



**MÅLSETTING OG EVALUERING
I REHABILITERING**

En kvalitativ intervjuundersøkelse
basert på fysioterapeuters erfaringer

Brita Fagernes Molund

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

Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet

07.05.2014

Antall ord: 22020

FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang prosess preget av forventninger, frustrasjoner og innbitt jobbing. Det har vært vanskelig å holde fokus på flere ting i en hektisk hverdag, og det har vært utfordrende å sjonglere mellom jobb, studier, oppgaveskriving og veiledning i klinikk. Da har det vært greit med klare målsetninger med gitte tidsrammer, og det er nå på tide å levere dette arbeidet videre for evaluering av måloppnåelse...

I prosessen er det flere som har bidratt. Takk til informantene som velvillig stilte opp til intervju, og som har bidratt med resultatene i studien. Ønsker også å takke veileder Gunn Kristin Øberg for gode innspill og oppmuntring i prosessen mot det ferdige arbeidet.

Retter videre en takk til arbeidsplassen min, Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad AS, for permisjoner under studiesamlinger. I tillegg takker jeg Fond for etter- og videreutdanning for økonomisk støtte til studiemateriell og reisevirksomhet.

Til slutt vil jeg takke Espen og Aurora for tilrettelegging på hjemmebane slik at studiet var mulig å gjennomføre, samt for enorm støtte og mange gode innspill i oppgaveskrivingen. Når stressnivået er høyt er det godt å ha tålmodige sjeler rundt seg.

Mai 2014

Brita Fagernes Molund

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Multipel Sklerose er en demyeliniserende nevrologisk sykdom som gjerne debuterer i 20-40 års alderen, og som har store individuelle variasjoner i symptombilde. Pasientgruppen har ofte behov for langvarig og sammensatt oppfølging av helsevesenet, og gis derfor tilbud om rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. I Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) er det presisert at *klare mål* skal utarbeides for rehabiliteringen. Målsetting blir generelt ansett som en viktig komponent i rehabilitering, både blant klinikere og i litteraturen. Målene bør evalueres og justeres i løpet av rehabiliteringsoppholdet, og dette kan gjøres på ulike måter. Egne erfaringer er at målsetting ofte kan oppleves som utfordrende i praksis.

Hensikt: Å få innsikt i fysioterapeuters erfaringer med målsetting- og evalueringsarbeid ved tidsavgrensede rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten for personer med Multipel Sklerose.

Metode: Studien er forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapstradisjon og semi-strukturerte intervjuer er valgt som metode. Utvalget er strategisk valgt og består av 4 fysioterapeuter med erfaring innen rehabilitering av personer med MS.

Kunnskapsbidrag: Studien viser at målsetting i rehabilitering kan ses på som en tverrfaglig prosess som involverer flere faggrupper, i tillegg til pasienten. Informantene erfarer at hovedmålet som regel ender på aktivitetsnivå relatert til ICF, og de opplever ofte et behov for mer særfaglige delmål i tillegg. Å skape eierskap til målene gjennom involvering, blir trukket fram som grunnlag for å fremme god motivasjon for å nå målene som settes. Prosessen mot å finne gode mål innebærer ofte en slags veiledning fra fagpersonene mot mål som har egenskaper relatert til SMART-akronymet. Informantene trekker fram evaluering som viktig, men det synes som om det vektlegges forskjellige elementer hos informantene ved valg av egnede evalueringsmåter. Det synes også som om brukermedvirkningen er mindre framtreddende i evaluering av mål enn hva som er tilfelle ved fastsettelse av mål.

Nøkkelord: Målsetting, rehabilitering, Multipel sklerose, evaluering, motivasjon.

ABSTRACT

Background: Multiple Sclerosis is a neurological disease mainly associated with demyelination of the nerve fibres, with onset between 20-40 years and significant individual variations in symptoms. People suffering from MS do often need long termed and complex health care services. Due to this, the patient group is offered rehabilitation stays at specialized rehabilitation institutions. In Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) it is stated that *clear goals* are to be developed in rehabilitation. Goal setting is generally regarded an important component of rehabilitation, both among clinicians and in the literature. Goals should be evaluated and calibrated during a rehabilitation stay, and this may be done in different ways. As a first hand experience, the process of goal setting is often felt challenging.

Purpose: To get insight into physiotherapists' experience with goal setting and evaluation for people suffering MS, who attend rehabilitation in the specialized health service.

Method: The study is anchored in a phenomenological hermeneutic tradition. The method used is semi-structured interviews, and the sample is strategic and consists of 4 physiotherapists being experienced in rehabilitation of people with MS.

Contribution of knowledge: This study indicates that goal setting in rehabilitation mainly is an interdisciplinary process involving different groups of health care professionals and the patient. The respondents report that the main goal generally is related to the activity level according to ICF, and they often feel a need to define more disciplinary specific sub goals as a supplement. Involvement of the patient in goal setting may create a feeling of ownership to the goals, which seem to be important to promote motivation for achieving the defined goals. The process towards well-working goals often involves an element of guidance of the patient by the health care professionals, towards goals that are defined within the directions of the SMART-acronym. The respondents also put forward evaluation of the goals as important, but different aspects are emphasized by the respondents according to how they choose to evaluate the goals. It might seem that the patients in lesser degree are involved in the process of evaluating goals, compared to the process of setting goals.

Key words: Goal setting, rehabilitation, multiple sclerosis, evaluation, motivation.

