

Målsetting i rehabilitering

Mona Bjerke Jensen

**Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning klinisk
nevrologisk fysioterapi, fordypning voksne.**

Faggruppe for master og PhD.-utdanning i helse- og omsorgsfag.

Institutt for helse- og omsorgsfag,

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Juni 2010

FORORD

Arbeidet med dette prosjektet har vært en lang og lærerik prosess. Endelig har jeg fått tid og mulighet til fordypning i et tema jeg har vært opptatt av de siste ti årene. Jeg har reflektert over praksisfeltet og satt meg inn i litteratur og forskning som kan tilføre mitt arbeid nye perspektiver. Studien omhandler et felt jeg har stor nærhet til, samtidig som den har gitt meg mulighet til et innblikk i andres arbeidshverdag. Den distansen som forskning innebærer, har gitt meg muligheten til å se noe nytt.

Jeg vil derfor spesielt få takke rehabiliteringsteamet og brukeren som stilte seg til disposisjon, og gjorde denne studien mulig. Jeg er glad for at jeg fikk overvære et møte mellom teamet og brukeren, samt at teamet var velvillige til å bli intervjuet i etterkant. Takket være deres åpenhet kan vi sammen utvikle rehabiliteringsarbeidet videre.

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder Cathrine Arntzen som har bistått meg i arbeidet. I den foreliggende utgaven, er det ikke mange ord igjen fra det opprinnelige førsteutkastet, og hun har vært tålmodig og konstruktiv i sin veiledning.

Jeg takker også mine kjære for god hjelp hele veien, trøst i strevsomme perioder, og realitetsorientering når jeg har vært åndsfraværende og ikke har sett den virkelige verden der jeg har sittet nedsunket i oppgaveskrivingen.

Videre vil jeg takke min arbeidsgiver – Skedsmo kommune - for permisjoner underveis i utdanningen, og min leder for god støtte. Ikke minst vil jeg takke mine kollegaer i rehabiliteringsteamet for å ha kommet med faglige innspill og for å ha tilrettelagt arbeidssituasjonen for å muliggjøre studiet.

Til slutt rettes en takk til Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter og til slagrammedes minne- og forskningsfond for den økonomiske støtten til prosjektet.

Gjerdrum, 11.05.10

Mona Bjerke Jensen

INNHold

Sammendrag

Abstract

1 Innhold.....	1
1.1 Presentasjon av forskningsfelt.....	1
1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	3
1.3 Problemstilling.....	3
1.4 Oppgavens struktur.....	4
2 Teori.....	4
2.1 Rehabiliteringsprosessen.....	4
2.2 Målsettingsteori.....	5
2.3 Brukermedvirkning	7
2.4 Mestring.....	8
2.5 Kommunikasjon.....	10
2.6 Et fenomenologisk perspektiv.....	13
3 Metode.....	15
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	15
3.2 Valg av forskningsdesign.....	16
3.3 Utvalg.....	17
3.3.1 Rehabiliteringsteam.....	17
3.3.2 Bruker.....	18
3.4 Gjennomføring av undersøkelsen.....	18
3.4.1 Observasjon.....	19
3.4.2 Intervju.....	19
3.4.3 Bearbeidelse av data.....	20
3.4.4 Analyse.....	20
3.5 Studiens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet.....	21
3.6 Etske implikasjoner.....	23
4 Diskusjon.....	25
4.1 Brukerens perspektiv: Målsetting som et eksistensielt spørsmål.....	26

4.1.1 «Jeg ønsker å bli frisk og sterk i armer og bein».....	26
4.1.2 «Det tar jo også littegranne på mitt sinn, også».....	30
4.1.3 «Vi har ikke regnet med å utdype det uten å vite om jeg greier det».....	33
4.1.4 «Nå har jeg sikkert ikke uttalt meg sånn som».....	36
4.2 Rehabiliteringsteamets perspektiv: Målsetting som en strategisk prosess..	38
4.2.1 «Det å gå er et dårlig mål».....	38
4.2.2 «På en måte så er jeg ekspert på mitt område, men må bare innse at brukerne er jo eksperten på seg selv.».....	44
5 Avslutning	47
5.1 Studiens hovedfunn.....	47
5.2 Hvilken betydning har funnene for praksis?.....	49

Litteratur

- Vedlegg 1: Vurdering fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS:
Personvernombudet. Tilråding av behandling av personopplysninger.
- Vedlegg 2: Informert samtykke til bruker
- Vedlegg 3: Informert samtykke til fagpersoner
- Vedlegg 4: Intervjuguide
- Vedlegg 5: Tankekart til intervjuet

SAMMENDRAG

Utgangspunktet for studien er målsettingsarbeid i rehabilitering. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) understreker betydningen av “klare mål”, og at fagpersonene skal gi “nødvendig bistand til brukerens egen innsats”. Litteraturen understreker at målsettingsprosessen er viktig og vanskelig, men gir lite grunnlagstenkning og veiledning til hjelp i arbeidet. Forskning antyder også fagpersonene ønsker å få til brukermedvirkning, men ikke vet hvordan de skal gjøre det (Parry, 2004). Hensikten med studien er å bidra med økt kunnskap til rehabiliteringsfeltet om målsetting. Jeg ønsker å undersøke hvordan mål tematiseres i samarbeidet mellom rehabiliteringsteam og bruker. Jeg vil utforske begge parters perspektiv, og deretter knytte dette sammen med teori og forskning for å drøfte hva som kreves for å sette mål. Med utgangspunkt i et hermeneutisk fenomenologisk vitenskapsteoretisk ståsted settes fokus på personlige opplevelser og erfaringer. Jeg har foretatt ikke-deltakende observasjon av et målsettingsmøte mellom en bruker og et kommunalt rehabiliteringsteam, og deretter intervjuet rehabiliteringsteamet.

Studiens hovedfunn er at intensjonen om at det er brukeren som skal sette målene for rehabiliteringsprosessen kan bryte sammen dersom fagpersoner og bruker har svært ulike utgangspunkt for målsettingsarbeidet, og har vanskelig for å oppnå gjensidig forståelse. Det kan se ut som målsettingsprosessen er følelsesmessig utfordrende for brukerne. Dette kan blant annet handle om syn på egen kropp, følelse av tapt identitet, mestringstro, evne til å se seg selv i fremtiden og usikkerhet i kampen om å få kontroll over livet igjen. Dette kommer gjerne fram gjennom hint og narrativer, som av og til kan være vanskelig for rehabiliteringspersonalet å oppdage. Undersøkelsen antyder også at tjenesteutøverne har en strategisk innfallsvinkel til målsettingsarbeidet, og forholder seg til overordnede føringer, målsettingsteori og sin profesjonsmessige kompetanse. Det virker som tjenesteutøverne holder sin kompetanse tilbake for å myndiggjøre brukeren, men ikke alle brukere klarer å sette egne mål, og brukernes mål kan av og til passe dårlig med rehabiliteringsteamets forståelse. Jeg mener at studien synliggjør at målsettingsprosessen kan innebære større utfordringer enn hva man skulle tro ut fra litteraturens overfladiske behandling av temaet.

Nøkkelord: rehabilitering, målsetting, brukermedvirkning, kommunikasjon, mestring, kroppsfenomenologi, kvalitativ forskningsmetode.

ABSTRACT

The basis of this study is goal setting in neurological rehabilitation. Regulations concerning habilitation and rehabilitation (2001) emphasize the importance of "explicit goals" and that professionals should provide "appropriate assistance to the patient's own efforts." Much of the previous published work indicates that the goal setting process is both important and difficult, but provides little basic theory or practical guidance which can be helpful to the rehabilitation staff. Research also suggests that professionals want to encourage the patient to set the goals, but do not know how to do it (Parry, 2004).

The purpose of this study is to provide the rehabilitation field with increased knowledge about the goal setting process. I intend to explore in what ways goals are thematized in the cooperation between a local rehabilitation team and a patient. I want to link this with theory and research to discuss what is required of both parties in setting goals. With a hermeneutic phenomenological perspective my main focus is on personal experiences. I have carried out non-participant observation of a meeting between patient and rehabilitation team, and afterwards made an interview of the rehabilitation team.

The main findings are that the intention of the patient setting goals on his own, tend to collapse if professionals and patient have very different perspectives on goal setting, and difficulties in achieving a mutual understanding. It appears that the process is emotionally challenging for the patients. Goal setting will be influenced by the patients view on his own body, a feeling of lost identity, ability to see themselves in the future, the degree of self-efficacy and uncertainty in the battle to gain control over their lives again. This is often presented through hints and narratives, which require sensitivity from the clinician's. The survey implies that service practitioners have a strategic approach, and relate to overall guidance, goal setting theories and their own profession related expertise. They seem to keep their expertise back in an effort to empower the patient, but not all patients are capable of setting their own goals, and patient goals do not always fit well with clinician's strategic approach. The study therefore indicates that goal setting may involve greater challenges than one might expect from the literatures' superficial treatment of the subject.

Keywords: rehabilitation, goal setting, patient participation, communication, coping, phenomenology of the body, qualitative research method.

1 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av forskningsfelt

Innen rehabilitering står tjenesteutøverne hver dag overfor mennesker som har fått sitt selvbylde ødelagt på grunn av traumer eller sykdom (Siegert & Taylor, 2004). Wade og DeJong (2000) hevder at den viktigste utviklingen innen rehabilitering de siste årene har vært skiftet fra en overveiende medisinsk modell med fokus på patologi og diagnoser, til mer vidtfaunende psykososiale og sosiokulturelle modeller. Selv om folk flest fortsatt forbinder rehabilitering med reparasjon og opptrening etter en fysisk skade eller sykdom (Normann, Sandvin & Thommesen, 2006), har helsemyndighetene de siste årene pekt på at rehabilitering må ha et betydelig videre siktemål enn opptrening, og har endt med følgende definisjon:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001).

En slik definisjon av rehabilitering innebærer et utvidet perspektiv; en omstillingsprosess og en alternativ utviklingsprosess til den personen var i før ulykken skjedde eller sykdommen inntraff. Hvis målet med rehabilitering var å ”normalisere” den fysiske funksjonen, kunne fagpersonene i stor grad definert behovene. Da kunne fysioterapeuten definert målene for sine tiltak, sykepleieren definert sine og så videre. Når rehabiliteringsprosessen skal ta utgangspunkt i et deltakelsesperspektiv, er det imidlertid personen selv som må bestemme hvordan målene om sosial og samfunnsmessig deltakelse skal forstås og formuleres (Normann et al., 2006). Kanskje er det i realiteten bare i unntakstilfeller at det virkelig handler om gjenoppretting av noe som var tidligere, spør Normann et al. (2006). Min egen erfaring stemmer med det Lawler, Dowswell, Hearn, Foster og Young (1999) sier; at en innfallsvinkel som tar utgangspunkt i brukerens mål vil bedre det tverrfaglige samarbeidet og sette brukeren i sentrum, fordi tjenesteutøverne blir mindre opptatt av sine egne profesjonsbetingede mål, men vil fundere rehabiliteringen i brukerens individuelle behov.

Forskriften formulerer målene for rehabilitering som ”å oppnå best mulig funksjons- og

mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001). Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering, SKUR, mener at man må se dette som overordnede mål – eller hensikten – med rehabilitering som virksomhet, mens det er brukerens individuelle mål som skal være bestemmende for den individuelle rehabiliteringsprosessen (Normann & Sandvin, 2001). At prosessen skal være målrettet, har også å gjøre med at den må være planlagt for å ha en klar og tydelig retning. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til en individuell plan – hvor mål, delmål og ansvarsfordeling vil være sentrale punkter (ibid.).

De individuelle rehabiliteringsmålene spenner fra langsiktige mål til mer spesifikke tilstander som skal oppnås innen relativt kort tid, og som vanligvis inkluderer enfaglig intervensjon (Wade, 1999a). Det sies at mål stimulerer til motivasjon, samarbeid og forståelse (Lawler et al., 1999, Wade 1999a, Wade 1999b, Moffett, 2000). Wade (1999a) konkluderer med at det er evidens for at rehabilitering er mer effektiv hvor mål er eksplisitt definert, og hvor de som er involvert i å nå dem (brukerne) deltar i å sette dem. Forskning har antydnet at til tross for helsepolitiske anbefalinger, skjer målsetting relativt sjelden, og når det skjer, er ikke potensialet for brukerens deltakelse utnyttet fullt ut (Parry 2004). Spesielt fremheves at ulike perspektiv hos tjenesteutøverne og brukere, samt problemer med å sette mål med riktig vanskelighetsgrad, kan gjøre prosessen utfordrende (Lawler et al., 1999, Wade 1999a, Wade 1999b). I ”Lærebok i rehabilitering” av Wekre og Vardeberg (2004) skriver Conradi og Rand-Hendriksen om målsettingsprosessen at ”dette trinnet i prosessen er kanskje det som byr på den største utfordringen innen rehabiliteringsarbeidet”. De mener at man ofte mislykkes fordi man har tatt for lett på denne prosessen. Allikevel sier boken lite om hvordan man skal få til dette arbeidet. Siden målsettingsarbeid regnes som et nøkkelvirkemiddel for å organisere rehabiliteringen på en brukersentrert måte, synes jeg det er underlig at temaet er så lite problematisert i rehabiliteringslitteraturen. Så langt jeg kan se, virker det som andre fagfelt – for eksempel innen arbeidslivsforskning og idrett er kommet lenger når det gjelder forståelse for hvilken rolle målsetningene spiller. I stedet for de svært forenklete, skriftlige anbefalingene som finnes angående målsettingarbeid, mener Parry (2004) at man må innse at målsetting er en kompleks interaksjonell aktivitet.

1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

Ved søk i Medline med kombinasjon av søkeordene ”goal setting” og ”rehabilitation” fikk jeg 880 treff. De fleste av disse artiklene tar for seg diagnosespesifikke mål knyttet til rent biomedisinske problemstillinger. De resterende artiklene vil jeg gruppere ut fra to innfallsvinkler. For det første forholder praksisfeltet seg ofte til målsetting som en pragmatisk, funksjonell og oppgaveorientert prosess (Siegert & Taylor, 2004). Et søk i Medline ga nærmere 200 treff på ”goal attainment scaling”, som er et praktisk redskap for å sette opp mål (Østensjø, Øien & Fallang, 2008). Den andre innfallsvinkelen til målarbeid, innebærer en mer teoribasert innfallsvinkel. Siegert og Taylor (2004) beklager at rehabiliteringsfeltet overvurderer pragmatisk og empirisk arbeid på bekostning av teoriutvikling. De presenterer teorier som knytter mål til følelser og motivasjon, og som tar opp hvilken betydning mål har for det enkelte mennesket. De konkluderer med at målsetting i rehabiliteringsarbeidet i det lange løp vil profittere på utviklingen av en klarere og mer kompleks teoretisk forståelsesramme.

Selv er jeg ansatt i et kommunalt rehabiliteringsteam som arbeider i brukers hjem og nærområde. Jeg har erfart at vi har trodd at vi har arbeidet med brukerens mål. I ettertid har det vist seg at vi for eksempel har misforstått målet ”å gå til dagsenteret”. Vi har ansett ”dagsenteret” som målet, og i god tro søkt om elektrisk rullestol til brukeren. Vi har da oversett den symbolske betydningen brukeren tillegger det å være ”oppegående”. Dette ser jeg på som et uttrykk for manglende teorigrunnlag og forståelse for målenes betydning for brukeren. På den annen side mangler vi spesifikke redskaper og kompetanse når det gjelder å formulere konkrete og evaluerbare mål. Dette gjør det vanskelig å vurdere om brukeren har nådd ønskene sine for behandlingen, eller om tiltakene overhodet har hatt noen effekt. For min egen del har jeg en antakelse om at målsettingsarbeidet foregår ut fra ”sunn fornuft” og erfaring. Samtidig tror jeg at ideologien om brukermedvirkning i enkelte tilfeller kan ha ført for mye ansvar over på brukeren. Dersom brukeren ikke er i stand til å formidle noen ønsker eller mål, blir vedkommende ofte sett på som lite motivert – og kan miste muligheten til oppfølging fra rehabiliteringsteamet.

1.3 Problemstilling

Jeg ønsker å bidra med økt kunnskap i rehabiliteringsfeltet om hva som skjer i samarbeidet

mellom bruker og rehabiliteringsteam i målsettingsprosessen. Derfor har jeg valgt følgende problemstilling: **Hvordan tematiseres mål i samarbeidet mellom rehabiliteringsteam og bruker?**

1.4 Oppgavens struktur

I det følgende kapitlet presenterer jeg teori og forskning som har relevans til målsettingsarbeidet i rehabilitering, og som kan bidra med ulike perspektiver for drøfting av datamaterialet mitt. I det tredje kapitlet vil jeg redegjøre for metoden jeg har brukt, dens sterke og svake sider, samt etiske implikasjoner. I kapittel fire presenteres dataene mine, og diskuteres i lys av teorien og forskningen som ble presentert i kapittel to. Til slutt vil jeg konkludere, og si noe om funnenes betydning for det praktiske arbeidet i en rehabiliteringsvirksomhet.

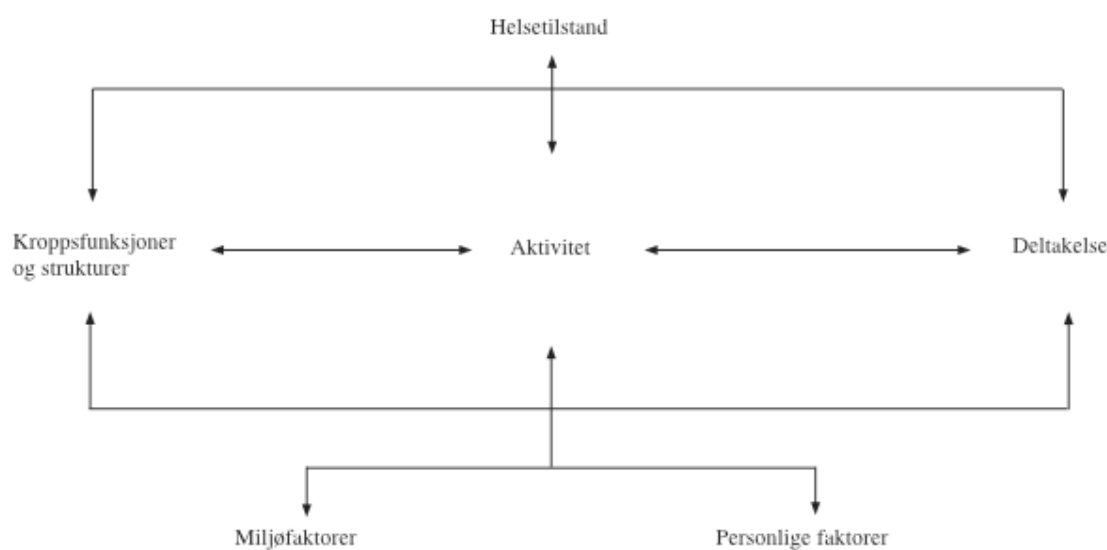
2 TEORI

I dette kapitlet ønsker jeg først å redegjøre for rehabiliteringsideologien slik den per i dag presenteres av Verdens Helseorganisasjon (WHO). Jeg trekker frem teori og forskning som er egnet til å belyse hva brukeren og rehabiliteringsteamet i min undersøkelse tematiserer i målsettingsarbeidet. Spesielt vil jeg fokusere på målsettingsteori, brukermedvirkning, mestring, kommunikasjon og kroppsfenomenologi.

