perioden for innsamling av data var fullført, ble alle spørreskjemaene registret av meg som forsker, i statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Science (SPSS) versjon 25, for videre bearbeiding og analyse. Analysene er presentert i avsnitt 3.6, side 33.

3.3 Studiens populasjon og utvalg

I dette avsnittet gir jeg en nærmere beskrivelse av undersøkelsens populasjon og utvalg. En populasjon kan forklares som det totale antall enheter som forskningsspørsmålet omhandler

og som forskeren ønsker å generalisere ut i fra (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2016). Av praktiske grunner er det som regel umulig å spørre samtlige enheter, det må derfor gjøres et utvalg. Utfordringen med å foreta et utvalg er; «Hvordan kan jeg vite om utvalget er representativt for alle dem jeg ønsker å vite noe om»? Og er det mulig å generalisere fra utvalget til alle enhetene? I denne studien var målpopulasjonen alle unge voksne og voksne som hadde vært på rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helse- og idrettsenter i perioden september 2018 til og med februar 2019. Utvalget kalles et bekvemmelighetsutvalg eller et formålstjenlig utvalg (Befring, 2002). Det vil si at utvalget er praktisk og formålspassende, fordi de aktuelle informantene er tilgjengelige og representative for undersøkelsens tema og problemstilling. Dataene danner grunnlaget for en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse av opplevd brukermedvirkning, brukertilfredshet og utbytte av et rehabiliteringsopphold.

Erfaringsvis vet man at ikke alle fyller ut skjemaet, noe som statistisk kalles frafall av enheter (Befring, 2007; Bjørndal & Hofoss, 2004; Jacobsen, 2010). Alle typer frafall vil påvirke hvem som er med i det endelige utvalget. Hovedproblemet vil være dersom frafallet er systematisk, det vil si om det er spesielle grupper som faller fra. Dette vil i så fall påvirke i hvilken grad man kan generalisere fra utvalget til populasjonen. Det kan være ulike grunner til frafall. Noen brukere ønsker ikke å delta i studien, og besvarer derfor ikke spørreskjemaet. For andre kan skjemaet være for omfattende og tidkrevende, mens andre har behov for assistanse til å fylle det ut (Folkehelseinstituttet, 2015). Noen brukergrupper har utfordringer i forhold til leseferdigheter, forståelse- og skrivevansker, så et elektronisk spørreskjema kunne her vært hensiktsmessig. Det er ønskelig at alle fyller ut brukerevalueringsskjema før avreise, slik at vi kan få et generelt overblikk over brukertilfredsheten ved institusjonen.

3.4 Utforming av Kunnskapssenterets spørreskjema

Et spørreskjema er et standardisert skjema – ofte kalt enquête (Befring, 2007), og kan metodisk sett ses på som et kollektivt strukturert intervju, hvor man samler informasjon fra mange informanter samtidig. Metodikken er en typisk survey-metodikk som gir et overblikk, og er en strukturert tilnærming som stiller strenge krav til systematisk utforming av både spørsmål og svarkategorier (Befring, 2007). I denne mastergradsstudien benyttes spørreskjemaet *PasOpp Rehab nasjonal* (Folkehelseinstituttet, 2009). Selve navnet «*PasOpp*» stod egentlig for Pasient Opplevelser, men inkluderer i dag også undersøkelser innenfor pårørende og samarbeidspartnere (Helsebiblioteket.no). Spørreskjemaet ble utviklet av

Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten på bestilling fra De spesielle helseinstitusjoner (DSHI), etter et kartleggingsprosjekt gjennomført ved 41 opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i 2005, av SINTEF Helse og Norsk pasientregister (NRP) (Johansen & Krokan, 2006). Bakgrunnen for prosjektet var en undersøkelse fra DSHI, som viste at de fleste institusjonene gjennomførte en form for pasienterfaringsundersøkelse ved utskrivelse, men de sprikte både i innhold og design. Forbedringspotensialet lå derfor i å lage et standardisert spørreskjema for å måle brukererfaringer på tvers av diagnosegrupper, mål og type institusjoner, slik at de kunne bli brukt i det videre kvalitetsarbeidet. Hensikten med studien var å kunne sammenligne de ulike institusjonene for å utvikle et felles undersøkelsesopplegg, som i følge DSHI ville være et nyttig redskap i satsningen på rehabiliteringsområdet (Folkehelseinstituttet, 2009).

For videre utarbeiding av Kunnskapssenterets spørreskjema, ble innledningsvis norsk og internasjonal litteratur gjennomgått (Folkehelseinstituttet, 2009). Kvalitative intervjuer med brukere bidro til å identifisere temaer som burde inkluderes i spørreskjemaet. I tillegg ble det etablert en referansegruppe som kom med viktige innspill i ulike faser av utviklingsprosjektet. Et utkast til spørreskjema ble testet på en brukergruppe før det i 2008 ble gjennomført en postal pilotundersøkelse ved åtte ulike institusjoner. Hensikten var å få et tilstrekkelig antall deltakere og variasjon i problemstillinger og type institusjon. Pilotundersøkelsen omfattet 371 brukere, med en svarprosent på 75%. Etter at datainnsamlingen var fullført, ble resultatene analysert, måleinstrumentets reliabilitet og validitet testet, og innsamlingsopplegget ble vurdert. Resultatet indikerte at det var behov for noen endringer før skjemaet kunne anvendes i lokale og nasjonale undersøkelser. Endringer ble utført og den lokale versjonen av spørreskjema PasOpp Rehab lokal har siden 2009 blitt brukt blant rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst.

Siden Kunnskapssenteret hadde liten kunnskap om hvilke erfaringer Helse Sør-Øst hadde med skjemaet og hvordan resultatene ble brukt, fikk Kunnskapssenteret i 2015 i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre et prosjekt som hadde til hensikt å måle bruk av og erfaringer med Kunnskapssenterets brukererfaringskjema, og bedt om å vurdere eventuelle justeringer i instrumentet som ble utviklet i 2008/2009 (Folkehelseinstituttet, 2015). Alle de 51 private rehabiliteringsinstitusjonene med offentlige avtaler ble inkludert i undersøkelsen. Av disse svarte 49 på undersøkelsen (svarprosent på 96,1%), og 38 av disse institusjonene svarte at de brukte Kunnskapssenterets brukererfaringsundersøkelse. På spørsmål som hadde til hensikt å

kartlegge om de mente det var viktig at brukerne ble tatt med på råd i forbindelse med behandlingen, rapporterte henholdsvis 38 institusjoner at det i svært stor grad var viktig, mens 11 institusjoner rapporterte at det i stor grad var viktig. Trettifire institusjoner svarte at det i svært stor grad var viktig med involvering av brukerne når kvaliteten på helsetjenesten skulle vurderes, mens 15 institusjoner svarte i stor grad. På erfaringsspørsmålene, hvor man ønsket å se på om Kunnskapssenterets brukererfaringskjema gav nyttige tilbakemeldinger til institusjonen, var gjennomsnittskåren på 3,9 på en skala fra 1-5. På spørsmålene som omhandlet om brukererfaringskjemaet var relevant for institusjonene, fant man en gjennomsnittsskår på 3,7. Som en oppsummering av undersøkelsen viste institusjonene en udelt positiv holdning til gjennomføring av brukerundersøkelser, og rapporterte positive erfaringer med Kunnskapssenterets brukererfaringskjema når det gjaldt nytte og hvor relevante spørsmålene var. På bakgrunn av denne undersøkelsen rapporterte 32 institusjoner at brukererfaringsundersøkelser i *svært stor grad* kan bidra til å forbedre helsetjenesten, 16 institusjoner svarte i stor grad og én mente i noen grad. Konklusjonene etter studien viste at brukernes rapporterte erfaringer fra rehabiliteringsinstitusjoner er en viktig del for å kvalitetssikre tilbudet i helsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2015).

3.5 Studiens forskningsspørsmål

Ut i fra studiens problemstilling, har jeg valgt å se på spørsmål som omhandler brukerne og behandlerne med tanke på opplevd brukermedvirkning i målsettingsarbeidet, og hvilken sammenheng dette har med opplevd brukertilfredshet og utbytte av et rehabiliteringsopphold. Jeg undersøker også om det er forskjell i svarene ut fra sosiodemografiske forhold, som kjønn, alder, sivil status, utdanning, og relasjon til arbeidslivet.

De sentrale spørsmålene jeg er ute etter å besvare i studien består av fem ulike svarkategorier. På spørsmål som omhandler «brukerne og behandlerne», er svarkategoriene; *ikke i det hele tatt – i liten grad – i noen grad – i stor grad – og i svært stor grad*.

12. Ble du møtt med høflighet og respekt av behandlerne dine?
14. Har du tillit til behandlernes faglige dyktighet?
16. Tok behandlerne deg med på råd i spørsmål om rehabiliteringsopplegget ditt?
17. Opplevde du at behandlerne var interesserte i din beskrivelse av egen situasjon?
18. Var du og behandlerne enige om målene for oppholdet ditt?
21. Hadde behandlerne tid til deg når du trengte det?
22. Opplevde du at behandlerne samarbeidet godt om rehabiliteringsopplegget ditt?

Når det gjelder spørsmål som omhandler «opplevd utbytte av rehabiliteringsoppholdet», er svarkategoriene; *ikke noe utbytte – lite utbytte – en del utbytte – stort utbytte – og svært stort utbytte*.

35. Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av rehabiliteringsopplegget?
36. Hvilket utbytte har du hatt av oppholdet i forhold til følgende: (a) din fysiske helse og (b) din psykiske helse (c) mestre daglige gjøremål og (d) delta i sosiale aktiviteter.

På spørsmål som omhandler «generelle vurderinger» er svarkategoriene; *svært misfornøyd – ganske misfornøyd – både og – ganske fornøyd – og svært fornøyd*.

37. Alt i alt, hvor fornøyd er du med tilbudet du fikk på rehabiliteringsinstitusjonen?

På spørreskjemaet er det også mulig å skrive åpne kommentarer. Ved utlevering av spørreskjemaet ble det informert om muligheten til å notere i kommentarfeltet dersom det var noe deltakerne ønsket å utdype som kunne være av betydning for senteret, behandlingsopplegget, eller generelle kommentarer til spørreskjemaet.

3.6 Statistiske analyser

I dette avsnittet presenteres analyseverktøy og de statistiske analysemetodene som er anvendt for å frembringe resultatene. I tillegg beskriver jeg hvordan statistiske begreper er knyttet til de statistiske analysene. Dette vil ses i sammenheng med validitet og reliabilitet for å vurdere om jeg har fått svar på studiens problemstilling, og om svarenes pålitelighet og eventuelle funn kan generaliseres. Åpne kommentarer skrives frem i resultatdelen, Kapittel 4.0, og gir med utfyllende informasjon som har betydning for studien.

Resultatene fra spørreskjemaene er beskrevet og bearbeidet statistisk ved bruk av Statistical Package for the Social Science (SPSS) versjon 25. Hvilke statistiske analyser som benyttes avhenger av forskningsspørsmål, målenivå og om anvendte variabler er normalfordelte eller ikke (Bjørndal & Hofoss, 2004; Aalen & Frigessi, 2018). Deskriptiv statistikk omfatter prinsipper og metoder for å bearbeide, presentere og tolke kvantitative data (Befring, 2007). På den måten vil jeg vise om datamaterialets sentraltendens, spredning og form, samt sammenheng (korrelasjon) mellom ulike variabler (Befring, 2002). I denne studien har jeg valgt å benytte meg av disse metodene for å presentere og tolke funnene gjennom bruk av

ulike tabeller og grafiske framstillinger. Tabellene gir en oversikt over dataene, mens figurene (histogrammene) gir et mer visuelt overblikk som viser karakteristiske tendenser som gjør det lettere å forstå og tolke resultatene (Bjørndal & Hofoss, 2004).

Datamaterialet i mastergradsstudien er på nominalt nivå (diagnose, arbeid og kjønn), ordinalt nivå (i liten-, noe- og stor grad) og intervallmålenivå (alder). Når det gjelder alder, har jeg delt denne kontinuerlige variabelen i to kategorier, unge voksne 17-30 år og voksne over 30 år. For å se om det er noen forskjell mellom gruppene ung voksen, voksen og mellom menn og kvinner, er kji-kvadrat-test blitt benyttet. Kji-kvadrat er en ikke-parametrisk test som anvendes til å undersøke sammenhenger mellom to kategoriske variabler, og kan til en viss grad oppfattes som et mål på styrke av sammenheng mellom to variabler. Denne vil kunne si noe om funnenes statistiske signifikansnivå (Bjørndal & Hofoss, 2017). Skal et funn være klinisk signifikant, må det det være betydelig (Johannessen et al., 2016; Aalen & Frigessi, 2018). Tradisjonelt beregnes en statistisk signifikant forskjell mellom to grupper å være når p-verdien er $<0,05$ (mindre enn 5% risiko for at resultatet er tilfeldig). Signifikansnivå på $p < 0,05$ er også valgt i denne studien.

Korrelasjon sier noe om det er en sammenheng mellom to variabler, hvorvidt svar på ett spørsmål, også har en tendens til å gi et bestemt svaralternativ på et annet spørsmål, og beskrives ved hjelp av korrelasjonskoeffisienten (Christophersen, 2018). En positiv samvariasjon vil si at en har en høy verdi på det ene spørsmålet også har tendens til å gi en høy verdi på det andre spørsmålet. Siden dataene er skjevfordelte, mot positiv skåring, vil Spearman's (rang)korrelasjonskoeffisient (ofte forkortet Spearman's rho) bli benyttet i denne studien. Spearman's rho er spesielt godt egnet for analyser av ordinale, ikke-normalfordelte variabler og/eller variabler med én eller flere avvikende data (Christophersen, 2018). Det er ingen krav om en lineær sammenheng mellom de faktisk observerte dataene, så lenge rangeringsverdiene gir en lineær sammenheng. En forutsetning for å bruke korrelasjonsmål er at variablene kan rangeres i stigende eller synkende rekkefølge (Bjørndal & Hofoss, 2017). En korrelasjonskoeffisient lik null angir at det ikke eksisterer noen lineær sammenheng, mens +1 angir fullstendig sammenfall mellom verdiene på variablene, og -1 er et uttrykk for fullstendig negativt sammenfall (Pallant, 2016). En korrelasjonskoeffisient mellom 0,00-0,19 er i følge Cohen og Holliday (Johannessen et al., 2016) veldig svak, 0,20- 0,39 svak, 0,40-0,69 moderat, 0,70-0,89 høy og 0,90- 1,00 meget høy.

Siden det er vanskelig å vurdere i hvilken grad det er noen forskjell på svaralternativene i *svært stor- eller i stor grad*, og *svært stort utbytte- eller stort utbytte*, har jeg valgt å beskrive disse samlet i diskusjonen, Kapittel 5.0. Dette betyr at svaralternativene i *svært stor grad-* og *i stor grad*, blir beskrevet som i *stor grad*, og spørsmål om *svært stort utbytte-* og *stort utbytte*, blir beskrevet som *stort utbytte*. I tillegg har jeg på spørsmål som etterspør hvor fornøyd den enkelte er med rehabiliteringsoppholdet, benyttet begrepet *misfornøyd*, som omhandler *ganske misfornøyd-* og *svært misfornøyd*. I Kapittel 4.0, som omhandler resultatene, analyseres disse svarkategoriene hver for seg.

3.7 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

I dette avsnittet vil jeg presentere de aspekter ved validitet og reliabilitet som er av betydning for masterstudiens metode, der metode forstås som innsamling av data, organisering, bearbeidelse, analyser og tolkning av data på en systematisk måte. Når man skal vurdere graden av tillit til en undersøkelse refereres det til høy eller lav reliabilitet og validitet. En forutsetning for at mastergradstudien skal ha en verdi, er at den innehar valide og reliable data. Kunnskapssenterets spørreskjema er nøye vurdert og kvalitetssikret på oppdrag fra Helsedirektoratet (2015). På bakgrunn av dette er det anvendte skjemaet en egnet metode til å finne svar på det jeg er ute etter i denne mastergradsstudien.

Jeg har ikke funnet noen relevante studier av hvorvidt den enkelte rehabiliteringsinstitusjon har benyttet spørreskjemaet til å evaluere egen praksis, men dette er ikke av betydning for resultatene fra denne mastergradsstudien, hvor hensikten er å se på den opplevde kvaliteten i tjenestetilbudet ved Beitostølen Helse- og idrettsenter. Funnene fra studien vil ikke nødvendigvis være representative for andre institusjoner, men de er representative og generaliserbare i forhold til brukere som er på rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helse- og idrettsenter.

3.8 Reliabilitet

Når det er snakk om studiens reliabilitet, menes hvorvidt ulike feilkilder i datamaterialet er så små som mulig. Reliabilitet handler derfor om hvordan målingene utføres, og i hvilken grad forskningen er pålitelig (Johannessen et al., 2016). Pålitelighet vil si at man ville fått de samme resultatene ved å repetere undersøkelsen (Befring, 2007). Reliabilitet er i første rekke

avhengig av at feilfaktorer og subjektivt skjønn i minst mulig grad influerer på data. Feiltolkninger kan bidra til at det blir vanskeligere å bruke dataene slik det var tenkt i forkant. I tillegg kan ufullstendige svar fra informantene bidra til manglende informasjon i resultatene, og de statistiske målingene kan dermed fremstå mer usikre (Bjørndal & Hofoss, 2004). Reliabilitet er derfor et uttrykk for om man har klart å redusere forekomsten av målefeil, og i hvor stor grad måleresultatene er presise og stabile (Befring, 2007). Da det anvendte spørreskjemaet er grundig testet ut av Kunnskapssenteret, vil målefeil i denne studien bare kunne oppstå ved innhenting av data eller feiltasting ved registrering, i tillegg til ufullstendig skjemautfylling. For å kvalitetssikre analysen ble alle data gjennomgått grundig i forkant, slik at variablene hadde relevante verdier. I en undersøkelse med stort frafall og ingen frafallsanalyse er resultatene ikke generaliserbare (Grønmo, 2016). Dette vil kunne få betydning hvis det er ønskelig å generalisere til populasjonen, «*alle brukere som er inne til et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helsesportsenter*».

Det er viktig å merke seg at en undersøkelse kan være reliabel uten å være valid. Forskeren kan være nøyaktig i prosessen med innhenting og bearbeiding av data, men spørsmålene i spørreskjemaet er ikke en operasjonalisering av det man ønsker svar på. Reliabilitet i undersøkelsen er viktig, men ikke dekkende nok, da det ikke får frem tydelig om man måler det man ønsker å måle. Derfor ønsker man at undersøkelsen fremstår som valid (gyldig).

3.9 Validitet

Validitet handler om resultatenes gyldighet; at undersøkelsen måler det man ønsker å måle (Befring, 2007), og er knyttet til om den sammenhengen eller den forskjellen vi observerer er reell. Studiens gyldighet (validitet) sier noe om hvorvidt dataene og analysene er relevante for problemstillingen. Laake et. al (2008) skiller mellom fire former for validitet: Statistisk validitet, begrepsvaliditet, intern validitet og ekstern validitet (Laake, Olsen, & Benestad, 2008). Statistisk validitet refererer til hvorvidt de statistiske forutsetningene er til stede for å foreta en analyse, og om det derfor er et tilstrekkelig statistisk grunnlag for å trekke konklusjoner av dataene. Statistisk signifikans handler om i hvilken grad man kan slutte at den sammenhengen man har funnet representerer noe systematisk, og ikke bare er et resultat av tilfeldigheter. Ulike slutninger som trekkes på bakgrunn av statistiske beregninger, kan betraktes som valide når det er mulig å finne tendenser i data som har nok styrke til at det

betegnes som statistisk signifikant. Jeg har i denne undersøkelsen valgt et statistisk signifikansnivå på $p < 0.05$, som innebærer at det er mindre enn 5% sannsynlighet for at det i realiteten ikke er noen systematisk sammenheng mellom variablene. Statistisk validitet i denne studien vil si om det er et tilstrekkelig statistisk grunnlag til å trekke de konklusjoner som er gjort ut fra de gitte resultatene, og blir videre diskutert i Kapittel 6.0, side 68.