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 1.0 INNLEDNING | 7 |
| 1.1 Hensikt og problemstilling | 8 |
| 1.2 Oppbygning av oppgaven | 9 |
| 1.3 Begrepsavklaringer | 9 |
| 2.0 TEORI | 10 |
| 2.1 Multippel Sklerose | 10 |
| 2.2 Aspekter ved rehabilitering | 11 |
| 2.2.1 Overordnet om rehabilitering | 11 |
| 2.2.2 Brukermedvirkning | 12 |
| 2.3 Målsetting | 13 |
| 2.4 Motivasjon | 16 |
| 2.5 Aspekter ved kommunikasjon | 18 |
| 2.5.1 Kommunikasjonsteori | 18 |
| 2.5.2 Relasjoner og roller | 19 |
| 2.5.3 Relasjoner og makt | 20 |
| 2.6 Aspekter ved profesjonskunnskap | 21 |
| 3.0 METODE | 23 |
| 3.1 Vitenskapsteoretisk forankring | 23 |
| 3.2 Tilvirkning av data | 23 |
| 3.2.1 Valg av metode | 23 |
| 3.2.2 Utvalg | 24 |
| 3.2.3 Gjennomføring av intervjuer | 25 |
| 3.3 Analyse av datamaterialet | 26 |
| 3.3.1 Transkripsjon av intervjuene | 26 |
| 3.3.2 Analyse | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4 Metodekritikk | 28 |
| 3.4.1 Å forske i eget felt | 28 |
| 3.4.2 Utvalg | 29 |
| 3.4.3 Intervjusituasjonen | 29 |
| 3.4.4 Analysearbeidet | 31 |
| 3.5 Pålitelighet og gyldighet | 31 |
| 3.6 Etske betraktninger | 33 |
| | |
| 4.0 RESULTATER OG DISKUSJON | 34 |
| | |
| 4.1 Målsetting som prosess: Om tverrfaglighet, motivasjon og veiledning | 34 |
| 4.1.1 "Vi kan liksom jobbe samla, mot det samme målet": Tverrfaglig målsetting | 34 |
| 4.1.2 "Å finne gnisten til personen": Eierskap og motivasjon | 39 |
| 4.1.3 "Hjelp til å se muligheter og til å definere det som er vanskelig": Veiledning gjennom dialog | 44 |
| 4.2 Bekreftelse gjennom evaluering: Om endring, systematikk og standardisering | 51 |
| 4.2.1 "Vi må jo vise at vi gjør noe": Å synliggjøre endring | 51 |
| 4.2.2 "Vi diskuterer veldig mye hva vi får ut av disse testene": Systematikk og standardisering | 55 |
| | |
| 5.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR | 62 |
| | |
| REFERANSELISTE | 64 |
| | |
| VEDLEGG | |
| | |
| Vedlegg 1: Godkjenning fra Personvernombudet for forskning (NSD) | |
| Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema | |
| Vedlegg 3: Intervjuguide | |
| Vedlegg 4: Utdrag fra matrise | |
| Vedlegg 5: Kategorisering | |

1.0 INNLEDNING

Multipel sklerose (MS) er en kronisk, inflammatorisk og demyeliniserende sykdom i sentralnervesystemet som rammer unge mennesker, med debutalder gjerne mellom 20-40 år. Omtrent 7000 personer har MS i Norge, og det diagnostiseres rundt 300 nye tilfeller hvert år. Sykdommen har et variabelt og uforutsigbart forløp og kan ramme ulike deler av sentralnervesystemet, hvilket innebærer at både motoriske, sensoriske og kognitive symptomer kan oppstå (Gjerstad, Helseth, Rootwelt, Dietrichs, & Enström, 2010). Dette kan gi seg utslag i ulike utfordringer knyttet til dagliglivets aktiviteter for den enkelte. Målrettet rehabilitering kan imidlertid bidra til bedre mestring av disse utfordringene, og dette er derfor en pasientgruppe som tilbys tidsavgrensede rehabiliteringsopphold på sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner som er tilknyttet spesialisthelsetjenesten.

I Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) er det spesifisert at rehabilitering skal være en tidsavgrenset prosess med *klare mål*, med den hensikt at pasienten skal oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Målsetting blir generelt ansett som en viktig komponent i rehabilitering (Scobbie, Wyke, & Dixon, 2009; Stokes, 2012; Struhkamp, 2004; Wade, 2009). Struhkamp (2004) påpeker imidlertid at målsetting ikke nødvendigvis er så enkelt i praksis. Dette sammenfaller med egne erfaringer som fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten, hvor det å finne gode mål kan være vanskelig ved degenerative nevrologiske sykdommer som MS. Struhkamp (2004) understreker at det er visse utfordringer knyttet til målsettingsprosessen: Målene skal settes framover i tid, målene utarbeides som regel for å gjelde i helt andre omgivelser enn på sykehuset eller institusjonen og pasienten bør involveres i målsettingsarbeidet.

Det finnes mange studier som har sett på målsettingsarbeid innen rehabilitering. Levack, Dean, Siegert, og McPherson (2006) identifiserte fire hovedformål med å sette mål for rehabiliteringen: Oppnå framgang hos pasienten, forsterke pasientens autonomi, kunne evaluere resultatene og som nødvendighet i forhold til krav utenfra (anbud, kontrakter, myndigheter). Wade (2009) hevder at målsettingsprosessen skal bidra til å motivere pasienten og de som jobber rundt pasienten, hjelpe til med å koordinere aktiviteter og tiltak, sikre at alle viktige mål indentifiseres, samt være en kontrollfunksjon for å kunne avdekke ineffektive tiltak slik at endringer kan iverksettes. W. M. Levack et al. (2006) rapporterer at det er begrenset evidens på at mål kan forbedre pasientens egen oppfølging av behandlingsregimet,

og sterk evidens på at spesifikke og krevende mål kan forbedre pasientens ytelse i behandlingen.