2.1 Rehabiliteringsprosessen

Jeg ønsker her å bruke Verdens Helseorganisasjons klassifikasjonssystem, *International Classification Of Functioning, Disability and Health (ICF)*, figur 1, som en ramme for rehabiliteringsprosessen. ICF integrerer den medisinske forståelsen med den sosiale modellen av funksjonshemming (Bredland, Linge & Vik, 2008). Den medisinske modellen tar utgangspunkt i individet, og hvilke konsekvenser sykdommen eller skaden får for utførelse av oppgaver og handlinger og for å engasjere seg i en livssituasjon. Den sosiale modellen av funksjonshemming hevder at funksjonshemming ikke er en egenskap ved individet, men skapt av et samfunn som ikke er tilrettelagt (Oliver, 1996). ICF er betegnelse for både et kodeverk og en tankemodell. Den er tatt i bruk av mange

yrkesgrupper og institusjoner som arbeider med rehabilitering, fordi den kan gi et felles utgangspunkt for samarbeidet ved bruk av en modell som ikke ”eies” av en enkelt faggruppe (Vik, 2004). Jeg ønsker å bruke den for å visualisere hvordan personens helsetilstand påvirker og påvirkes av en rekke faktorer; kroppsfunksjoner og strukturer, utførelse av aktiviteter, sosial deltakelse, personlige forutsetninger og miljø. Innen rehabiliteringsfeltet brukes gjerne ICF som et kartleggingsverktøy for å ivareta en holistisk tilnærming. Mål og tiltak rettes således mot alle de nevnte områdene.

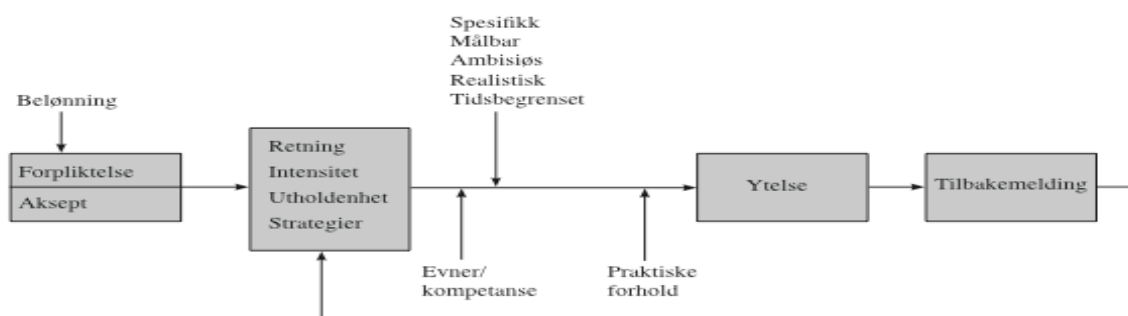


Figur 1: ICF (Verdens helseorganisasjon, 2001).

2.2 Målsettingsteori

Mål er nært knyttet til motivasjon. I hverdagstale betyr ordet ”motivasjon” gjerne entusiasme eller ønsket om å prestere. I psykologien defineres ofte begrepet mer presist som ”psykologiske prosesser som igangsetter, regulerer og opprettholder atferd”, skriver Haukedal (2005, s. 85). Han mener at motivasjon kanskje er det viktigste begrepet innen atferdsvitenskap, fordi det handler om årsaken til alt menneskene gjør. Både fysiologiske forhold som sult og tørst kan virke motiverende, men også psykologiske forhold som status og mestring. Figur 2 er laget av Haukedal (2005), og fremstiller målsettingsteori bygd på en klassisk artikkel av bl.a. Edwin Locke i 1968. Haukedal (2005, s. 110) beskriver hvordan Locke ser mål som noe mennesker strever mot fordi de er forbundet med

emosjoner eller sterke ønsker, og representerer avslutningen på en handlingssekvens.



Figur 2: Målsettingsteori (Haukedal 2005, s. 111).

Figur 2 viser at den som skal nå målet, må ha en aksept og forpliktelse til det. Dette vil man oppnå gjennom at vedkommende får delta i formuleringen, eller ved en belønning. Vedkommendes belønning kan være i form av en indre tilfredsstillelse ved at han/hun har oppnådd det ønskede resultatet, eller belønningen kan innebære mer ytre motivasjonsfaktorer, som for eksempel penger. Figuren viser fire ulike mekanismer som gjør at målsetting øker motivasjonen. For det første vil mål som oppleves som personlig meningsfylte, styre oppmerksomheten mot det som virker viktig og relevant i den bestemte sammenhengen. For det andre vil mål aktivere innsats, og sørge for at vi prioriterer gjøremål som bidrar til måloppnåelse. For det tredje øker mål utholdenheten, og gjør at vi kan tenke langsiktig. For det fjerde vil mål stimulere utvikling av strategier og handlingsplaner for å få i stand en bevegelse fra den aktuelle til den ønskede situasjonen (målet). Figuren viser også hvordan ytelsen vil påvirkes av personens evner og kompetanse, praktiske forhold og egenskaper ved målene. Et mål bør være **s**pesifikt, **m**ålbart, **a**mbisiøst, **r**ealistisk og **t**idsavgrenset, noe jeg senere kommer til å omtale som "SMART-akronymet". Det vil være helt avgjørende at det gjøres en evaluering av hvorvidt man har nådd målet, slik at man eventuelt kan justere det eller forbedre retning, intensitet, utholdenhet og strategier i arbeidet for å nå det opprinnelige målet.

Rehabiliteringsideologien jeg har presentert (jf. 2.1) tar opp i seg både biologiske,

psykologiske og sosiale aspekter, men er kritisert for manglende grunnlagstenkning. Som jeg allerede har vært inne på, mener mange at rehabiliteringsfeltet er for pragmatisk, med for lite underliggende teorier (Siegert & Taylor, 2004). Modellene jeg har presentert drøfter ikke ontologiske spørsmål, det vil si spørsmål om hvordan verden er. Jeg vil også si at målsettingsteorien ovenfor i liten grad problematiserer brukerens opplevelser.

2.3 Brukermedvirkning

I målsettingsarbeid understrekes brukermedvirkning som fundamental (Duff, Evans & Kennedy, 2004). Brukerens involvering har vist seg å øke vedkommendes forpliktelse til målene, måloppnåelse, brukertilfredshet og følelse av kontroll over konsekvensene av sykdommen (ibid.). Som et eksempel vil jeg trekke fram fysioterapi, hvor forskning har vist at terapeutene ofte har et inntrykk av at brukeren har vært deltakende i planleggingen av behandlingen, mens brukeren har det motsatte inntrykket (Wottrich, Stenström, Engardt, Tham & von Koch, 2004). Wottrich et al. (2004) konkluderer med at terapeutene ønsker brukermedvirkning, men ikke vet hvordan de skal gjøre det. Forfatterne hevder derfor at fagutøvere må utvikle en bevisst strategi for at brukere skal ta større ansvar og makt over sin egen rehabiliteringsprosess. Parry (2004) hevder at i løpet av 74 timer med video-opptak fra fysioterapi i fire britiske sykehus, ble bare åtte episoder målsettingsarbeid identifisert. I denne artikkelen var målsetting kjennetegnet ved at en fysisk handling, oppgave eller ferdighet ble tematisert og foreslått som basis for et mål eller fokus, og en tidsgrense ble knyttet til oppnåelsen av dette. Det verbale bidraget fra brukerne var ofte korte svar på terapeutens spørsmål, eller korte bekreftelser på tilslutning til terapeutens forslag. Det mest vanlige var at terapeuten satte et mål angående et problemområde som brukeren hadde presentert. Det vil si at brukerinvolveringen i målsettingen var begrenset til at deres selvstendige meninger om problemene deres ble funnet og inkorporert i prosessen. Når målet var satt av terapeuten, uttrykte vanligvis brukeren enighet (ibid.).

Haukedal (2005) hevder at det er en myte at selvbestemte mål alltid er mest effektive. Han hevder tvert imot at mål satt av en selv, gjennom deltakelse og av andre, virker like godt. Noen foretrekker å bli fortalt hva de skal gjøre, mens andre ønsker å være med å bestemme eller være helt selvstendige. Det er ikke sikkert at alle brukere er så klare over sine egne ønsker og behov. Det kan hende at brukeren har hatt så store omveltninger i livet at det er

vanskelig for vedkommende å starte en nyorienteringsprosess. Man må huske på at de fleste brukere av rehabiliteringstjenesten er i en situasjon som ikke er selvvalgt, og som de ikke ønsker å være i (Eide & Eide, 2009). Kathy Charmaz (1990, 1991) har beskrevet “tap av selv” som en fundamental form for lidelse ved kronisk sykdom. Informantene opplevde at livet var preget av restriksjoner og sosial isolasjon. De følte seg som en byrde for andre, og dette gikk sterkt utover selvfølelsen. Moore Schaefer (1995) identifiserer også tap som et sentralt element ved kronisk sykdom: tap av helse, tap av støttespillere, tap av kontroll, tap av funksjoner og tap av naturlig spontanitet. De rammede opplever sykdommen som et avbrudd i normal livsførsel, en inntrenger som til slutt overtar kontrollen med livet. Med så store belastninger kan brukerne føle seg usikre og svake, og dårlig fremtidstro kan gjøre det vanskelig å sette mål. Wormnes og Manger (2005) understreker at man i oppstartfasen sjelden kan forvente at brukeren evner å formulere klare, konkrete og gjennomførbare mål på stedet. Det anbefales å gi dem tid til først å tenke seg om og ”smake på” mulige mål. Noen prioriterte mål vil være for lette og må gjøres vanskeligere, mens andre mål må gjøres lettere å nå. Modifiseringsarbeidet er en vanlig og normal prosess og må få en selvfølgelig og naturlig plass i utviklingen (ibid.).

Conradi og Rand-Hendriksen (2004) er opptatt av at målsettingsfasen kan sette samarbeidet på prøve hvis pasientens mål fremstår som urealistiske for tjenesteutøverne, I så fall må det til en forhandlingsrunde som kan være utfordrende for begge parter. Fagfolk kan være redd for å bryte ned brukeren ved å frata vedkommende håpet. Det vil være enklere å gå med på et rehabiliteringsprosjekt man egentlig ikke har tro på. Som fagfolk må vi respektere personens rett til faktisk kunnskap om egen situasjon. Ferdigheter i kommunikasjon om slike temaer blir viktig for tjenesteutøverne. Mange brukere vil ha behov for å drøfte med fagfolk hva som kan være realistisk å oppnå gjennom rehabilitering (ibid.).

2.4 Mestring

I rehabiliteringsarbeidet fremheves mestringsbegrepet som sentralt (St.meld. nr. 21 (1998-1999), 1998). Lazarus og Folkman (1984) ser mestring som en prosess; de foreteelsene individet gjør dersom en hendelse oppleves som stress. Individet gjør et valg – mer eller mindre bevisst – om noe kan gjøres, eller om man bare må godta situasjonen som den er.

Lazarus (1992) identifiserer ”problemfokuserte” strategier – som innebærer å endre det som oppleves som belastende, og ”emosjonsfokuserte” strategier – som har til hensikt å endre eller håndtere egne følelser i forhold til belastningen (ibid.). Når en opplever at en ikke kan endre situasjonen, dominerer emosjonsfokuserte strategier. Når en derimot opplever at situasjonen kan endres eller kontrolleres, ligger hovedvekten på problemfokuserte mestringsstrategier (Lazarus, 1992). Emosjonsfokuserte strategier er mer stabile over ulike hendelser enn problemfokuserte, som synes mer kontekstbetinget. Lazarus (1992) mener at mestringsstrategien er dysfunksjonell dersom man bruker problemfokuserte strategier når situasjonen ikke kan endres, og ved bruk av emosjonsfokuserte strategier når situasjonen er mulig å endre eller kontrollere.

Albert Bandura lanserte på 1970-tallet begrepet “self-efficacy”, som kan oversettes med “mestringstro” (Espnes & Smedslund, 2001). Bandura sier at menneskers handlingsmønstre først og fremst bestemmes av vedkommendes forventninger om hvordan han eller hun vil prestere. Troen på å mestre en oppgave medfører at man både anstrenger seg mer og holder ut lenger dersom man møter motstand. Dårlig mestringstro vil øke angsnivået hos personen (ibid.).

Et annet vesentlig begrep i forbindelse med mestring er kontrollplassering. Fritz Heiders attribusjonsteori (Heider, 1958) påpeker at det er avgjørende for motivasjonen at vi opplever at vi selv kan påvirke det som skjer med oss. Denne teorien beskriver hvordan mennesker forstår handlinger, seire og nederlag. Mennesker kan enten attribuere (forklare) hendelser til indre krefter eller til ytre faktorer. Noen av de indre kreftene – som innsats – kan styres i stor grad, mens for eksempel evner regnes som mer stabile. Hvis vi oppnår suksess, vil et indre attribusjonsmønster skape større tro og lyst på at vi kan mestre liknende oppgaver senere. Ved nederlag kan vi resonnerer som så at nederlaget var et resultat av at ikke innsatsen var god nok – forhold vi selv har personlig kontroll over. Vi opplever at ansvaret ligger hos oss selv, og at vi neste gang vi står overfor en lignende oppgave, må jobbe hardere eller på en annen måte. Når man bruker ytre årsaksforklaringer, vil man fraskrive seg ansvar, og i større grad klandre andre. Ved nederlag kan man derfor med en utpreget ytre attribusjon beskytte sitt eget selvbilde. Attribusjonsteori tilsier også at det er viktig at de som arbeider med andre mennesker, peker på hva den andre skal gjøre i

løpet av læringsprosessen, ikke bare hva de skal oppnå. Wormnes og Manger (2005) beskriver hvordan mennesker som er preget av lav selvtillit beskytter seg selv ved å velge enten svært lette eller svært vanskelige oppgaver. Ved lette oppgaver er suksessen garantert, og selvbildet settes ikke på spill. Når vi feiler på en svært vanskelig oppgave, kan resultatet forklares med oppgavens store vanskelighetsgrad. Wormnes og Manger (2005) argumenterer derfor for at lavt presterende personer må få hjelp til å finne mål på riktig nivå, som både gir utfordring og følelse av kontroll. Opplevelsen av å ha indre kontroll er styrkende og bedrer troen på at det virkelig er mulig å prestere godt. Jo sterkere og sikrere følelsen av indre kontroll er, jo bedre er evnen til å fremvise ferdighetene.

2.5 Kommunikasjon

Begrepet ”kommunikasjon” betyr ”å gjøre noe felles”. Eide og Eide (2009) sier at din kommunikasjon som helsearbeider skiller seg fra privatlivets i form av at all kommunikasjon i helseprofesjonene er ment å være til hjelp for brukeren. Finset (2004) viser til kommunikasjon som et kraftfullt virkemiddel – både for resultatet av rehabiliteringsprosessen, og fordi helsearbeideres utsagn ofte utløser sterke følelser, og kan brenne seg fast i bevisstheten hos mennesker i krise. Når vi ser rehabilitering som et samarbeidsprosjekt, blir en viktig kommunikativ oppgave for hjelperen å skape en “arbeidsallianse”, som er et begrep fra psykoanalytisk terapiforskning. Dette vil si en gjensidig, positiv innstilling mellom hjelper og bruker til å samarbeide om å nå et felles mål. Gode kommunikasjonsferdigheter handler om å åpne opp for disse perspektivene og oppnå økt forståelse slik at man kan hjelpe brukeren best mulig (Eide & Eide, 2009).

I all kommunikasjon meddeles både en sak, og hvem vi er for hverandre (Thornquist, 2003a). Halstead (2001) skriver at vi er for biomedisinske i vår orientering, og må fokusere mer på relasjonsaspektet i samarbeidet med brukeren. All pasientbehandling vil innebære både en oppgaverettet, instrumentell, komponent (fremme fysisk funksjon, selvstendighet etc.) og et element som handler om relasjonen til brukeren – ekspressivt aspekt. Vi er opplært til å være løsningsfokuserte og målrettet, og dette innebærer en fare for at vi er for lite bevisst de ekspressive aspektene ved arbeidet vårt (Finset, 2004). Samtidig vil instrumentelle ferdigheter og kunnskap være viktig for muligheten til å sette seg inn i et annet menneskes situasjon. Den instrumentelle kompetansen styrer blikket, slik at man kan

få øye på forhold som andre ikke oppdager eller reflekterer over. Uten denne kunnskapen vil vi derfor ikke oppdage hva som er viktig for brukeren, og uten at man vet hva som står på spill, hjelper det ikke med gode kommunikasjonsferdigheter (ibid.).

Drew (1991) mener at tjenesteutøveren ofte møter motstand fra brukeren mot å svare på spørsmål og hevde sine meninger. Det viser seg nemlig at i stedet for ganske enkelt å uttrykke sine tanker og meninger, blir menneskers kommunikative bidrag formet etter den lokale situasjonen og omgivelsene. Derfor kan samtale om behandlingsmål innebære interaksjonelle utfordringer (Parry, 2004). Mektige sosiale barrierer hindrer kommunikasjon om mål. Gjennom hva brukeren sier eller ikke sier, konserverer de systematisk forskjellen i status mellom sin egen mening og fagutøverens ekspertise. Alle aktiviteter fra brukeren som utfordrer denne asymmetrien vil undergrave brukerens grunner for å søke medisinsk hjelp. Derfor ser man at brukerens deltakelse i målsettingsarbeidet er konsistent med det generelle mønsteret av asymmetri i klinisk kommunikasjon – som både pasient og tjenesteutøvere har bidratt til (ibid.).

Parry (2004) hevder også at både terapeuten og brukeren beskytter hverandre fra de utfordringer og trusler som kan oppstå ved synliggjøring av brukerens inkompetanse. Dette inkluderer implikasjoner som for eksempel at brukeren ikke prøver hardt nok i terapeutens øyne, eller at fysisk inkompetanse reflekterer en dypere ”personlig” inkompetanse. Terapeutene synes å unngå disse temaene, og understreker heller områder hvor brukeren er kompetent. Å sette mål betyr nødvendigvis å innse, eksponere og til en viss grad understreke noen områder som handler om utilstrekkelighet. Målsettingen kan derfor bety interaksjonelle problemer, noe som leder terapeuter til enten å unngå dette arbeidet, eller begrense snakk om pasientens tilkortkommende. En annen faktor er at målsetting antyder at framgang er mulig. Det er holdepunkter for at fysioterapeuten unngår snakk om begrunnelser, mål og planer for behandlingen når de regner muligheten for framgang som liten (ibid.).