Begrepsvaliditet omhandler gyldigheten i de begrepene som studeres, som i denne studien er brukermedvirkning, brukertilfredshet, utbytte, rehabilitering og helse. Begrepene ble operasjonalisert i Kapittel 3.0, og er hentet fra ulike kilder med henblikk på å gi utfyllende informasjon i forhold til studiens problemstilling, og for å gi leserne en bedre forståelse for forskningen. Det anvendte spørreskjemaet er også grundig testet ut med hensyn til begrepsvaliditet (Folkehelseinstituttet, 2015)

Intern validitet omhandler innhenting og bearbeiding av data. Den interne validiteten kan svekkes dersom feilaktig informasjon blir innhentet eller registrert under gjennomføring av studien (informasjonsskjevhet) (Laake et al., 2008). Det stilles store krav til utformingen av spørreskjema for å oppnå valide data. Det må være språklig lett tilgjengelig og selvinstruerende. Formuleringene bør være korte og presise, og svaralternativene klare og entydige. For å få en høy svarprosent er det viktig at spørsmålene er relevante for informantene, og at skjemaet ikke er for omfattende. Dersom det dreier seg om kontroversielle tema, er det særlig viktig at informantene kjenner seg trygge på at anonymiteten er sikret. Måleverktøyets evne til å måle en gitt egenskap (intern validitet) og pålitelighet ved gjentatt bruk av verktøyet (reliabilitet) kreves for å sikre presise og reliable resultater. Intern validitet knyttes videre opp mot utvalg og statistikk.

Brukererfaringskjemaet som er benyttet i denne studien er testet ut i flere omganger i ulike rehabiliteringspopulasjoner, og er opplevd som relevant og forståelig, både med hensyn til begrepsbruk og skåringsalternativene (Folkehelseinstituttet, 2009).

Ekstern validitet knyttes til hvorvidt resultatene kan generaliseres til å gjelde individer også utenfor denne studien. I prinsippet kan man ikke generalisere sikkert til noen andre enn til den populasjonen utvalget er trukket fra, og til det tidspunktet undersøkelsen er foretatt på (Jacobsen, 2015). For å kunne generalisere til populasjonen er størrelsen på utvalget av betydning. Små utvalg har større sjanse for ikke å representere populasjonen og kan føre til utvalgsskjevhet. Jo større utvalget er, desto større sannsynlighet er det for at egenskapene ved utvalget er lik egenskapene ved populasjonen (Grønmo, 2016). Dersom frafallet skiller seg

vesentlig fra deltakerne som er med i undersøkelsen, svekkes utvalgets representativitet. I en undersøkelse med stort frafall og ingen frafallsanalyse er resultatene ikke generaliserbare (Grønmo, 2016).

En frafallsanalyse er blitt gjennomført for å undersøke på hvilken måte frafallet kan ha innvirket på resultatene i denne studien. Studiens interne og eksterne validitet blir diskutert i Kapittel 6.0.

3.10 Etikk og personvern

Etikk og personvern skal være gjennomgående gjennom hele forskningsprosjektet. I forkant av studien ble det søkt Regional Etisk Komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) om godkjenning for mastergradsprosjektet (2018/2016/REK sør-øst C, Vedlegg 2). REK vurderte prosjektet til å falle utenfor Helseforskningsloven, slik at det kunne gjennomføres uten deres godkjenning. I tillegg ble det søkt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) om godkjenning av prosjektet og om oppbevaring av data innenfor sikkerhetssystemene ved Beitostølen helsesportsenter (www.nsd.uib.no). Vurderingen fra NSD viste imidlertid også at slik godkjenning ikke var nødvendig, da mastergradsprosjektet ikke skulle innhente eller behandle direkte eller indirekte opplysninger som kunne identifisere enkeltpersoner i prosjektet (Referansenummer: 564388, Vedlegg 3). Innsamling, behandling og bruk av data, er behandlet i henhold til personopplysningsloven, General Data Protection Regulation (GDPR).

Personvernforordningen stiller krav om at brukeren er informert om hva deltakelse i forskningen innebærer. Deltakelse er frivillig, og informasjonen må være spesifikk, informativ og utvetydig. Informasjon ble gitt skriftlig og muntlig ved utdeling av spørreskjemaene (Vedlegg 4). Spørreskjemaet som ble benyttet i forskningsprosjektet var anonymt, og inneholdt ingen direkte personidentifiserbare opplysninger som kan spores tilbake til brukeren. De besvarte spørreskjemaene ble levert til en legesekretær, og jeg har derfor ingen mulighet til å finne tilbake til enkeltpersoner. Det ble inngått avtale mellom OsloMet og Beitostølen helsesportsenter om lagring av data på helsesportsenteret (vedlegg 5).

For å sikre pålitelighet er det viktig at jeg som forsker har et kritisk syn på de fortolkninger som danner grunnlaget for forståelsen av fenomenet som studeres. En etisk betenkelighet kan

være at jeg selv jobber ved rehabiliteringssenteret hvor forskningsmaterialet til denne mastergradsstudien er hentet fra. Jeg kunne derfor påvirke datamaterialet for å framstille senteret og de ansatte i et gunstig lys. Min intensjon med studien, nettopp fordi jeg jobber ved senteret, er imidlertid å få en oversikt og et riktig bilde av hvordan brukerne opplever og erfarer møtet med behandlerne, og hvilken betydning dette har for den enkeltes opplevelse av brukermedvirkning, tilfredshet og utbytte av rehabiliteringsoppholdet, med tanke på kvalitetsutvikling på tjenesten som tilbys. Diskusjon av resultatene kan likevel påvirkes av mitt grunnsyn og kjennskap til senterets tilbud.

4.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene knyttet til oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål, basert på analysene beskrevet i kapittel 3.6. Studiens funn presenteres ved hjelp av tabeller og figurer. Ingen av forskjellene i disse analysene var statistisk signifikante. Funnene varierte innenfor p-verdi 0,128-0,986 ut i fra kjønn og alderskategorier, og er beskrevet under hver figur (p= kjønn/ p= alderskategori).

4.1 Beskrivelse av studiens utvalg

Totalt 210 brukere var på rehabiliteringsopphold i perioden datainnsamlingen pågikk. Av disse var det 134 brukere (64%) i alderen 17 til 82 år som svarte på «undersøkelse om erfaringer fra rehabiliteringsinstitusjon». Det var 80 (60%) kvinner og 54 (40%) menn, med en gjennomsnittsalder på 44,5 år. Av 101 unge voksne hadde 38 (37%) besvart spørreskjemaet, mens tilsvarende tall for voksne over 30 år, viste at 96 (88%) av 109 hadde besvart evalueringsskjemaet.

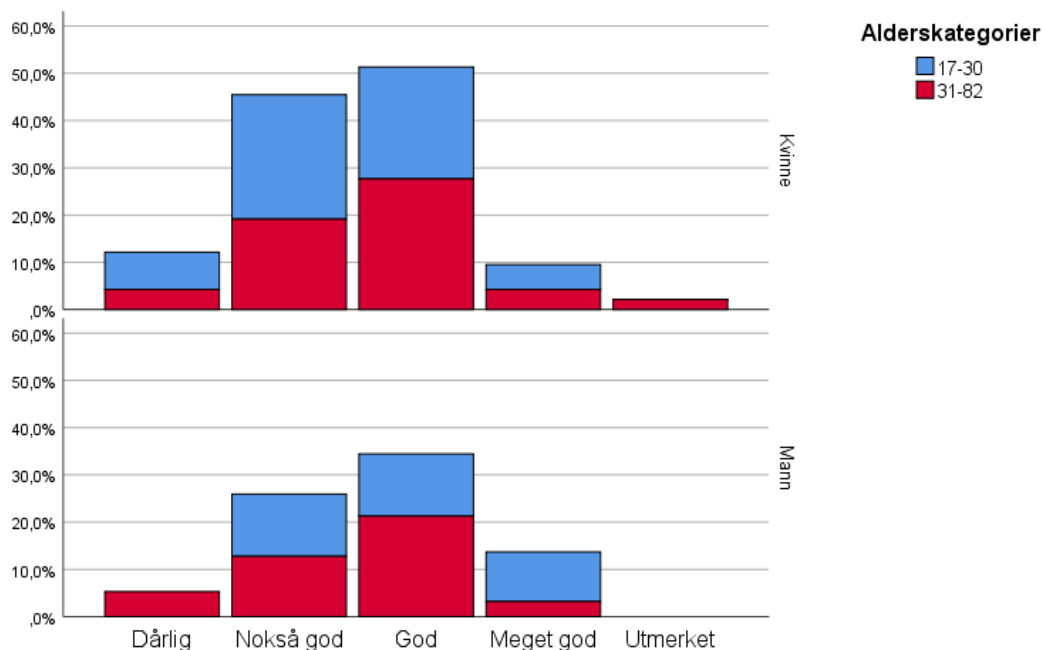
En frafallsanalyse ble gjennomført for å kartlegge om det var noen skjevhet i utvalget som var på rehabiliteringsopphold i perioden studien pågikk, og om det var noen forskjell med tanke på hvem som besvarte brukerevalueringundersøkelsen. Etter en gjennomgang av inntakslistene, viste resultatene at fordelingen i utvalget var tilnærmet lik, både med hensyn til alderskategorier og kjønn. I gruppen ung voksen 17-30 år, hadde 50 menn og 51 kvinner vært til rehabilitering i perioden studien pågikk, tilsvarende tall for voksne over 30 år, viste 53 menn og 56 kvinner. Det var altså marginale forskjeller mellom alderskategorier og kjønn i

senteret i perioden var ca. like mange yrkesaktive som uføretrygdet. Noen hadde krysset av for både – og, og disse ble plassert i kategorien, yrkesaktive. Deltakerne som hadde krysset av for at de var arbeidsledige eller pensjonister, ble kategorisert som, annet. I gruppen ung voksen var en tredjedel under utdanning, og de resterende yrkesaktive eller yrkesaktive og uføretrygdet. Disse ble også kategorisert som yrkesaktive. For å få en oversikt over om deltakerne i studien var blitt henvist via kommune- eller spesialisthelsetjeneste, gikk jeg gjennom samtlige spørreskjema for å finne svar på om det var noen forskjell på hvor hovedtyngden av søknadene kom fra. Resultatet viste at 68 av søknadene kom fra fastlege, mens 66 av søknadene var sendt fra spesialisthelsetjenesten. Dette indikerer at innsøkende enhet generelt er jevnt fordelt mellom fastlege- og spesialisthelsetjenesten.

4.2 Deltakernes opplevelse av egen helse

Deltakerne ble spurt om hvordan de opplevde sin egen helse. Svarene på dette spørsmålet fordelt på kjønn og alderskategorier er beskrevet i Figur 1.

Figur 1; *Stor sett, vil du si din helse er:*



N= 132, Kvinne= 78, Mann= 54, Voksne= 94, Unge Voksne= 38, p= 0,537/ p= 0,638

Resultatene viste at en svært stor andel opplevde å ha god helse. Totalt 21% svarte at de hadde *meget god helse*. Av disse var over dobbelt så mange i alderskategorien ung voksen, og det var flest menn som rapporterte dette. Nesten halvparten av deltakerne over 30 år rapporterte om *god helse*, mens tilsvarende tall for unge voksne var 40%. Det var noen færre som hadde krysset av for at helsen var *nokså god*, og her var andelen unge voksne noe høyere enn andelen voksne. Totalt hadde 18% rapportert om *dårlig helse*. Av disse var 10% over 30 år og 8% i alderen 17-30 år. Noen av de åpne kommentarene er beskrivende for opplevd helse og livskvalitet:

«Jeg forventete ikke at rehabiliteringsoppholdet skulle bedre «tilstanden» min, men heller bidra til forbedret livskvalitet» (kvinne 25 år).

«Rehabiliteringsoppholdet har vært veldig viktig i min prosess med å finne frem til treningsformer som kan ha positiv innvirkning på min måte å leve med sykdommen» (kvinne 71 år).

«Klinisk er min helse dårlig, men opplevd helse er ok. Oppholdet har gitt med økt opplevd helse og overskudd til å stå i jobb og delta i samfunnslivet, til tross for svært nedsatt fysisk funksjon» (kvinne 49 år).

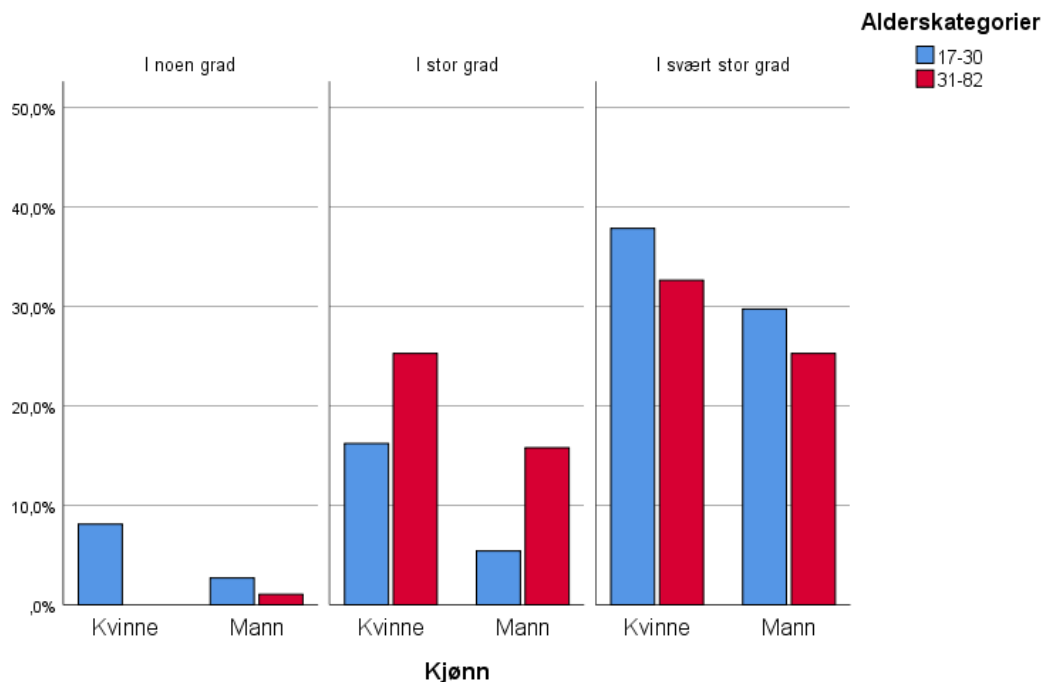
«Beitostølen Helseportsenter har et glimrende aktivitetstilbud til sine brukere. Det er viktig å behandle hele mennesket, ikke bare det synlige funksjonstapet» (mann 62 år).

«Godt å få hjelp til å leve gjennom livet med en funksjonshemming» (kvinne 52 år).

4.3 Brukernes opplevelse av behandlernes faglig dyktighet

Dette avsnittet handler om hvordan brukerne opplevde behandlernes faglige dyktighet, og om de opplevde at det var et godt samarbeid om den enkeltes rehabiliteringsopplegg. Den faglige kvaliteten handler ikke bare om faglig dyktighet, men også om opplevelse av å bli involvert i tilstrekkelig grad i egen rehabiliteringsprosess. Resultatene er presentert i Figur 2 til og med Figur 6.

Figur 2; Ble du møtt med høflighet og respekt av behandlerne?



N= 132, Kvinne= 78, Mann= 54, Voksne= 95, Unge Voksne= 37, p= 0,607/ p=0,703

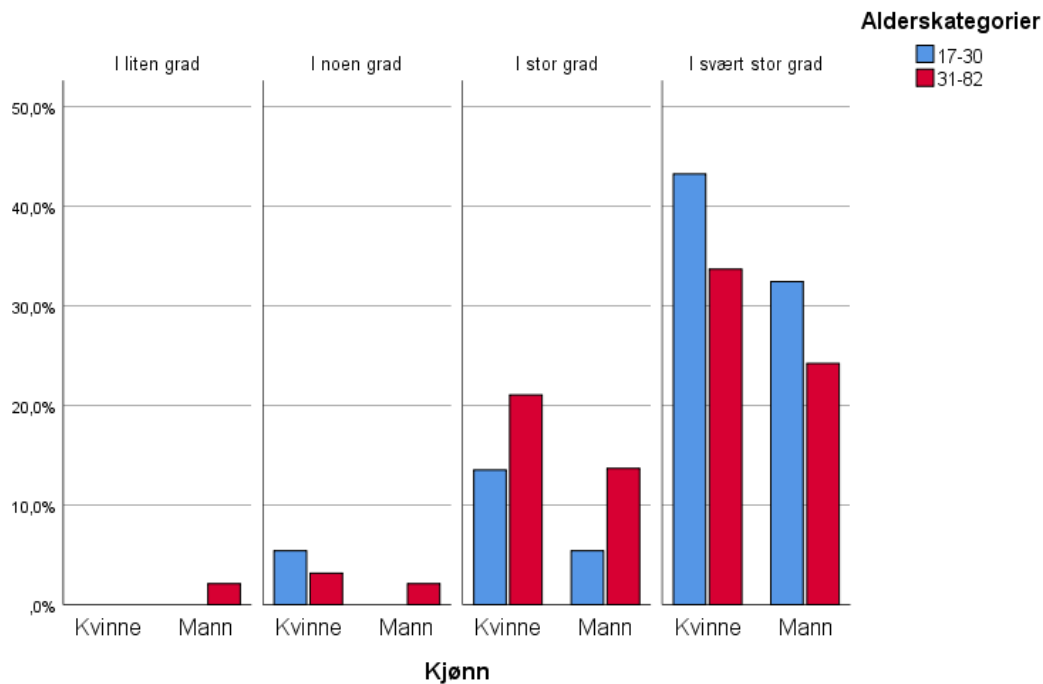
På spørsmålet om brukerne opplevde å bli møtt med høflighet og respekt av behandlerne, viser tall fra analysen at en høyere andel unge voksne hadde svart i *svært stor grad*, og andelen menn var noe høyere enn andelen kvinner. Det var dobbelt så mange voksne som svarte at de i *stor grad* var blitt møtt med høflighet og respekt, og andelen kvinner var høyest. I alderskategorien 17-30 år, hadde 10% svart at de i *noen grad* var blitt møtt med høflighet og respekt, og her var andelen kvinner nesten dobbelt så høy som andelen menn. Det var ingen av brukerne som hadde svar i *liten grad* eller *ikke i det hele tatt* på dette spørsmålet.

To tilleggskommentarer beskriver hvordan brukerne opplevde å bli møtt av fagutøverne og personalet.

«Jeg er veldig imponert over kunnskapen, tålmodigheten og respekten som personalet alltid viser. Jeg har store mål om å ta med meg kunnskapen og øvelsene jeg har fått ved senteret, sånn at jeg kan fortsette med denne hjemme» (mann 52 år).

«Aktiv i rullestol-kurs har betydd mye for livet mitt. Jeg forskjøv grensene mine betraktelig. Jeg har gjort ting som ville vært umulig før jeg kom hit. Jeg er svært takknemlig på måten jeg ble møtt på her» (kvinne 61 år).

Figur 3; Har du tillit til behandlernes faglige dyktighet?



N= 132, Kvinne= 78, Mann= 54, Voksne= 95, Unge Voksne= 37, p= 0,229/ p= 0,311

Resultatene viste at en høy andel av brukerne hadde tillit til behandlerne. Samlet sett hadde over 90% svart at de *i stor- eller svært stor grad* hadde tillit til behandlerne. En høyere andel unge voksne og menn rapporterte *i svært stor grad* (76%), mens det var nesten dobbelt så mange voksne som hadde svart *i stor grad*. Det var kun to personer over 30 år som mente de *i liten grad* hadde tillit til behandlerne faglige dyktighet.

Noen kommentarer fra brukerne utdyper dette.

«Beitostølen Helseportsenter har et glimrende aktivitetstilbud til sine brukere. Det er viktig å behandle hele mennesket, ikke bare det synlige funksjonstapet» (mann 62 år).