Hvorvidt de spesifiserte målene nås, vil kunne være med på å si noe om effekten av rehabiliteringen. Målene bør evalueres, og eventuelt justeres, underveis og ved avslutning av rehabiliteringen. Dette kan skje gjennom pasientens subjektive opplevelse av måloppnåelse, via observasjoner og klinisk skjønn fra de som har bidratt i rehabiliteringen eller gjennom mer standardiserte evalueringer (Finch, 2002). I følge Muren (2006) har fysioterapeuter i Norge som jobber med personer med nevrologiske sykdommer tradisjonelt vært tilbakeholdne med å evaluere og måle egen praksis, i hovedsak på grunn av utfordringer med å finne måleredskaper som omfavner alle aspekter ved pasienten. Som følge av økte krav til kunnskapsbasert praksis, er det i fysioterapifaget nå blitt mer fokus på å kunne gi målbare og objektive tall på effekt av behandling enn tidligere (Muren, 2006). Det er derfor utviklet en rekke standardiserte måleredskaper for fysioterapi, med hensikt å kunne måle endring i funksjon. Imidlertid påpeker Paltamaa, West, Sarasoja, Wikström, og Mälkiä (2005) at det kan være vanskelig å finne et egnet sett med standardiserte måleredskaper for personer med MS fordi symptomene varierer sterkt fra individ til individ.

På bakgrunn av litteraturen på feltet og egne erfaringer med målsetting, retter min undring derfor søkelyset mot hva som finnes av erfaring i utarbeidelse av mål for personer med MS, og det er interessant å undersøke om og hvordan mål settes i praksis og hvordan fysioterapeuter velger å evaluere status i forhold til måloppnåelse.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få innsikt i hva slags erfaringer fysioterapeuter har med målsettings- og evalueringsarbeid for personer med MS som deltar på tidsavgrensede rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Fokuset er spesielt rettet mot erfaringer omkring målsetting og hvordan evaluering av måloppnåelse skjer, og gjennom dette søker en å frambringe ny kunnskap som kan videreføre fysioterapifaget. Følgende forskerspørsmål for studien er valgt:

«Hva slags erfaringer har fysioterapeuter med å fastsette mål og evaluere måloppnåelse under rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten for personer med Multippel Sklerose, og hvordan kan disse erfaringene forstås?»

1.2 Oppbygning av oppgaven

Den videre oppbygningen av oppgaven vil være som følgende:

- I kapittel 2 presenteres den teoretiske referanserammen for studien. Her vil diagnosespesifikk kunnskap om MS og aspekter ved rehabilitering, målsetting, motivasjon, kommunikasjon og profesjonskunnskap bli omtalt.
- I kapittel 3 refereres vitenskapsteoretisk forankring, valg av forskningsmetode og studiens framgangsmåte. Deretter følger metodekritikk og betraktninger omkring studiens pålitelighet og gyldighet, samt etiske overveielser.
- I kapittel 4 presenteres resultatene som framkom i studien med en påfølgende diskusjon av resultatene opp mot aktuell teori.
- I kapittel 5 oppsummeres resultatene og studiens relevans til fagfeltet belyses. Avslutningsvis pekes det på områder som anses relevant for videre forskning.

1.3 Begrepsavklaringer

Begrepene *bruker* og *pasient* blir sett på som likestilte begreper. I hovedsak benyttes begrepet *pasient* gjennomgående i oppgaven.

Begrepene *mål* og *målsetning* vil brukes synonymt, og menes her en klart formulert tanke om en ønsket framtidig tilstand som et individ planlegger å oppnå (Wade, 2009).

Begrepet *målsetting* handler om prosessen å sette mål.

Forkortelser som er brukt i oppgaven:

MS - Multippel Sklerose

ADL - Aktiviteter i dagliglivet

2.0 TEORI

I dette kapittelet presenteres den teoretiske referanserammen for studien, som omfatter diagnosespesifikk kunnskap om MS, i tillegg til aspekter ved rehabilitering, målsetting, motivasjon, kommunikasjon og profesjonskunnskap. Elementene i kapittelet er valgt ut på bakgrunn av forskerspørsmålet, og har videre blitt justert ut fra de empiriske resultatene som framkom i studien.

2.1 Multippel Sklerose

Multippel Sklerose (MS) er en autoimmun sykdom hvor det skjer en demyelinisering av nervefibrene og tap av aksoner på grunn av inflammasjoner i sentralnervesystemet. Dette gir seg utslag i nedsatt ledningsevne i nervefibrene. Inflammasjonene kan oppstå i ulike deler av sentralnervesystemet, noe som gir et svært variabelt symptombilde. Vanlige symptomer er synsforstyrrelser, sensoriske og motoriske forstyrrelser, problemer med blære- og tarmfunksjonen, kognitive symptomer og fatigue (Gjerstad et al., 2010).