Helsepersonell må ivareta en målorientering ved å styre kommunikasjonen etter yrkesrollens overordnede målsetning om å yte hjelp, samtidig som de må vise empati for brukeren. Empati innebærer både at man oppfatter hva den andre føler, men også at man

viser at man har forstått og tar hensyn til dette. Samtidig må man aldri tro at man gjennom empati har oppnådd sikker viten om den andres tanker og følelser. Man må bruke sin kognitive og affektive empati til å starte en dialog slik at man får utforsket hvordan den andre virkelig har det, for på det grunnlaget å hjelpe ham/henne videre (Eide & Eide, 2009). Eide og Eide tar til orde for å inkludere følelser i rasjonalitetsbegrepet, stikk i strid med hva den tradisjonelle formålsrasjonaliteten har forfektet. Grunnlaget for valg er ofte preget av følelser, slik at negative og undertrykkede følelser kan forårsake lite hensiktsmessige valg (ibid.). Det er derfor avgjørende at hjelperne forholder seg til den andres følelser, og åpner for å snakke om disse. Finset (2004) beskriver at brukere ofte ikke gir direkte uttrykk for følelsene sine, men kommer med indirekte antydninger og små hint. Derfor fremhever han betydningen av at helsepersonell lytter etter følelsesmessige undertoner i brukerens budskap. Conradi og Rand-Hendriksen (2004) skriver at det kan være nyttig å knytte målene til rollebegrepet for å øke motivasjonen. Med “rolle” sikter de til den posisjonen vi har i det sosiale nettverket, som foreldre, barn, venn, arbeidskamerat osv. Fordi deltakelsen og gleden av det sosiale fellesskapet i stor grad gjør oss til den vi er, gir oss selvtillit og identitet, kan det være lurt å knytte den overordnede målsettingen til dette punktet.

Å sette mål handler om å se seg selv i fremtiden. Vår horisont hvorfra vi ser fremtiden, vil avhenge av fortiden og nåtiden. Dette kommer til syne når vi inntar et narrativt perspektiv. “Fortellingen” vil binde fortid og fremtid sammen. Tanken bak en slik “narrativ” innfallsvinkel er at personer skaper mening til begivenheter i sine liv ved å plassere hendelser inn i en tidssammenheng (Thagaard, 2009). Eide og Eide (2009) beskriver hvordan mennesker forteller om seg selv og opplever seg selv og verden gjennom historier. Fortellingen om den enkeltes historie kan vise hvem vedkommende er og hvordan han forstår seg selv. Det å arbeide med seg selv fører til reformulerte livsfortellinger og ny selvforståelse. Fortellingene kan si noe om et håp, som forbinder nåtid med fremtiden. Håpet innebærer ikke nødvendigvis en forventning om at alle problemer blir løst, men en grunnleggende tillit til at tilværelsen er trygg og at fremtiden vil ha noe meningsfylt i seg (Eide & Eide, 2009).

2.6 Et kroppsfenomenologisk perspektiv

Som jeg har presentert i modellene ovenfor (jf. 2.2), handler rehabilitering om mestring både av fysiske, psykiske og sosiale forhold. Ut fra et tradisjonelt, dualistisk, syn på mennesket har man fremhevet at man må arbeide både med psyke og soma. Kroppen har blitt sett på som ren materie, som har vært ”utenpå” det egentlige ”jeg” (Thornquist, 2003b). Jeg ønsker her å presentere et kroppsfenomenologisk perspektiv som gjenforener kropp og sjel. Senere vil jeg diskutere om et slikt perspektiv vil være fruktbart for målsettingsarbeidet.

Maurice Merleau-Ponty sier at det å være et subjekt vil si “å være i verden som kropp” (siteret i Thornquist, 2003b, s. 115). Opprinnelig er bevisstheten ikke ”jeg tenker at”, men ”jeg kan” (Merleau-Ponty, 1994, s. 91). Han setter kroppen som sentrum for all erfaring (Thornquist, 2003). Kroppen er ikke ren materie, den er erfarende materie. Levd erfaring og levd liv har en kroppslig forankring. ”Kroppen er vor generelle måte at have en verden på.” skriver Merleau-Ponty (1994, s.102). Gjennom kroppen har vi direkte tilgang til verden, andre mennesker og objekter. Merleau-Ponty (1994) mener at vi forstår verden fordi vi er en del av den. Vi ser og vi blir sett, vi rører og blir berørt, vi påvirker verden og blir påvirket samtidig. Dermed er mennesket både subjekt og objekt på samme tid (ibid.). Levd liv avleires i kroppen, og dermed blir menneskets historie avgjørende for persepsjonen av det som er her og nå. Sagt med andre ord vil tidligere erfaringer bestemme hva du opplever og oppfatter i dag, samt ”hvordan du fremtrer som kroppslig og handlende vesen – observerbar for andre” Thornquist (2003b, s. 131). Merleau-Ponty presenterer en tankemodell om at kroppen er delt i to nivåer: en habituell kropp og en aktuell kropp. Levd erfaring og levd liv vil bli innskrevet i den inkarnerte kroppen på et ubevisst (prerefleksivt) nivå, som Merleau-Ponty kaller den habituelle kroppen. Den aktuelle kroppen (her og nå) bygger på de erfaringene som ligger i den habituelle kroppen (Thornquist, 2003b).

Merleau-Ponty knytter begrepet “intensjonalitet” til kroppen. Det vil si at den har en rettethet mot noe. Denne rettetheten er vanligvis fra kroppen mot verden. Det vil si at vi til vanlig ikke er fokusert på kroppen. Drew Leder (1990) bruker betegnelsen ”the absent body” for å beskrive hvordan den velfungerende kroppen er fraværende fenomenologisk. Mennesket er rettet mot omgivelsene, og kroppen ”forsvinner” fra bevisstheten. Allikevel

vet vi hele tiden hvor den er – uten å lete etter den. I tillegg utvikler vi en fortrolighet til redskaper vi stadig bruker, slik at f.eks. en hammer fungerer som en forlengelse av snekkerens kropp. Kroppens handlingsrom og persepsjonsmuligheter utvides. I en begynnerfase vil f.eks. en blind mann være rettet mot følelsen av håndtaket på stokken inne i hånden. Etter en stund forflyttes persepsjonen ut til det punktet hvor stokken er i kontakt med omgivelsene. Kroppen og håndtaket kommer i bakgrunnen, mens stokkens møte med omgivelsene kommer i forgrunnen. Merleau-Ponty mener at kroppslig aktivitet og kroppslig læring i stor grad er prerefleksiv. Fordi erfaringer blir skrevet inn i kroppen på et ubevisst nivå, danner alle mennesker seg en virkelighet som for dem er innlysende sann (Thornquist, 2003b).

Når kroppen svikter, og står i veien for realiseringen av planer og prosjekter, trer den i forgrunnen med så stor kraft at det er uunngåelig å neglisjere den, skriver Leder (1990). Verden oppleves ikke lenger som muligheter, men som "I no longer can" ifølge Leder (1990, s. 81). Han beskriver hvordan forholdet mellom kroppssubjektet og kroppsojektet forrykkes, og personen kan ikke lenger spille på de erfaringene som ligger i den habituelle kroppen. Leder beskriver også hvordan synet på verden endrer seg når man blir syk. Det som har vært nært blir fjernt:

To see something as reachable and thereby open to my use is to implicitly experience my body's capacity of reach. If I become weakened or paralyzed, the quality of the world is equivalently transformed; objects now recede, mock me, proclaim my inability (Leder 1990, s. 23).

Når kroppen fungerer godt, er den på en måte transparent – og gjennom den engasjerer vi verden (Leder 1990). Ved funksjonshemming kan det utvikles et betrakterforhold og en avstand til egen kropp fordi den nå erfares som en hindring. Den sees på som et objekt som står mellom "personen" og alle aspekter av det "normale liv". Med andre ord; når kroppen bryter sammen, skjer ikke dette bare med kroppen, men også med hele livet til personen. Personen opplever at hans eksistens er forstyrret på en spesiell måte; en feilfungering i biologisk kropp representerer et tilsvarende sammenbrudd av personens måte å være i verden på, hevder filosofen Kay Toombs (referert i Thornquist, 2003b, s. 122), som selv lider av en kronisk sykdom. Hun mener at en oppestående posisjon i seg selv har betydning for selvbildet. Å være i stand til å stå på sine egne føtter kan direkte relateres til autonomi.

3. METODE

For at leseren skal kunne gjøre seg opp en mening om studiens redelighet og etterrettelighet, er det avgjørende at jeg som forsker tydeliggjør de valgene jeg har gjort underveis i forskningsprosessen. Jeg vil derfor bruke dette kapitlet til å redegjøre for vitenskapsteoretisk ståsted, forskningsdesign, utvalg, gjennomføring av studien, undersøkelsens styrker og svakheter, samt etiske implikasjoner.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Jeg har valgt et hermeneutisk fenomenologisk utgangspunkt for å undersøke målsettingsarbeidet i rehabilitering. Fenomenologien fokuserer på verden slik den erfares for personen. Man kan ikke studere verden uavhengig av subjektet. Subjektivitet anses som en forutsetning for forståelse overhodet, og dermed introduseres menneskers bevissthet og levde erfaring som interessefelt for forskningen (Thornquist 2003b). Fenomenologien er opptatt av hvordan mennesket aktivt skaper sin verden. Man forsøker å få innblikk i aktørenes eget subjektive perspektiv for å forstå handlinger og begivenheter. Dette må imidlertid ikke forveksles med synsing, introspeksjon eller psykologisering, som fenomenologien har blitt mistolket til å være (ibid.). Fenomenologien vektlegger at mening alltid må ses i lys av den sammenhengen den forekommer innenfor (Johannessen, Tuftes & Kristoffersen, 2004). Et fenomenologisk utgangspunkt vil innebære en kvalitativ forskningsmetode, med “fyldige, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelser” (Thornquist 2003b, s. 86). Jeg mener at en fenomenologisk innfallsvinkel kan bidra med nyttig kunnskap om målsettingsarbeidet i rehabilitering. Jeg vil se på hvilke opplevelser, erfaringer og hvilken forståelse både bruker og rehabiliteringsteam bringer på bane i målsettingsprosessen. Videre kan dette brukes til å reflektere over hva målsettingsprosessen krever av innsats og evner fra begge parter. Jeg forsøker å ivareta en åpenhet og tilbakeholdenhet slik at ikke praksisen jeg studerer presses inn i på forhånd definerte kategorier. For å peke på perspektiver som er mer allment gyldige, vil jeg se dataene i lys av teori og tidligere forskning. Et slikt utgangspunkt fra praksis til hypotesedanning kalles en “induktiv” metode.

Hermeneutikken har tradisjonelt beskjeftiget seg med tekstfortolkning, men tekstbegrepet har med tiden blitt utvidet til å inkludere meningsfulle uttrykk (Thornquist, 2003b). Både kunst, kultur, samhandling og kropp har blitt forstått som “tekst”, og diskutert ut fra et hermeneutisk ståsted. To sentrale begrep innen den hermeneutiske tradisjon er “forståelseshorisont” og “fordom” (ibid.). Forståelseshorisont omfatter menneskets oppfatninger, erfaringer og forventninger. Hermeneutikken sier at vi må forsøke å nærme oss verden med et åpent sinn, men vi kan aldri gjøre det med et tomt hode, siden vi både bevisst og ubevisst har oppfatninger og holdninger som vi ikke retter vår oppmerksomhet mot (Thornquist, 2003b). Hermeneutikken inneholder derfor et forståelsesbegrep som forutsetter en fortrolighet med verden. Vi er aldri forutsetningsløse, men har alltid allerede en forforståelse (Thornquist, 2003b). Selve vår måte å eksistere på er hermeneutisk; vi mennesker er i verden som forstående og fortolkende historiske vesener. Begrepet “fordom” ble rehabilitert av Hans-Georg Gadamer, som mente at alle forhåndsinnstillinger – bevisste, ubevisste, positive og negative – i egentlig forstand – er fordommer. Gadamer mener at fordommene ligger så dypt og er så tett sammenvevd med vår eksistens at vi ikke kan komme på utsiden av dem og studere dem på nøytralt grunnlag. Man kan trekke et kunnskapsteoretisk skille mellom den tidlige fenomenologien, hvor Edmund Husserl mente at forskeren skulle forsøke å sette sin forforståelse til siden, og den hermeneutiske fenomenologien – hvor blant annet Martin Heidegger og Gadamer forkastet at det er mulig å forstå verden uten vår egen forforståelse og tolkning (ibid.).

Forforståelsen styrer blikket vårt (Thornquist, 2003b). For at forskningsprosjektet mitt skal kunne finne noe nytt, og ikke bare bekrefte mine fordommer, er det avgjørende at jeg i størst mulig grad klarer å være bevisst så mye som mulig av min egen forforståelse. Når fordommene mine revideres, vil min egen forforståelse utvides og fordypes. Gjennom prosessen vil jeg endres, og dermed vil jeg kunne se noe nytt. Denne vekselvirkningen ved at man forstår delene i lys av helheten, og helheten i lys av delene kalles den “hermeneutiske sirkel” (ibid.).

3.2 Valg av forskningsdesign

For å finne ut hvordan aktørene i rehabiliteringsfeltet arbeider med målformulering, ønsket jeg å observere hvordan praksis faktisk arter seg, ikke bare hvordan aktørene sier at den

arter seg. Jeg overvar derfor et målsettingsmøte mellom en bruker og et rehabiliteringsteam. For å få vite noe om rehabiliteringsteamets opplevelser under møtet, samt generelle erfaringer rundt målsettingsarbeidet i rehabilitering, intervjuet jeg i etterkant de personene i teamet som var til stede under møtet jeg observerte. Ved observasjon hadde jeg en unik posisjon for å se hva som skjedde, samtidig som jeg under intervjuet fikk utdypet tanker og erfaringer. Ved en slik metodetriangulering vil med andre ord metodene utfylle hverandre og gi fyldigere empiri enn kun en av metodene ville gitt alene (Dalland, 2007).

3.3 Utvalg

I en del tilfeller tror jeg det kan være viktige forskjeller på hvordan målsettingsprosessen foregår på sykehus og i kommunen. I akutsituasjonen kan det være vanskelig for brukeren å tenke framover, samtidig som vedkommende til en viss grad lever beskyttet på institusjonen. Det er gjerne når brukeren kommer hjem fra tilrettelagte rehabiliteringsavdelinger at både fysiske og holdningsmessige utfordringer synliggjøres. For å undersøke målsettingsprosessen i rehabilitering, valgte jeg derfor å følge et ambulerende kommunalt rehabiliteringsteam. Når målsettingsarbeidet er knyttet til hjemmet, og det livet brukeren skal leve videre, tilstrebes at brukeren blir mer aktiv, og at målene tar inn i seg flere livsområder og et lengre tidsperspektiv (Struhkamp, 2004).

3.3.1 Rehabiliteringsteam

I løpet av de siste ti årene har man vist at rehabilitering i hjemmet har gode resultater for å avhjelpe press på pleie- og omsorgstjenesten og institusjonsplasser (Bærum Kommune, 2002). I mange kommuner er det opprettet ambulerende rehabiliteringsteam som bistår brukere i den sårbare fasen når vedkommende kommer hjem fra en rehabiliteringsinstitusjon, eller som yter bistand i hjem og nærmiljø hos brukere som har hatt et funksjonsfall. Disse teamene holder fast ved at rehabilitering er diagnoseuavhengig, men arbeider som regel med problemstillinger som oppstår i forbindelse med et fysisk funksjonsfall, og ikke hos brukere der hoveddiagnosen er psykiatri eller rus. Av praktiske hensyn bestemte jeg meg for å finne et rehabiliteringsteam fra helseregion øst, og gjorde et strategisk utvalg hvor jeg valgte ut et team hvor jeg ikke kjenner deltakerne personlig, men som jeg vet er blant de som har lengst erfaring med å arbeide i ambulerende

rehabiliteringsteam. Dette teamet er organisert i kommunens helseavdeling, sammen med fysio- og ergoterapitjenesten. Det består av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut som arbeider tett sammen. Samarbeidet med bruker kan være kortvarig, eller det kan gå over uker og måneder, med en intensitet på minst ett daglig besøk. Tjenesten er et supplement til de tjenestene bruker har krav på i form av for eksempel hjemmehjelp og hjemmesykepleie. De fleste av brukerne er eldre mennesker som har gjennomgått et brått funksjonsfall på grunn av for eksempel hjerneslag eller amputasjon, eller som har hatt et gradvis funksjonsfall og står i fare for å måtte flytte på sykehjem.

I og med at jeg ønsket å forske på praksis slik den faktisk utspiller seg, la jeg ingen føringer for hvem i rehabiliteringsteamet som skulle være med på målsettingsmøtet med brukeren. Dette førte til at jeg ble med ergoterapeuten og sykepleieren, og det var også disse jeg intervjuet i etterkant.

3.3.2 Bruker

Brukeren ble plukket ut ved at jeg spurte rehabiliteringsteamet om å få være med til den neste brukeren de skulle ha – som hadde samtykkekompetanse og ønsket å delta i studien. Ellers hadde jeg ingen spesielle kriterier for brukeren, siden jeg ville holde fast ved rehabilitering som uavhengig av diagnose og funksjonsnivå. Den brukeren rehabiliteringsteamet plukket ut, var en mann på 91 år, som jeg heretter velger å kalle for “Oskar”. I lengre tid hadde Oskar hatt et sår på foten som ikke ville gro, og måtte av den grunn amputere beinet ovenfor kneet. Dette skjedde noen måneder før min observasjon. Etter et halvt år på sykehus, sykehjem og en rehabiliteringsinstitusjon, flyttet han hjem til leiligheten sin, hvor han bor sammen med sin ektefelle. Kona hans er en del yngre, og de har en voksen sønn som bor i nærheten. Ved tidspunktet for målsettingssamtalen, hadde rehabiliteringsteamet kjent ham et par uker. De hadde i denne perioden besøkt ham minst én gang om dagen, og blant annet trent på forflytning, gangtrening og bruk av trappeheis.

3.4 Gjennomføring av undersøkelsen

Ut fra min tidligere erfaring, trodde jeg målsettingsarbeidet startet under det første møtet med brukeren, og fortsatte gjennom stadige små drypp gjennom alle møtene mellom bruker og rehabiliteringsteam. På grunn av den tidsmessige rammen for denne

mastergradsoppgaven, beskrev jeg i prosjektskissen at jeg ville begrense meg til å observere det første møtet mellom rehabiliteringsteam og bruker, og at jeg ville gjøre intervjuet i etterkant. Gjennom en tilfeldighet fikk jeg imidlertid vite at rehabiliteringsteamet ikke snakker med brukeren om mål de første gangene. Etter 7-10 dager, når situasjonen har roet seg, og det praktiske rundt det å komme hjem fra institusjon er på plass, har de en egen målsettingssamtale med brukeren. Jeg endret derfor undersøkelsen til å dreie seg om denne målsettingssamtalen.

3.4.1 Observasjon

Før målsettingssamtalen møtte jeg opp på rehabiliteringsteamets kontor, og satt på med sykepleieren hjem til brukeren. Ergoterapeuten presenterte meg for brukeren – som nikket og virket å være godt informert om hvorfor jeg var med. Jeg leste høyt hele samtykkeerklæringen, som både bruker og tjenesteytere underskrev (vedlegg 2 og vedlegg 3). Brukeren satt i rullestol lengst til venstre på langsiden av salongbordet, sykepleieren rett overfor ham, og ergoterapeuten satt på kortsiden på brukerens venstre side. Jeg plasserte meg på den andre kortsiden, som var litt lenger unna alle tre, for å understreke min ikke-deltakende posisjon. Jeg tok samtalen opp på lydbånd, fordi jeg trodde dette ville påvirke situasjonen i mindre grad enn hva videofilming ville gjort. Møtet varte omtrent 40 minutter. Underveis gjorde jeg notater om konteksten og det som ble kommunisert non-verbalt.