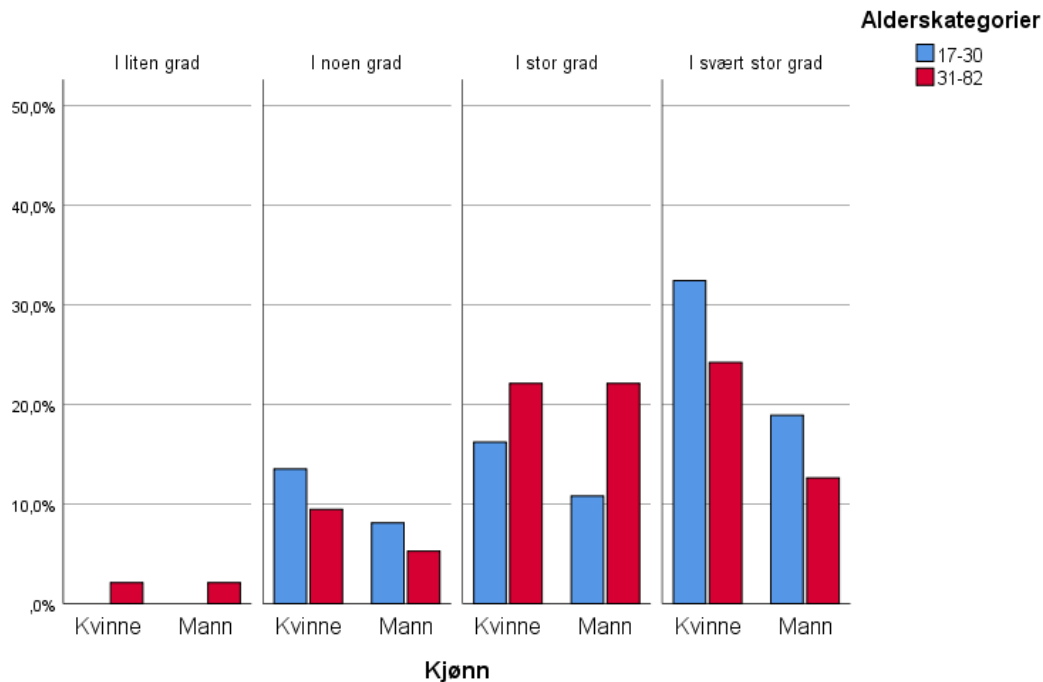
«Jeg gjorde ting som ville vært umulig før jeg kom hit. Jeg er svært takknemlig på måten jeg ble møtt på her» (kvinne 61 år).

«Fantastisk flott opphold, supert team som har tilrettelagt for oss alle» (kvinne 19 år).

«Jeg har hatt stor fremgang, flinke folk som har trent meg og er veldig fornøyd» (mann 48 år).

«Jeg har vært her før så jeg visste hva jeg kom til, og fikk forventningene oppfylt. God effekt i f.t. egne mål. Viktig å beholde den individuelle friheten i gruppestrukturen, som gjør individuelle tilpasninger og fleksibiliteten så god. Veldig fornøyd og føler at ting blir godt i varetatt i enda større grad dersom man er innstilt på 100% innsats selv. Fokus på aktivitet og deltakelse er veldig bra. Beitostølen Helseportsenter «lever» visjonen sin» (mann 62 år).

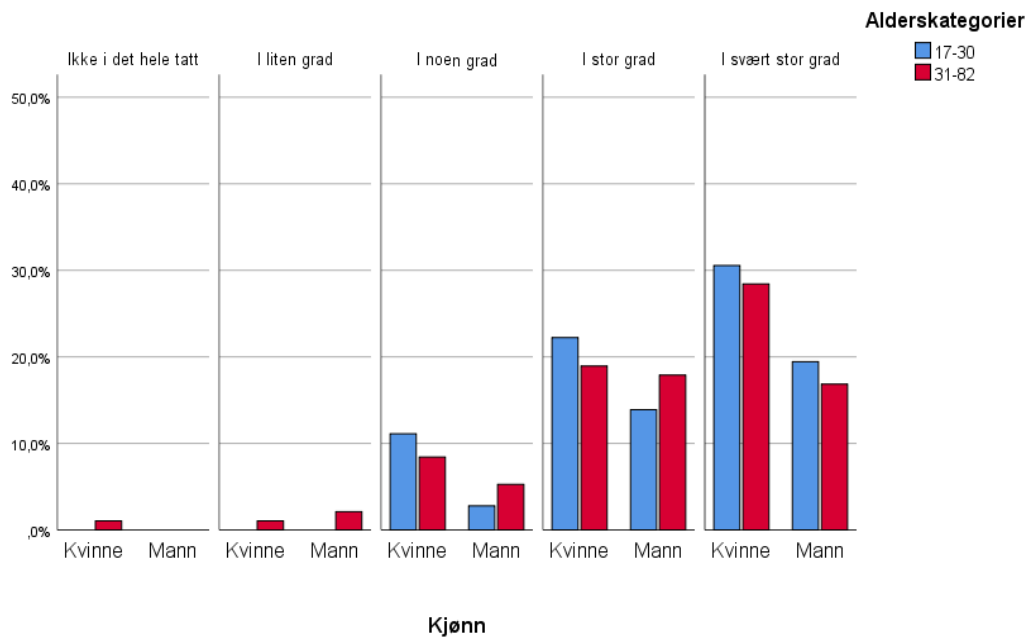
Figur 4; Hadde behandlerne tid til deg når du trengte det?



N=132, Kvinne= 78, Mann= 54, Voksne= 95, Unge Voksne= 37, p= 0,128/ p= 0,540

Analysen viste at over 80% av brukerne opplevde at behandlerne i *stor- eller svært stor grad* hadde tid når de trengte det. I alderskategorien 17-30 år, hadde over 50% svart at behandlerne i *svært stor grad* hadde tid når de trengte det, og det var flest kvinner. En større andel voksne svarte i *stor grad* på dette spørsmålet. Hele 22% av de unge voksne mente at behandlerne i *noen grad* hadde tid til dem når de hadde behov for det, og det var tilnærmet like mange kvinner som menn. En liten andel voksne hadde krysset av for at behandlerne *ikke* hadde tid til dem når de trengte det, men generelt viste resultatene at behandlerne satte av tid til den enkelte når det var behov for dette, og det var de unge voksne som var mest fornøyd.

Figur 5; Oppløve du at behandlerne samarbeidet godt om ditt rehabiliteringsopplegg?



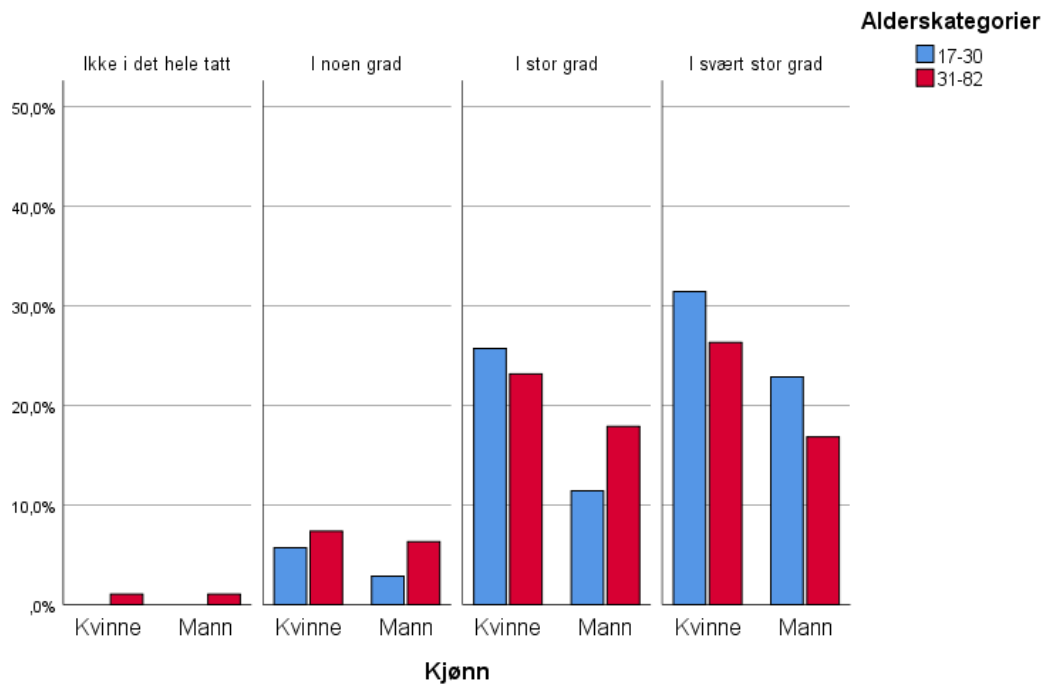
N=131, Kvinne= 78, Mann= 53, Voksne= 95, Unge Voksne= 36, p= 0,800/ p= 0,612

Tilnærmet 60% av kvinnene og nesten 40% av mennene mente at behandlerne *i svært stor grad* samarbeidet om den enkeltes rehabiliteringsopplegg, og andelen unge voksne var høyest. For de som mente at behandlerne *i stor grad* samarbeidet var det små forskjeller mellom kvinner og menn, og alderskategoriene. Generelt var kvinner og menn, unge voksne og voksne, godt fornøyd med behandlernes måte å samarbeide på om den enkeltes behandlingsopplegg. Én kvinne og to menn over 30 år, mente at behandlerne *i liten grad* samarbeidet om den enkeltes rehabiliteringsopplegg, og én kvinne over 30 år svarte at det *ikke i det hele tatt* var noe samarbeid.

4.4 Brukermedvirkning i målsettingsarbeidet

Det sentrale i mastergradsstudien var å kartlegge om den enkelte opplevde brukermedvirkning i rehabiliteringstilbudet ved Beitostølen Helsesportsenter. I dette avsnittet presenteres resultatene fra analyser fra spørsmål 16, 17 og 18 som er relevante for å få et bilde av hvordan brukerne opplevde medvirkning i rehabiliteringsprosessen.

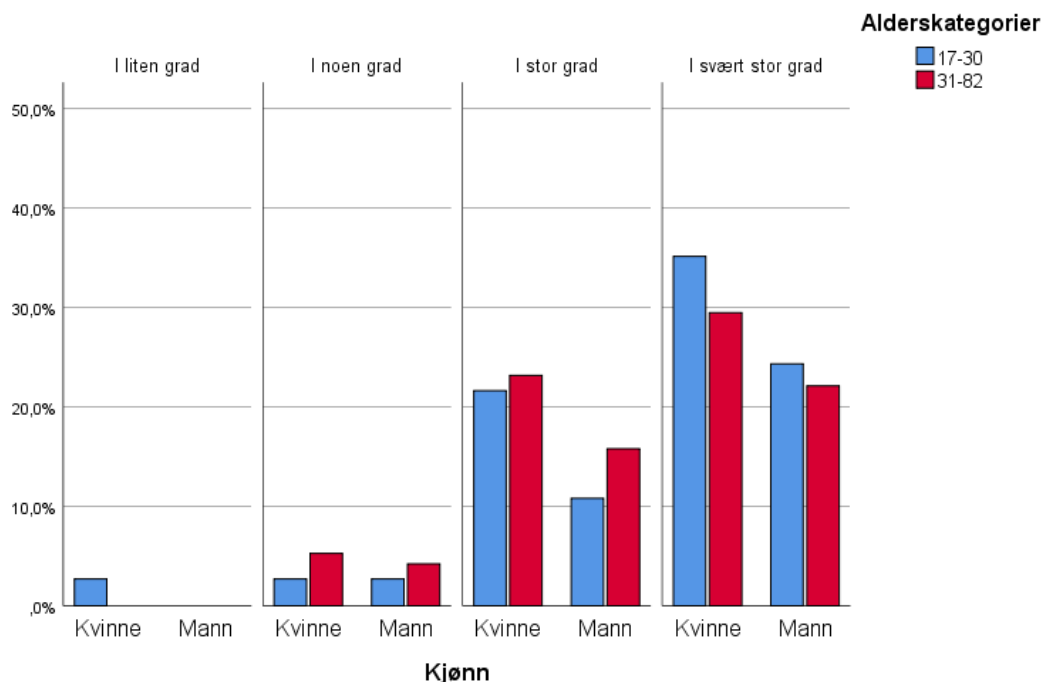
Figur 6; Tok behandler deg med på råd i spørsmål om rehabiliteringsopplegget ditt?



N=130, Kvinne= 77, Mann= 53, Voksne= 95, Unge Voksne= 35, p= 0,559/ p= 0,986

Et sentralt spørsmål for å se på brukermedvirkning under oppholdet, var hvorvidt den enkelte opplevde å bli tatt med på råd i spørsmål som omhandlet eget rehabiliteringsopplegg? På dette spørsmålet hadde hele 91% fra 17-30 år og 84% over 30 år svart at de i *stor- eller svært stor grad* var blitt tatt med på råd, og derfor opplevde å ta del i egen rehabiliteringsprosess. Generelt viste resultatene at yngre brukere i større grad rapporterte at de i *svært stor grad* fikk medvirke i egen rehabilitering, mens voksne i større grad krysset av for *i stor grad*, men det var liten forskjell mellom kvinner og menn. Nesten dobbelt så mange voksne som unge voksne svarte at de *i noen grad* hadde fått medvirke, mens én kvinne og én mann over 30 år mente at de *ikke* hadde blitt tatt med på råd i spørsmål som omhandlet egen rehabiliteringsprosess.

Figur 7; Var du og behandlerne enige om målene for oppholdet ditt?



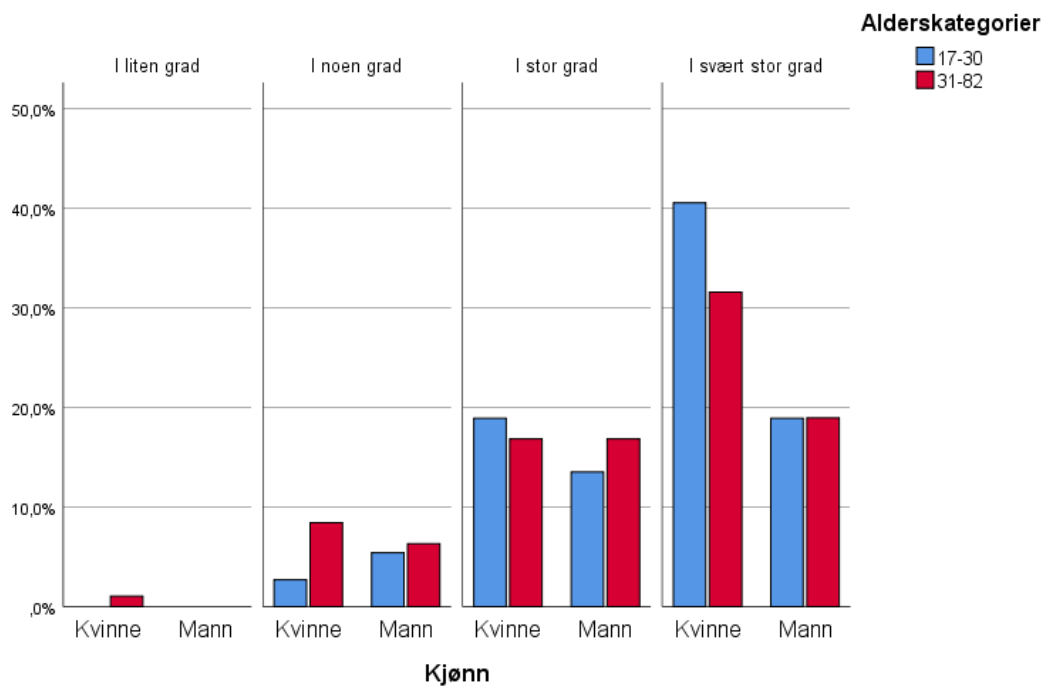
N=132, Kvinne= 78, Mann= 54, Voksne= 95, Unge Voksne= 37, p= 0,295/ p= 0,818

Relevant for å kartlegge brukermedvirkning var også spørsmålet som etterspurte om brukerne og behandlerne var enige om målene for oppholdet. Resultatene viste at over 90% av brukerne uavhengig av alder og kjønn opplevde at det i *stor- eller svært stor grad* var enighet om målene for oppholdet. Generelt rapporterte flere unge voksne og menn at de i *svært stor grad* var enige med behandlerne om målene, mens noen flere kvinner og voksne krysset av for i *stor grad*. Det var nesten dobbelt så mange voksne som svarte at de i *noen grad* var enige med behandlerne om målene, men det var små forskjeller mellom kvinner og menn. Det var ingen som hadde svart *ikke i det hele tatt* på dette spørsmålet. Generelt viser resultatene at det i stor grad var enighet om målene for oppholdet, og noen åpne kommentarer bekrefter dette.

«Teamet har vært imøtekommende, på tilbudssiden, positive og strukket seg langt for at vi skal nå våre mål» (kvinne 61 år).

«Jeg har vært her før så jeg visste hva jeg kom til, og fikk forventningene mine oppfylt. God effekt i f.t. egne mål. Viktig å beholde den individuelle friheten i gruppestrukturen, som gjør individuelle tilpasninger og fleksibiliteten så god. Veldig fornøyd og føler at ting blir godt ivaretatt i enda større grad dersom man er innstilt 100% på innsats selv. Fokus på aktivitet og deltakelse er veldig bra» (mann 40 år).

Figur 8; Opplevde du at behandlerne var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?



N=132, Kvinne= 78, Mann= 54, Voksne= 95, Unge Voksne= 37, p= 0,634/ p= 0,460

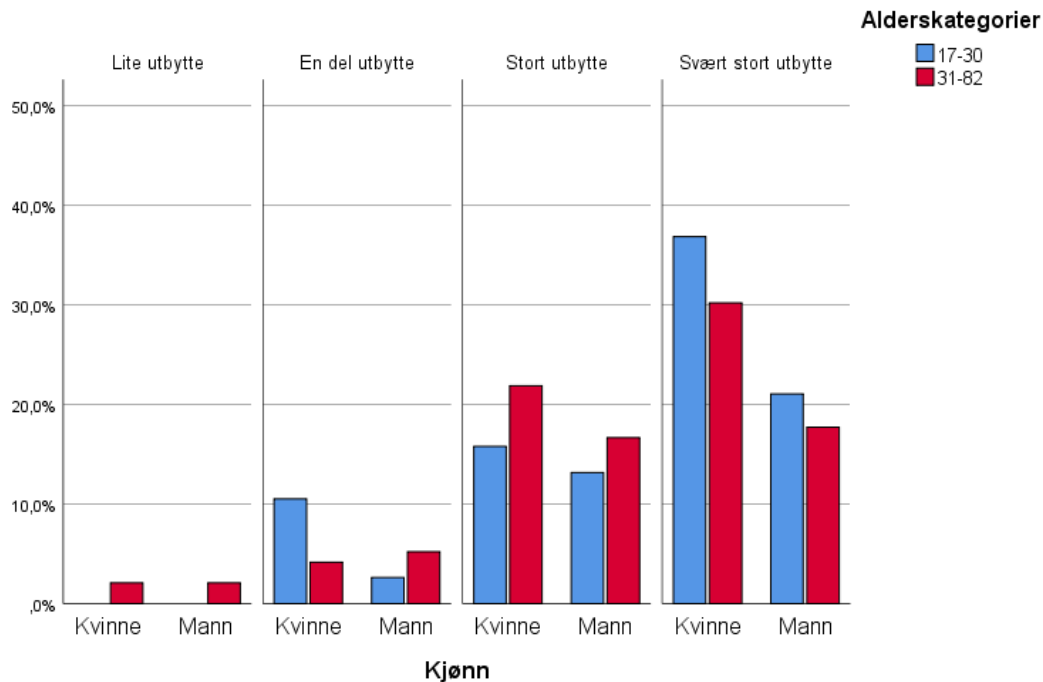
På spørsmålet om brukerne opplevde at behandlerne var interessert i den enkeltes beskrivelse av egen situasjon, hadde hele 92% unge voksne og 84% voksne svart *i svært stor eller stor grad* på dette spørsmålet, og andelen kvinner og unge voksne var høyest. En liten andel av brukerne mente at behandlerne bare *i noen grad* hadde vært interessert i deres beskrivelse av egen situasjon. Her var fordelingen nokså lik mellom kvinner og menn, mens det var noen flere voksne enn unge voksne som mente dette. Én kvinne over 30 år mente at behandlerne *i liten grad* hadde vært interessert i hennes beskrivelse av egen situasjon, men ingen hadde krysset av for *ikke i det hele tatt*.