Det finnes to hovedtyper MS, hvor attackkvis MS (relapsing-remitting MS) er den vanligste og rammer i 80-90 % av tilfellene (Gjerstad et al., 2010). Attackkvis MS kjennetegnes av gjentatte angrep (relaps) som gir seg utslag i symptomer og neurologiske utfall i ulike deler av sentralnervesystemet, med varierende grad av tilbakegang av symptomer (remisjon). Remisjonen skyldes i hovedsak at det skjer en remyelinisering av nervefibrene (Stokes, 2012). I tidlig fase forsvinner symptomene ofte helt eller delvis i løpet av uker til måneder, men er som regel etterfulgt av nye angrep etter en tid. Sykdommen er derfor uforutsigbar, og omtrent halvparten av pasientene med attackkvis MS vil utvikle sekundær progressiv MS i løpet av 15-20 år. Primær progressiv MS er den andre hovedtypen og utgjør de resterende 10-20 % av tilfellene. Primær progressiv MS kjennetegnes av manglende remisjon og en jevn progresjon av symptomer fra debut av sykdommen (Gjerstad et al., 2010).

Det vil være store individuelle variasjoner i symptomer og funksjon ut fra hvilken type MS den enkelte har og hvor i sentralnervesystemet lesjonene sitter. Årsaken til sykdommen er ukjent, men det antas at både miljømessige og genetiske faktorer spiller inn. MS har som regel et progredierende forløp, og det finnes per i dag ingen kurativ behandling for sykdommen (Gjerstad et al., 2010), noe som vil gi behov for livslang og sammensatt

oppfølging av helsetjenesten. Siden sykdommen som regel rammer i tidlig voksen alder, vil personer med MS måtte lære seg å leve med sykdommen og mestre den best mulig gjennom de ulike fasene i livet.

2.2 Aspekter ved rehabilitering

2.2.1 Overordnet om rehabilitering

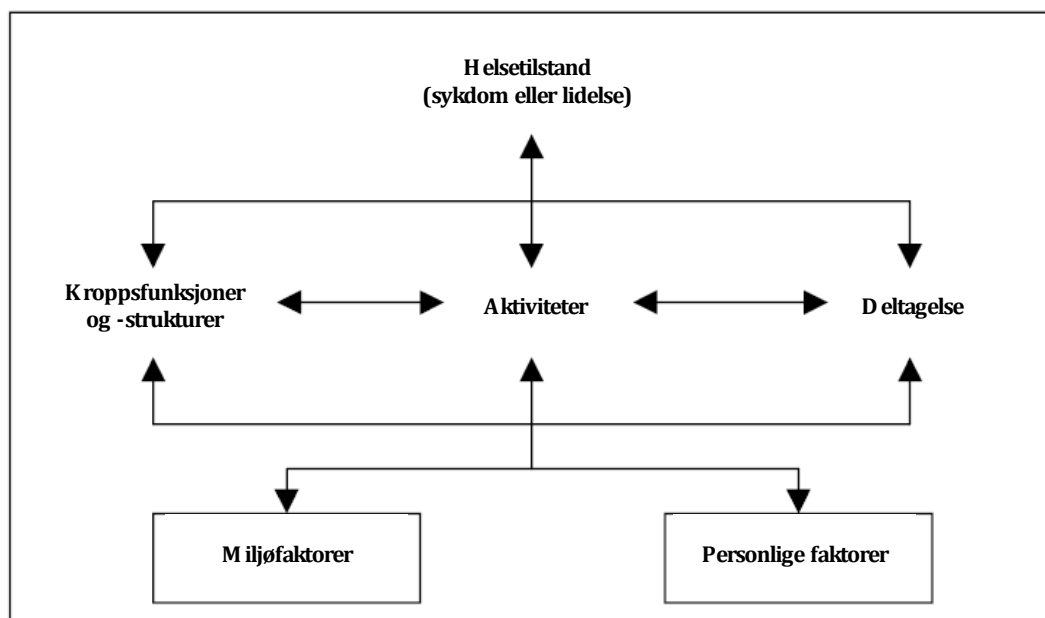
Personer med Multippel Sklerose tilbys rehabilitering både i førstelinjetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten er tilbudet fordelt mellom rehabiliteringsavdelinger ved offentlige sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner. Forskrift om habilitering og rehabilitering definerer rehabilitering som:

Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, 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, 2011, kapittel 2, § 3).

Definisjonen slår tydelig fast at rehabilitering skal innebære samarbeid, involvering av pasienten, klare mål og en nytteverdi ut mot pasientens hverdag. Aktørene rundt pasienten skal støtte opp og gi relevant og nødvendig bistand, slik at pasienten gjennom aktiv deltakelse kan nå de målene som er satt. For at denne bistanden ikke skal oppleves som oppdelt og tilfeldig, er det derfor viktig med god koordinering og tverrfaglig samarbeid mellom pasient, pårørende og de ulike faggruppene rundt pasienten (Normann, Sandvin, & Thommesen, 2013).

Organiseringen av dette samarbeidet vil være ulikt fra arbeidsplass til arbeidsplass. Lauvås og Lauvås (2004) sier at samarbeid mellom profesjoner kan organiseres på ulike måter, fra flerfaglig samarbeid som det ene ytterpunktet til tverrfaglig samarbeid som det andre. Flerfaglig samarbeid (multidisiplinary) kjennetegnes ved at ulike yrkesgrupper bidrar med sine fagspesifikke bidrag, men uten å sammen bidra i problemløsing, målsetting og samordning av aktiviteter. Ved tverrfaglig samarbeid (interdisciplinary) spesifiseres imidlertid felles mål for teamet gjennom aktiv innsats av de involverte, samtidig som hver yrkesgruppe bidrar med sin spesialkompetanse inn i det tverrfaglige samarbeidet (Lauvås & Lauvås, 2004).