3.4.2 Intervju

Jeg ønsket å bruke observasjonen som utgangspunkt for intervjuet. Jeg brukte derfor en uke på å transkribere lydbåndopptaket og renskrive observasjonsnotatene. Et åpent intervju hvor undersøkeren holder seg noe tilbaketrukket, får fram hva deltakerne definerer som viktig. Jeg ønsket derfor å presentere målsetting som tema, og deretter overlate diskusjonen til deltakerne (vedlegg 4). Etter å ha gjort en foreløpig analyse av observasjonen, laget jeg et tankekart på et papir slik at det ble lettere å holde en oversikt over hvilke temaer rehabiliteringsteamet kom inn på av seg selv, og hvilke jeg selv ønsket å bringe på banen under intervjuet (vedlegg 5). Dette hjernekartet fungerte derfor som en temaguide. Intervjuet ble utført på et møterom i forbindelse med rehabiliteringsteamets kontor, og jeg brukte to opptakere for å sikre tilfredsstillende kvalitet på minst ett opptak.

Begge intervjupersonene var lette å få i tale. De snakket som regel en lang stund når jeg brakte et tema på banen. Ved noen anledninger begynte de å diskutere med hverandre, og slik sett bidro det å intervju dem sammen til å få fram hvorfor deltakerne sa som de gjorde – fordi de måtte begrunne det i diskusjonen med den andre (Jacobsen, 2005). Det var allikevel en utfordring i å balansere mellom en tilbaketrukket stilling – og samtidig passe på å stille oppfølgende spørsmål for å sjekke ut at jeg hadde forstått informantene rett. En slik ”på stedet-kontroll” av den informasjonen som gis, vil være med på å øke gyldigheten på intervjuundersøkelsen (Kvale, 2001).

3.4.3 Bearbeidelse av data

Rett etter både observasjonen og intervjuet gjorde jeg notater om konteksten, slik at jeg senere kan drøfte hvordan dette kan ha påvirket dataene – og dermed undersøkelsens reliabilitet. Jeg transkriberte innholdet fra lydopptakene i et skriftlig språk. Noen av personene hadde dialekt, men jeg har skrevet det de sa på bokmål for at de ikke skulle kunne gjenkjennes. Jeg har skrevet ned ord som ”eh”, ”mmm” og har notert der det er pause i kommunikasjonen. Allerede ved nedskrivningen starter man uunngåelig en tolkningsprosess (Kvale, 2001), for eksempel ved å sette tegn, og ved å definere hva som utgjør en setning.

3.4.4 Analyse

Jeg har valgt å gjøre en innholdsanalyse. Jeg har latt meg inspirere av en modell som Lundman og Graneheim (2008) betegner som en kvalitativ innholdsanalyse. Først så jeg på helheten av transkripsjonen fra observasjonen, og delte det i to: sekvenser der rehabiliteringsteamet tok ledelsen over møtet, og sekvenser der brukeren var mest aktiv. Deretter gikk jeg mer detaljert inn i transkripsjonene fra intervjuet og observasjonen, og fant meningsbærende enheter. Til hver av tekstene spurte jeg meg selv ”hva snakker deltakerne om?”, og prøvde å angi en kode som favnet innholdet i hver meningsbærende enhet. Etter en slik nedbryting til enkeltdeler, forsøkte jeg å se delene i en helhet, ved at jeg samlet beslektede koder til kategorier. Ut fra kategoriene formulerte jeg temaene for diskusjonen i denne oppgaven. Fordi jeg har valgt en induktiv innfallsvinkel, ønsket jeg ikke å definere koder eller kategorier på forhånd, men la dem springe ut fra dataene mine.

Allikevel er det ikke til å unngå at det er dataene, filtrert gjennom min egen forforståelse, som bestemmer koder og kategorier. Da jeg hadde formulert temaer, gikk jeg på nytt inn i de enkelte delene av teksten for å diskutere det som var relevant for temaet. Jeg forsøkte å utvide min egen forståelseshorisont ved å se dataene i lys av teori og forskning på området. På denne måten forsøker jeg å løfte fram perspektiver i dataene som er mer allment gyldige, slik at de har betydning ut over den studerte situasjonen.

3.5 Studiens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet

I stedet for begrepene “reliabilitet” og “validitet”, som ofte har vært knyttet til kvantitative studier, har man forsøkt å knytte andre begrep til vurderingen av hvorvidt man kan stole på funnene i en kvalitativ studie. I litteraturen brukes begrepene inkonsekvent. I det følgende har jeg valgt å forholde meg til begrepene “troverdighet”, “pålitelighet” og “overførbarhet” slik de er presentert av Høium (2005).

Kvale mener at *troverdighet* er knyttet til hvorvidt metoden vår representerer en relevant vei til kunnskap om de forholdene som vi har ment å undersøke. Lincoln og Guba (2005) viser til metodiske tilnærminger for å øke troverdigheten, for eksempel å holde på over tid, bruke flere metoder (triangulering) og gå tilbake til informantene med svarene. For å få fyldigere empiri, har jeg brukt en metodetriangulering, slik at jeg både kan observere hvordan praksis faktisk arter seg, og spørre tjenestuteøverne hvordan de *opplever* at den arter seg. For å forankre studien i praksisfeltet, tok jeg derfor utgangspunkt i hva som skjedde under målsettingsmøtet, og lot dette styre veien videre. På denne måten forsøkte jeg å redusere innflytelsen av mine egne fordommer ved å innta en åpen og tilbaketrukket holdning, slik at verden ikke bare tilpasses kategorier definert på forhånd. Av samme grunn forsøkte jeg under intervjuet i størst mulig grad å presentere overordnede temaer og stille åpne spørsmål for at rehabiliteringsteamet skulle definere hva som var viktig å snakke om. Jeg har forsøkt å lage beskrivelser som er fyldige og empirinære, og hele tiden begrunne hvilke utsnitt av datamaterialet jeg velger å diskutere, og hvilken teori, forskning og forforståelse den ses i lys av. På denne måten håper jeg leseren opplever en logikk i oppgavens og resonnementenes oppbygning.

Min tilstedeværelse vil uunngåelig ha påvirket situasjonen. Selv om jeg har et inntrykk av

at brukeren og rehabiliteringsteamet i liten grad ble affisert av dette, kan det hende at de for eksempel unnlot å ta opp sensitive emner fordi det var en utenforstående til stede. I alle faser av studien må jeg være bevisst at jeg alltid vil projisere mening inn i en tekst/handling som bygger på egen erfaringsbakgrunn. Det vil derfor være avgjørende for studiens troverdighet at jeg som forsker reflekterer kritisk over hvorvidt teoretisk eller annen forforståelse har virket som bias (Olsen, 2003). Jeg arbeider selv i et rehabiliteringsteam. Det er mine egne erfaringer med utfordringene i målsettingsarbeidet som har vært utgangspunkt for forskningstema og problemstilling. Jeg er allerede innenfor miljøet, og har en forforståelse som kan lette inngangen til feltet. På den andre siden kan tilknytningen til miljøet føre til at jeg overser det som er forskjellig fra egne erfaringer og blir mindre åpen for nyanser i de situasjonene som studeres. Valget av observasjon som hovedmetode og utgangspunkt for intervjuet er gjort for å redusere innvirkningen av min egen forforståelse, siden observasjonen er forholdsvis lite påvirket av meg. For å opprettholde en viss distanse til undersøkelsesfeltet, har jeg valgt et rehabiliteringsteam som jeg ikke kjenner fra tidligere, og som jeg sannsynligvis ikke kommer til å ha samarbeid med framover. Dette er for at ikke personlige relasjoner til rehabiliteringsteam eller bruker gjør at jeg er redd for å komme med kritikk, eller at min analyse er farget av min forforståelse av bruker eller fagpersoner.

Spørsmålet om pålitelighet handler om hvorvidt forskningen er utført på en tillitsvekkende måte. Tradisjonelt er pålitelighet blitt knyttet til replikasjon. I kvalitative studier, der kunnskapsdanningen skjer i et samspill mellom personene som studeres, meg som forsker, kontekst, teori og tidligere forskning på området, kan man ikke bestemme påliteligheten ut fra et kriterium om replikasjon. En annen forsker eller en senere undersøkelse ville neppe kommet fram til samme resultat. Jeg har heller forsøkt å vise forskningens pålitelighet ved å beskrive metoden og analysearbeidet nøyaktig. Min nærhet til feltet har ført til at jeg har bestrebet meg på å innta en viss distanse. Dette var for å påvirke undersøkelsessituasjonen i minst mulig grad, men også for se nye ting utover min egen forforståelse – å oppdage det som er typisk for denne situasjonen. Jeg har derfor brukt ikke-deltakende observasjon, og jeg har gjort lydbåndopptak, slik at jeg gjentatte ganger kan høre på et datamateriale som i minst mulig grad er påvirket av meg. Jeg har forsøkt å la funnene fra observasjonen, og i minst mulig grad mine egne erfaringer, være utgangspunkt for intervjuet. I diskusjonen har

jeg lagt vekt på å vise tydelig hva som er primærdata, hva som er teori, og hva som er mine egne meninger og erfaringer. En del steder har jeg valgt å komme med direkte sitater fra observasjonen eller intervjuet, slik at leseren kan se hva informantene har sagt, og som i mindre grad er filtrert gjennom min forforståelse.

I kvalitative studier er det fortolkningen som gir grunnlag for overførbarhet (Thagaard, 2009). Overførbarhet dreier seg om hvorvidt en lykkes i å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige i andre sammenhenger (Johannessen et al., 2004). I og med at undersøkelsen min omfatter bare ett rehabiliteringsteam og én bruker, må jeg selvfølgelig innse at andre målsettingssamtaler kan utvikle seg helt annerledes. Andre rehabiliteringsteam kan dessuten velge å arbeide med mål på en helt annen måte – enten ved å snakke om det i det første møtet – eller underveis – uten at de har et eget målsettingsmøte. Det kan også hende at det legges mindre vekt på målsetting i andre rehabiliteringsvirksomheter. Brukerens diagnose kan selvfølgelig ha betydning for hvilke mål som blir satt, det samme vil det ha om brukeren er gammel, eller om brukeren har en progredierende lidelse. Jeg ønsker imidlertid å holde fast ved rehabilitering som en prosess uavhengig av diagnose og funksjonsnivå, og ønsker i denne studien å knytte empiri og teori sammen for å løfte fram noen mer allmenngyldige perspektiver som tjenesteutøverne må forholde seg til i alt målsettingsarbeid. Selv om det er beskjedent med litteratur om målsetting, vil teori om for eksempel kommunikasjon og brukemedvirkning underbygge dataene mine. Gjennom å peke på den tidligere forskningen som er gjort, og den forskningen som mangler, argumenterer jeg for studiens viktighet, og jeg underbygger konklusjonene mine. Gjennom en empirinær presentasjon håper jeg at lesere som arbeider med rehabilitering vil oppleve gjenkjennelse. Dersom leseren synes min argumentasjon er forståelig og gjenkjennelig, vil tolkningene gi en dypere mening til hans eller hennes tidligere kunnskap og erfaringer. Thagaard (2009) mener at gjenkjennelse hos leseren på denne måten gir grunnlag for vurdering av overførbarhet.

3.6 Etske implikasjoner

Etter at Regional Etisk Komite for Nord-Norge gav tilbakemelding om at prosjektet var utenfor deres mandat, ble prosjektet meldt til Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS - som har godkjent prosjektet, samtykke-

erklæringen og temaguide for intervjuet (vedlegg 1). Sentrale punkter for etisk vurdering av forskningen er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale, 2001). For å finne en bruker som hadde både samtykkekompetanse og lyst til å være med i studien, overlot jeg utplukkingen til rehabiliteringsteamet. Rehabiliteringsteamet hadde på forhånd fått samtykkeskjemaet for å gi brukeren god informasjon om hva som skulle skje, slik at han visste hva han svarte ja til. Rehabiliteringsteamet fikk et samtykkeskjema med nesten identisk informasjon. Som Thagaard (2009) omtaler, er en kvalitativ innfallsvinkel basert på fleksibilitet hvor opplegget revideres underveis. Det er derfor ikke mulig å gi informantene et fullstendig bilde av hva som skal skje. Jeg mener allikevel at jeg så langt som mulig har gjort rede for prosjektets gang, og at kravet om informert samtykke er ivaretatt i og med at jeg i forkant av observasjonen leste dette skrivet høyt for informantene, og åpnet for spørsmål før de underskrev. Alle har fått vite at de når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen.

Både brukeren og rehabiliteringsteamet viser mot og tillit når de stiller seg åpne for at jeg skal få utføre mitt forskningsprosjekt. Under intervjuet la jeg vekt på å utvikle en god relasjon, slik at intervjupersonene følte seg trygge til å komme med utfyllende svar. I etterkant av intervjuet kommenterte sykepleieren uoppfordret at situasjonen hadde gitt henne lyst til å åpne seg. Fangen (2008) omtaler dette dilemmaet – at man til å begynne med arbeider med å opprette tillit, mens man under analysen på sett og vis fratar informantene eierskapet til sine egne utsagn. Jeg har ikke snakket med rehabiliteringsteamet etter intervjuet, og de har således ikke hatt noen mulighet til å kontrollere hva jeg har skrevet. Rehabiliteringsteamet gjør seg sårbare ved å la meg få innblikk i deres arbeidshverdag. Når jeg forklarer hvordan analysen veksler mellom deler og helhet, refererer “helhet” til en enkelt observasjon og et enkelt intervju. Dette vil kun være et lite glimt inn i den “virkelige” helheten – som er hele samarbeidet mellom rehabiliteringsteamet og brukeren. De har truffet hverandre mange ganger, og de skal fortsette å samarbeide etter at jeg har trukket meg tilbake. Det ligger i forskningens natur at man skal stille seg kritisk til det man ser. Selv om jeg peker på utfordringer, må man være klar over at jeg kun ser på et lite utsnitt av intervensjonen. Studien forteller derfor ingen ting om rehabiliteringsteamets faglige dyktighet, noe som heller ikke er min intensjon. Mitt utgangspunkt er ikke hvorvidt tjenesteutøverne gjør rett eller galt, men å peke på noen

perspektiver man kan ha med seg i målsettingsarbeidet, og som muligens savnes i dag (jf. 1.2).

4 DISKUSJON

Som innledning til målsettingsmøtet med Oskar, forklarer ergoterapeuten at "hensikten med den praten her det er jo - som vi har diskutert før - å komme frem til noen mål som vi kan jobbe sammen med deg for å nå". Dette målsettingsmøtet er en del av rehabiliteringsteamets rutine. De har med seg et plandokument som ergoterapeuten fyller ut underveis i samtalen. Rehabiliteringsteamet oppfordrer Oskar til selv å formulere rehabiliteringsmålene, for å skape mest mulig "indre drive". Dette passer godt med definisjonen av rehabilitering (jf. 1.1), som sier at tjenesteyterne skal gi "bistand til brukerens egen innsats". Jeg synes målsettingsmøtet er preget av en hyggelig tone, men det kan virke som partene er rettet mot hvert sitt tema. Når rehabiliteringsteamet er mest aktive, blir Oskar gjerne litt avventende, og når Oskar tar over samtalen, lytter rehabiliteringsteamet interessert, men stiller i liten grad oppfølgingsspørsmål for å utforske hva han mener. Rehabiliteringsteamet og Oskar bygger i liten grad på hverandres utsagn. Først i avslutningen, når de diskuterer hvordan Oskar dagen etter skal komme seg til legen, begynner bruker og rehabiliteringsteam å diskutere ulike alternativ med hverandre. Når det snakkes om formulering av mål, er det rehabiliteringsteamet som styrer samtalen. Oskar svarer ofte at han ønsker å bedre kroppsfunksjonen, og rehabiliteringsteamet fortsetter å stille de samme spørsmålene, som om de er på jakt etter et annet svar. De ønsker at Oscar skal formulere målene selv, men det han kommer med anerkjennes ikke fullt ut av rehabiliteringsteamet. Jeg ser her at Oscar ikke tar noen nye initiativ, men svarer på det han blir spurt om, og tar en litt avventende rolle i målsettingsarbeidet.

Samtidig er det flere eksempler på at Oskar tar styring i samtalen. Han tar initiativ til å snakke om alderdommen, at det "tar på sinnet" hans at både han og kona er syk, at fagpersonene er uenige, han forteller om venner og familie, og han beskriver hvordan han praktisk løser forskjellige gjøremål. Rehabiliteringsteamets intensjon om å få Oscar til å ta styring over målsettingsprosessen, bryter imidlertid sammen. De beskriver selv at de ender opp med i stor grad å styre samtalen, og "legge ordene i munnen" på ham.

I dette kapitlet ønsker jeg å se nærmere på hvorfor denne prosessen viser seg å bli så vanskelig, samt bruke teori og forskning til å åpne for en refleksjon over hva som skal til for å skape mål som stimulerer rehabiliteringsprosessen. Dette vil jeg først diskutere med fokus på brukeren, og deretter med utgangspunkt i rehabiliteringsteamet. Jeg kommer til å presentere utsnitt fra målsettingssamtalen og intervjuet. Noen steder går det tydelig fram hvem som siteres. Når jeg presenterer en dialog, refererer ”O” til Oskar, ”E” til ergoterapeuten og ”S” til sykepleieren. For lesbarhetens skyld er ord som ”mm” eller ”ja” midt inne i en annens utsagn, utelatt noen steder.

4.1 Brukerens perspektiv: Målsetting som et eksistensielt spørsmål.

Når jeg fokuserer på Oskar, og hva han tematiserer under målsettingssamtalen, kommer jeg fram til fire temaer som jeg ønsker å diskutere videre:

- 1) Ønsket om å få tilbake den ”normale” kroppen.
- 2) Følelsesmessige vansker med å takle situasjonen og streben etter å holde på sin identitet og å bygge bro mellom fortid, nåtid og fremtid.
- 3) Ønsket om en forutsigbarhet og følelse av kontroll over livet.
- 4) Fortellinger som tilsynelatende handler om noe annet enn mål, men som kanskje innebærer hint og antydninger om Oskars ønsker.

4.1.1 ”Jeg ønsker å bli frisk og sterk i armer og bein”

Når rehabiliteringsteamet spør Oskar om mål, fokuserer han på opptrening av armer og bein. I dette kapitlet ønsker jeg å vise hvordan dette kommer til syne. Oskars kroppsfokus ønsker jeg å belyse ut fra teorien jeg har presentert under punkt 2.6, hvor jeg har brukt Merleau-Ponty (1994) og Leder (1990) for å anlegge en kroppsfenomenologisk innfallsvinkel. Disse filosofene hevder at kroppen ofte trer i forgrunnen når man opplever sykdom. Jeg vil argumentere for at dette kan ha betydning for målsettingsprosessen. Ergoterapeuten spør om Oskar har ”tenkt noe på mål”, noe Oskar svarer at han ikke har. Deretter fortsetter ergoterapeuten med å spørre hvilke aktiviteter Oskar ønsker å klare igjen.

E: Er det noen ønsker som du tenker at det vil jeg gjerne få til igjen? Nå har jo du vært hjemme en uke og fått prøvd litt, er det noen områder som du tenker at det vil jeg klare på nytt?

O: Det er om å gjøre å bli såpass god i beina mine at jeg kanskje kan bevege meg noen år til. Man vet jo ikke det når man er i den alderen som jeg er nå.