4.5 I hvilken grad opplevde den enkelte å ha utbytte av rehabiliteringsoppholdet

For tilbudet som gis ved Beitostølen Helseportsenter og for kvalitetssikring av tjenestene, er det viktig at den enkelte bruker opplever å ha utbytte av rehabiliteringsoppholdet.

Spørreskjemaet PasOpp rehab har flere spørsmål som omhandler utbytte, disse etterspør utbytte både i forhold til fysisk og psykisk helse, mestring av dagliglivets gjøremål og deltakelse i sosiale aktiviteter.

Figur 9; Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av rehabiliteringsoppholdet?



N=134, Kvinne= 80, Mann= 54, Voksne= 96, Unge Voksne= 38, p= 0,363/ p= 0,853

Alt i alt opplevde nesten 90% av brukerne at de hadde hatt *stort* eller *svært stort utbytte* av rehabiliteringsoppholdet. Generelt rapporterte en høyere andel unge voksne og kvinner om *svært stort utbytte*, mens det var flere voksne og menn som krysset av for *stort utbytte*. To kvinner og to menn over 30 år rapporterte om *lite utbytte*, men det var ingen som opplevde at de *ikke* hadde hatt noe utbytte. Noen åpne kommentarer fra brukerne gir utfyllende informasjon om hvorfor de opplevde å ha utbytte av rehabiliteringsoppholdet.

«Jeg har hatt det fint her, naturen er helt fantastisk og ute har jeg kost meg. Rehabiliteringen har gjort med i bedre fysisk form. Generelt har hun rapportert om *stort utbytte* (kvinne 38 år).

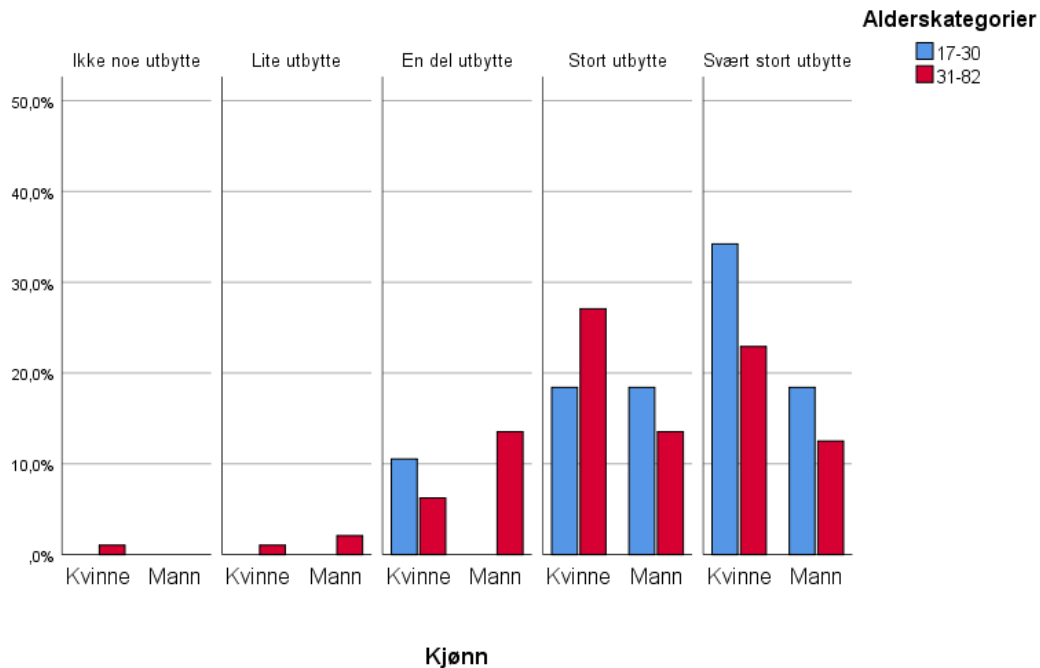
«Aktiv i rullestol-kurs betydde svært mye for livet mitt. Jeg forskjøv grensene mine betraktelig. Jeg har gjort ting som ville vært umulig før jeg kom hit. Jeg er svært takknemlig på måten jeg ble møtt på her». Kvinnen opplevde å ha hatt *svært stort utbytte* av oppholdet (kvinne 61 år).

«Jeg har hatt stor fremgang, flinke folk som har trent meg og er veldig fornøyd» (mann 48 år).

«Fantastisk flott opphold, supert team som har tilrettelagt for oss alle» (kvinne 19 år).

«Det har vært et kjempeopplegg med trening her på Beitostølen Helse- og sportsenter. Mye bra opplegg på kveldene og veldig sosialt» Kvinnen opplevde å *stort utbytte* av oppholdet (kvinne 49 år).

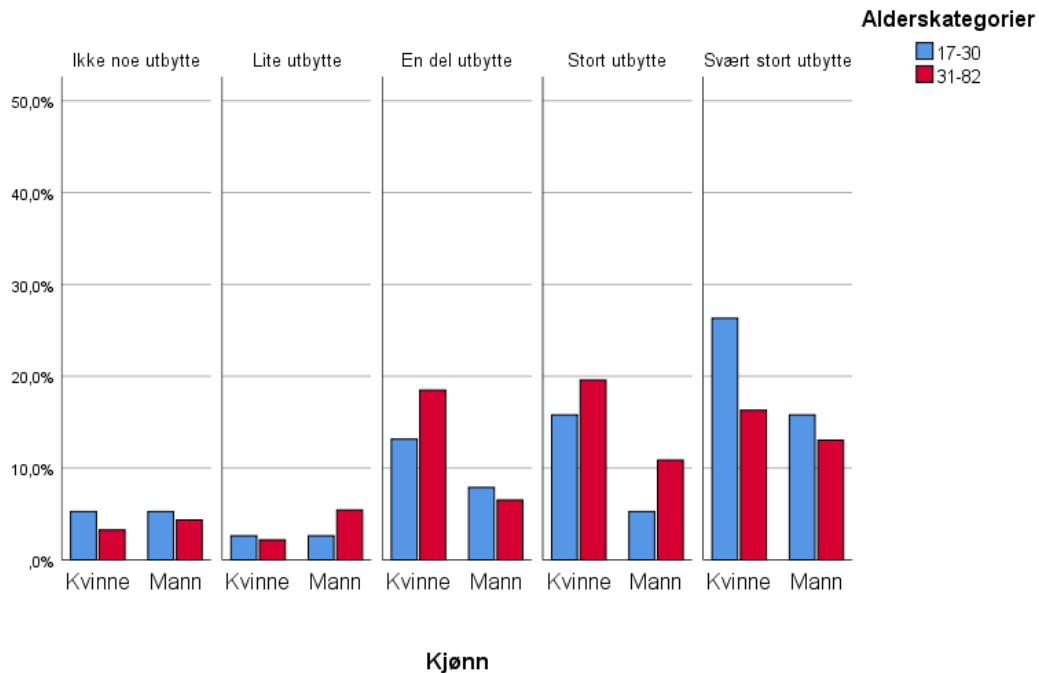
Figur 10; Hvilket utbytte har du hatt av oppholdet i forhold til din fysiske helse?



N= 134, Kvinne= 80, Mann= 54, Voksne= 96, Unge Voksne= 38, p= 0,283/ p= 0,310

Når det gjaldt fysisk helse, rapporterte 80% at de hadde hatt *stort- eller svært stort utbytte* av oppholdet. En høyere andel kvinner og hele 90% av brukerne fra 17-30 år rapporterte om *stort- eller svært stort utbytte* av oppholdet, mens tre fjerdedeler av gruppen over 30 år rapporterte det samme. Det var dobbelt så mange over 30 år som mente at de hadde hatt en *del utbytte* av oppholdet i forhold til sin fysiske helse, men det var ingen menn under 31 år som hadde krysset av for dette svaralternativet. Én kvinne og to menn over 30 år svarte at de hadde hatt *lite utbytte*, mens én kvinne over 30 år opplevde at hun ikke hadde hatt *noe utbytte* av rehabiliteringsoppholdet i forhold til sin fysiske helse.

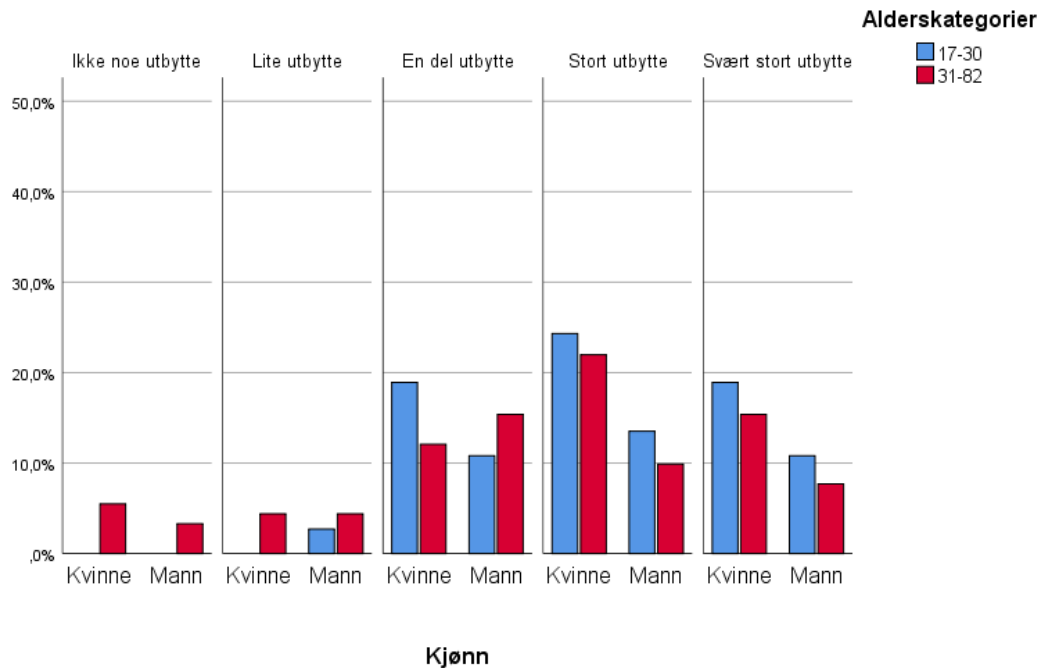
Figur 11; Hvilket utbytte har du hatt av oppholdet i forhold til din psykiske helse?



N= 130, Kvinne= 79, Mann= 51, Voksne= 92, Unge Voksne= 38, p= 0,585/ p= 0,205

Når det gjelder opplevd utbytte i forhold til psykisk helse, var det langt flere i alderen 17-30 år som rapporterte *svært stort utbytte* av rehabiliteringsoppholdet, mens voksne brukere i større grad rapporterte om *stort utbytte*. Generelt svarte en høyere andel kvinner at de opplevde *stort- til svært stort utbytte* av oppholdet, mens det var tilnærmet like mange kvinner og menn som mente at rehabiliteringsoppholdet ikke hadde noen betydning for den psykiske helsen.

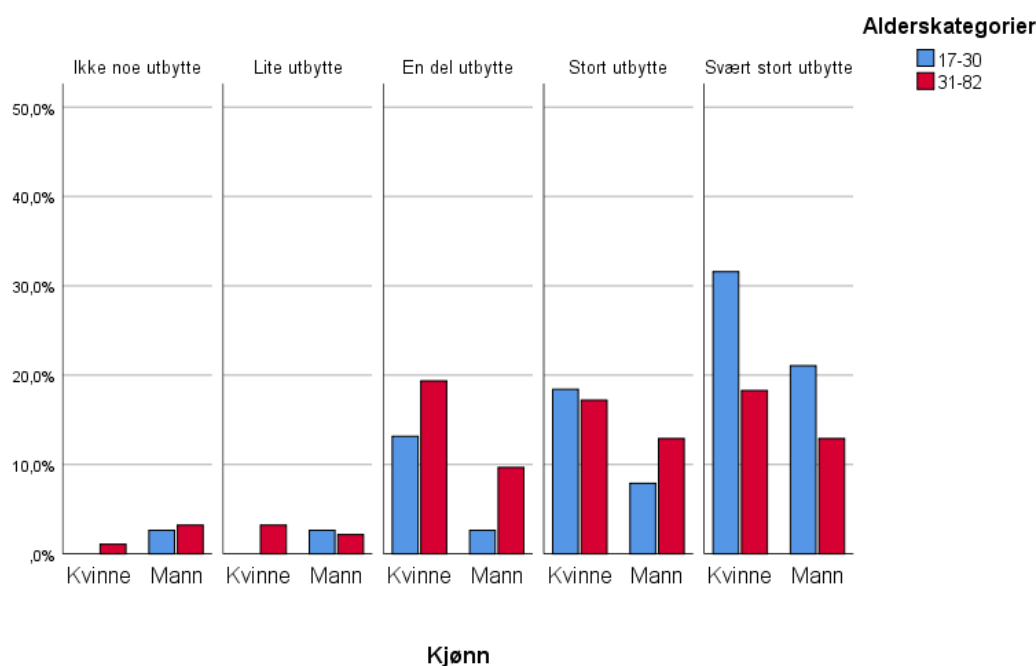
Figur 12; Hvilket utbytte har du hatt av oppholdet i forhold til å mestre daglige gjøremål?



N= 128, Kvinne= 77, Mann= 51, Voksne= 91, Unge Voksne= 37, p= 0,246/ p= 0,427

Generelt viste resultatene at et rehabiliteringsopphold hadde størst betydning for gruppen unge voksne når det gjaldt utbytte for å mestre daglige gjøremål etter endt rehabilitering. Andelen kvinner som opplevde at de hadde hatt *stort eller svært stort utbytte* var nesten dobbelt så høy som andelen menn (80% mot 42%), og det var noen flere unge voksne som hadde krysset av på svaralternativet *en del utbytte*. Også her var andelen kvinner noe høyere enn for andelen menn. Av de som hadde rapportert om *lite- eller ikke noe utbytte* av rehabiliteringsoppholdet, i f.t å mestre daglige gjøremål, var det 17% av de over 30 år, og bare 3% i alderskategorien 17-30 år.

Figur 13; Hvilket utbytte har du hatt av oppholdet i forhold til å delta i sosiale aktiviteter?



N= 131, Kvinne= 79, Mann= 52, Voksne= 93, Unge Voksne= 38, p= 0,201/ p= 0,298

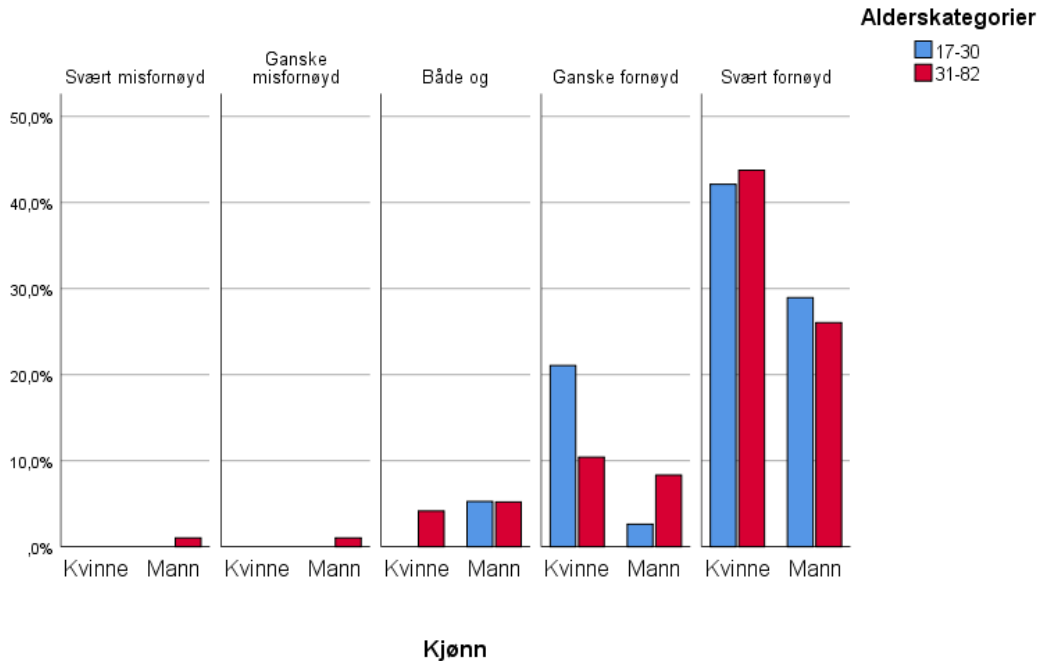
Resultatene viste at det var flest kvinner og unge voksne som opplevde at rehabiliteringsoppholdet hadde stor betydning for sosial deltakelse. Det var nesten dobbelt så mange unge voksne som voksne som rapporterte om *svært stor utbytte* i forhold til sosial deltakelse. Generelt mente nesten 80% av brukerne i alderen 17-30 år, og 61% av de over 30 år, at de hadde *stort eller svært stort utbytte* av oppholdet med tanke på sosial deltakelse. Resultatet var omvendt på svaralternativene *en del utbytte, lite utbytte og ikke noe utbytte*, hvor det var nesten dobbelt så mange over 30 år som mente dette, og her var andelen kvinner noe høyere enn andelen menn. Det var ingen kvinner fra 17-30 år som svarte at oppholdet hadde gitt *lite eller ikke noe utbytte*.

Beskrivende for hvor betydningsfullt et rehabiliteringsopphold kan være i forhold til opplevelsen av egen helse og sosial deltakelse, er nettopp denne kommentaren.

«Klinisk er min helse dårlig, men opplevd helse er ok. Oppholdet har gitt meg økt opplevd helse og overskudd til å stå i jobb og delta i samfunnslivet, til tross for svært nedsatt fysisk funksjon» (kvinne 49 år).

4.6 Brukertilfredshet med tilbudet

Figur 14; Alt i alt, hvor fornøyd er du med tilbudet du fikk på rehabiliteringsinstitusjonen?



N= 134, Kvinne= 80= Mann= 54, Voksne= 96, Unge Voksne= 38, p= 0,793/ p= 0,188

For å vurdere brukertilfredsheten ved Beitostølen Helse- og idrettsenter, har jeg analysert spørsmålet: alt i alt hvor fornøyd var du med tilbudet du fikk ved institusjonen? Resultatet viste at en svært høy andel var godt fornøyd med tilbudet ved senteret. Omkring 70% av de som hadde besvart studien, var *svært fornøyd* med tilbudet, mens 24% alderskategorien ung voksen og 19% alderskategorien voksen, rapporterte at de var *ganske fornøyd*. Generelt var det flest kvinner som hadde svart at de var *godt fornøyd* med tilbudet ved senteret, mens en liten andel menn (13%), og voksne kvinner (5%), mente *både og*. Det var én mann over 30 år som hadde vært *ganske misfornøyd*, og én hadde svart at han var *svært misfornøyd* med tilbudet på senteret.

Kommentarene fra brukerevalueringsskjemaene er i all hovedsak svært positive, med unntak av noen tilbakemeldinger som gir et grunnlag for å se på hvorvidt den enkelte får det tilbudet og den oppfølgingen han eller hun har behov for. Noen tilbakemeldinger som beskriver dette, peker på i hvilken grad det er noe som bør endres i dagens tjeneste.

«Fysioterapeuten fulgte meg aldri opp i treningsrommet, selv om vedkommende hadde laget et program til meg etter en kort undersøkelse» Brukeren opplevde likevel å ha en del utbytte av oppholdet, og hadde rapportert om svært stort utbytte i forhold til fysisk helse (kvinne 30 år).

«Jeg føler meg lite sett, og det har vært for lite individuell oppfølging». Generelt opplevde kvinnen å ha lite utbytte av oppholdet, dette gjaldt også i forhold til hennes fysiske- og psykiske helse (kvinne 39 år).

«Savnet fellestrening med instruktør, lite utbytte av sal-aktivitet og for lite personlig oppfølging». Hennes generelle vurdering av tilbudet ved institusjonen, var både- og (kvinne 70 år).

«Det burde vært mer informasjon om mulighetene ved senteret. Følte meg ikke sett-, hørt eller forstått, og brukere med ledsagere fikk veldig mye oppfølging i f.t oss andre». Vedkommende mente at oppholdet hadde vært dårligere enn forventet (kvinne 35 år).