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) blir ansett som et nyttig rammeverktøy innen rehabilitering, hvor helse og funksjon skal vurderes i en bredere sammenheng enn kun som sykdom isolert sett (KITH, 2004). Verktøyet ble presentert av Verdens helseorganisasjon i 2002, og er ment til bruk i kartlegging, målsetting og utarbeidelse av tiltak (Pran, 2007). ICF ser på menneskets funksjon i samspill med omgivelsene, og modellen fremhever at kroppen er sammensatt ved at helsetilstand, funksjonsevne og miljøfaktorer innvirker på hverandre. Den inndeler funksjonsbegrepet i tre kategorier: Kroppsfunksjoner, aktivitet og deltakelse. I modellen synliggjøres både helsefaktorer, som kan være knyttet til enhver side av menneskers helsetilstand, og helserelaterte faktorer, som vil si sosiale eller fysiske forhold som kan påvirke helsefaktorene (KITH, 2004). Dette illustreres i figur 1.



Figur 1: ICF som rammeverktøy innen rehabilitering (KITH, 2004)

2.2.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan defineres som: *”En relasjon mellom tjenestemottakere og tjenesteutøvere, der den som mottar helse- og/eller sosialtjenester involveres, deltar aktivt og har innflytelse på beslutninger som angår egen helse og velferd”* (Hanssen, Humerfelt, Kjellebold, Norheim, & Sommerseth, 2010, s 33). Brukermedvirkning er en formell rettighet som skal ivareta pasientene, og er nedfelt i ulike lovverk som både førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten må forholde seg til. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, kapittel

3, § 3.1) slår fast at pasienter som mottar helsehjelp har rett til å medvirke. Også Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, kapittel 2, § 4), påpeker at pasienten har rett til medvirkning ved gjennomføring av rehabiliteringstilbud. Her er det videre spesifisert at med gjennomføring menes både planlegging, utforming, utøving og evaluering av rehabiliteringen.

Brukermedvirkning begrunnes både med henvisning til demokratiske prinsipper og som redskap for å bedre kvalitet og effektivitet (Lauvås & Lauvås, 2004). Formålet med brukermedvirkning er å utvide kunnskapsgrunnlaget for beslutninger og handlinger, i tillegg til å sikre innflytelse til pasienten. Gjennom medvirkning anerkjennes pasientens meninger, erfaringer og kunnskap som verdifulle og som en ressurs i møtet med helsevesenet (Lauvås & Lauvås, 2004). Det bærende prinsippet skal være at pasienten selv skal bestemme over egen deltakelse. Dette står dermed i kontrast til en paternalistisk tankegang, som i medisinsk sammenheng vil innebære at helsepersonellet bestemmer hva som er best for pasienten og tar alle avgjørelser på vegne av pasienten (Beauchamp & Childress, 2009).

Kravet til pasientens medvirkning må stå i forhold til de personlige og helsemessige ressursene til den enkelte. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse på grunn av lav alder, kognitiv svikt eller alvorlig sykdom, har pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kapittel 3, § 3.1). Evnen til brukermedvirkningen kan endre seg over tid, som følge av endring i mestringsevne hos brukeren.

2.3 Målsetting

I definisjonen av rehabilitering er det et uttalt krav at *klare mål* skal spesifiseres for den enkelte pasient. Det er i tillegg kommentert under merknader i Forskrift om habilitering og rehabilitering at *”det bør legges spesiell vekt på at det avsettes tid til å få fram brukerens egne mål”* (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, merknad til § 5). Lovverket legger dermed sterke føringer på at målsetting skal inngå som en del av rehabiliteringsprosessen. Målsetting i rehabilitering kan forstås som en prosess der pasient og fagperson(er) går i dialog for å fastsette eller forhandle fram mål for den enkelte pasients rehabilitering (Playford, Siegert, Levack, & Freeman, 2009).

Målsetting blir ansett som viktig innenfor flere felt enn rehabilitering, og er utbredt i idrettssammenheng og i arbeidslivet. Mål bidrar til å fokusere individets oppmerksomhet mot forskjellen mellom nåværende situasjon og en ønsket eller ideell situasjon (Reeve, 2009). Hensikten med å sette mål er å styre handlingene i en bestemt retning, samt å skape motivasjon til innsats over tid (Reeve, 2009). Målsetting i rehabilitering blir sett på som et verktøy for å oppnå pasientfokusert behandling, gjennom å gi pasienten muligheter til medvirkning i identifisering av problemer, prioritering av mål og i evaluering av måloppnåelse. Målsetting er også vurdert til å øke pasientenes motivasjon for rehabilitering, og til å kunne bidra til bedre utnyttelse av behandlingstiden (Sugavanam, Mead, Bulley, Donaghy, & van Wijck, 2013).