Ergoterapeuten spør Oskar om hva han ønsker å klare. Det ser ut til at han stiller seg forholdsvis åpen, og inviterer Oskar til å komme med sine ønsker uten at rehabiliteringsteamet skal legge føringer for hva som er legitimt å komme med. I utgangspunktet ser det derfor ut til at Oskar er helt fri til å definere målene på egenhånd. Oskar svarer med fokus på beina sine. I henhold til inndelingen i ICF (jf. 2.1) vil dette kunne betegnes som kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer. Det samme fokuset viser seg mange ganger i samtalen. Nedenfor har jeg presentert et par andre utsnitt som viser dette.

E: Hvis du nå greier det, og kommer deg opp og får begynt og gått litt inne her. Med enten krykker eller med prekestol eller rollator. Tenker du da at det er noe du kunne tenke deg å gjort videre etterpå? Kunne du ha brukt det til noe mer?

O: Ja, hvis jeg er såpass sterk i kroppen at jeg tåler slike anstrengelser som jeg regner med jeg kommer til å få etter hvert...

E: Det fordrer jo kanskje at du lærer å ta på protesen selv. At du blir litt mer selvhjulpen i forflytning, og så får vi begynne å trene litt på det å gå, det å ta av og på protesa på egenhånd. Men hvis du da greier det, la oss si om noen måneder eller hvor lang tid du trenger. Kunne du da tenkt og brukt den funksjonen til noe mer? Har du noen flere ønsker som du tenker kunne være nyttig da? På litt lenger sikt?

O: Nei, altså sånn... at jeg etter hvert blir såpass flink og sterk i både armer og bein at det kan virke veldig positivt på de utførelser som jeg kommer til å fortsette med...

Etter hvert ser vi at ergoterapeuten gradvis lukker spørsmålsstillingen. Det kan synes som han ønsker å løfte Oskars fokus fra kroppsfunksjoner til aktivitets- eller deltakelsesnivå (jf. 2.1), mens Oskar fortsatt fokuserer på at han må bli sterk i kroppen. Senere i samtalen prøver sykepleieren seg på en annen formulering, og spør om Oskar og kona har ”snakket noe om åssen dere ønsker å ha det her? (...) I huset...(...)?” Når Oskar svarer at de ikke har snakket noe om dette, spør sykepleieren hva han ønsker å kunne greie. Igjen legger sykepleieren opp til å finne hverdagslige aktiviteter han ønsker å kunne utføre, men Oskar svarer på nytt med henblikk på å forbedre kroppen.

Jeg ønsker at jeg kunne vært såpass flink at jeg kunne bruke begge beina mine. Men det å få dette avkuttete benet til å bli så sterkt som det andre, det kan jeg ikke regne med kan være tilfelle. Det vet jeg ikke.

Til slutt oppsummerer sykepleieren at hun har oppfattet at Oskar ”ønsker å bruke begge ben”, og det virker som de har forstått hverandre, siden han gjentar: ”Ja, jeg ønsker å bruke begge ben.” Etter dette forsøker ergoterapeuten på nytt å hjelpe Oskar ut av kroppsfokuset, ved å stille et ”mirakelspørsmål”.

E: Og hvis du da tenker deg en situasjon hvor du faktisk greier det. Det har skjedd. Hva vil du gjøre da?

O: Ja da vil jeg prøve å ikke bare fortsette, men forsøke å følge opp det målet jeg har satt meg at jeg skal bli såpass sterk at jeg kan benytte meg av de to beina jeg har...

E: Ja, men du tenker ikke at da vil jeg plutselig greie å komme meg opp i kjøkkenskapet, eller jeg vil ha muligheten til å kunne gå ut eller, du tenker ikke at det vil da løse ut en del aktiviteter som er problematisk i dag?

O: Jo, det er nok mye i det som du sier der...

Ergoterapeuten forsøker å komme utenom Oskars tvil ved å forutsette en gangfunksjon, og spørre hva Oskar i så fall ønsker å bruke den til. Når ergoterapeuten har framsatt eksempler på hva han sikter til, virker det som Oskar forstår hva han mener, men han kommer ikke selv med noen mål. Det virker som prosessen stopper opp når det som gir mening for Oskar – kroppsförbedringen – ikke anerkjennes av rehabiliteringsteamet.

I løpet av de siste seks månedene har mye endret seg for Oskar. Han har mistet en kroppsdell, og dette har hatt store konsekvenser for kroppsfunksjonen hans. Han sier at han ikke vet noe om potensialet til en kropp med et slikt ”avkuttet bein”. Han er heller ikke sikker på hva han skal gjøre med den, for eksempel hvordan han skal bruke silikonhylsen for å forme amputasjonsstumpen: ”(...) så har jeg hatt to andre fysioterapeuter etterpå. Da blir det tre stykker som alle sammen hadde forskjellige meninger. Så det var ikke så lett for meg å vite hva jeg skulle tro på i alle tilfeller”. Det synes som om kroppen er blitt fremmed for Oskar. Kroppen representerer ikke lenger ”jeg kan” men er et hinder for hva Oskar ønsker å gjøre (jf. 2.6). Ifølge Toombs vil da hele Oskars måte å være i verden på forstyrres, rullestolen vil lett innebære tap av autonomi, og Oskars opplevelse av seg selv vil endres. Ifølge Leder (1990) vil opplevelsen av verden også endres, fordi det som før ble betraktet som muligheter, f.eks. en kort distanse, nå oppleves som hindringer – en altfor bratt bakke. For eksempel var det før en selvfølge for Oskar å kunne komme seg rundt i hjemmet, mens det nå er flere rom, bl.a. badet, som han ikke klarer å komme inn på uten hjelp. Det som tidligere var nært blir fjernt, og verden viser Oskar hans egen

utilstrekkelighet (jf. 2.6). Målsetting – som innebærer å se muligheter – blir vanskeligere i en slik situasjon.

Ifølge Merleau-Ponty (1994) og Leder (1990) vil en kropp, som hindrer Oskar i å gjøre som han vil, tre i forgrunnen (jf. 2.6). Selv om rehabiliteringsteamet under målsettingssamtalen gjør sitt beste for å løfte Oskar ut av dette kroppsfokuset, ser vi at Oskar fastholder denne oppmerksomheten mot kroppen. Ifølge Leders påstand om at det skjer forrykkelse av forholdet mellom kroppssubjektet og kroppsojektet (jf. 2.6), kan det synes som om Oskar betrakter kroppen sin utenfra – som å ha kroppen i stedet for å være den. Oskars spørsmål om hvorvidt man kan få et ”sånt avkuttet bein” til å virke igjen, høres ut som en objektivisering av kroppen. For Oskar, som har gjennomgått en amputasjon, blir kroppen som objekt i tillegg visualisert ved at han for å kunne gå er avhengig av å feste en gjenstand til kroppen (en protese). Til å begynne med vil Oskar kjenne protesen mot amputasjonsstumpen. Hvis han skal kunne oppnå en effektiv gange, må protesen inkorporeres i kroppsbildet hans, slik at grensen for Oskars kropp blir protesefoten, og ikke amputasjonsstumpen (jf. 2.6). Dette har foreløpig ikke skjedd hos Oskar. Hvis det har skjedd et fokusskifte hos Oskar, hvor intensjonaliteten har blitt rettet mot kroppen i stedet for omgivelsene, kan vi forstå at målsettingssamtalen stopper opp når rehabiliteringsteamet fokuserer bort fra kroppen og mot verden ved å vektlegge aktivitets- og deltakelsesperspektivet. Det kan virke som det for Oskar fremstår som nødvendig å ”reparere” kroppen først.

Hvis vi forutsetter at kroppen er blitt fremmed for Oskar, ønsker jeg å stille spørsmålet om hvorvidt dette kan påvirke målsettingsprosessen. Merleau-Ponty mener at levd erfaring og levd liv på et prerefleksivt nivå blir skrevet inn i kroppen (jf. 2.6), og at dette danner en bakgrunn for ”her og nå” – den aktuelle kroppen. I over nitti år har Oskar hatt en kunnskap innskrevet i kroppen om sine egne muligheter. For Oskar har denne kunnskapen vært til dels ubevisst. Den har vært hans måte ”å ha verden på” – dersom vi skal bruke ordene til Merleau-Ponty. De siste årene har nok Oskar opplevd en reduksjon av kroppens fysiske yteevne på grunn av alderdom, men dette har gått gradvis – slik at kroppen allikevel har representert forutsigbarhet. Før sykdommen kan jeg derfor tenke meg at det i Oskars habituelle kropp har ligget en kunnskap om hva som var realistisk å oppnå, og derfor at

Oskar selv har vært best egnet til å formulere sine egne mål. Nå uttaler han imidlertid stor usikkerhet, og sier hele tiden at han ikke vet hvor langt han kan nå. Sykdommen representerer en dramatisk forandring – et plutselig brudd i kroppens muligheter. Han kan ikke utgå fra de erfaringer som ligger i den habituelle kroppen, og kan derfor ikke lenger bygge på den prerefleksive og selvfølgelige kunnskapen fra tidligere (jf. 2.6). Man kan derfor lett tenke seg at det blir vanskelig for ham å sette mål.

Under målsettingssamtalen virker det ikke som rehabiliteringsteamet har et kroppsfenomenologisk perspektiv. Når Oskar tematiserer kroppen, stiller de spørsmål som handler om mål på aktivitets- eller deltakelsesnivå. Under intervjuet viser de imidlertid at de ser dette gapet selv, mellom målene som de selv er “ute etter” og Oskars fokus på kroppen. Det virker imidlertid som de ikke vet helt hvordan de skal forholde seg til dette gapet, og de bruker kommunikasjonskunst for å komme rundt problemet. Dette diskuterer jeg videre i punkt 4.2.1.

4.1.2 ”Det tar jo også littegranne på mitt sinn, også”

Et tema som går igjen handler om usikkerhet og følelsesmessige reaksjoner hos Oskar. Han kommer stadig tilbake til at han er i en vanskelig livssituasjon, og det virker som han strever for å knytte fortid og fremtid sammen. I dette kapittelet ønsker jeg å presentere empirien som ligger til grunn for min antakelse, og drøfte hvorvidt dette kan ha betydning for målsettingsarbeidet.

En rehabiliteringsprosess vil alltid være forbundet med en del usikkerhet med hensyn til hvor langt brukeren kan nå. Oskar er svært fokusert på denne usikkerheten.

Jeg ønsker at jeg kunne vært såpass flink at jeg kunne bruke begge beina mine. Men det å få dette avkuttete benet til å bli så sterkt som det andre, det kan jeg ikke regne med kan være tilfelle. Det vet jeg ikke.

Oskar vender tilbake til det “avkuttete beinet”. Mange studier viser at tap av et bein fører til at brukeren gjennomlever reaksjoner på en traumatisk krise (Tveitå, 2001). Som jeg nevnte under foregående punkt, vil tapet av den oppreiste stillingen kunne medføre en følelse av hjelpeløshet og avhengighet. Å ”bebo” en dårlig fungerende kropp vil derfor kunne oppleves som en trussel mot ens selvoppfatning (jf. 2.6). Oskar er i en situasjon som

han så fort som mulig vil ut av (jf. 2.3), men han er usikker på om det i det hele tatt er mulig. Det er ikke rart om han føler seg svak og forvirret. Sykepleieren beskriver dette godt når hun forteller at Oskar tidligere var en ressursperson.

Det har nok vært et ganske stort tap for ham... Og dette er en mann som har vært fabrikkeier og primus motor – som han selv fortalte – i en veldedig organisasjon, og har vært fremme i mye og mangt tror jeg, og nå har han blitt en såkalt hjelpetrengende gammel mann, ikke sant. Det er ikke lett det. Det er vanskelig.

Sykepleieren tror Oskar har fått problemer ved å komme hjem, fordi dette innebar langt flere utfordringer enn hva han hadde tenkt seg.

Han var ikke forberedt på den store forandringen det var å komme hjem i en leilighet med mye mindre gulvflate (...) ting ble så mye mer tungvint i forhold til da han var på institusjonen (...) så han fikk seg nok en veldig backlash (...) han ble rett og slett litt nedfor (...) Det er mange som blir nedfor i perioder når de føler at de ikke greier det som... Det er noen som setter veldig store krav til seg selv...

Vi kan tenke oss at følelsen av tap og usikkerhet kan gå ut over humøret til Oskar. Etter en pause under målsettingssamtalen tar Oskar initiativ til å fortelle om de følelsemessige reaksjonene han opplever.

O: Nå har ikke min kone i det hele tatt hatt noe med det å gjøre... på grunn av det at hun lå jo også på sykehuset samtidig når jeg var på aldershjemmet. Hun har hatt veldig mye vondt, mye skrik om natta, og... kanskje mye at det ... jeg har blitt ustabil jeg også...

S: Har du ikke fått sovet godt?

O: Ja, enkelte ganger så begynner jeg å tenke og da sover jeg ikke noe særlig godt, men ellers sover jeg noenlunde bra. Jeg får en sånn sovetablett hver eneste kveld, da... Og den kan jeg jo bruke.

S: Ja, det er den vi reduserte på nå fordi du sa du følte deg veldig trett...

O: Jaaa

S: Du sa det forrige uke at da følte du deg veldig trett etter at du kom hjem...

O: Ja

S: Men du... Er du litt kjekkere tidligere på dagen nå ofte?

O: Men nå vet du at jeg har vært der i nesten seks måneder... ikke bare på det stedet, først på sykehuset, og så på aldershjemmet. Så det blir nokså mye ting som ikke jeg har vært vant til... Og det tar jo også littegranne på mitt sinn, også

S: Ja, det er klart det! Mmm. Men du føl... hvordan kjenner du deg sånn med tretthet nå

O: Nå er det ... enkelte ganger litt sånn svimmel, altså...

S: Ja...

I dette utdraget ser det ut til at Oskar og sykepleieren er rettet mot to forskjellige temaer. Oskar ønsker å formidle at han føler seg "ustabil", mens sykepleieren utforsker medisinerbruken hans. Når sykepleieren spør om Oskar føler seg trett, forsøker han imidlertid å holde fast ved "sitt" samtaletema ved å påpeke at sykepleieren også vet at han

de siste seks månedene har måttet forholde seg til mye nytt, og at det ikke er rart at det har gått ut over sinnet hans. Oskar lar seg ikke avlede fra å tematisere at han har mange tunge følelser, og at livet er vanskelig. Vi ser at Oskar har måttet takle mange omstillinger den siste tiden; kona har vært syk, han har måttet bo hjemmefra, alle praktiske gjøremål har blitt vanskeligere, han har mistet en kroppsdel. Man kan lett gjenkjenne situasjonen hans i forskningen til Schaefer (1995) og Charmaz (1995), som identifiserer tap som et sentralt element ved sykdom (jf. 2.3). Oskar har lidd mange tap i løpet av kort tid, og han gir uttrykk for at dette er en vanskelig situasjon, i og med at det ødelegger nattesøvnen hans. Som nevnt tidligere, er det i stor grad følelser som bestemmer våre valg (jf. 2.5). Derfor kan man tenke seg at vanskelige følelser har stor betydning for målsettingsprosessen, og derfor er vesentlig å få innblikk i.

Etter hvert forteller Oskar også historier i mer positive vendinger. I utsnittet nedenfor fremhever Oskar to av de situasjonene som etter mitt syn bekrefter den identiteten han ønsker å ha. Først forklarer han hvordan han kommer seg inn i sønnens bil, deretter hvordan han imponerer pleierne.

E: Ja. Men hvordan er det for deg å komme deg inn i den, da?

O: Det går fint!

E: Det går fint.

O: Ja, for jeg setter meg på baken med en åpen dør. Så hopper jeg inn

E: Ja. Så det har gått greit

O: Ingen problemer der

E: Nei

O: Og sånn er det også i sengen. For før var det en som skulle hjelpe meg, da maset hun om hva vi skulle bruke... Skal vi bruke rollatoren eller skal vi bruke stolen, eller. Jeg sa det "jeg går oppi"... "Det greier du ikke" sa hun... Men da... "Å, du greier det jo!" Det er ikke noe vanskelig. Og sånn var det jo på vandrerrhjemmet, og. Der fikk jeg jo veldig god kritikk, da, at jeg var flink. Og hver eneste dag gjorde jeg klar det som skulle være neste dag. Ta frem av tøy og sånn. Så slåss dem om å hjelpe meg, for da slapp de å gjøre så mye. Jeg var så flink til å legge fram, sånn at alle tingene var klart, og da syntes de det var kjempes fint, da jeg gikk og la meg. Og så måtte jeg få det der brettet på siden, det kunne jeg ikke greie selv, så der fikk jeg hjelp. Ellers så prøvde jeg i hvert fall så godt som mulig. Det syntes de var veldig bra.

I motsetning til Oskars avventende rolle i forhold til mål og fremtiden, ser vi at Oskar gjerne tar over samtalen når han får fortelle historier om fortiden eller nåtiden. Han fremstår nesten som en annen person når han forteller om situasjoner som går greit – uten at kroppen setter hindringer. Gjennom historiene klarer Oskar til en viss grad å holde på sin

selvforståelse som ressursperson. Oskar omtaler seg selv som et aktivt subjekt, og bruker korte og klare setninger som ikke etterlater tvil: ”det går fint!” og ”ingen problemer der”. Han sier ikke bare at han flytter seg over i bilen, men at han ”slenger seg innpå”. Man ser nesten for seg en ungdom. Når han overrasker pleierne får Oskar oppleve seg selv som en sterk og selvstendig mann.

Med andre ord ser vi flere utsagn som kan tyde på at “tap av selv”, noe Charmaz fremhever som en fundamental form for lidelse ved sykdom (jf. 2.3), også berører Oskar. Gjennom historiene om fortiden og nåtiden kan det virke som Oskar forsøker å bevare og rekonstruere sin egen identitet. Gjennom et narrativt perspektiv, kan man finne mening i disse fortellingene som kan ha stor betydning for målsettingsarbeidet. Oskars erfaringer i fortiden vil prege både hans opplevelser i nåtiden, og hans selvforståelse, og vil således være bestemmende for målsettingsprosessen (jf. 2.5). Narrativene kan gi innblikk i forhold som Oskar ellers ikke kan sette ord på. Her ligger det kanskje et ubenyttet potensiale, siden rehabiliteringsteamet lar Oskar fortelle, men de stiller få spørsmål, og utforsker Oskars identitetsarbeid i liten grad. Under intervjuet kommer de imidlertid inn på Oskars tap av identitet. I begynnelsen av dette punktet presenterte jeg et sitat fra sykepleieren, og ergoterapeuten forteller at han ofte spiller på at brukeren er en gammel idrettsmann, og derfor vet hva det innebærer å trene. Det er derfor en god start at Oskar på denne måten bringer sin identitet inn i målsettingsprosessen, slik at han kan binde sammen fortid og fremtid, og forhåpentligvis etter hvert kan se seg selv i fremtiden, som er en forutsetning for å sette mål (jf. 2.5).