«Alt i alt kjempefornøyd med oppholdet ved Beitostølen Helsesportsenter, håper jeg får komme tilbake en annen gang» (kvinne 49 år).

«Det beste oppholdet jeg kan ha er her på Beitostølen Helsesportsenter». Kvinnen var svært fornøyd med oppholdet (kvinne 61 år).

4.7 Sammenheng mellom opplevd brukermedvirkning og opplevd utbytte og tilfredshet med oppholdet

For å undersøke hvorvidt det var noen sammenheng mellom opplevd brukermedvirkning og opplevelsen av utbytte av oppholdet og tilfredshet med tilbudet ved institusjonen, ble det gjennomført korrelasjonsanalyser. Her ble antall avkryssninger på de ulike svaralternativene på spørsmålene som omhandler medvirkning i egen rehabiliteringsprosess satt opp mot spørsmålene som omhandler tilfredshet og utbytte. Resultatene fra disse analysene viste statistisk signifikant sammenheng mellom opplevd brukermedvirkning og alt i alt, opplevd tilfredshet og utbytte av rehabiliteringsoppholdet. Tabell 2-6 viser disse resultatene som videre blir drøftet i Kapittel 5.0. Tabell 2-5 viser en oversikt over *antall brukere* som har besvart studien, samt fordelingen i utvalget på de angitte svaralternativer. Tabell 6 viser korrelasjon og statistisk signifikansnivå.

**Tabell 2. Tok behandlerne deg med på råd i spørsmål om rehabiliteringsopplegget ditt?
Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av rehabiliteringsoppholdet?**

	Lite utbytte	En del utbytte	Stort utbytte	Svært stort utbytte	Totalt
Ikke i det hele tatt	0	0	1	1	2
I noen grad	3	6	6	1	16
I stor grad	1	7	23	21	52
I svært stor grad	0	1	15	44	60
Total	4	14	45	67	130

**Tabell 3. Var du og behandlerne enige om målene for oppholdet ditt?
Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av rehabiliteringsoppholdet?**

	Lite utbytte	En del utbytte	Stort utbytte	Svært stort utbytte	Totalt
I liten grad	0	1	0	0	1
I noen grad	1	4	3	3	11
I stor grad	2	8	23	16	49
I svært stor grad	1	1	21	48	71
Total	4	14	47	67	132

**Tabell 4. Tok behandlerne deg med på råd i spørsmål om rehabiliteringsopplegget ditt?
Alt i alt, hvor fornøyd er du med tilbudet du fikk på institusjonen?**

	Svært misfornøyd	Ganske misfornøyd	Både og	Ganske fornøyd	Svært fornøyd	Total
Ikke i det hele tatt	0	0	0	1	1	2
I noen grad	0	0	6	8	2	16
I stor grad	1	1	5	13	32	52
I svært stor grad	0	0	0	4	56	60
Total	1	1	11	26	91	130

**Tabell 5. Var du og behandlerne enige om målene for oppholdet ditt?
Alt i alt, hvor fornøyd er du med tilbudet du fikk på institusjonen?**

	Svært misfornøyd	Ganske misfornøyd	Både og	Ganske fornøyd	Svært fornøyd	Total
I liten grad	0	0	0	1	0	1
I noen grad	0	0	3	4	4	11
I stor grad	0	1	6	18	24	49
I svært stor grad	1	0	2	3	65	71
Total	1	1	11	26	93	132

Tabell 6 gir en oversikt over antall brukere som har besvart spørsmålene i tabell 2-5, samt oversikt over Spearman's rho og p-verdi fra ovenfor nevnte spørsmål.

Tabell 6. Sammenheng mellom opplevd brukermedvirkning og opplevd tilfredshet og utbytte av et rehabiliteringsopphold – undersøkt med Spearman's rho

	Antall svar	Spearman's rho	P-verdi
Tatt med på råd/tilfredshet	130	0,551	,000
Enighet om mål/tilfredshet	132	0,49	,000
Ble tatt med på råd/utbytte	130	0,495	,000
Enighet om mål/utbytte	132	0,447	,000

Resultatene viste en klar statistisk signifikant sammenheng mellom opplevd brukermedvirkning og opplevd tilfredshet og utbytte av rehabiliteringsoppholdet. Som beskrevet i Kapittel 3.6 om statistiske analyser, så er denne sammenhengen i henhold til Choen og Holliday (Johannessen et al., 2016) moderat 0.40-0.69. Det er en klar trend i retning av at jo mer den enkelte opplevde å bli tatt med på råd i egen rehabilitering og jo større enighet det var om målene for rehabiliteringen, jo større var opplevelsen av utbytte og tilfredshet med rehabiliteringsoppholdet.

5.0 Diskusjon av resultatene

Hovedhensikten med denne mastergradsstudien var å se på i hvilken grad brukerne opplevde medvirkning i egen rehabilitering, hvor tilfreds de var med rehabiliteringstilbudet, og i hvilken grad de opplevde å ha utbytte av oppholdet. Det var også et mål å undersøke hvilken sammenheng opplevd utbytte og tilfredshet hadde med opplevd brukermedvirkning. Dette for å kunne evaluere egen praksis som et ledd i kvalitetssikring av tjenesten ved Beitostølen Helseportsenter.

I dette kapittelet diskuteres sentrale funn relatert til studiens problemstilling, med bakgrunn i studiens teori og empiri. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser diskuteres med hensyn til kjønn og alderskategoriene, ung voksen og voksen. Kapittel 5.0 er delt inn i tre avsnitt, som hver og ett tar for seg: Brukermedvirkning, brukertilfredshet og kvalitet i tjenesten (5.1), Helse og livskvalitet (5.2) og Utbytte av rehabiliteringsoppholdet (5.3). Åpne kommentarer og

tilbakemeldinger fra brukerne har gitt viktig bidrag til tolkningen av resultatene om brukertilfredshet og brukermedvirkning som også er relevant for studien, og som derfor vil bli utdypet i diskusjonen. En svakhet ved spørreskjemaet er at det ikke er mulig å si noe om på hvilket grunnlag den enkelte velger å svare i svært stor- eller i stor grad, da det i utgangspunktet ikke er noe klart skille mellom svaralternativene. Siden jeg anser disse svarkategoriene som svært like, har jeg valgt å beskrive disse samlet i diskusjonsdelen.

5.1 Brukermedvirkning, brukertilfredshet og kvalitet i tjenesten

I henhold til avtalen med Helse Sør-Øst, rapporterer institusjonen hvert halvår til helseregionen om brukertilfredshet ved Beitostølen Helseportsenter, dette for å kunne si noe om kvaliteten ved tjenestene som tilbys. Dette innebærer at institusjonen gir tilbakemelding om i hvilken grad brukerne er fornøyd med tilbudet ved institusjonen. Tilbakemeldinger fra brukere og pårørendes erfaringer er derfor en viktig del av forbedringsarbeidet (Helse og omsorgsdepartementet, 2016), samtidig som samarbeidet mellom helsepersonell og bruker er en forutsetning for kvalitetsutvikling i tjenestene (Meld. St. 6, 2017-2018).

Den nye rehabiliteringsdefinisjonen (2018) gir tydelige føringer for hvordan tjenesten skal utøves, og fremhever at rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkeltes livssituasjon og mål. Dette er også i tråd med Lov om pasientrettigheter (2001b), hvor retten til medvirkning, informasjon og samtykke er helt sentral. Det er derfor viktig at fagutøver veileder og legger til rette for den enkelte, og tilpasser opplegget ut i fra den enkeltes forutsetninger, ressurser og funksjonsnivå. Som fagperson vil det være hensiktsmessig å hjelpe den enkelte med å prioritere med tanke på måloppnåelse. Ut i fra praksiserfaring i målsettingsarbeidet, ser en at det ikke er alltid er samsvar mellom hva brukeren ønsker å vektlegge i forhold til hva fagutøver anser som hensiktsmessig for den enkelte. I følge Bollingmo, (2004) vil fagutøver i en profesjonell hverdag stå overfor mange etiske utfordringer som gjør arbeidsdagen krevende (Bollingmo et al., 2004). Som fagutøver er det viktig å ta hensyn til den enkeltes livserfaring i møte med den andre (Tveiten, 2007). Selv om man føler at man står ovenfor en bruker som utfordrer en, med høye krav og urealistiske forventninger, må en likevel opprettholde profesjonalitet og respekt for den enkelte. God kommunikasjon, gjennom å være bevisst sitt profesjonelle fagspråk, vil fremme felles forståelse og praksis (Bollingmo et al., 2004). Ut i fra forsvarlighetsprinsippet, stilles det krav til at tjenestene er trygge og sikre (Sosial- og helsedepartementet, 2005). Dette innebærer at fagutøver bruker ulike

kunnskapskilder i praksis (Helsebiblioteket.no). Aktiv brukermedvirkning vil gi nyttig informasjon om brukernes behov, gi nye perspektiver på tjenestene og motivasjon for forbedringsarbeid.

Det første møte mellom bruker og fagutøver, vil kunne påvirke det videre samarbeidet. Respekt, støtte og anerkjennelse er viktig for å bygge et fellesskap som gir gode samarbeidsarenaer (Tveiten, 2007). Ut i fra teorien vet man at relasjonsbygging handler om å lære den andre å kjenne og møte brukeren der brukeren er for å skape tillit. Resultatet fra mastergradsstudien viste, at over 90% i begge aldersgruppene hadde svart at de i stor grad var enige med behandlerne om målene for oppholdet (Figur 7), mens henholdsvis 91 % av brukerne i alderskategorien ung voksen, og 84 % i alderskategorien voksen over 30 år, mente de i stor grad hadde blitt tatt med på råd i spørsmål som omhandlet egen rehabilitering (Figur 6). Erfaringsvis opplever en til tider at enkelte brukere har urealistiske forventninger om hvilke mål det kan være mulig å innfri i løpet et 3-4 ukers opphold. Tidligere opplevelser og erfaringer fra helsevesenet og rehabiliteringsinstitusjoner kan være av betydning for hvilke forventninger den enkelte har til fagutøverne og oppholdet forøvrig. Resultatene fra denne studien viste likevel at en høy andel av brukerne, uavhengig av alder og kjønn, opplevde å ta aktiv del i målsettingsarbeidet, og at de hadde innflytelse på egen rehabilitering, noe som indikerte at fagutøverne er bevisst sin rolle og legger til rette for- og inkluderer den enkelte i eget rehabiliteringsopplegg.

Som forsker blir jeg veldig nysgjerrig på hva fagutøverne gjør, som bidrar til disse gode resultatene? Hva er det fagutøver vektlegger i samhandlingen og samtalene med den enkelte? Å finne frem til beste praksis uten å rokke ved respekten for brukerens ønsker og behov, utgjør noe av kompleksiteten i hjelperollen. I følge Verdens helseorganisasjon, er empowerment en prosess hvor folk skal oppnå større kontroll over beslutninger og handlinger som berører egen helse (WHO, 1998). Fokus på brukeren og kvalitet i den daglige samhandlingen er avgjørende for utvikling og trivsel for den enkelte, og kan bidra til å styrke den enkeltes ferdigheter og ressurser (jfr. Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Empowerment-perspektivet, handler om å endre den tradisjonelle maktrelasjonen mellom bruker og tjenesteyter, hvor brukeren skal definere sine behov, ha muligheten til å ha aktiv innflytelse over egen situasjon, og fagutøver skal bistå vedkommende i å finne beste løsning (Askheim, 2012). I denne studien viste resultatene at en liten andel av brukerne opplevde at de ikke hadde blitt tatt med på råd i egen rehabilitering, eller at det ikke var enighet om målene for oppholdet. Hva som legges i spørsmålet «enighet om mål», vil kunne tolkes ulikt

fra person til person. Som forsker setter jeg et spørsmålstegn ved om dette spørsmålet er godt nok formulert, med tanke på hvem som «eier» målet(ene)? Det er brukeren som i utgangpunktet vet hva som er viktig for seg, og hva han/hun ønsker å oppnå under oppholdet.

Resultatet fra studien viste en signifikant positiv sammenheng mellom graden av brukermedvirkning, og opplevd utbytte og tilfredshet med rehabiliteringsoppholdet. Jo større opplevelse av medvirkning i egen rehabilitering og målsettingsprosess, jo bedre utbytte og en høyere grad av tilfredshet med tilbudet på institusjonen. Resultatene stemmer godt overens med tidligere forskning, som viser at brukere som blir involvert og har oversikt over egen rehabiliteringsprosess, har reduserte symptomer, større følelse av kontroll og tilfredshet, samtidig som måloppnåelsen øker (Hammel, 2006, Den Norske Legeforening, 2007).

Arbeidet med å bestemme mål for rehabiliteringen kan derfor anses som basis for rehabiliteringsprosessen (Riksrevisjon, 2011-2012). På den måten blir formuleringen av mål både et styringsverktøy og et resultatmål for rehabiliteringen. En spørreundersøkelse gjennomført av Riksrevisjonen i 2012 som omhandlet brukermedvirkning og brukernes erfaringer med spesialisthelsetjenesten, viste at 3 av 4 brukere hadde svart at de var enige i at fagutøver lyttet til deres synspunkter og meninger (Riksrevisjonen, 2011-2012).

Riksrevisjonen konkluderte med at et stort flertall av brukerne var fornøyde med hvordan de ble ivaretatt og inkludert i egen rehabiliteringsprosess, og at personalet hjalp dem med å forstå hvilke muligheter de hadde, ut i fra den enkeltes forutsetninger og funksjonsnivå. Dette er også sentrale funn i denne studien, hvor tilbakemeldinger viste at; inkludering, faglig tillit, å bli lyttet til, samt mestring og gode opplevelser var viktig for trivsel og tilfredshet med tilbudet. Kommentarer viste at høyest verdsatt var, kunnskapen, tålmodigheten og respekten som personalet alltid viste, i tillegg til å få hjelp til å leve med en funksjonshemming, og hjelp inn i en normalisering av situasjonen ut i fra den enkeltes ståsted, slik at avstanden ut til hverdagslivet ikke ble så stor og tøff.

Teamet er som oftest involvert i de ulike aktivitetene gjennom dagen, noe som innebærer at det ikke alltid vil være tilstrekkelig med tid til å tilfredsstille og møte alle behov. Med grupper på mellom 15-17 brukere, med ulike og sammensatte utfordringer, gjør fagutøverne det beste de kan for å tilpasse opplegget til hvert enkelt individ. Kvalitet i tjenesten kan også relateres til samarbeidet mellom fagutøverne, informasjonsutveksling og informasjonsflyt. Resultatet i denne studien viste at over 80% i stor grad mente at fagutøverne samarbeidet godt om den enkeltes rehabiliteringsopplegg, og mest fornøyde var de unge voksne, samt menn.

Hva som er årsaken til at to personer var misfornøyde med tilbudet, kan jeg ut i fra studiens design ikke si noe om. Men det hadde vært interessant å gjøre en kvalitativ studie, for å se hvilke kriterier som legges til grunn for å oppleve et godt tjenestetilbud. Til tross for noen negative tilbakemeldinger fra brukerne, var de positive kommentarene dominerende. Generelt er dette er gode tilbakemeldinger til institusjonen, som viser at fagutøverne i stor grad lykkes i å se hver enkelt bruker som et individuelt og unikt menneske i samhandlingen om den enkeltes rehabiliteringsopplegg. Det er likevel grunnlag for å se litt nærmere på de negative tilbakemeldingene og reflektere over hva som kan være årsaken til dette?

5.2 Helse og livskvalitet

WHO har definert *helse* som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser (WHO, 1948). Denne definisjonen er ofte blitt sterkt kritisert, da den gjør alle mennesker syke, men definisjonen kan forstås i lys av den bio-psyko-sosial forståelsesmodellen, som formidler en kombinasjon av medisinsk, psykologisk og samfunnsmessige påvirkninger på helse (Lid i Solvang og Slettebø, 2012). En kvalitativ studie «Helse på norsk» gjennomført i perioden 1997-2000, viste at folks syn på helse, var noe ulikt WHO's definisjon av helse (Anderssen, 2010). Spørsmålet om «*hva god helse er*», gav i liten utstrekning svaret «*å ikke være syk*». Det de fleste anså som god helse var; trivsel, funksjon, natur, humør, mestring, overskudd og energi. Dette er også stikkord som kom frem i denne mastergradsstudien fra brukerkommentarene. Studien til Anderssen (2010), viste at trivsel, livskvalitet og helse, hang nøye sammen med folks bevissthet om det «gode liv», og ikke nødvendigvis det *perfekte* liv. En operasjonalisering av helsebegrepet skiller seg ikke mye fra «det gode liv», men hva som oppleves som et godt liv for den enkelte, varierer med alder, kjønn, livssituasjon, livserfaring og hvilke krav man stiller. «Helse på norsk» studien var ment som et bidrag innen fagutvikling, og funnene representerer potensielle avvik i forhold til den medisinske tanke- og arbeidsmodellen. Av sentrale funn ble *helhet*, *pragmatisme* og *individualitet* fremhevet som sentrale kjennetegn (Anderssen, 2010). Helse som et holistisk fenomen, vevd inn i alle sider ved livet og samfunnet. Helse som et relativt fenomen (pragmatisme), hvor helse erfares og bedømmes i forhold til hva folk finner det rimelig å forvente ut i fra alder, sykdomsbyrde og sosiale situasjon. Og helse som et personlig fenomen, hvor alle mennesker er ulike, derfor må helse som mål og veien til helse bli forskjellig fra individ til individ.

Folks romslighet for «sykdom» trenger altså ikke å gå ut over helsen. Tilpasningsdyktighet, evnen til å godta livet innenfor rammene av det mulige, er bygd inn i det folkelige helsebegrep. Helse kan dermed ses på som en likevektstilstand, hvor mennesker kan tåle sykdom og avvik og likevel oppleve god helse, da dette kan veies opp av andre positive verdier i helsebegrepet. Funnene i «Helse på norsk» studien kan relateres til funnene i denne mastergradsstudien, som viste at 88% kvinner og menn uavhengig av alder opplevde å ha god helse, noe som må anses å være en høy andel, når man vet at de som er inne til rehabilitering er der på grunn av helserelevante utfordringer. I tillegg vet vi av erfaring at det er stor variasjon i den enkelte brukers sykdomsbilde, funksjonsnivå, psykiske helse og generelle helsetilstand. At mange er fornøyd med *nok*, og er nøkterne i sine forventninger til helse, stemmer godt overens med funnene i «Helse» studien (Anderssen, 2010). Det ser ut til at god helse handler om det man med rimelighet kan regne ut i forhold til alder, livssituasjon og sykdomsbyrde, da tilpasningsdyktighet og evnen til å godta livet innenfor de rammene som er mulig, er viktigere enn fravær av sykdom.