Wade (2009) peker på at målsetting i rehabilitering omhandler to aspekter: For det første er et mål en *tenkt framtid*, som vanligvis involverer en endring fra nåværende situasjon eller tilstand. I tillegg refererer et mål til *tenkte handlinger* som skal skje i rehabiliteringen. Det vil si at et mål skal være et potensielt resultat av ulike tiltak og ikke kun en predikasjon av framtiden. Wade (2009) beskriver stegene i en målsettingsprosess til først å identifisere hvilke mål som er viktige og betydningsfulle for pasienten, for deretter å finne ut hvilke endringer som er mulige eller realistiske, hvilke tiltak som må settes inn for å oppnå målet og hvor sannsynlig måloppnåelse vil være. Ved bruk av ICF som rammeverk kan mål spesifiseres på ulike nivåer (Wade, 2009), relatert til kroppsstrukturer (øke muskelstyrke), aktivitet (gå til postkassen) og deltakelse (fungere i jobb).

Det teoretiske grunnlaget for målsetting innen rehabilitering er basert på teori fra fagområder som psykologi og organisasjonslære (Wade, 2009). I en systematisk oversiktsartikkel av Scobbie et al. (2009) refereres det til flere teorier innenfor psykologien som omhandler endring av atferd, og som kan være anvendbare i målsettingsprosessen i rehabilitering. Jeg velger å gå kort inn på to av teoriene fra artikkelen: Målsettingsteori (goal setting theory) og sosial kognitiv teori (social cognitive theory).

Hovedbudskapet i målsettingsteori, basert på Locke og Latham (2002), er at målene bør være spesifikke og vanskelige å oppnå for å gi best mulig utbytte. Teorien sier at spesifikke mål gir større innflytelse på prestasjonen enn vage mål som ”gjør ditt beste” eller ”bli bedre”. I tillegg vil mål som oppleves som utfordrende for den enkelte, bidra til å øke ytelsen til

vedkommende. Målsettingsteori slår fast at mål skaper oppmerksomhet og ytelse, maksimerer utholdenheten og skaper problemløsning i forhold til målet som er satt (Locke & Latham, 2002). I følge denne teorien er det flere faktorer som innvirker på effekten av målsetting for den enkelte: Opplevelsen av viktighet av målet internt hos personen eller eksternt, oppgavens vanskelighetsgrad, personens mestringstro og hvilken type tilbakemelding som gis. Playford et al. (2009) mener imidlertid at teorien har begrenset overføringsverdi til rehabiliteringsfeltet fordi den er i konflikt med det kliniskere innen rehabilitering generelt oppfatter som viktig, herunder oppfatningen om at målene bør være oppnåelige, realistiske og indre motiverte hos pasienten. Reeve (2009) er også inne på dette ved å hevde at målsettingsteori i hovedsak handler om å forbedre ytelsen til de involverte, og at den tar lite hensyn til motivasjonsaspektet ved målsetting.

Innenfor sosial kognitiv terapi er troen på egen mestring (self-efficacy) sentralt. Mestringstro handler om tilliten til egen evne til å oppnå et ønsket mål, og kan ses på som menneskets tanker om påvirkningskraft eller innflytelse på eget liv (Scobbie et al., 2009). I følge Bandura (1993) vil individets mestringstro ha innvirkning i en målsettingsprosess, både i forhold til hvilke mål som settes, hvor mye anstrengelse som legges ned for å oppnå målet og i hvor stor grad motgang vil tolereres. Grad av mestringstro hos den enkelte er i hovedsak basert på tidligere erfaringer med tilsvarende utfordringer. Tidligere opplevelser av mestring vil øke troen på ny mestring, mens erfaringer med å mislykkes vil gi motsatt effekt. Situasjoner eller aktiviteter hvor forventningene er høyere enn troen på å kunne mestre, vil mennesket aktivt forsøke å unngå (Bandura, 1993). Basert på Bandura (1993) vil lav mestringstro gi liten oppmuntring til å handle, mens sterk mestringstro vil gjøre at en søker å sette seg høye mål og følge disse opp, og samtidig gjøre en robust nok til å fortsette å strebe mot måloppnåelse selv om en mislykkes eller opplever tilbakegang.

En tilnærming til målsettingsprosessen er å gjøre nytte av SMART-akronymet i formuleringen av mål. Det er stor variasjon i hvilke ord som assosieres med de ulike bokstavene i SMART (Wade, 2009), men jeg velger å forholde meg til samme betydning som Playford et al. (2009) viser til: Specific (spesifikt), Measureable (målbart), Achievable (oppnåelig), Relevant (relevant) og Time-limited (tidsavgrenset). SMART-akronymet blir sett på som et verktøy i formulering av mål, og anvendelse av dette verktøyet vil kunne bidra til at målene formuleres på en slik måte at de vil være mulige å evaluere innenfor en gitt tidsramme (Bovend'Eerd, Botell, & Wade, 2009).