4.1.3 “Vi har ikke regnet med å utdype det uten å vite om jeg greier det”

Dette sitatet uttrykker at Oskar og kona ikke har diskutert mål fordi de ikke vet hva Oskar kan klare. Rehabiliteringsprosessen er en uforutsigbar prosess. Jeg ønsker å vie dette punktet til det jeg mener uttrykker Oskars usikkerhet og tap av kontroll over sitt eget liv. Når ergoterapeuten innleder samtalen med å spørre om Oskar har tenkt noe mer på mål, svarer Oskar ”nei, egentlig ikke”. Allerede fra første setning inntar Oskar en litt avventende rolle, mens ergoterapeuten får – eller tar – ansvar for hva som skal skje. Ergoterapeuten forsøker å åpne for Oskars syn på hva som er viktig, og spør hva han ønsker å få til igjen. Oskar svarer at han vil bli såpass god i beina at han “*kanskje*” kan

bevege seg noen år til, men at man ikke kan vite når man er i en så høy alder. Han er usikker på hvor langt han kan nå når det gjelder å få et sånt ”avkuttet bein” til å virke igjen, og påpeker også at han er usikker på hva som forventes av ham under et slikt målsettingsmøte. I følgende samtaleutsnitt forklarer Oskar sykepleieren grunnen til at han ikke har forberedt noen mål.

S: Du og kona di har kanskje snakket litt om... har dere snakket noe om åssen dere ønsker å ha det her?

O: Neei... Jeg har ikke....

S: I huset... hva... nei?

O: Nei, vi har ikke kommet så langt. Vi har ikke snakket noe særlig om det. Vi har ikke regnet med i grunnen å utdype det uten å vite om jeg greier det.

Nesten hver gang Oskar definerer et ønske eller mål, legger han til et forbehold om at han ikke vet om det er realistisk. Både sykepleieren og ergoterapeuten bekrefter ved et enkelt ”ja” eller ”nei” at de har hørt Oskars tvil, men velger å ikke gå inn i en diskusjon om hva som er realistisk. Under intervjuet forteller rehabiliteringsteamet at de generelt oppfordrer brukerne til sette ord på hva de ønsker, uten å tenke på hva som er realistisk. Selv om Oskar ikke spør fagpersonene direkte om hva de anser som realistisk, virker det som han ønsker at de skal kommentere dette. I og med at han ikke ønsker å sette mål før han vet hvor langt han kan nå, kan man jo tenke seg at Oskar har en forventning om at målsettingsmøtet skal ta opp denne problematikken.

Å sette mål vil innebære at man forsøker å styre fremtiden. Dette vil forutsette en tro på egne ferdigheter og effektivitet, at man opplever å ha påvirkningskraft over livet sitt og mestringsstro (jf. 2.4). Den usikkerheten Oskar formidler, kan antyde at han i liten grad opplever å kunne styre retningen for livet sitt. På liten tid har livet forandret seg mye for ham, uten at han kunne påvirke det. Han har mistet en kroppsdel, han merker funksjonsnedsettelsen i etterkant, kona er blitt syk, han opplever at fagpersonene gir forskjellige råd, han erfarer at boligen er vanskeligere å mestre enn hva han hadde trodd. I en slik situasjon er det ikke rart at følelsen av kontroll smuldrer bort. I målsettingssamtalen presenterer Oskar liten indre tro på at ”dette kan jeg klare”. På den andre siden har rehabiliteringsteamet opplevd at Oskar har trent hjemme på egenhånd, og når rehabiliteringsteamet påpeker at han må trene selv, sier at “man må jo prøve å være litt omtenssom og flink til å følge opp... Det teller jo veldig mye, det”. I tråd med hva Heider

(1958) hevder i sin attribusjonsteori (jf. 2.4), vil det derfor være interessant å utforske mer hvilken opplevelse Oskar har av kontroll over livet. Dersom Oskar ikke tror at han kan påvirke fremtiden, kan vi godt forstå at det blir vanskelig for ham å sette mål. Hvis Oskar har et ytre attribusjonsmønster (jf. 2.4), og tror at det er rehabiliteringsteamet som styrer prosessen, vil han mene at de bør vite best hvilke mål som kan settes. Hvis Oskar tror at fremtiden er styrt av tilfeldigheter eller skjebnen, vil derimot hele målsettingsprosessen virke meningsløs for ham.

Som sagt, synes jeg det virker som Oskar mener at fagutøverne vet best hva som er realistisk. Under intervjuet nevner ergoterapeuten eksempel på den motsatte holdningen hos brukere.

Min erfaring er jo det, fra min tidligere jobb...at dem som vi på en måte sa at skulle ha følge, men som ga beng i hva vi som terapeuter sa, og prøvde seg selv, det var dem som kom lengst. Dem som virkelig pusha seg selv, og kjente litt på det, og utfordret seg selv hele veien, det var dem som ble flinkest, og kom seg lengst altså. Og det er litt sånn. Da var det faktisk vi som var ansatte, dem som bremsa. Og det er jo óg et lite sånn tankekor. At vi da vurderte det som usikkert, og så, når vi ikke var der, så gjorde dem det likevel. Men dem fikk det jo til. Veldig sjelden at det skjedde noe.

En slik bruker vil sannsynligvis være preget av et indre attribusjonsmønster (jf. 2.4), og sette sammenhengen sterkest mellom egen innsats og mål. Vedkommende har tro på at det hjelper å trene. Ergoterapeuten kommenterer av det sjelden skjedde noe galt, noe som kan tyde på at pasientene hadde kontroll over situasjonen. For målsettingsarbeidet vil det være viktig å finne ut i hvilken grad Oskar tilskriver positiv og negativ utvikling til indre og ytre faktorer.

Rehabiliteringsteamet er under hele målsettingssamtalen ute etter å konkretisere målene til Oskar. Under intervjuet forklarer han hvorfor Oskars mål om å “bruke begge bein” bør spesifiseres.

Vil det si at du kan reise deg opp fra en stol og gå to skritt og sette deg i en annen stol. Har du da gått? Er målet nådd da? (...) Det kan være det å gå to skritt eller det kan være det å gå 50.

Ifølge Wormnes og Manger (2005) vil mennesker med liten følelse av mestring og kontroll over livet, beskytte seg selv ved å velge enten svært lette eller svært vanskelige oppgaver (jf. 2.4). Ut fra denne teorien kan jeg tenke meg at vage mål også kan fungere som en

beskyttelsestrategi, ved at man ikke kan evaluere dem, og peke på om de er nådd eller ikke. Vage mål kan også være uttrykk for at Oskar ikke klarer å spesifisere dem så lenge han ikke vet hva som er realistisk. Når Oskar sier at han ønsker å ”bevege seg rundt”, kan det virke som usikkerhetsmomentene blir bakt inn i målet ved at det er uspesifikt og tøyelig.

4.1.4 ”Nå har jeg sikkert ikke uttalt meg sånn som...”

I dette kapitlet ønsker jeg å diskutere hvordan Oskar i samtalen med rehabiliteringsteamet kommer fram med det som er viktig for ham. Sitatet ovenfor er hentet fra slutten av målsettingssamtalen, hvor ergoterapeuten spør om Oskar kan komme på ”noe mer”. Oskar svarer at han synes målsettingsmøtet har vært ”forholdsvis bra”, men lurer på om han har svart for seg på den måten som rehabiliteringsteamet ønsket. Han stadfester at det er rehabiliteringsteamet som bestemmer hva som er nyttig og viktig å snakke om, og han er usikker på om han selv har stilt til forventningene. Dette tematiserer relasjonen mellom rehabiliteringsteamet og brukeren. Oskar nedvurderer sin egen kompetanse, og forventer at rehabiliteringsteamet skal beholde styringen. Han opprettholder et asymmetrisk forhold mellom seg selv og fagpersonene (jf 2.5), og motvirker dermed at man får til en målsettingsprosess preget av åpenhet og likeverdighet.

Jeg har tidligere påpekt hvordan Oskar gjentatte ganger uttaler tvil om hvor langt han kan nå. Ikke på noe tidspunkt spør han om hva rehabiliteringsteamet tror om rehabiliteringspotensialet. I og med at han såpass mange ganger kommenterer usikkerheten, lurer jeg imidlertid på om han forsøker å få rehabiliteringsteamet til å uttale seg om hva som er realistisk. Uten at Oskar stiller et direkte spørsmål, kommenterer ergoterapeuten et stykke inn i samtalen “vi vet jo ikke hvor langt du kommer”. På bakgrunn av Finsets oppfordring til helsepersonell om å være sensitive i situasjonen fordi brukeren ofte kommer med forsiktige hint og antydninger (jf. 2.5), ønsker jeg også å trekke fram et par andre eksempler hvor man kan spørre seg om Oskar kommer med hint som ikke blir fanget opp av rehabiliteringsteamet. Under intervjuet sier ergoterapeuten følgende:

Han kunne fått seg en elektrisk rullestol for å komme seg ut i nærmiljøet på turer. Men han har ikke konkretisert det i så stor grad. Så det er veldig sånn balansegang - hva som er viktig for ham. Så det vi har snevret det inn til er jo det å være mobil i eget hjem.

Under målsetningsmøtet forteller imidlertid Oskar om sin svigerinne på vestlandet, som har fått en elektrisk rullestol for å kunne kjøre til butikken. Umiddelbart syntes jeg denne fortellingen virket som en avsporing. Hvis man imidlertid forutsetter at Oskar antakelig har en grunn til å fortelle det han gjør, og at man må lete etter hint og antydninger, kan det faktisk hende at Oskar på en indirekte måte har ment å bringe en diskusjon om rullestol på banen.

Et annet tema som Oskar trekker fram flere ganger, er alderdommen. Samtaleutsnittet nedenfor følger etter sitatet som avslutter med at Oskar sier at han er svimmel.

O: Men er det noe rart det når man kommer opp i denne alderen... Det er mange som blir enda eldre, men jeg synes det har blitt veldig mye i det siste... ser av dødsannonse. Det er veldig mange rundt nitti som faller fra...

S: Ja, det er jo det. Det er høy alder

O: Ja, det er høy alder

S: Absolutt

O: Det er jo en alder som man før nesten ikke greide å oppnå en gang... man var gammel når man var mellom seksti og søtti..

S: Visst var man det

O: Og jeg husker godt min far, han ble ikke søtti en gang, og han syntes jeg var fryktelig gammel

S: Ja, (ler) ja! Ja, da var vel du ganske, da var vel du kanskje førti, da?

O: Ja jeg tenkte jo som så det at jeg kom jo aldri til å bli så gammel som faren min, og nå har jeg gått tjue år lenger

S: Ja (ler). En generasjon over, ja.

O: Ja

S: Men nå har du snakket om det at du kunne tenke deg å gjøre litt mer i forhold til å trene på å ta på lineren, protesen, og trene på å gå mer her inne, og ta den trappeheisen ned, og alt dette her fører jo med seg...

Etter at Oskar har snakket om alderdommen, bringer sykepleieren samtalen inn på praktiske ferdigheter som Oskar vil mestre igjen, og snakker om silikonhylsen og trappeheisen. Dette sporet handler om forhold som Lazarus (1992) betegner som problemfokuserede mestringsstrategier. Sykepleieren får derfor ikke vite hvorfor Oskar begynner å snakke om alderdommen. Oskar forteller også om andre i omgangskretsen som er over sin storhetstid, for eksempel har han en kamerat som må ta seg av sin kone - som er "helt utafør". Samtidig forteller han om sin egen kone, som ikke kan klare å hjelpe ham, og om sønnen – som han tydelig regner som en stor ressurs. På overflaten kan historien ovenfor virke som bare en litt humoristisk fortelling fra Oskar sin side. Vi får imidlertid ikke vite om det bak forholdsvis nøytrale utsagn skjuler seg følelser som er vanskelige å

takle. Oskar er tydeligvis opptatt av både sin egen alderdom og av at nærpersoner dør eller blir hjelpetrengende. Disse erfaringene vil sannsynligvis føre til at Oskar har et annet syn på fremtiden enn hva en ungdom ville hatt, og som er avgjørende for målsettingsprosessen. Dersom Oskar ikke ser for seg at han skal leve så lenge, kan man tenke seg at det føles meningsløst å sette langsiktige mål. Jeg legger merke til at rehabiliteringsteamet under målsettingssamtalen ikke utforsker disse historiene til Oskar. Under intervjuet påpeker de imidlertid viktigheten av å være åpen for brukerens antydninger og hint; "Vi leser vel ganske mye mellom linjene, óg. Også vet vi jo hva som er sagt før. Men du sitter jo og tolker hele veien, og lurer på – kan vi komme fram til noe her, da?". På bakgrunn av de hintene og antydningene jeg synes å lese ut av målsettingssamtalen, ser det for meg ut til at et narrativt perspektiv kan være en inngang til økt forståelse av Oskar (jf. 2.5).

Som en oppsummering av de diskuterte temaene, vil jeg si at det kan synes som om målsettingsarbeidet er en svært inngripende prosess for Oskar. Den tematiserer hele spekteret av følelser, fra glede over små framskritt til usikkerhet angående fremtiden. Oskar går derfor inn i målsettingsarbeidet med en stor sårbarhet, fordi det handler om hele hans videre eksistens og mulighet til å "være seg selv". Derfor mener jeg at man ut fra brukerens perspektiv kan se på målsettingsarbeidet som "et eksistensielt spørsmål".

4.2 Rehabiliteringsteamets perspektiv: Målsetting som en strategisk prosess

Ved å spesielt se på hva rehabiliteringsteamet trekker fram under målsettingsmøtet og intervjuet, har jeg funnet følgende temaer som jeg ønsker å diskutere videre:

- 1) Fagpersonenes fokus på målsettingsteori og hva som vil være et "godt mål"
- 2) Fagpersonenes posisjonering i forhold til brukerens og sin egen kompetanse.

4.2.1 "Det å gå er et dårlig mål."

Under målsettingssamtalen skriver rehabiliteringsteamet ned målene i et plandokument. Dette leveres til brukeren, slik at begge partene kan se hva man har blitt enige om. Som jeg har beskrevet tidligere (jfr. 4.1.1), går rehabiliteringsteamet åpent ut, og legger lite føringer for hvilke mål Oskar skal formulere. Etter hvert snevres fokuset inn, og det virker som spørsmålsstillingen til rehabiliteringsteamet er mer strategisk i forhold til at Oskar skal formulere mål som fagpersonene anser som "gode" mål å arbeide etter.

Rehabiliteringsteamet er spesielt opptatt av at målene skal være spesifikke, målbare og handle om aktivitets- og deltakelsesnivået. Oskars fokusering på at målene skal være realistiske, virker imidlertid ikke å være så viktig for rehabiliteringsteamet. I dette punktet ønsker jeg å se på hvordan målsettingssamtalen blir styrt av rehabiliteringsteamets holdning til hva som er et ”godt mål”.

Først ønsker jeg å synliggjøre hvordan rehabiliteringsteamet forsøker å dreie samtalen bort fra Oskars fokusering på endring og forbedring av kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer (jf. 4.1.1) og over på aktiviteter og deltakelse. Utsnittet nedenfor utspiller seg etter et ”mirakelspørsmål”, hvor ergoterapeuten ber Oskar forestille seg at han kan bruke begge bein igjen.

E: Og hvis du da tenker deg en situasjon hvor du faktisk greier det. Det har skjedd...

O: Ja

E: Hva vil du gjøre da?

O: Ja da vil jeg prøve å ikke bare fortsette men forsøke å følge opp det målet jeg har satt meg at jeg skal bli såpass sterk at jeg kan benytte meg av de to beina jeg har...

E: Ja, men du tenker ikke at da vil jeg plutselig greie å komme meg opp i kjøkkenskapet, eller jeg vil ha muligheten til å kunne gå ut eller, du tenker ikke at det vil da løse ut en del aktiviteter som er problematisk i dag?

O: Jo, det er nok mye i det som du sier der...

E: Ja, kan du da tenke deg noen ønsker eller mål utfra det?

O: Jaaa...., jeg kan vel ikke akkurat si hva jeg i grunn tenker der, men jeg tror i hvert fall må jeg gjøre alt det jeg kan for å bli så sterk at jeg kan følge med, og kanskje være mer aktiv og komme meg ut i friluft og sånt.

E: Da vil du ut

O: Da vil jeg ut

E: Da vil du ut. Det er og et mål, vet du, det å komme seg ut igjen. Men så snakket jeg litt med din fru her i dag og, sånn at jeg vet at dere har noen planer om eventuelt å komme på noe feiring av en eller annen bekjent om ikke så alt for lenge.

Etter en del diskusjon rundt en frivillig organisasjon Oskar har vært medlem i, kommer de inn på at det er to feiringer nå ikke så lenge etter hverandre, og samtalen fortsetter:

E: Ja, så det er noe du har lyst til å delta...

O: Ja, det har jeg lyst til å være med på.

E: Og det er jo og på en måte et mål – det å komme seg dit. Ja.

O: Jada, det er jo det.

Et liknende mønster viser seg gjennomgående; rehabiliteringsteamet anerkjenner tilsynelatende ikke Oskars mål om reparasjon av kroppen, men forsøker heller å få Oskar

til å sette mål på et annet nivå. De hjelper Oskar med å bringe inn temaer som de har vært inne på i tidligere samtaler, og forsøker å knytte dagliglivets aktiviteter og sosiale hendelser inn i målsettingsarbeidet. Vi ser at ergoterapeuten bifaller denne typen mål i det han utbryter ”det er et mål, vet du!”

Misforholdet mellom brukerens kroppsfokus og fagpersonenes aktivitets- og deltakelsesfokus sammenfaller med mine egne erfaringer. Under intervjuet spør jeg derfor etter rehabiliteringsteamets syn på denne problematikken. Sykepleieren sier umiddelbart at brukerne er ”mest på deltakelse”, mens ergoterapeuten argumenterer for at brukerne er ”mye på funksjon (...) Å bli sterkere (...) dem er veldig der...” Sykepleieren nevner to eksempler på brukere med deltakelsesorienterte mål. Ergoterapeuten antyder imidlertid at det kan være rehabiliteringsteamets måte å spørre på som har fått fram disse målene.

For jeg er fryktelig flink til å spørre om hva skal du da bruke gangfunksjonen din til når du har fått den? Fordi jeg synes ofte vi får det ”vil gå igjen”, ”jeg vil klare meg igjen” (...) Så stiller vi spørsmål: ”ja, hva vil du da gjøre med det hvis det skjer? Hva skal du da bruke det til?”

Ergoterapeuten forklarer at de måtte ”fiske” for at Oscar skulle formulere noe som var målbart:

Det å gå er et dårlig mål, for det er ikke målbart i det hele tatt... Vil det si at du kan reise deg opp fra en stol og gå to skritt og sette deg i en annen stol. Har du da gått? Er målet nådd da? Mens du kan si at jeg skal gå fra badet og inn på kjøkkenet, så vet du at hvis du kommer deg inn på stua så har du ikke nådd målet ennå, men du er halvveis dit (...) så det å gå er veldig lite målbart. Det kan være det å gå to skritt eller det kan være det å gå 50.

Ergoterapeuten konkluderer med at ”brukerne er veldig på funksjon, og så vil vi putte det inn i en eller annen sammenheng...”. På mitt oppfølgingsspørsmål om bakgrunnen for at tjenesteutøverne forsøker å sette funksjonen inn i en annen sammenheng, svarer han:

(...) det er veldig konkret, veldig målbart. Du kan se om noen kommer seg på dagsenteret eller om de greier å gå inn til hytta. Hvis vi kommer på en mandag og får beskjed om at jeg gikk dit på fredag, så veit du at da er det målet nådd.