Helserelatert livskvalitet beskriver den enkeltes opplevelse av sin helsestatus generelt sett, og er knyttet til ulike livsområder eller dimensjoner som påvirker denne (Hoffmann, 2009). Livskvalitet har en nær sammenheng med helserelevante gevinster, som bedre fysisk og psykisk helse, effektive strategier for å opprettholde gode og sunne levevaner, evnen til å takle stress, et godt nettverk og sosial støtte (Folkehelseinstituttet, 2016). I følge WHO sin definisjon er helse mer enn bare fravær av sykdom, man skal også ha det godt på flere områder (WHO, 1948). Å opprettholde god helse kan dermed ses på som en aktiv prosess, og for mange vil et rehabiliteringsopphold være både nyttig og nødvendig for ivareta-, opprettholde- eller forbedre ulike funksjoner. En prospektiv kontrollert intervensjonsstudie, gjennomført ved Beitostølen Helse- og idrettsenter i perioden september 2010 til desember 2012, hadde til hensikt å finne ut om et rehabiliteringsopphold hadde betydning for funksjonshemmede med kroniske lidelser, når det gjaldt utbytte i forhold til fysisk- og mental helse (Preede et al., 2015). Studien ble gjennomført ved hjelp av et standardisert spørreskjema, Short Form Health Survey (SF-12), som måler pasientrapporterte utfallsmål. Deltakerne i studien ble spurt åtte- og fire uker før oppholdet startet, og fire uker og ett år etter avsluttet rehabiliteringsopphold. Studien konkluderte med at brukerne som deltok i intervensjonsstudien med tilpasset fysisk aktivitet som hovedvirkemiddel, hadde en forbedring av både fysisk- og mental helse i inntil 12-måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold. For Beitostølen Helse- og idrettsenter er aktivitet og deltakelse en sentral

del av tjenestetilbudet (www.bhss.no), hvor veiledning og oppfølging gir den enkelte hjelp til å se muligheter fremfor begrensninger, som igjen vil kunne gi forbedret livskvalitet. Noen tilbakemeldinger fra brukerne som tidligere er beskrevet i resultatdelen kapittel 4.2, viser betydning av hvilken effekt et rehabiliteringsopphold kan ha med tanke på helse og livskvalitet. Begrepene er åpenbart viktige i et større perspektiv enn hva som er målbart gjennom bedre gangfunksjon, økt styrke og forbedret kondisjon. Minst like viktig er hva den enkelte er i stand til å utføre, opprettholde og delta i, etter et rehabiliteringsopphold. For mange handler det om å opprettholde god fysisk og psykisk helse, noe som kan føre til økt opplevelse av overskudd til å stå i jobb og delta i samfunnslivet, til tross for svært nedsatt fysisk funksjon. I denne studien fremkom det av kommentarene at rehabiliteringsoppholdet hadde vært viktig for økt livskvalitet, i tillegg til å finne aktiviteter og strategier som kunne ha en positiv innvirkning på å leve videre med sykdommen. Dette stemmer også godt overens med Nordenfelts (1993) beskrivelse av helse. Hvor det å være i stand til å jobbe, håndtere hverdagen og glede seg over livet, er sentralt for opplevelsen av *god helse og livskvalitet* (Nordenfelt, 1993). Dette kjenner vi igjen fra studien til Wikman & Fältholm (2006), som studerte brukerperspektivet i en rehabiliteringsprosess (Wikman & Fältholm, 2006). Studien viste at rehabiliteringsprosessen var en dynamisk prosess som forbedret livskvaliteten, så langt hvert enkelt individ ble behandlet ut i fra den enkeltes fysiske-, psykiske- og sosiale funksjon. Studien viste også at trening sammen med andre i samme situasjon var en god måte å bli motivert på. Opplevelsen av å ha innflytelse på sine egne omgivelser fremheves som helt grunnleggende i motivasjonspsykologien og har stor betydning for gunstig personlighetsutvikling, livskvalitet og den enkeltes følelse av selvvverd (Diseth, 2019). Et godt helsevesen og gode rehabiliteringstilbud vil derfor være viktige faktorer for å hjelpe den enkelte til å oppnå bedre helse og god livskvalitet. Tilbakemeldingene synliggjør viktige elementer i hva helse innebærer, i tillegg til å fremheve ulike kvaliteter i tjenestene som fremmer helse og livskvalitet.

5.3 Utbytte av rehabiliteringsoppholdet

Kunnskapssenterets spørreskjema etterspør i hvilken grad brukerne opplever å ha utbytte av et rehabiliteringsopphold og knytter dette opp mot den enkeltes fysiske og psykiske helse, mestring av daglige gjøremål og deltakelse i sosiale aktiviteter.

Målet med rehabilitering er at den enkelte skal fungere best mulig innenfor de rammer og muligheter samfunnet gir (Bautz-Holter et al., 2007). For mange handler det om den enkeltes mulighet og behov for å komme tilbake til der man var, subsidiært det man måtte ønske å være dersom det første ikke er mulig. For mange vil en funksjonshemming føre til en begrensning i ulike aktiviteter i hverdagen, som forflytning, daglige gjøremål og fritidsaktiviteter, men også innskrenket deltakelse i samfunnet (Bautz-Holter et al., 2007). Forhold i miljøet og personlige egenskaper vil være medvirkende faktorer for hvor store disse begrensningene blir og hvilke konsekvenser disse får. En begrensning i aktivitet og deltakelse vil også kunne få negative konsekvenser for både fysiske og mentale funksjoner hos den enkelte.

Utfordringen er nedfelt i stortingsmelding nr. 21 (1998), *Ansvar og meistring*. Denne fremhever at hensikten med rehabiliteringen er at den enkelte skal oppnå størst mulig funksjons- og meistringsevne, samt selvstendighet innenfor de rammer som er mulig, for i størst mulig grad kunne delta sosialt- og i samfunnet. Denne formuleringen blir også presisert i den nye rehabiliteringsdefinisjonen (Helsedirektoratet, 2018). Et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helseportsenter skal derfor bidra til at den enkelte kommer i bedre fysisk form, som igjen har betydning for å mestre hverdagen, bli mer delaktig i det sosiale liv og mentalt styrket til å ha troen på seg selv. Et opphold gir muligheter for sosial omgang med mennesker med ulike utfordringer og funksjonsnedsettelse. En viktig del av oppholdet er for mange å møte andre mennesker som har tilsvarende eller andre utfordringer, og finne aksept for sykdom, funksjon- og funksjonstap. Alt dette kan direkte tilbakeføres til ordet «Helse», som omhandler både fysisk, psykisk og sosialt velvære (WHO, 1948).

Resultatene fra denne mastergradsstudien viste samlet sett at en høy andel opplevde å ha stort utbytte av rehabiliteringsoppholdet, uavhengig av kjønn og alder. Kommentarene fra enkelte brukere viste at det ikke bare handlet om de fysiske faktorene, men den totale opplevelsen av meistring, sosialt samspill og tilhørighet, samt å få hjelp til og se nye muligheter. Funnene i denne studien, bekreftes av funnene i intervensjonsstudien gjennomført på helsesportsenteret i perioden 2010-2012, som viste at et rehabiliteringsopphold hadde en statistisk signifikant forbedring av både fysisk- og psykisk helse, i inntil et år etter avsluttet opphold (Preede et al., 2015). Intervensjonsstudien indikererte at et rehabiliteringsopphold har en verdi langt utover de fire ukene oppholdet varer.

Funnene fra denne mastergradsstudien viste at de yngste brukerne hadde størst utbytte i forhold til fysisk- og psykisk helse (90% og 86%), noe som sammenfaller godt med intervensjonsstudien til Preede et al (2015). Tilsvarende funn kom frem når det gjaldt utbytte i forhold til å mestre dagligdagse gjøremål og til deltakelse i sosiale aktiviteter, men det var noe større «sprik» i skårene. Til tross for dette hadde 70% unge voksne svart at de hadde stort utbytte i forhold til å mestre daglige gjøremål, og 80% opplevde tilsvarende med tanke på sosiale deltakelse. Tallene var noe lavere for de over 30 år, og her var det noen flere voksne som mente at oppholdet hadde hatt liten eller ingen betydning. At flere opplevde større utbytte av oppholdet med tanke på de fysiske faktorene, kan skyldes at senterets hovedvirkemiddel er deltakelse i tilpasset fysisk aktivitet. Dette kan også ses i sammenheng med hvilke mål den enkelte satte seg for oppholdet. Ofte er det konkrete mål om forbedret fysisk funksjon, som økte ferdigheter i ulike teknikker, forbedret hånd- eller gangfunksjon, mindre smerter, økt bevegelse, mindre spastisitet og lignende. Hvordan og på hvilket grunnlag den enkelte vurderer sin psykiske helse, er vanskelig å si noe om, ut i fra studiens design.

Mange unge voksne som kommer til opphold ved Beitostølen Helse- og idrettsenter har en kjent sykehistorie med psykiske utfordringer, og mange av disse får ikke tilstrekkelig oppfølging i primærhelsetjenesten. Samtidig ser vi at flere unge voksne ikke fullfører påbegynt utdanning, på bakgrunn av helsemessige årsaker eller for dårlig tilrettelegging fra skolen. Dette gjør at mange ikke har mulighet til å konkurrere om ledige stillinger, eller bli vurdert på arbeidsmarkedet, og en stor andel havner derfor i kategorien ung ufør. En studie gjennomført av *Unge funksjonshemmede* (2014), som hadde til hensikt å se på levekårene til mennesker som mottok ung uførestønning fra NAV, viste at det var vanskeligere å få plass i arbeidslivet etter at de ble uføre, til tross for at mange ønsket å få plass i arbeidslivet dersom de ble friskere, og/eller at de fikk tilstrekkelig tilrettelegging fra arbeidsgiver (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2014). Studien viste at unge uføretrygdede som står utenfor arbeidslivet i langt mindre grad enn andre deltar i samfunnet, og føler seg i mindre grad som likeverdige borgere, enn de som er i jobb. Dette har igjen stor betydning for opplevelsen av livskvalitet. I 2015 ble det innført en ny uførereform. Målet var å gjøre det enklere å kombinere trygd og arbeid. Tallene viser imidlertid at andelen uføre som både arbeidet og mottok trygd likevel falt noe fra 2015 til 2018 (SSB, 2019). På bakgrunn av ulike faktorer ved å ha en funksjonsnedsettelse, kan lav utdanning og eventuelle økonomiske bekymringer, i seg selv føre til store psykiske belastninger. Dette kan relateres til hvorfor flere opplevde større utbytte

i forhold de fysiske enn psykiske faktorer, da arbeid og utdanning ikke har samme direkte fokus i dette rehabiliteringsopplegget.

Under et opphold møter brukerne andre som er i en lignende situasjon, og muligheten til å kunne dele og lære av andres erfaringer vil kunne bidra til personlig vekst og utvikling. For å få til dette kreves det i følge Askeheim (2012), at den enkelte bruker er motivert til en endring og må mobilisere med utgangspunkt i egen livssituasjon og eget verdigrunnlag. Ved å legge til rette for aktivitet og deltakelse, og gode mestringsopplevelser, er målet at den enkeltes ressurser skal aktiviseres til bedre mestring av egne utfordringer. Kommentarer fra brukerevalueringsskjemaene viste at mange av brukerne hadde vært ved senteret tidligere, og hadde et ønske om å komme tilbake. Tilbakemeldinger som at oppholdet hadde vært sosialt, med en fin og sammensveiset gruppe, viser at et gruppeopphold gir muligheter for gode opplevelser av tilhørighet og fellesskap som er nokså unikt, til tross for ulike funksjonsnedsettelse.

Selv om en stor andel opplevde å ha et godt utbytte av oppholdet, var det likevel noen som mente at oppholdet ga mindre utbytte enn forventet. Flere tilbakemeldinger uttrykte at det hadde vært for lite personlig oppfølging, noen opplevde liten motivasjon fra teamet, og noen mente de hadde blitt lite sett-, hørt og forstått. Dette kan ha sammenheng med at alle oppholdene ved helsesportsenteret er gruppebaserte, og det kan gi mindre tid til individuell oppfølging, selv om skreddersydd oppfølging av den enkelte er et mål. Det var også et ønske om at det burde vært mer informasjon om hvilke muligheter som fantes ved senteret, og at det burde legges til rette for like god oppfølging av de som hadde med egne ledsagere.

Til tross for disse tilbakemeldingene, opplevde likevel de aller fleste å ha *stort utbytte* av oppholdet, noe som kan ha stor betydning for å opprettholde et godt funksjonsnivå etter hjemkomst. Overordnet gir kommentarene en god indikasjon på at de fleste som er på Beitostølen helsesportsenter trives godt, og opplever fremgang på ulike områder som omhandler egen helse og livskvalitet, dette gjaldt også de som likevel fremhevet noe misnøye med tjenestetilbudet og fagutøverne. Det vil bli viktig å benytte kommentarene fra brukerne for å kvalitetssikre tilbudet videre

Denne mastergradsstudien viste at opplevd utbytte av et rehabiliteringsopphold var generelt høyt. Studien gjenspeiler kanskje ikke fullt ut den norske befolkningen med kroniske funksjonshemninger, siden mange av de som søker seg til senteret har et ønske å få forbedre

sin funksjonsevne og fysiske kapasitet, og dermed er motiverte for en endring og som igjen tilsier at den enkelte forventer å ha stort utbytte.

6.0 Diskusjon av design og metode

Kapittel 6.0 er delt i to avsnitt. Fokus i avsnitt 6.1, er studiens design og metode. I avsnitt 6.2 diskuteres begrepene validitet og reliabilitet. De ulike avsnittene står i gjensidig forhold til hverandre.

6.1 Studiens design og metodisk diskusjon

Denne mastergradsstudien har kvantitativt design og kategoriseres som en tverrsnittsstudie. Sentralt i studien har vært å finne svar på i hvilken grad den enkelte opplevde brukermedvirkning, og hvilken betydning dette hadde for opplevd brukertilfredshet og utbytte av rehabiliteringsoppholdet ved Beitostølen Helseportsenter. Spørreskjema ble vurdert som en egnet metode for å besvare studiens problemstilling.

Deskriptiv statistikk og Kji-kvaderattest ble benyttet for å finne svar på hvorvidt kjønn og alder hadde noen betydning for utfallet. For å undersøke om det var noen korrelasjon mellom graden av brukermedvirkning, utbytte og tilfredshet med rehabiliteringsoppholdet, ble det foretatt analyser ved bruk av Spearman's rho. Spearman er et alternativ til parametriske tester som forutsetter normalfordelte data (Pallant, 2016), og det viste seg at denne analysen var en godt egnet metode for å undersøke sammenhenger mellom resultatene i denne studien. Analysene viste at det var en moderat og statistisk signifikant korrelasjon mellom graden av opplevd medvirkning i målsettingsprosessen og opplevd utbytte av rehabiliteringsoppholdet og tilfredshet med tjenestetilbudet.

Dersom hensikten hadde vært å undersøke hva som legges til grunn for at den enkelte opplevde brukermedvirkning, burde studien vært designet som en kvalitativ studie med intervju- og åpne spørsmål knyttet til temaet. Dette gjelder også dersom jeg hadde ønsket å si noe om hvorfor den enkelte opplevde å ha utbytte av rehabiliteringsoppholdet eller ikke, og hvorfor den enkelte var fornøyd eller ikke med tilbudet ved institusjonen. I denne mastergradstudien var hensikten å undersøke den opplevde kvaliteten på tjenesten ved

Beitostølen Helseportsenter i en gitt tidsperiode hos flest mulig brukere. Dermed var spørreskjemaet PasOpp rehab det best egnede verktøyet for denne studien, da dette spørreskjemaet har gode psykometriske egenskaper, og gir svar på den enkeltes opplevelse av brukermedvirkning, brukertilfredshet og utbytte at et rehabiliteringsopphold.

6.2 Studiens validitet og relabilitet

Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra Helsedirektoratet (2015), kvalitetssikret og validert spørreskjemaet *PasOpp Rehab nasjonal* (Folkehelseinstituttet, 2009). Jeg anser derfor spørreskjemaet som et egnet instrument for å finne svar på det jeg er ute etter å belyse i denne mastergradsstudien.

Statistisk validitet handler om resultatenes gyldighet; at undersøkelsen måler det man ønsker å måle (Befring, 2007), og om det er tilstrekkelig statistisk grunnlag for å trekke de konklusjonene som gjøres. I følge Laake (2008) kan den interne validiteten svekkes dersom feilaktig informasjon blir innhentet eller registrert under studien (Laake et al., 2008). For å kvalitetssikre analysen ble alle data nøye gjennomgått i forkant, i tillegg til at det var viktig for meg å være grundig ved utarbeidelsen og oppsettet av SPSS-filen, slik at variablene hadde relevante og tydelige verdier. For å unngå målefeil ved registrering fra brukerundersøkelsen, ble plotting av data kontrollert og dobbeltsjekket i den grad det var mulig.

Deltakelse i studien har vært frivillig. En svakhet i denne studien er at utvalget bestod av 64% av den totale studie populasjonen. I tillegg var det en større andel kvinner som deltok, og over dobbelt så mange tilhørte alderskategorien voksne, over 30 år. Hvorfor kvinner og voksne brukere i større grad valgte å svare på spørreskjemaet er vanskelig å si noe sikkert om. En undersøkelse gjennomført av NOKUT i 2014, hvor den sentrale delen av analysen var en frafallsanalyse, for å se hvorvidt enkelte respondentgrupper var over- eller underrepresentert i forhold til mottagerpopulasjonen, viste at kvinner var mer tilbøyelige til å svare enn menn, men de svarte i liten grad forskjellig fra menn (S. Hamberg, 2014). Studien viste også at de yngste i større grad var mer tilbøyelige til å svare, og sammen med de eldste respondentene mest positive, men det var ingen signifikante forskjeller. En studie gjennomført av Norsk Monitor (NM) i 2013, viste derimot at yngre hadde lavere svartilbøyelighet, enn middelaldrende og eldre (Hellevik, 2015), noe som stemmer godt med besvarelsene i denne

studien. Det er derfor ikke mulig å vite sikkert om resultatene ville sett annerledes ut dersom en hadde hatt samtlige data som et statistisk rammeverk.

Konsekvenser av bortfall avhenger av i hvilken grad det er tilfeldig eller systematisk. Et systematisk frafall kan relateres til innholdet i undersøkelsen, men også interessen og villigheten til å delta i spørreundersøkelsen (Hellevik, 2015). Om dette er den bakenforliggende årsaken til at langt færre unge valgte å besvare denne spørreundersøkelsen, er ikke mulig å si noe om. Utvalgsskjevhet kan være en trussel mot den interne validiteten, og henger sammen med hvorvidt utvalget er representativt for populasjonen. I denne mastergradsstudien viste resultatene marginale forskjeller i besvarelsene når det gjaldt kjønn og alderskategorier. Dette gir en indikasjon på at resultatene mest sannsynlig ville sett nokså like ut dersom hele populasjonen hadde besvart studien. Både amerikanske og norske studier av konsekvensene av frafall har konkludert med at det ikke er noen direkte sammenheng mellom svarprosent og skjevhet i resultatene (Hellevik, 2015). En undersøkelse gjennomført av Statistisk sentralbyrå (SSB), viste til at resultater med en svarprosent på 50-60%, svarer godt til befolkningsstatistikken (Thomsen, 1971). Til tross for en skjevhet i utvalget, og en frafallsanalyse som viste at 36% av studiepopulasjonen ikke hadde besvart spørreskjemaet, er det grunn til å anta at antall og sammensetning er tilstrekkelig til å få en god oversikt over studiens forskningsspørsmål. Det synes derfor å være grunn til å konkludere med høy intern validitet basert på studiens forskningsspørsmål (Aalen & Frigessi, 2018), og jeg anser resultatene til å være gyldige svar på forskningsspørsmålene.

Valg av begrunnelse for hvilke metoder og statistiske analyser som er blitt benyttet i denne studien er beskrevet under statistiske analyser i avsnitt 2.4. I denne studien var datamaterialet samlet inn ved hjelp av et standardisert brukerevalueringsskjema på papir, i en gitt tidsperiode. En digital brukerportal ville vært hensiktsmessige med tanke på anonymisering av data, samtidig som det ville forenklet jobben med å distribuere- og motta svar fra spørreskjemaene. Jeg antar også at jeg ville fått flere informanter, da mange brukere hadde utfordringer med å lese og skrive.

Siden helsesportscenterets hovedvirkemiddel er «aktivitet og deltakelse», og ikke er direkte sammenlignbart med andre rehabiliteringssentre i spesialisthelsetjenesten, kan ikke resultatene fra denne studien generaliseres til å gjelde andre institusjoner, men utvalget er sannsynligvis representativt for populasjonen som er til rehabilitering ved helsesportscenteret.

Som forsker og sykepleier på egen arbeidsplass, har jeg gjort meg noen etiske betraktninger. Det har vært viktig for meg gjennom hele forskingsprosessen å være bevisst min rolle, og beskrive de faktiske funnene som har fremkommet ved analyse og bearbeiding av data. Mine beskrivelser og refleksjoner i studien, vil likevel være en tolkning ut i fra mitt faglige ståsted som profesjonsutøver i sykepleie på egen arbeidsplass.