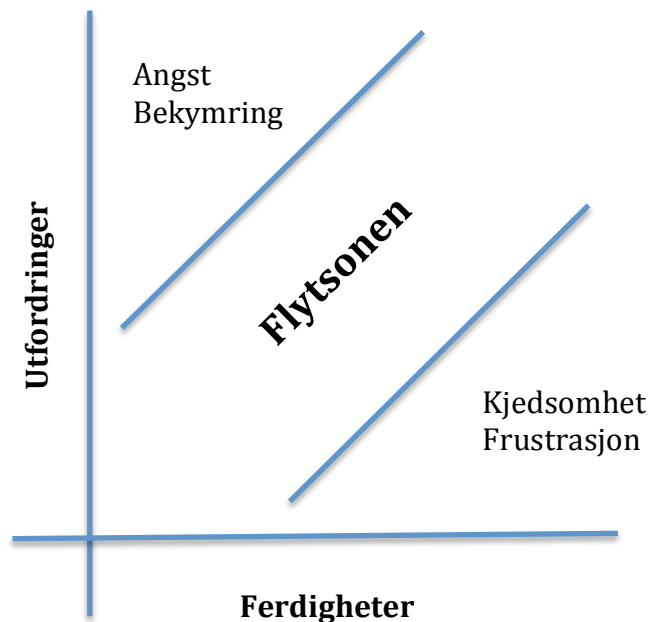
2.4 Motivasjon

Mål og motivasjon er tett forbundet (Siegert & Taylor, 2004). Begrepet motivasjon stammer fra det latinske ordet *movere* som betyr å bevege, og brukes om drivkraften bak en handling (Håkonsen, 2009; Normann et al., 2013). Motivasjon kan defineres som ”*et samlebegrep for alle de krefter som setter i gang, vedlikeholder og gir retning til handlinger*” (Håkonsen, 2009, s 88). Motivasjon kan videre deles inn i ytre motivasjon og indre motivasjon. Ytre motiverte handlinger er når en person gjør noe som er forventet av vedkommende eller når handlingene utføres for å motta en eller annen form for belønning. Indre motiverte handlinger er handlinger som gjøres for sin egen del og der personen ikke har til hensikt å oppnå noe annet enn at selve handlingen utføres. En kan dermed si at indre motiverte handlinger er handlinger som belønner personen selv (Håkonsen, 2009; Reeve, 2009).

En sentral teori i forhold til motivasjon er selvbestemmelsesteorien til Deci og Ryan (1985). Denne teorien tar utgangspunkt i at mennesker er aktive og selvrettede organismer som har tre fundamentale menneskelige behov: Autonomi, kompetanse og et ønske om å skape relasjoner til andre mennesker. Autonomi vil si å kunne bestemme over egne handlinger. Kompetanse handler om opplevelsen av å få til noe, altså opplevelsen av å mestre. Det relasjonelle omhandler å skape sosiale bånd og knytte seg til andre mennesker. Oppfyllelse av disse tre basisbehovene blir innenfor denne teorien sett på som det som ligger bak meninger og hensikter ved våre handlinger (Deci & Ryan, 2000). Teorien legger til grunn at mennesket av natur er målorientert, og at måloppnåelse vil ha følelsesmessige konsekvenser for den enkelte. Teorien kobler dermed motivasjon, mål og følelser tett opp mot hverandre. Ryan og Deci (2000) sier at en opplevelse av kompetanse i en gitt handling vil kunne føre til en indre motivasjon til å fortsette handlingen, så fremst handlingen er indre motivert fra starten av. Samtidig må det være en følelse av selvbestemmelse i handlingen for at indre motivasjon skal skapes (Ryan & Deci, 2000).

Flyt-teorien, utviklet av Mihaly Csikszentmihalyi på 1970-tallet, søker også å forklare indre motivasjon, og er nært knyttet opp mot kompetansebegrepet i Deci og Ryans selvbestemmelsesteori (Reeve, 2009). Teorien fokuserer på en spesifikk subjektiv opplevelse kalt *flyt*. Flyt betegnes som en tilstand av konsentrasjon som gir sterk involvering i en aktivitet, slik at aktiviteten oppleves som en belønning i seg selv. I henhold til denne teorien vil opplevelsen av flyt være avhengig av to faktorer: Individets ferdighetsnivå innenfor det

gitte området og kravene som oppgaven stiller til individet (se figur 2). I henhold til teorien søker mennesket å oppleve flyt, det vil si optimale utfordringer som står i forhold til den enkeltes kompetanse eller ferdigheter. Opplevelsen av flyt hevdes å virke sterkt inn på menneskets indre motivasjon (Reeve, 2009).



Figur 2: Flyt-modellen (fritt etter Csikszentmihaily (1975), referert i Reeve, 2009, s 156)