Sykepleieren legger til at det blir en ”veldig gulrot å gå etter (...) Når du ønsker noe som er viktig for deg, som du ønsker.” Med andre ord mener rehabiliteringsteamet at koblingen til en sammenheng – som gjerne handler om aktiviteter eller deltakelse – vil føre til at målene

blir mer spesifikke og målbare, og at motivasjonen øker. Fokuset på spesifisitet og målbarhet er i tråd med målsettingsteorien jeg har funnet hos Haukedal (jf. 2.2). Wormnes og Manger (2005) fremhever også at spesifikke mål skaper større atferdsforandringer enn generelle mål, og at evaluerbarhet hjelper oss til å vinne kunnskap om at vi nærmer oss målene, og øker motiveringen (jf. 2.2).

Rehabiliteringsteamet fokuserer i mindre grad på de tre siste momentene i SMART-akronymet; at målet skal være ambisiøst, realistisk og tidsavgrenset. Jeg har tidligere vært inne på det jeg har betegnet som hint fra Oskar for å få vite hva rehabiliteringsteamet mener er realistisk. Uavhengig av hvorvidt dette er en riktig tolkning, ser vi av samtaleutsnittene nedenfor at rehabiliteringsteamet unngår å gå inn i denne diskusjonen.

O: Men jeg vet jo ikke hvor langt jeg kommer, da...

E: Nei. (pause). Er det noen andre ting du tenker at, altså, hvis du nå greier det, da?

S: Men sånn som ... du og Berit har kanskje snakket litt om... har dere snakket noe om åssen dere ønsker å ha det her?

O: Neei... Jeg har ikke....

S: I huset... hva... nei?

O: Nei, vi har ikke kommet så langt... vi har ikke snakket noe særlig om det. Vi har ikke regnet med i grunnen å kanskje utdype det uten å vite om jeg greier det...

S: Nei. Men hva ønsker du deg, da? Hva ønsker du å kunne greie?

O: Men den er ikke noe lettere en den herre her [rullestolen]. Det er omtrent samme størrelse vel, både rollatoren og denne herre her...

E: Men kanskje, altså, jaja, hvis du ... nå veit vi ikke hvor langt du kommer, men du ønsker jo å gå her inne...

Litteraturen jeg tidligere har presentert om målsetting og rehabilitering påpeker at målene må være realistiske, og at det kan innebære utfordringer for samarbeidsrelasjonen dersom brukeren formulerer urealistiske mål (jf. 2.2 og 2.3). Rehabiliteringsteamet fremhever ikke dette dilemmaet. De unngår å diskutere med brukerne om hva som er realistisk, fordi de er redd for å frata noen drømmene deres. Nedenfor beskriver rehabiliteringsteamet to situasjoner hvor brukerne ikke når målene sine. Wormnes og Manger (2005) peker på at målformuleringsarbeidet er nær knyttet til individets selvtillitsutvikling (jf. 2.4), og fra sitatene ser vi at dette kan vippe begge veier. I det første tilfellet må rehabiliteringsteamet hjelpe brukeren til å holde motet oppe. I det andre tilfellet fungerer målsettingsprosessen som en slags realitetsorientering; som en måte å finne nytt livsinnhold.

S: Altså det viser seg vel at noen ganger så når jo brukerne målene sine raskere enn det vi har forventet, også. Det har jo skjedd. Eller vi ser at det ikke nytter, da. At kanskje målene var altfor høye, det har vi vel også opplevd. Og da må vi prøve å avslutte på en måte som gjør at de ikke mister all selvtilliten. Det hender også ganske ofte.

E: Mange av dem setter seg ganske høye mål. Men mange av dem når dem jo óg. Eller så finner dem ut underveis at, ok, greit. Jeg kommer meg ikke helt dit, men det er nok til at jeg er fornøyd med livet som det er akkurat nå.

Som sykepleieren påpeker, kan en diskusjon om hva som er realistisk føre til at fagpersonene må påpeke forhold som kan være vanskelig for brukeren å høre, og frata vedkommende håpet (jf. 2.5). Ifølge Parry (2004) kan fagutøvere derfor fristes til å unngå diskusjoner som tematiserer brukerens utilstrekkelighet. Conradi og Rand-Hendriksen (2004) sier at det kan være lettere for fagpersonene å gå med på et rehabiliteringsprosjekt man egentlig ikke har tro på (jf. 2.3). Både ergoterapeuten og sykepleieren påpeker at det også kan være vanskelig for rehabiliteringsteamet å vite hva som er realistisk. Satt i sammenheng med sykepleierens utsagn ovenfor, kan det virke som rehabiliteringsteamet lar brukeren formulere det de betrakter som urealistiske mål, og heller passer på at de i ettertid får trøstet og ”vernet brukeren mot seg selv” dersom han ikke når dem.

Nedenfor fortsetter ergoterapeuten å fabulere om hvorvidt målene må være realistiske.

Du setter et mål og tenker at det er det vanskelig å nå, men da har dem [brukerne] konkret en tanke om hvordan de vil løse dem å gjøre det på en annen måte (...) han var veldig opphengt i å kunne gå selv, og fysisk bruke det beinet på normalt vis, altså, og gå på to bein igjen, og det tror jeg han selv følte og kanskje ikke er hundre prosent realistisk, altså han kommer ikke dit, og det tror jeg han veit at han ikke kan bli oppegående på to bein selv, og derfor har han vanskelig for å si noe om det, sant... Selv om han veit at hvis han klarer det, så vil det bety at han kommer seg ut mye mer selv. Men det at han kommer seg ut kan jo også gjøres på andre vis, altså...

Dette sitatet tilfører et nytt perspektiv til min tidligere diskusjonen om at Oskars mål på funksjonsnivå ikke anerkjennes fullt ut, men han oppfordres til å sette mål på deltakelsesnivå (jf. 4.2.1). Parry (2004) hevder at fagpersoner unngår snakk om begrunnelser, mål og planer dersom de regner muligheten for framgang som liten (jf. 2.5). Mål på funksjonsnivå vil forutsette endring av individet, mens mål på deltakelsesnivå åpner mulighetene for å endre ytre faktorer og kompensere for nedsatt kroppsfunksjon (jf. 2.1). Hvis brukeren for eksempel presenterer et mål om å kunne gå utendørs, men

fagpersonene har dårlig tro på muligheten til å bedre kroppsfunksjonen, kan de ifølge Parry (2004) fristes til å unngå et slikt mål (jf. 2.5). Et mål på deltakelsesnivå, for eksempel ”være med i pensjonistforeninga” kan imidlertid dekke over den brutale realiteten ved å tilby for eksempel en elektrisk rullestol for å komme seg til møtelokalet, uten å fokusere på betydningen av å kunne gå dit selv. På denne måten kan man slippe konfrontasjon med brukeren, og unngå å ta opp det vanskelige temaet at brukeren kanskje aldri kan gå igjen.

Selv om det er enighet i litteraturen om at målene må være realistiske, peker rehabiliteringsteamet på et annet vesentlig poeng – at målsettingen kan ha en betydningsfull funksjon i nyorienteringsprosessen, ved at brukeren gradvis endrer oppfatning av hva som er viktig. Dersom vi ser dette i sammenheng med Parrys (2004) påstand om at brukerne ofte bare sier seg enig med fagpersonene (jf. 2.5), ville brukerne blitt avskåret fra denne prosessen dersom rehabiliteringsteamet hadde vært for raske til å uttale sin mening. Det at rehabiliteringsteamet har valgt å ha et eget målsetningsmøte med brukeren, gir en forholdsvis kort tidsramme for å formulere mål. Det betyr at det innenfor målsetningsmøtet ikke er så mye rom for diskusjon og utforskning, men at man måtte komme forholdsvis raskt ”til saken”. Sett i forhold til det jeg har skrevet om å ta brukerens følelser på alvor og arbeid med en narrativ innfallsvinkel, kan det være en ulempe å ha såpass stramme rammer rundt målsettingen. Rehabiliteringsteamet fremhever hvordan arbeidet med målsettingen likevel er en pågående prosess.

Det er jo viktig at det er brukeren sine egne mål som ligger til grunn for den planen, men vi kan jo prøve å påvirke ham litt underveis i prosessen... Vi kan jo gjøre det nå, fordi om han har de målene. Vi kan jo komme med forslag og sånn underveis, det er jo ikke noe statisk, død, ting dette her. Den lever jo sitt eget liv den planen der... Veien blir litt til mens vi går, også, ikke sant...

På denne måten argumenterer rehabiliteringsteamet for at man heller kan påvirke litt etter litt, i stedet for å måtte knuse alle urealistiske drømmer med en gang.

Rehabiliteringsteamet og Oskar møtes daglig, og oftest på en mer uformell måte enn i målsettingssamtalen. Teamet kommenterer at de under målsetningsmøtet bygger på tidligere samtaler, og at målsetningsprosessen fortsetter videre etter møtet. Dette åpner for å bruke tid på å “smake på” målene, og å justere dem underveis (jf. 2.3)

4.2.2 "På en måte så er jeg ekspert på mitt område, men må bare innse at brukerne er jo eksperten på seg selv"

Sitatet ovenfor leder oss inn på relasjonen mellom rehabiliteringsteamet og brukeren, og hvilke roller de inntar i samarbeidet med hverandre. Som tidligere nevnt definerer sykepleieren sin rolle som assistentens.

Jeg er utdannet for såpass lenge siden at det er litt vanskelig for meg å se at jeg skal være en slags assistent. Altså, jeg skal være fagperson. På en måte så er jeg ekspert på mitt område, men må bare innse at brukerne er jo eksperten på seg selv. At vi er deres assistent.

Sykepleierens forståelse stemmer godt overens med definisjonen av rehabilitering, som sier at rehabilitering handler om å gi "bistand til brukerens egen innsats" (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001). En vektlegging av brukerperspektivet kan springe ut fra ulike verdier. Under samtalen med Oskar fremhever ergoterapeuten hensynet til motivasjon:

(...) da er det mye lettere hvis det er noe du selv ønsker, for da har du en indre motivasjon, en liten drive. Da er det mye lettere å få deg med. Det hadde ikke vært like lett om jeg hadde kommet hit og sagt at det og det og det og det skal vi gjøre, og så hadde ikke du vært enig.

Assistentrollen innebærer å utføre noe som er definert av noen andre, og ifølge rehabiliteringsideologien skal brukeren være styrende for prosessen. Etter mitt syn, fører dette til at rehabiliteringsvirksomheten må arbeide mer aktivt med målsetting enn mange andre felt innen helsesektoren. På andre felt kan det være innlysende hva man skal gjøre, for eksempel at man må operere bort en ondartet svulst. Rehabilitering kan innebære større usikkerhet, også for rehabiliteringsteamet, fordi brukeren skal definere retningen. Dette kan kreve større fleksibilitet og faglig trygghet hos fagutøverne, i og med at man ikke har så klart definerte rammer. Ergoterapeuten understreker at målsettingen er styrende for arbeidet deres: "Hvis vi ikke har noe konkret å jobbe imot, hva skal vi da gjøre?" I samarbeidet med Oskar kan det imidlertid synes som om det oppstår en rollekonflikt hos rehabiliteringsteamet. De ønsker å være Oskars assistenter, samtidig som de ikke alltid synes Oskars mål er gode mål for samarbeidet. Om dette sier ergoterapeuten:

For min del var det at jeg følte at det var ikke noen ting der som var noe håndfast jeg kunne jobbe med. Det var lite å ta tak i. Det å blir sterkere, hva vil det si? At du løfter fem kilo

poteter i stedet for to? Hva betyr det i den praktiske hverdagen min? Hva kan jeg gå inn som terapeut og gjøre da?

Rehabiliteringsteamet ønsker å påvirke brukeren i minst mulig grad, samtidig som de ”jakter” på en målformulering som passer med deres profesjonsbakgrunn og med rehabiliteringsideologien. Jeg får inntrykk av at rehabiliteringsteamet graver og graver etter gull som de mener må være der ”inne”. Dette blir vanskelig, og i samtalen med Oskar forteller rehabiliteringsteamet at de til slutt ”måtte legge ordene i munnen på ham”, noe som fører til at de ikke kan være sikre på Oskars tilslutning til de målene som blir formulert.

Fordi vi hele tiden fikk det der ”vil gjerne bli sterkere” og ”kunne gå”. Det var ikke noe håndfast egenlig. Og når vi da stilte litt mer konkrete spørsmål så bekrefter jo han det. Men er det da fordi at vi stiller spørsmålet sånn, eller er det faktisk hans sitt ønske? Det er veldig vanskelig for oss å si.

Selv om rehabiliteringsteamet understreker at det er brukerens prosess, og de selv bare er assistenter, kan det virke som de har forholdsvis små forventninger om innsats fra brukernes side. Under intervjuet kommer det fram at de er overrasket når en av brukerne trener på egenhånd i helgen:

E: Men det er ikke så mange jeg har vært borti etter jeg begynte i rehabteamet, som trener på egenhånd. Sånn som han ene vi går til nå. Der du kommer, og plutselig får vi vite at han har holdt på selv. Det er jo bra.

S: Men selv han som du var med til, han ba jo om å få bundet opp denne treningsstrikken i døra på fredag, for da ville han trene armene sine i helgen. Og det har han gjort.

E: Så bra! Da har vi to, som driver på sånn. Ja, men det er jo bra. Det er jo kjempeartig!

S: Det er jo det

E: Da er det jo motivasjon der. Da har dem jo et ønske – en indre drive, tenker jeg til å komme noen vei. Da er det ikke bare det at vi dukker opp klokka ti for å trene.

Når rehabiliteringsteamet blir overrasket over brukere som trener på egenhånd, får jeg et inntrykk av at rehabiliteringsteamet er vant til at de må ta en større del av ansvaret enn hva man i utgangspunktet tillegger en assistentrolle. Wormnes og Manger kommenterer at det sammen med målene må defineres hva man må gjøre for å nå dem. Man må fordele ansvar. Det kan ikke bare være rehabiliteringsteamet som er ansvarlige for at målene nås. Rehabiliteringsteamet antyder overfor Oskar at han må være flink og trene på egenhånd, men de definerer ikke nærmere hva de forventer av ham. Wormnes og Manger påpeker at

tjenesteytere gjerne unngår å ta opp slike temaer fordi det kan sette brukeren i forlegenhet å antyde utilstrekkelighet hos ham (jf. 2.5).

Sykepleieren viser under intervjuet at hun har en bevissthet om å redusere sin egen makt for at brukeren skal myndiggjøres.

For vi må jo være sikre på at folk ikke blir engstelige på at de ikke skal få den hjelpen de har behov for. Fordi om de ikke er enige med oss. Jeg tror enkelte kan være redd for det også. Så jeg er veldig obs på det i det arbeidet her. Vi synes at vi er veldig hyggelige og greie og høflige og blide og ordentlige. Men vi kan nok oppleves som litt mer maktfaktor enn det vi selv tror.

Selv om rehabiliteringsideologien går ut fra at brukeren skal være den styrende parten for rehabiliteringen, er det ikke sikkert alle brukere klarer eller ønsker å ta så stort ansvar i begynnelsen (jf. 2.3). Oskar lar rehabiliteringsteamet styre samtalen, og han er opptatt av å oppfylle deres forventninger. Tidligere har jeg vært inne på at dette kan være uttrykk for dårlig mestringstro og et ytre attribusjonsmønster (jf. 4.1.3). Med henvisning til Conradi og Rand-Hendriksen, som påpeker at urealistiske mål hos brukeren vil være vanskelig for samarbeidet (jf. 2.3), kan man imidlertid se det som positivt for samarbeidsrelasjonen at brukeren er lydhør overfor fagpersonenes synspunkter. Oscar ser på rehabiliteringsteamets kompetanse som viktig, og ønsker muligens at de skal dele den med ham. Han vil at rehabiliteringsteamet skal antyde noe om hva de mener er realistisk, mens teamet velger å ikke begi seg inn på denne diskusjonen. Rehabiliteringsteamet påpeker at de må trekke seg tilbake for at brukeren skal ta mer styring over målsettingsprosessen. De står i et dilemma, fordi de vet at det er en fare for at brukeren konsekvent sier seg enig i deres uttalelser. Jo mer de tilsynegjør av sin egen forforståelse, desto vanskeligere blir det å finne ut Oskars egen forståelse. Derfor er de tilbakeholdne med å spille sin egen fagkunnskap inn i diskusjonen.

Jeg har tidligere påpekt at jeg ønsker å holde fast ved rehabilitering som diagnoseuavhengig, og jeg hadde en forforståelse om at det ikke spiller noen rolle i målsettingsprosessen hvilke av de tre faggruppene som deltar. Erfaringen fra mitt eget arbeid i rehabiliteringsteam har vært at fokuset i målsettingsarbeidet har vært temmelig likt uansett hvem fra de tre yrkesgruppene man følger. Jeg har tenkt at forskjellene kan være like individavhengige som profesjonsavhengige. Målsettingsmøtet mellom Oskar,

sykepleieren og ergoterapeuten antyder allikevel at profesjonsbakgrunnen styrer hva fagpersonene engasjerer seg i under samtalen med brukeren; forforståelsen styrer blikket (jf. 2.5). Jeg har allerede presentert sekvensen der Oskar forteller at han har blitt ”ustabil”. Sykepleierens videre spørsmål handler om seponering av medisiner og tretthet. Oskars initiativ kan tolkes på to forskjellige måter: enten handler det om dårlig nattesøvn, slik sykepleieren forstår, eller det handler om at Oskar har det følelsesmessig vanskelig. Sykepleierens utdannelse gjør at hun spør om sovemedisinering, mens en psykolog kanskje ville spurt mer om ”sinnet” som Oskar snakker om. Senere i samtalen er ergoterapeuten engasjert i spørsmål om hvilke tekniske hjelpemidler Oskar kan ha nytte av. Man kan stille spørsmålet om samtalen hadde blitt annerledes dersom fysioterapeuten hadde vært stede. Dersom vi ser på slagordet yrkesgruppene har valgt, hevder fysioterapien at ”bevegelse er liv”, mens ergoterapifaget er bygget rundt tanken om “aktivitet” som det meningsfulle for mennesket. Det kan tenkes at fysioterapeuten i større grad ville anerkjenne Oskars opptatthet av funksjonsforbedring. I grove trekk vil jeg si at rehabiliteringsteamet under målsettingssamtalen er ute etter praktiske ferdigheter som Oskar må beherske for å oppnå mål om deltakelse, og i liten grad er rettet mot å utforske Oskars følelser. Sett i lys av mestringsbegrepet slik det diskuteres av Lazarus og Folkman (1984) kan det se ut som rehabiliteringsteamet først og fremst er rettet mot å sette mål som handler om problembasert mestring, og i mindre grad er opptatt av de emosjonelle mestringsstrategiene (jf. 2.4). Som nevnt ovenfor, fremhever rehabiliteringsteamet at målsettingsprosessen kan hjelpe brukeren til å innse at han kan være fornøyd med livet selv om et bestemt mål ikke ble nådd. I dette arbeidet ser det imidlertid ut til at brukeren i stor grad er overlatt til seg selv, noe som jeg har antydnet kan ha sammenheng med profesjonsbakgrunnen til de ansatte i rehabiliteringsteamet.