7.0 Avslutning

Hovedhensikten med denne mastergradsstudien har vært å se på i hvilken grad brukerne opplevde medvirkning i egen rehabilitering, hvor tilfreds de var med tilbudet, og i hvilken grad de opplevde å ha utbytte av oppholdet. Formålet for meg som forsker, har vært å evaluere egen praksis, som et kvalitetsutviklingsprosjekt ved Beitostølen Helseportsenter. Jeg ønsket også å se om alder og kjønn hadde noen betydning for utfallet og om det var sammenheng mellom opplevd brukermedvirkning og opplevd tilfredshet og utbytte. Studiens konklusjon presenteres i avsnitt 7.1. I avsnitt 7.2 beskrives mine anbefalinger for fremtidig forskning og klinisk praksis.

7.1 Konklusjon

For å kunne gjøre et kvalitetsutviklingsprosjekt, har det vært viktig å sette seg inn i gjeldende lovverk og teori som er av betydning for mastergradsstudien. Siden hovedformålet var å se på brukermedvirkning og kvalitet i tjenesten, var det naturlig at dette ble benyttet som et teoretisk rammeverk, som videre ble knyttet opp mot studiens problemstilling.

Beitostølen Helseportsenter har siden starten av 70-tallet vektlagt dokumentasjon av sin virksomhet som grunnlag for faglig utvikling og kvalitetsforbedring, hvor formålet har vært å generere ny kunnskap for videreutvikling av rehabiliteringsfeltet, og med «Beste Praksis» som drivkraft. Med bakgrunn i dette, understøtter denne studien målet og visjonen som senteret har hatt gjennom 50 år, med å tilføre ny kunnskap som danner grunnlag for å kunne si noe om utvikling og kvalitetsforbedringer i tjenesten, med henblikk på fagutøverne og tilbudet ved institusjonen.

På bakgrunn av analyser og kommentarer beskrevet i resultatdelen, kapittel 4.0, viste funnene at fagutøverne ved Beitostølen Helse- og idrettsenter i stor grad er bevisst sin faglige rolle, følger lovverket, og inkluderer brukerne i egen rehabilitering. Resultatene viste en signifikant sammenheng mellom opplevd brukermedvirkning, brukertilfredshet og utbytte av oppholdet. Jo mer den enkelte opplevde å bli tatt med på råd i egen rehabilitering og jo større enighet det var om mål, jo større utbytte og tilfredshet var den enkelte med rehabiliteringsoppholdet. Studien viser viktigheten av å inkludere brukerne i prosesser som omhandler egen rehabilitering, som dermed skaper en brukersentrert tjeneste med et relevante utfallsmål. At arbeidet med å bestemme mål for rehabiliteringen anses som basis for selve rehabiliteringsprosessen, og et resultatmål for rehabiliteringen (Riksrevisjon, 2011-2012), styrkes dermed i denne studien.

Kommentarer fra brukererfaringsundersøkelsen viste at det var høyt verdsatt at fagutøverne møtte den enkelte med høflighet og respekt, viste interesse-, omsorg og lytt, samtidig som de opplevde at fagutøverne hadde tid til den enkelte. Det kom også frem at brukerne var takknemlige for muligheten de fikk på senteret, og mente at det i stor grad var teamets fortjeneste som tilrettela for alles behov. Samspillet mellom brukerne og fagutøverne, samt styrken i gruppestrukturen gav den enkelte en opplevelse av tilhørighet, og en følelse av trygghet og støtte blant andre med lignende utfordringer. Tilbakemeldingene bekreftes gjennom de gode resultatene fra analysene. Som fagutøver er det viktig å ha kompetanse og kunnskap om ulike diagnoser, kunne utfordre brukere på trening og i ulike teknikker, samt kompensierende tiltak, slik at alle kan oppleve mestring utover egne forventninger. Å lære seg å bruke ulike hjelpemidler, kan for mange være avgjørende for å kunne være mer aktive i eget liv, i samfunnslivet og sosialt.

Opplevd utbytte av oppholdet er avhengig av målet med oppholdet, og kan ha sammenheng med diagnosen, som kan være progredierende, medfødt eller en nyervervet skade. Håpet om å bli som før skaden vil sannsynligvis påvirke opplevelsen av utbytte annerledes enn om målet er å beholde funksjon og forsinke forverring, eller å lære en ny ferdighet med et aktivitetshjelpemiddel. Målet med rehabilitering er at den enkelte skal fungere best mulig innenfor de rammer og muligheter samfunnet gir (Bautz-Holter et al., 2007), og ut i fra den enkeltes forutsetninger. For mange kan dette være en krevende prosess, da aksept av sykdom, og nedsatt funksjonsevne kan være vanskelig å godta, samtidig som det kan innvirke på motivasjon og interesse for å lære nye ferdigheter til å håndtere hverdagen, bli mer aktiv og å

komme i bedre fysisk form. For mange handler det om den enkeltes mulighet og behov for å komme tilbake til der man var. Men dersom dette ikke er mulig, er det minst like viktig at fagutøver veileder og legger til rette slik at den enkelte får hjelp til å se hvilke muligheter som finnes dersom det første ikke er mulig.

Denne studien har vært særst relevant for å evaluere egen praksis, og for kvalitetssikring av tjenestene for brukere som tilbys et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helseportsenter. Studien viser hvordan brukerne opplever at senteret utøver egen praksis, og gir noen innspill til hva som kreves for bedre kvaliteten ytterligere. Til tross for en skjevhet i utvalget, er antall og sammensetning tilstrekkelig for å gi et godt bilde av opplevd brukervedvirkning, brukertilfredshet og utbytte av et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helseportsenter.

7.2 Anbefalinger for praksis og fremtidig forskning

Resultatene fra denne studien gir et generelt overblikk over opplevelsen av brukervedvirkning, brukertilfredshet med tjenestetilbudet og utbytte av et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helseportsenter. Kommentarene har gitt utfyllende informasjon om positive og negative opplevelser under oppholdet, som kan knyttes til fagutøverne og tilbudet forøvrig. Med hensyn til mulige anbefalinger for videre praksisforbedring og kvalitetsutvikling av tjenesten, vil det være hensiktsmessig at jeg som forsker formidler resultatene til fagutøverne, slik at de kan bli mer bevisst sin faglige rolle i møter og samarbeid med den enkelte bruker. Jeg ønsker også å se nærmere på informasjonsbrosjyren som sendes ut til alle brukerne i forkant av et rehabiliteringsopphold, og vurdere hvorvidt det kunne vært hensiktsmessig med mer utfyllende informasjon om helseportsenteret og fagutøverne, senterets fasiliteter og aktivitetstilbudet.

Anbefalinger for fremtidig forskning, kunne vært å ha større fokus på variabler knyttet til deltakelsesperspektivet i ICF modellen. Hvilke faktorer har betydning for at den enkelte skal oppleve deltakelse i samhandlingen og tjenestetilbudet? Hva er det fagutøverne vektlegger i samhandlingen med tanke på brukervedvirkning? Og hvilke synspunkter har de ansatte på hva de vektlegger i møte med den enkelte bruker? En kvalitativ studie, ved hjelp av individuelle intervju- eller fokusgruppeintervju, ville gitt nyttig informasjon fra både brukerne og de ansatte i utvikling av tjenestetilbudet. Brukerundersøkelser er viktige for kvalitetsforbedring og utvikling av tjenestetilbudet, slik at vi kan øke treffsikkerheten, og gi et

rehabiliteringstilbud som den enkelte har behov for, som det beskrives i prosjektet «Mål av erfaringer» med Kunnskapssenterets brukerevalueringsskjema (Folkehelseinstituttet, 2015).

I senere studier kunne det vært hensiktsmessig å redusert svaralternativene i forkant av registrering av data i SPSS, da det etter min oppfatning er lite som skiller i svært i stor- eller i stor grad, svært stort utbytte- og stort utbytte, i liten grad- eller ikke i det hele tatt fra hverandre. For fremtidig praksis anbefaler jeg også at det blir tatt i bruk en digital brukerportal til innhenting og registrering av data. Et digitalt verktøy vil kunne forenkle jobben med å hente ut statistiske data og evaluere egen tjeneste og praksis. For Beitostølen Helsesportsenter er brukertilfredshet viktig for å sikre et godt rehabiliteringstilbud, samtidig som det vil bidra til å opprettholde et godt omdømme nasjonalt og internasjonalt.

Litteraturliste

- Andersen, E (2010). Erling Stordahl, Ildsjel og banebryter. (1. utgave, 1. opplag), Akilles Oslo 2010.
- Barne-, og likestillings og inkluderingsdepartementet (2013). Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2014). Ufør og arbeidsdyktig. Hentet 27. april fra: https://ungefunksjonshemmede.no/ungefunksjonsjemmede-no/wp-content/uploads/2017/10/Ufor_og_arbeidsdyktig_enkeltsider.pdf
- Beitostølen Helseportsenter (2020). <https://www.bhss.no>
- Adams, N., & Grieder, D. (2013). *Treatment planning for person-centered care : shared decision making for whole health* Practical resources for the mental health professional.
- Alexander, M. A., Matthews, D. J., & Murphy, K. P. (2015). *Pediatric Rehabilitation : Principles and Practice* (5th ed. ed.). New York: Demos Medical Publishing.
- Anderssen, J. (2010). Per Fugelli og Benedicte Ingstad: Helse på norsk. God helse slik folk ser det. *Tidsskrift for samfunnsforskning*(02), 320-324.
- Andreassen, T. A., & Grut, L. (1994). *Brukermedvirkning i norsk helsetjeneste : kartlegging av former for brukermedvirkning som er prøvd ut i norsk helsetjeneste* (Vol. 142 - 1994). Oslo: Byggforsk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bautz-Holter, E., Sveen, U., Sjøberg, H., & Røe, C. (2007). utfordringer og trender i rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(3), 304-306.
- Befring, E. (2002). *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Samlaget.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk* (2. utg. ed.). Oslo: Samlaget.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bollingmo, L., Høium, K., & Johnsen, B.-E. (2004). *Det er mitt liv: brukermedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*. Oslo: Universitetsforl.
- Bovend'Eerd, T. J., Botell, R. E., & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352-361. doi:10.1177/0269215508101741
- Brumit, J. (2001). Patient Education: Principles and Practice, 4th Edition (Vol. 75, pp. 72). Chicago: Health Forum Inc.
- Christophersen, K.-A. (2018). *Introduksjon til statistisk analyse: regresjonsbaserte metoder og anvendelse: med oppgaver og oppgaveløsninger* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Diseth, Å. (2019). *Motivasjonspsykologi: hvordan behov, tanker og emosjoner fremmer prestasjoner og mestring* (1. utgave. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Dysthe, O., Hoel, T. L., & Hertzberg, F. (2010). *Skrive for å lære: skriving i høyere utdanning* (2. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- FN sambandet (1948). FN's verdenserklæring om menneskerettigheter. Hentet 24. desember fra: <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- FN sambandet (2006). *Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne*. Hentet 15. april fra: <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>
- Folkehelseinstituttet (2009). Spørreskjema PasOpp Rehab nasjonal. Hentet 18. november fra:

- https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/2009_pasopp_rehab_nasjonal_versjon_bokmal.pdf
- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational research : an introduction* (8th ed. ed.). Boston, Mass: Allyn and Bacon.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Hammell, K. W. (2006). *Perspectives on disability & rehabilitation: contesting assumptions; challenging practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Hamberg, (2014). *Studiebarometeret – analyse av validitet og reliabilitet (2014)*. Studiebarometeret: Rapport 2-2015. Hentet 28. april fra: https://www.nokut.no/globalassets/studiebarometeret/2015/hamberg_stephan_studiebarometeret_2014_analyse_av_validitet_og_reliabilitet_rapport_2-2015.pdf
- Hellevik, O (2015). *Tidsskrift for samfunnsforskning* (02/2015). Hentet 27. april fra: https://www.idunn.no/tfs/2015/02/hva_betyr_respondentbortfallet_i_intervjuundersokelser
- Helsebiblioteket, (2020). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 26. april fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helse og omsorgsdepartementet (1998-1999). St.meld nr. 21 (1998-1999) *Ansvar og mestrings*. Hentet 19. november fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99/id431037/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet, (2001). *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Hentet 20. november fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helse- og omsorgsdepartementet, (2001). *Lov om pasient helsepersonell (helsepersonelloven)*. Hentet 21. november fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§4
- Helse- og omsorgsdepartementet, (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 18. november fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2007. *Nasjonal strategi habilitering og rehabilitering 2008-2011* (Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2008-2011) kapittel 9). Hentet 18. november fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/sartrykk-av-st.prp.nr.1-kapittel-9.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet (2007-2008). Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007-2008) kapittel 9. *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Hentet 19. november fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/sartrykk-av-st.prp.nr.1-kapittel-9.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet (2008-2009). St.meld nr. 47 (1998-1999). *Samhandlingsreformen – rett behandling på rett sted – til rett tid*. Hentet 21. november fra: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-id567201/sec4#KAP5](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/sec4#KAP5)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Verdens helseorganisasjon (WHO 1948)*. Oppdatert 16.12.2014. Hentet 4. mai fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2016-10-28-1250. Hentet 19. november fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Høringsnotat 17.09.2017*. Forslag om endring av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3. *Definisjon av habilitering og rehabilitering*. Hentet 21. november fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/4c14f0acc075435893d64760b12f4b85/horingsnotat-11181124.pdf>

- Hoffmann, E. C. (2009). *Health-related quality of life*. New York: Nova Biomedical Books.
- Hole, S. P., Ribe, E., & Norge Sosial- og, h. (1999). *Det er bruk for alle: kortversjon av NOU 1998:18 om styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Kommuneforl. I samarbeid med Sosial- og helsedepartementet.
- Holte, H. H., Ranheim, T., Flottorp, S. A., & Nokc. (2009). Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet.
- Hvalvik, S. (2008). Eldre og rehabilitering: en studie av hva pasienter ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling opplever at bidrar til god rehabilitering.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Johansen, K. I., & Krokan, T. G. H. (2006). Opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mm. Nasjonal rapport 2005.
- Killingmo, T., Mathisen, B. R., Jakobsen, S. E., & Helsedirektoratet. (2009). *Samhandling gir god praksis: eksempler på nytten av habilitering og rehabilitering Rapport / Helsedirektoratet*,
- Kruuse, E. (2005). *Kvantitative forskningsmetoder i psykologi og tilgrænsende fag* (5. udg. ed.). København: Dansk psykologisk Forl.
- Laake, P., Olsen, B. R., & Benestad, H. B. (2008). *Forskning i medisin og biofag* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Meld. St. 6 (2017-2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet (2016)*. Hentet 20. november fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/>
- Nordenfelt, L. (1993). *Quality of Life, Health and Happiness*. Aldershot: Aldershot: Avebury. NOU 2001: 22 *Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer*. Hentet 20. november fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/sec5>
- Nyquist, A (2012). *Jeg kan delta! Barn med funksjonsnedsettelse og deltakelse i fysisk aktivitet-en multimetodestudie i en habiliteringskontkst*. Hentet 4. mai fra: <https://www.bhss.no/media/1844/nyquist2012.pdf>
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6th ed. ed.). Maidenhead: McGraw Hill.
- Preede, L., Saebu, M., Perrin, P. B., Nyquist, A., Dalen, H., Bautz-Holter, E., & Rae, C. (2015). One-year trajectories of mental and physical functioning during and after rehabilitation among individuals with disabilities.(Clinical report). *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1). doi:10.1186/s12955-015-0328-z
- Solvang, P. K., & Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering : individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosialdepartementet (1987-88). St.meld. nr. 41. *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*. Hentet 21. november fra: https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1987-88&paid=3&wid=c&psid=DIVL568&s=True&pgid=c_0495
- Sosial og helsedepartementet, NOU 2001: 22. *Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer*. Hentet 18. november fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/>
- Sosial og helsedirektoratet (2001). *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse* (ICF). Verdens helseorganisasjon (WHO).

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/493/ICF_fullversjon-%20IS-0354.pdf

- Sosial- og, h. (2005). *-og bedre skal det bli!: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St. Meld. nr. 21 (1998-99). (1998). *Ansvar og mestring*. Hentet 30. november fra: Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/>.
- Sørensen, M., & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den norske legeforening (trykt utg.)*. 121(2001)nr. 6, 720-724.
- Thomsen, I. (1971). *Noen feilkilder ved statistiske undersøkelser med særlig vekt på frafall* Arbeidsnotater (Statistisk sentralbyrå) (online), Vol. IO 71/8.
- Thomsen, Kleven, Wang & Zhang (2009). *Coping with decreasing response rate in Statistics Norway*. Hentet 28. april fra: https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200629/rapp_200629.pdf
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode : en praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker- : om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforl.
- Verdens Helseorganisasjon (1986). *The Ottawa-Charter for Health Promotion*. Hentet 25. januar fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Wikman, A. M., & Fältholm, Y. (2006). Patient empowerment in rehabilitation ; "somebody told me to get rehabilitated". *Advances in physiotherapy*, 8, 23-32.
- Aalen, O. O., & Frigessi, A. (2018). *Statistiske metoder i medisin og helsefag* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.



Masteroppgave i rehabilitering og habilitering

Veiledningsavtale mellom student og veileder

1. Avtale inngås mellom:

STUDENT: Anette Bunde
Øvre Plassen 7, 2966 Slidre
99533133

VEILEDER: Reidun Birgitta Jahnsen
Vålerenggata 41A
41513839

Avtaleperiode:

11. Ansvar for masteroppgaven

Ansvar for masteroppgaven framdrift og endelig utforming ligger hos studenten .

III. Fordelingen av rettigheter og plikter i samarbeidsforholdet

Veileder skal :

- orientere studenten om hva veiledningen innebærer for begge parter
- tilby minimum 50 timers veiledningsarbeid (inklusive for- og etterarbeid)
- gi råd om formulering og avgrensning av tema og problemstilling
- drøfte teoretiske og metodiske sider ved oppgaven
- gi hjelp til orientering i faglitteratur

- drøfte resultater, tolkning og presentasjon av disse
- gi tilbakemelding på det skriftlige arbeidet underveis
- orientere om aktuelle juridiske og forskningsetiske retningslinjer

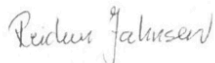
Studenten skal:

- gjennomføre masteroppgaven i samsvar med framdriftsplanen slik den fremkommer i prosjektbeskrivelsen. Avvik fra framdriftsplanen medfører ny avtaleinngåelse mellom student og veileder.
- være forberedt til veiledningstime og holde veileder jevnlig orientert om arbeidet med masteroppgaven
- følge høgskolens retningslinjer for arbeid med masteroppgaven
- sørge for at nødvendige juridiske / etiske søknader fylles ut og sendes til rette instans.
- presentere eget prosjekt og kommentere medstudenters prosjekter på masteroppgaveseminar etter nærmere fastlagt plan.

Student og veileder:

- Både student og veileder kan be om endring av veiledningsforholdet dersom den andre parten ikke opprettholder sine forpliktelser. Ønske om endring av veiledningsforholdet skal rettes til emneansvarlig for masteroppgaven.

Sted og dato, 20.09.2018



Veileder



Student

Faglig kontaktperson ved OsloMet er : Marte Feiring
Telefonnr: 92807280

Denne avtalen finnes i tre eksemplarer. En har veilederen. En har studenten og en leveres til studieadministrasjonen ved Fakultet for helsefag

Vedlegg 2. Vurdering fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Tor Even Marthinsen	Telefon: 22845521	Vår dato: 26.11.2018	Vår referanse: 2018/2016/REK sør-øst C
			Deres dato: 25.09.2018	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Reidun Jahnsen
Oslo universitetssykehus

2018/2016 Brukertilfredshet og opplevd utbytte av et rehabiliteringsopphold på Beitostølen helsesportsenter.

Forskningsansvarlig: Stiftelsen Beitostølen Helsesportsenter
Prosjektleder: Reidun Jahnsen

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 01.11.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hforsknl) § 10.

Prosjektomtale

Kunnskap om brukertilfredshet og opplevd nytte av et rehabiliteringsopphold på Beitostølen helsesportsenter for å oppnå best mulig kvalitet på rehabiliteringstilbudet i forhold til brukernes mål. Studien har et tverrsnittsdesign med spørreskjema.