5 AVSLUTNING

5.1 Studiens hovedfunn

Studiens hovedfunn er at intensjonen om at det er brukerne som skal sette målene for rehabiliteringsprosessen kan bryte sammen dersom fagpersoner og bruker har svært forskjellige utgangspunkt for samarbeidet, og problemer med å forstå hverandre. Ut fra

denne studien kan det se ut som brukerne lett kan oppleve målsettingsprosessen som en følelsesmessig vanskelig prosess. De er i en livssituasjon som de så fort som mulig vil ut av, men kampen om å få kontroll over livet igjen er preget av usikkerhet. Mange brukere kan oppleve at kroppen føles fremmed. Sett i lys av kroppsfenomenologien til Merleau-Ponty (1994) og Leder (1990), kan man tenke at kroppen fremtrer som et hinder for at personen kan gjøre det han eller hun ønsker å gjøre. Studien tyder på at målsettingsarbeidet vil være påvirket av brukers mestringstro, hvorvidt brukeren har en følelse av selv å kunne kontrollere hva som skjer, og evnen til å se seg selv i fremtiden. I tråd med Charmaz' (1990, 1991) syn på "tap av selv" som en vesentlig erfaring ved kronisk sykdom, kan det se ut som brukerne ofte opplever å ikke kunne fylle tidligere roller. I slike tilfeller kan vedkommende streve for å finne en ny identitet, noe som også kan gjøre det vanskeligere å sette mål. Studien ser ut til å synliggjøre at slike store endringer og usikkerhet gjør det vanskelig for brukeren å vurdere hva som vil være realistiske mål. Det kan være at brukeren ønsker å få hjelp av fagpersonene til å antyde hva det kan være realistisk å håpe på av fremgang. Så lenge brukeren er usikker på hva som er realistisk, kan han eller hun lett formulere mål som er lite spesifikke og målbare. Samtidig kan det virke som målsettingsprosessen kan fungere som en realitetsorientering for brukeren. Gjennom rehabiliteringsprosessen vil både målene og ambisjonene endres, og det kan hende at brukeren finner andre verdier enn de som gjaldt første gang målene ble nedsatt. Det kan se ut til at brukers ønsker og følelser gjerne kommer fram gjennom hint og narrativer, noe som krever en spesiell sensibilitet fra rehabiliteringspersonalets side.

Undersøkelsen synes også å peke på at tjenesteutøvere har en mer strategisk innfallsvinkel til målsettingsarbeidet, og i stor grad forholder seg til overordnede føringer, målsettingsteori og sin egen profesjons kompetanse. Ifølge definisjonen av rehabilitering skal fagutøverne gi "bistand til brukers egen innsats" i rehabiliteringsprosessen. I denne studien kan det se ut som brukermedvirkningssideologien fører til at rehabiliteringsteamet holder tilbake noe av sin fagkompetanse, for å ikke overstyre brukeren. Det kan se ut som målsettingprosessen vanskeliggjøres av denne tilbakeholdningen av tjenesteutøvernes synspunkter, fordi spriket i forståelse ikke kommer til overflaten, og metakommuniseres, men tjenesteutøverne forsøker å "gå rundt grøten" og bruke forskjellige spørsmålsstillinger

for at brukeren skal sette mål som “passer til” overordnede føringer, målsettingsteori og profesjonenes kompetanse.

Det kan med andre ord se ut som at målsettingsprosessen kan vanskeliggjøres av at brukerens følelser og kamp for kontroll over sitt eget liv møter fagpersonenes strategiske innfallsvinkel. Å oppnå en felles forståelse kan innebære en stor utfordring. Jeg mener derfor at studien synliggjør at målsettingsprosessen kan innebære større utfordringer enn hva man skulle tro ut fra litteraturens overfladiske behandling av temaet., og at studien derfor tar opp et viktig emne. Støtte for dette synspunktet kan jeg finne hos blant annet Parry (2004), som uttrykker målsettingsarbeidet som en kompleks interaksjonell prosess (jf. 1.1).

5.2 Hvilken betydning har disse funnene for praksis?

Det kan se ut som målsettingsarbeidet stopper opp når rehabiliteringsteamet og brukeren ikke oppnår forståelse for hverandre. Rehabiliteringsideologien fremhever at brukeren skal være mest mulig aktiv. Tjenesteyterne har meninger om hvordan et mål ideelt sett bør utformes, men ønsker å holde sine synspunkter tilbake for å ikke påvirke brukeren. De kan bli stående i et krysspress mellom brukeren, sin egen faglighet og overordnede føringer for rehabiliteringsarbeidet. Et spørsmål blir da om brukermedvirkningsideologien har ført til at tjenesteyterne trekker seg for langt tilbake. Det vil være viktig å reflektere over hvorvidt det er nødvendig å holde tilbake profesjonskunnskap for at brukerens forståelse og meninger skal komme fram. Ut fra denne undersøkelsen ser det imidlertid ut til at utforskning av brukerens syn på egen kropp, følelser, identitetsarbeid, mestringstro og syn på sin egen fremtid vil være viktig for at fagpersonene skal få et bilde av hva som er viktig for vedkommende. Ved å utforske hint og narrativer, og å inkludere følelser i rasjonalitetsbegrepet (jf. 2.4), kan tjenesteyterne innse hvilken betydning de nevnte perspektivene har for målsettingsprosessen. Dette kan gi innsikt til for eksempel å spørre brukeren om hvor viktig et mål er for ham eller henne, og hvordan han eller hun ser på mulighetene til å nå det. På denne måten er det kanskje mulig å få et bedre inntrykk av om det virkelig er brukerens mål som har kommet fram, og som rehabiliteringen styres etter.

LITTERATUR:

- Bredland, E. B., Linge O.A., & Vik, K. (2002): *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bærum Kommune (2002): *Inverstert tid gir resultater. Seksjon forebygging og rehabilitering*. Prosjekt HjemRehabilitering.
<https://www.baerum.kommune.no/Documents/Kommunehelse/Rehabilitering/03%2003%20prosjektrapport%20pdf.pdf>
- Charmaz, K. 1990: Discovering chronic illness: using Grounded Theory. *Soc. Sci. Med.* 30(11), 1161-1172.
- Charmaz, K. (1991): *Good Days, Bad Days*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Conradi, S. & Rand-Hendriksen, S. (2004): Funksjonshemming og rehabilitering – ideologi og virkelighet. I L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes (41-45)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Dalland, O. (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Drew, P. (1991): Asymmetries of knowledge in conversational interactions. I K. Foppa (Red.), *Asymmetries in dialogue (29-48)*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Duff, J., Evans, M. J. & Kennedy, P. (2004): *Goal Planning: a retrospective audit of rehabilitation process and outcome*. *Clinical Rehabilitation*, 18, 275-289.
- Eide, H. & Eide, T. (2007): *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). [s.l.]: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2001): *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fangen K.(2008): *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Finset, A. (2004): Kommunikasjon som en del av rehabiliteringsprosessen. I L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes (41-45)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001): Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001-06-28). Lokalisert 31. januar 2010 på Lovdata.
- Halstead, L. S. (2001): The Power of Compassion and Caring in Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 149-154.
- Haukedal (2005): *Arbeids- og lederpsykologi* (7. utg.). Oslo: J. W. Cappelens Forlag a.s.
- Heider, F. (1958): *The psychology of interpersonal relations*. Wiley: New York.
- Høium, K. (2005): Relasjoner mellom forsker – utforsket. I: Howe, A., Høium, K., Kvernmo, G. & Knutsen, I. R. (Red.). *Studenten som forsker i utdanning og yrke. Vitenskapelig tenkning og metodebruk (50-63)*. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus: Skrifts-serien.
- Jacobsen, D. I. (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2004): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Oslo: Abstrakt forlag as.
- Kvale, S. (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lawler J, Dowswell g, Hearn J, Forster A & Young, J.: Recovering from stroke: a qualitative investigation of the role of goal-setting in late stroke recovery. *J Adv Nurs* 1999, 30, 401-409.

- Lazarus, R. S. (1992): Coping with the stress of illness. I A. Kaplun (Red.), *Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a new quality of health* (11-29). WHO Regional Publications, European Series, 44.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leder, D. (1990): *The absent body*. Chicago: Chicago University Press.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E. G. (2005): *Naturalistic Inquiry*. London: Sage Publications.
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2008): Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (159-172). [s.l.] Studentlitteratur.
- Merleau-Ponty, M. (1994): *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag.
- Moffett, J. K. (2000): The physiotherapist as "enabler". *Phys. Ther. Rev.* 5, 75-77.
- Schaefer, K. M. (1995): Women living in paradox: loss and discovery in chronic illness. *Holistic Nursing Practise* 9(3), 63-74.
- Normann, T., Sandvin J. T. & Thommesen H. (2006): *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Normann, T. & Sandvin, J. T. (2001): *Om moderne rehabilitering – en start på dialogen mot en felles forståelse*. SKUR-notat nr. 10, 2001.
- Oliver, M. (1996): *Understanding Disability*. New York: St. Martin Press.
- Olsen, H. (2003): "Gode" kvalitative interview med "riktige" informanter? *Sosiologisk Tidsskrift*, 11(2), 123-153.
- Parry, R. H. (2004): Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clin Rehabil* 2004, 18, 668-682.
- Siegert, R. J. & Taylor, W. J., (2004): *Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. Disability & Rehabilitation*, 26(1), 1-8.
- St.meld. nr. 21 (1998-1999). (1998). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Struhkamp, R. (2004): Goals in Their Setting. A normative Analysis of Goal Setting in Physical Rehabilitation. *Health Care Analysis*, 12(2), 131-155.
- Thagaard, T. (2009): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thornquist, E. (2003a): *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thornquist, E. (2003b): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Tveitå, T. I.H. (2001): Å leve med benamputasjon. I E. Gjengedal & B.R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring* (129-138). Oslo: J. W. Cappelen Forlag a.s.
- Vik (2004): ICF – en felles modell og et felles språk i rehabilitering. I L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.). *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes* (57-62). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Wade, D.T. (1999a): Goal Planning i stroke rehabilitation: what? *Top Stroke Rehabil*, 6, 8-15.
- Wade, D.T. (1999b): Goal Planning in stroke rehabilitation: how? *Top Stroke Rehabil* 6:16-36.
- Wade, D. T. & DeJong, B. A. (2000): Recent advances in rehabilitation. *British Medical Journal*. 320(20),1385-1388.

- Wekre, L. L. & Vardeberg, K. (Red.). (2004): *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- World Health Organization (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health, Short Version*.
- Wormnes, B. & Manger, T. (2005): *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Wottrich W. A., Stenström, C. H., Engardt M., Tham K. & Von Koch (2004): *Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective. Disability & Rehabilitation, 26(20), 1198-1205.*
- Østensjø, S., Øyen, I., Fallang, B. (2008): Goal-oriented rehabilitation of preschoolers with cerebral palsy – a multi-case study of combined use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) and the Goal Attainment Scaling (GAS). *Developmental Neurorehabilitation, 11(4), 252-259.*

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Cathrine Arntzen
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 05.01.2010

Vår ref: 23233 / 2 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.12.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

23233

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Målsetting i rehabilitering

*Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Cathrine Arntzen
Mona Bjerke Jensen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

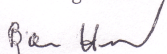
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

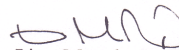
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Mona Bjerke Jensen, Grevlingstien 3, 2022 GJERDRUM

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svana@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

23233

Utvalget består av ca. 3 ansatte i et rehabiliteringsteam, samt en til tre brukere. Data samles inn via observasjon og gruppeintervju.

Førstegangskontakt med rehabiliteringsteamet skjer ved at prosjektleder tar direkte kontakt per telefon. Rehabiliteringsteamet oppretter førstegangskontakt og avtaler møtet med brukeren. Det gis skriftlig informasjon til utvalget, og innhentes muntlig eller skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivene som forelå 04.01.2010 tilfredsstillende, forutsatt at det gjøres følgende endring i informasjonsskrivet til de ansatte:

- Det må tilføyes at det er frivillig å delta i studien, at man når som helst underveis og uten å oppgi noen grunn kan trekke sitt samtykke til å delta i studien, samt at innsamlede opplysninger om vedkommende da anonymiseres.

Det behandles sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 pkt. 8 c.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2010 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (som f.eks. navn på arbeidssted/kommune) fjernes eller endres.

[Faded signatures and text]

[Faded text and lines]

[Faded text at the bottom of the page]

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”Rehabilitering i hjemmet”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke hvordan rehabiliteringsarbeid foregår i praksis. Undertegnede studerer ved Universitetet i Tromsø; master i klinisk nevrologisk fysioterapi. Jeg er spesielt opptatt av rehabilitering, og denne studien er min masteroppgave. Jeg ønsker å undersøke hjemmerehabilitering, og fordi du skal begynne å samarbeide med rehabiliteringsteamet i kommunen, får du denne henvendelsen. Jeg har kontaktet rehabiliteringsteamet og bedt dem forespørre den neste brukeren de skal samarbeide med – og som har samtykkekompetanse. Du er derfor ikke plukket ut på grunnlag av noen helseopplysninger, men alle klare og orienterte personer som får tjeneste av rehabiliteringsteamet vil være like egnet til å delta i undersøkelsen.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at undertegnede blir med rehabiliteringsteamet på den målsettingssamtalen de skal ha med deg . Jeg ønsker å undersøke på hvilken måte rehabiliteringsteamet møter deg, og hva dere snakker om. Med andre ord er det hvordan rehabiliteringsteamet arbeider som er fokus for mine undersøkelser. I etterkant vil jeg derfor intervjuere rehabiliteringsteamet om hva de legger vekt på når de treffer nye brukere. Jeg ønsker å ta opp det som blir sagt på lydbånd - både møtet hjemme hos deg – og intervjuet med rehabiliteringsteamet i etterkant. Jeg vil understreke at du får samme oppfølging av rehabiliteringsteamet uansett om du vil være med i undersøkelsen eller ikke.

Mulige fordeler og ulemper

Under det målsettingsmøtet mellom deg og rehabiliteringsteamet vil jeg være til stede. Jeg vil også komme noen minutter før rehabiliteringsteamet slik at jeg kan sette på plass

lydopptakeren og snakke litt med deg om hva som skal skje. Studien vil ikke innebære noen ekstra undersøkelser eller aktiviteter for deg, men vil innebære at jeg er tilstede som observatør – og dermed får vite det du forteller om din helsetilstand og livssituasjon. I intervjuet med rehabiliteringstemaet kan det også være at jeg får vite noen personopplysninger om deg. Jeg håper intervjuet skaper ny innsikt både for rehabiliteringsteamet og meg som forsker. Jeg håper derfor at undersøkelsen vil få positive konsekvenser for deg og andre brukere ved at rehabilitering blir belyst og gis oppmerksomhet.

Hva skjer med prøvene og informasjonen om deg?

Lydbåndopptakene fra observasjonen og intervjuet behandles konfidensielt, og vil lagres innelåst i et journalskap ved mitt arbeidssted i Skedsmo Kommune og merkes med forskningsprosjektets navn. Selv om det er rehabiliteringsteamets arbeid jeg skal undersøke, kan det hende at jeg for undersøkelsens del må gjengi noe av det du har sagt under samtalen. Du blir imidlertid anonymisert i oppgaven, slik at det bare vil være rehabiliteringsteamet og jeg som kan gjenkjenne deg. Lydopptakene vil makuleres og datamaterialet anonymiseres når oppgaven er bestått, innen 31.12.2010.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien, og innsamlede opplysninger om deg vil da anonymiseres. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg på telefon 951 51 969. Min veileder er Cathrine Arntzen, førsteamanuensis II, det helsevitenskapelige fakultet, universitetet i Tromsø.

Med vennlig hilsen

Mona Bjerke Jensen, fysioterapeut.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”Rehabilitering i hjemmet”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til de ansatte i rehabiliteringsteamet om å delta i en forskningsstudie for å undersøke hvordan rehabiliteringsarbeid foregår i praksis. Undertegnede studerer ved Universitetet i Tromsø; master i klinisk nevrologisk fysioterapi. Jeg er spesielt opptatt av rehabilitering, og denne studien er min masteroppgave. Jeg ønsker å undersøke hjemmerehabilitering, og derfor får dere denne henvendelsen. Dersom dere stiller dere velvillige til å bli med i prosjektet, ønsker jeg at dere forespør den neste brukeren dere skal samarbeide med – og som har samtykkekompetanse. Brukeren plukkes derfor ikke ut på grunnlag av helseopplysninger, men alle klare og orienterte personer som får tjeneste av rehabiliteringsteamet vil være like egnet til å delta i undersøkelsen.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at undertegnede blir med rehabiliteringsteamet på en målsettingssamtale dere skal ha med brukeren. Jeg ønsker å se hvordan møtet skjer i daglig praksis, og dere skal i størst mulig grad legge opp arbeidet slik dere vanligvis gjør. Jeg ønsker å undersøke på hvilken måte rehabiliteringsteamet møter brukeren, og hva dere snakker om. Med andre ord er det hvordan rehabiliteringsteamet arbeider som er fokus for mine undersøkelser. I etterkant vil jeg derfor intervjuere rehabiliteringsteamet om hva dere legger vekt på i målsettingsarbeidet. Jeg ønsker å ta opp det som blir sagt på lydbånd - både møtet hjemme hos brukeren – og intervjuet med rehabiliteringsteamet i etterkant.

Mulige fordeler og ulemper

Under målsettingsmøtet mellom rehabiliteringsteamet og brukeren vil jeg være til stede. Jeg vil komme noen minutter før rehabiliteringsteamet slik at jeg kan sette på plass lydopptakeren

og snakke litt med brukeren om hva som skal skje. Vedkommende signerer da på erklæringen om informert samtykke. Studien vil ikke innebære noen ekstra undersøkelser eller aktiviteter for brukeren, men vil innebære at jeg er tilstede som observatør – og dermed får vite det vedkommende forteller om sin helsetilstand og livssituasjon. I intervjuet med rehabiliteringsteamet vil jeg ikke være ute etter hva som er ”rett” eller ”galt”, men finne ut hvordan møtet med brukeren utspiller seg, og hvilke tanker rehabiliteringsteamet har om dette. Jeg håper intervjuet skaper ny innsikt både for rehabiliteringsteamet og meg som forsker. Jeg håper derfor at undersøkelsen vil få positive konsekvenser også for brukerne, ved at rehabilitering blir belyst og gis oppmerksomhet.

Hva skjer med prøvene og informasjonen om deg?

Lydbåndopptakene fra observasjonen og intervjuet behandles konfidensielt, og vil lagres innelåst i et journalskap ved mitt arbeidssted i Skedsmo Kommune og merkes med forskningsprosjektets navn. Både brukeren og rehabiliteringsteamet vil anonymiseres i oppgaven. Lydopptakene vil makuleres og datamaterialet anonymiseres når oppgaven er bestått, innen 31.12.2010.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien, og innsamlede opplysninger om deg vil da anonymiseres. Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg på telefon 951 51 969. Min veileder er Cathrine Arntzen, førsteamanuensis II, det helsevitenskapelige fakultet, universitetet i Tromsø.

Med vennlig hilsen

Mona Bjerke Jensen, fysioterapeut.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4

INTERVJUGUIDE

Jeg har sett igjennom filmen fra observasjonen av det første møtet mellom dere og bruker.

Der fant jeg noen interessante perspektiver som jeg ønsker å fordype meg i når jeg skal skrive masteroppgaven min.

Først lurer jeg på om dere vil si litt generelt om dette møtet vi var sammen om.

Hvilke forhold mener dere er fokus for det første møtet mellom rehabiliteringsteam og bruker?

Temaet for min oppgave er målsetting i rehabiliteringsarbeid. Hvilke tanker har dere rundt dette?