Vurdering

Som det fremgår av søkers prosjektbeskrivelse, er formålet med dette prosjektet å evaluere hvordan tilbudet til brukere av Beitostølen helsesportsenter fungerer. Dette aspektet er gjennomgående i søknaden, som i del **2.6 Begrunnelse for valg av data og metode:** *Beitostølen helsesportsenter har som rutine at alle brukerne forespørres om å fylle ut spørreskjema om brukertilfredshet for å sikre kvaliteten på rehabiliteringstilbudet. Dette er institusjonen også pålagt, og det gjøres mest hensiktsmessig på denne måten for å få standardisert evaluering som kan sammenlignes fra år til år og med andre rehabiliteringstilbud.*

Helseforskningslovens gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, forstått som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningslovens § 4.

Helseforskningsloven gjelder ikke for den typen kvalitetssikring som her skal gjennomføres. Prosjektet kan dermed gjennomføres uten REK-godkjenning.

Vedtak

Prosjektet omfattes ikke av helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningslovens § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 4 annet ledd.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-Øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Med vennlig hilsen

Britt Ingjerd Nesheim
professor dr. med.
leder REK sør-øst C

Tor Even Marthinsen
seniorrådgiver

Kopi til: astrid.nyquist@bhss.no

Vedlegg 3. Vurdering fra Norsk senter for forskningsdata, NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Brukertilfredshet, opplevelser og erfaringer fra et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helsesportsenter

Referansenummer

564388

Registrert

28.11.2018 av Anette Bunde - s977788@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Reidun Birgitta Jahnsen, reijah@ous-hf.no, tlf: 41513839

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anette Bunde, anettebunde@gmail.com, tlf: 99533133

Prosjektperiode

01.09.2018 - 15.05.2020

Status

01.04.2019 - Vurdert anonym

Vurdering (1)

01.04.2019 - Vurdert anonym

Det er vår vurdering at det ikke skal behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i dette prosjektet, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 1.4.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra NSD. HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER? Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger. VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4. Informasjonsskriv til deltakerne



VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET «BRUKERTILFREDSHET VED REHABILITERINGSOPPHOLD»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et mastergradsprosjekt hvor hensikten er å sikre kvaliteten på rehabiliteringstilbudet ved Beitostølen Helseportsenter. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne mastergradsstudien er å få kunnskap om kvaliteten på tjenestene som ytes ved Beitostølen Helseportsenter. Det er et uttalt mål og kunne bidra til at den enkelte bruker får tilstrekkelig støtte og veiledning gjennom ett intensivt rehabiliteringsopphold, og tilegner seg kunnskap og kompetanse som kan fremme medvirkning i selve rehabiliteringsprosessen. Kunnskap fra studien vil være av betydning i arbeidet med å utforme profesjonell praksis som styrker behandlernes faglige kompetanse, og dermed forbedrer kvaliteten på rehabiliteringstilbudet for unge- voksne og voksne brukere.

Studiens problemstilling er som følger: *«I hvilken grad oppleves brukermedvirkning under et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen helseportssenter, og hvilket utbytte gir dette for den enkeltes fysiske- og psykiske helse? I hvilken grad er brukerne tilfreds med rehabiliteringsoppholdet?»*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for forskningsprosjektet er forskningsleder Reidun Birgitta Jahnsen og mastergradsstudent Anette Bunde. Prosjektet gjennomføres som et mastergradsstudium i habilitering og rehabilitering ved OsloMet – storbyuniversitet. Prosjektet vil bli gjennomført ved Beitostølen Helseportsenter, men er ikke et kvalitetssikringsprosjekt på oppdrag fra ledelsen ved helseportsenteret.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I henhold til avtale med Helse Sør-Øst er Beitostølen Helseportsenter pålagt å benytte brukerevalueringsskjema utgitt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Spørreskjemaet benyttes til alle over 18 år som er innlagt til rehabilitering, med hensikt om å undersøke brukernes erfaringer fra et rehabiliteringsopphold.



Hva innebærer det for deg å delta?

Innsamling av data til dette mastergradsprosjektet gjøres ved hjelp av spørreskjema *PasOpp Rehab*, utgitt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Målpopulasjonen er alle brukere over 18 år som har deltatt på et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helse- og idrettscenter. Spørreskjemaet innhenter opplysninger om diagnose, demografiske opplysninger, erfaringer fra rehabiliteringsinstitusjonen, opplevd helse og opplevd brukermedvirkning, tilfredshet og utbytte av oppholdet. Resultatene vil bearbeides statistisk og beskrives i en masteroppgave.

Dersom du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut spørreskjemaet. Det vil ta ca 30 minutter. Det sentrale i studien er spørsmål som omhandler:

- *Hvordan opplever brukerne møtet med behandlerne?*
- *I hvilken grad opplever brukerne å få god informasjon, oppfølging og tilstrekkelig veiledning under rehabiliteringsoppholdet?*
- *I hvilken grad opplever brukerne medvirkning i egen rehabilitering?*
- *I hvilken grad opplever brukerne at behandlerne samarbeidet godt om rehabiliteringsopplegget?*
- *I hvilken grad føler brukerne seg ivaretatt og forberedt på tiden etter endt rehabilitering?*
- *I hvilken grad opplever brukerne utbytte av et rehabiliteringsopphold i forhold til fysiske- og psykiske helse?*
- *I hvilken grad opplever brukerne utbytte i forhold til å kunne mestre dagliglivets gjøremål og å delta i sosiale aktiviteter etter endt rehabilitering?*

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysninger om deg vil bare brukes til formålene vi har fortalt deg om i dette skrevet. De vil bli behandlet anonymt og i samsvar med personvernregelverket. Det finnes ingen kodenøkkel som kan spore data tilbake til deg som deltaker.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

- Innsamlede data behandles anonymt. Det er kun legesekretær, prosjektleder og mastergradsstudent som vil ha tilgang til de anonymiserte dataene.
- Det er ingen direkte personidentifiserbare opplysninger som kan spores tilbake til den enkelte deltaker.
- Alle spørreskjemaene oppbevares i ett eget låsbart skap frem til data skal registreres i statistikkprogrammet, SPSS. Registrering av anonymiserte data vil foregå på maskinvare tilhørende Beitostølen Helse- og idrettscenter, innenfor senterets sikkerhetssystemer. Bare prosjektleder Reidun Birgitta Jahnsen og mastergradsstudenten Anette Bunde vil ha tilgang til de anonymiserte dataene ved bruk av passord.

Dine rettigheter

- Det er frivillig og delta.



- I om med at dataene er anonymisert, er det ikke mulig å trekke seg etter at spørreskjemaet er levert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2020. Du er sikret absolutt anonymitet. Ingen opplysninger som er lagret kan kobles tilbake til den enkelte. Alle data registrert i SPSS vil bli lagret inntil avsluttet masterstudie.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Prosjektet er vurdert av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Helseforskningsloven gjelder ikke for den typen kvalitetssikring som her skal gjennomføres. Prosjektet kan dermed gjennomføres uten godkjenning fra REK.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurderte at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Beitostølen Helseportsenter ved prosjektleder Reidun Birgitta Jahnsen, forskningsleder ved Beitostølen Helseportsenter og Professor 2 ved Universitet i Oslo. Epost: reidun.jahnsen@bhss.no eller på telefon: 41 51 38 39
- Mastergradsstudent Anette Bunde, epost: anettebunde@bhss.no eller på telefon 99 53 31 33.
- Vårt personvernombud: Brede Westad, telefon: 61 34 08 45
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Det er frivillig delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for ditt behandlingsopplegg eller senere behandling dersom du ikke vil delta.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig, Reidun Birgitta Jahnsen
Forskningsleder Beitostølen helseportsenter
Professor II ved Universitet i Oslo

Mastergradsstudent, Anette Bunde
Beitostølen Helseportsenter
Teamleder/Sykepleier



SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: «I hvilken grad oppleves brukermedvirkning ved Beitostølen Helse- og Sportsenter, og i hvilken grad er brukerne tilfreds med rehabiliteringsoppholdet?»

å delta i spørreundersøkelsen, ved å svare på brukerevalueringsskjema

-

Vedlegg 5. Bekreftelse fra OsloMet om lagring av data

Bekreftelse fra OsloMet

Viser til meldeskjema med referansenummer: 564388 i forbindelse med gjennomføring av masterprosjekt 564388 ved OsloMet.

I avsnittet om behandling av datamaterialet opplyser NSD om følgende: *Datainnsamling, oppbevaring eller lagring på private lagringsenheter som privat pc, mobiltelefon, minnepinne osv. er ikke anbefalt og forutsettes avklart med behandlingsansvarlig institusjon.*

Prosjektet skal undersøke brukertilfredshet hos pasienter som har vært på et rehabiliteringsopphold ved Beitostølen Helse- og idrettsenter. Informantene er brukere fra 18 år og oppover, og har undertegnet informert samtykke. Spørreskjemaet er anonymt, det vil si at det ikke innehar personidentifiserbare opplysninger og det eksisterer ingen kodenøkkel som gjør at noen kan finne tilbake til deltakeren. Demografiske variabler som kjønn, alder, utdanning og diagnose inngår.

Studien skal ha et kvantitativt design. Spørreskjema Pas Opp Rehab Nasjonal utgitt fra Folkehelseinstituttet skal benyttes, samt tidligere data fra spørreskjema Pas Opp Rehab lokal samlet i perioden 2012-2018, som er lagret anonymt i SPSS ved senteret. Det eksisterer ingen kodenøkkel som gjør det mulig å finne tilbake til deltakerne. Alle som er innlagt i perioden september 2018 til og med februar 2019 får muligheten til å besvare brukertilfredshetsskjema, dette innebærer ca. 200 brukere. Samtykkeskjema signeres av den enkelte som godkjenner at spørreskjema kan benyttes i studien, og det er legesekretær som håndterer skjemaene og sorterer ut i fra om det er samtykket til deltakelse eller ikke. Alle spørreskjemaene oppbevares i ett låsbart skap frem til data skal registreres i SPSS. Registrering av data vil foregå på maskinvare tilhørende Beitostølen Helse- og idrettsenter, innenfor senterets sikkerhetssystemer. Bare prosjektleder og student vil ha tilgang til de anonymiserte dataene ved bruk av passord. Alle data registrert i SPSS vil bli lagret inntil avsluttet masterstudie, og spørreskjema makuleres fortløpende.

Viser til OsloMet sin FoU-håndbok: <https://tilsatt.hioa.no/valg-riktig-elektronisk-verktoy-lagringssteder>. Det følger av retningslinjene her at ikke-sensitive personopplysninger ikke skal lagres på private datamaskiner eller annet privat utstyr uten kryptering. Enheter som har forbindelse med nett skal aldri brukes til lyd- eller videoopptak, f.eks. mobiltelefon og nettbrett.

OsloMet aksepterer bruk av personlig datamaskin ved skriving og analyse av data ved dette masteroppgaveprosjektet, under følgende forutsetninger:

- Aktuelle data skal alltid være kryptert med unntak av når de er i aktiv bruk.
- Før data dekrypteres (åpnes), skal datamaskinen kobles av internett (både trådfast og trådløst), og forbli frakoblet til data igjen er kryptert.
- Bruker må gis forsvarlig opplæring i bruk av krypteringsprogram og sikker håndtering av data.

Underskrift fra behandlingsansvarlig institusjon, ved Reidun Birgitta Jahnsen, Forskningsleder Beitostølen Helse- og idrettsenter, og Marte Feiring, Emneansvarlig for masteroppgaven, Master i (re)habilitering, Institutt for fysioterapi, OsloMet.

Oslo 28.11. 2018



Reidun Birgitta Jahnsen
Veileder for masteroppgaven,
Master i (re)habilitering
Forskningsleder Beitostølen helse- og idrettsenter
Forsker OUS og professor II UiO

Marte Feiring,
Emneansvarlig for masteroppgaven
Master i (re)habilitering
Institutt for fysioterapi
OsloMet - Storbyuniversitetet

Vedlegg 6. Det anvendte spørreskjemaet, PasOpp Rehab nasjonal



PasOpp

Undersøkelse om pasienters erfaringer fra rehabiliteringsinstitusjoner

Vi vil gjerne vite hvilke erfaringer du har hatt med rehabiliteringsinstitusjonen du har hatt opphold ved. Målet er å få kunnskap som kan bidra til å gjøre tilbudet enda bedre. *Dine meninger er viktige, og vi håper du vil svare på spørreskjemaet.*

Om utfyllingen: Ikke tenk lenge på hvert spørsmål, vi ønsker din umiddelbare vurdering. Sett kun ett kryss ved hvert spørsmål dersom ikke annet er angitt. Dersom du har problemer med å svare selv, kan pårørende svare for deg eller hjelpe deg.

Vi ber deg krysse av i midten av rutene. Slik: Ikke slik:

Viktig: dersom du samtykker i å delta i undersøkelsen er det viktig at du krysser av i ruten under.

Ja, jeg samtykker i å delta i undersøkelsen slik den er beskrevet i følgebrevet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



Din sykdom eller skade

1. Hvilken type sykdom eller skade gjorde at du var på denne institusjonen? *Du kan sette flere kryss.*

- Sykdom i muskel-skjelettsystem (f.eks. revmatisk sykdom, vonde muskler eller ledd, rygg- eller bekkenproblemer)
- Hjerte- og karsykdom (f.eks. hjerteinfarkt, hjertesvikt, angina)
- Hjerneslag
- Skade som skyldes fall, ulykke eller lignende
- Kreft
- Psykisk lidelse
- Sykdom i nervesystemet (f.eks. Parkinsons, epilepsi, multipel sklerose/MS)
- Sykdom i luftveiene (f.eks. astma, KOLS)
- Stoffskiftesykdom/ overvekt (f.eks. diabetes, sykdom i skjoldbruskkjertelen/thyreoidea)
- Amputasjon
- Leddprotese
- Annet: (Skriv her)

1

Før oppholdet og type opphold

2. Ble du operert i forkant av rehabiliteringsoppholdet? Ja Nei \perp
3. Hvem søkte rehabiliteringsopphold for deg? Fastlegen Sykehuslege NAV-kontoret Andre
4. Måtte du vente for å få et tilbud ved institusjonen? Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad
-
5. Hva slags opphold hadde du ved institusjonen?
- Døgnopphold, det vil si opphold med overnatting \perp
- Dagopphold, det vil si behandling der du ikke overnattet
6. Var du på arbeidsrettet rehabilitering? Ja Nei
- \perp
7. Er du fornøyd med lengden på oppholdet? Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Ved ankomst

8. Ble du tatt imot på en god måte da du ankom institusjonen? Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad
9. Virket institusjonen forberedt da du ankom?

Behandlere

10. Hvilke behandlere hadde du kontakt med under rehabiliteringsoppholdet? *Du kan sette flere kryss.*

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fysioterapeut | <input type="checkbox"/> Sosionom | <input type="checkbox"/> Lege |
| <input type="checkbox"/> Sykepleier | <input type="checkbox"/> Hjelpepleier | <input type="checkbox"/> Ergoterapeut |
| <input type="checkbox"/> Idrettspedagog | <input type="checkbox"/> Ernæringsfysiolog | <input type="checkbox"/> Logoped |
| <input type="checkbox"/> Attføringskonsulent | <input type="checkbox"/> Samtaleterapeut
(psykolog, psykiater, psykiatrisk sykepleier e.l.) | <input type="checkbox"/> Andre |
- \perp

Om behandlerne dine

Ha personene fra spørsmål 10 i tankene når du fyller ut spørsmålene på denne siden.

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
11. Opplevde du at behandlerne hadde omsorg for deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⊥
12. Ble du møtt med høflighet og respekt av behandlerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Opplevde du at behandlerne tok bekymringene dine på alvor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hadde ikke bekymringer <input type="checkbox"/>
14. Har du tillit til behandlernes faglige dyktighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Mener du at du på noen måte har blitt feilbehandlet på institusjonen (etter det du selv kan bedømme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⊥

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
16. Tok behandlerne deg med på råd i spørsmål om rehabiliteringsopplegget ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Opplevde du at behandlerne var interesserte i din beskrivelse av egen situasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Var du og behandlerne enige om målene for oppholdet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Ga behandlerne deg tilstrekkelig informasjon om tilstanden din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Ga behandlerne deg tilstrekkelig veiledning om hvordan du kan mestre problemer som følger av tilstanden din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⊥

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
⊥						
21. Hadde behandlerne tid til deg når du trengte det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Opplevde du at behandlerne samarbeidet godt om rehabiliteringsopplegget ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Opplevde du at det var en fast gruppe behandlere som tok hånd om deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Opplever du at behandlerne forberedte deg på tiden etter utskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Organisering av hverdagen på institusjonen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
25. Opplevde du at institusjonens arbeid var godt organisert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hadde ikke timeplan
26. Var du fornøyd med timeplanen for aktivitetene dine under oppholdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Synes du det tok lang tid før timeplanen var klar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Fulgte institusjonen opp timeplanen som planlagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

⊥

Omgivelser og miljø

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
29. Fikk du inntrykk av at institusjonens bygninger og lokaler var i god stand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⊥
30. Var institusjonens lokaler tilrettelagt for behovene dine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. Var institusjonens uteområder tilrettelagt for behovene dine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Var det et godt utvalg av utstyr til rehabiliteringen din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Fikk du inntrykk av at utstyret som ble brukt i rehabiliteringen din var i god stand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

34. Var følgende tilfredsstillende på institusjonen:

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
a. Fritidstilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Renhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Inneklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

Utbytte av rehabiliteringsoppholdet

- | | Ikke noe utbytte | Lite utbytte | En del utbytte | Stort utbytte | Svært stort utbytte |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 35. Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av rehabiliteringsoppholdet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- ⊥

36. Hvilket utbytte har du hatt av oppholdet i forhold til følgende:

- | | Ikke noe utbytte | Lite utbytte | En del utbytte | Stort utbytte | Svært stort utbytte |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Din fysiske helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Din psykiske helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mestre daglige gjøremål | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Delta i sosiale aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Generelle vurderinger

- | | Svært misfornøyd | Ganske misfornøyd | Både og | Ganske fornøyd | Svært fornøyd |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. Alt i alt, hvor fornøyd er du med tilbudet du fikk på rehabiliteringsinstitusjonen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- ⊥
- | | Mye dårligere enn forventet | Noe dårligere enn forventet | Som forventet | Noe bedre enn forventet | Mye bedre enn forventet |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 38. Alt i alt, hvordan vurderer du tilbudet du fikk på rehabiliteringsinstitusjonen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- | | Ingen bedring | Liten bedring | Moderat bedring | Stor bedring | Jeg skulle bli helt bra |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 39. Hva ventet du på forhånd at rehabiliteringsopplegget skulle bety for tilstanden din? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tiden etter oppholdet

- | | Ikke i det hele tatt | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad | Ikke aktuelt |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40. Laget institusjonen et opplegg for deg som det er mulig å gjennomføre etter at du kom hjem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Samarbeider institusjonen godt med det lokale tjenesteapparatet etter det du selv kan bedømme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Har du fått tilstrekkelig oppfølging av det lokale tjenesteapparatet etter at du kom hjem fra institusjonen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- ⊥

Bakgrunnsopplysninger

43. Er du mann eller kvinne? Mann Kvinne
44. Hva er din alder? År ⊥
 |
45. Er du gift eller samboende? Ja, gift Ja, samboende Nei
46. Hva er din høyeste fullførte utdanning? Grunnskole Videregående skole Høyskole/universitet (1-4 år) Høyskole/universitet (4 år eller mer)
- ⊥
47. Hva er morsmålet ditt? Norsk Samisk Annet nordisk språk Annet europeisk språk Ikke-europeisk språk
48. Hva gjør du til daglig? Yrkesaktiv Sykmeldt Attføring Uføre-trygdet Arbeidsledig Pensjonist Under utdanning Hjemmearbeidende Annet
Du kan sette flere kryss.
49. Stort sett, vil du si din helse er... Utmerket Meget god God Nokså god Dårlig
50. Hvor lenge er det siden du reiste fra institusjonen? Under 2 uker 2-3 uker 3-4 uker 4-6 uker Mer enn 6 uker
51. Hvem har fylt ut spørreskjemaet? Pasienten selv Pårørende ⊥

Hvis pårørende har fylt ut skjemaet vil vi vite følgende om utfylleren:

52. Er du mann eller kvinne? Mann Kvinne

53. Hva er din alder? År
 |

⊥

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⊥

⊥

⊥

⊥

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare!

 kunnskapssenteret