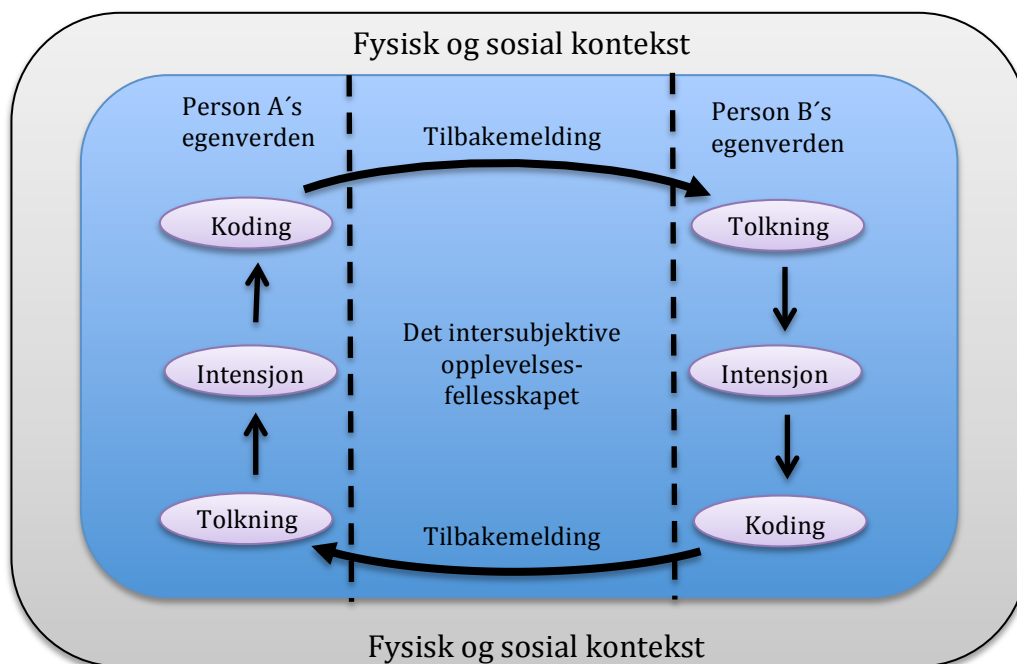
Tilbakemelding (feedback) blir ansett som sentralt for å opprettholde motivasjonen mot et mål (Reeve, 2009). Uten tilbakemelding vil anstrengelsene en gjør føles mindre viktige. Mål, motivasjon og tilbakemelding knyttes sammen gjennom at det er behov for tilbakemelding for å kunne avgjøre progresjonen i forhold til et gitt mål, samtidig som det gitte målet tjener som referansepunkt for tilbakemeldingen (Reeve, 2009). I følge Reeve (2009) vil tilbakemelding innvirke på den emosjonelle tilstanden til den enkelte, som igjen vil ha betydning for motivasjonen. Positiv tilbakemelding om måloppnåelse vil bidra til at en kanskje ønsker å sette seg nye og høyere mål. Hvis tilbakemeldingen i stedet er negativ, vil det synliggjøres et sprik mellom prestasjon og mål. Dette vil kunne motivere til økt innsats for å redusere spriket (Reeve, 2009), men dersom forskjellen mellom prestasjon og mål er for stor, vil dette i stedet kunne føre til at personen opplever frustrasjon og mister motivasjonen for å fortsette (Locke, 1996).

2.5 Aspekter ved kommunikasjon

2.5.1 Kommunikasjonsteori

Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr "å gjøre felles" (Røkenes & Hanssen, 2006, s 193). I all samhandling mellom pasient og helsepersonell vil det foregå kommunikasjon, og i målsettingsarbeid vil kommunikasjonen som utspiller seg være sentral både når det gjelder utforming av mål, ved tilbakemelding i forhold til progresjon og ved evaluering av måloppnåelse. Kommunikasjonen kan være både verbal og non-verbal, og vil alltid måtte ses utfra konteksten den foregår i.

Kommunikasjon ble tidligere sett på som en lineær prosess, hvor budskapet gikk fra sender til mottaker(e) som igjen responderte på budskapet (Røkenes & Hanssen, 2006; Thornquist, 2009). Denne modellen er imidlertid en forenkling av den kompleksiteten som kommunikasjon mellom mennesker innebærer. Nyere teorier ser i stedet på kommunikasjon som en sirkulær prosess hvor samhandling står sentralt (Røkenes & Hanssen, 2006). Dette innebærer at partene som kommuniserer er en del av et samspill der de hele tiden gir hverandre tilbakemeldinger. Kommunikasjonen pågår dermed kontinuerlig, gjennom det som sies og ikke sies, personenes kroppsspråk og deres handlinger. Det vil si at alle partene både er sendere og mottakere til en hver tid, og dermed aktive i samhandlingen (Jensen & Ulleberg, 2011; Thornquist, 2009). Figur 3 illustrerer en slik sirkulær kommunikasjonsmodell.



Figur 3: Sirkulær kommunikasjonsmodell (fritt etter Røkenes & Hanssen, 2006, s 196)

Som det utgår av figuren blir alle budskap kodet og tolket. Kodingen fra sender skjer på bakgrunn av en bestemt intensjon eller hensikt med budskapet ut fra den meningskonteksten som er kjent for personen. Kodingen skjer blant annet gjennom valg av ord, måten budskapet formuleres på, tonefall og kroppsspråk. På samme måte vil tolkningen av budskapet skje på bakgrunn av forforståelsen og meningskonteksten til den som tolker. I dette ligger det at det ikke nødvendigvis alltid vil være et samsvar mellom det opprinnelige budskapet fra person A og det tolkede budskapet til person B. Koding og tolkning skjer i en sirkulær prosess, hvor person A handler på grunnlag av sin tolkning av atferden til person B, og motsatt (Røkenes & Hanssen, 2006).

2.5.2 Relasjoner og roller

All kommunikasjon har et innholdsaspekt gjennom det vi formidler, altså i form av budskapet som sendes. Samtidig har kommunikasjonen også et rolle- eller relasjonsaspekt, som sier noe om hvordan den enkelte ser seg selv i relasjon til de(n) andre i situasjonen (Thornquist, 2009). En rolle er et sett av normer og forventinger om hva man skal gjøre og hvordan man skal oppføre seg når man er i en bestemt sosial posisjon (Repstad, 2004). Rollene formes og påvirkes av skiftende sosiale situasjoner, samtidig som rolleutformingene skjer innenfor visse rammer (Thornquist, 2009). En kan for eksempel ha rollene som forelder og samboer hjemme og rollene som fysioterapeut og arbeidskollega på jobb. Mange roller er definert i forhold til hverandre, såkalte komplementære roller, hvor gjensidige forventninger styrer relasjonen (Repstad, 2004). Relasjonen pasient-fysioterapeut er eksempler på slike komplementære roller. I en samtale vil relasjonen mellom partene danne grunnlaget for kommunikasjonen som utspiller seg.

Sosial interaksjon alltid vil foregå i en bestemt situasjon innenfor visse rammer gitt av samfunnet. Disse rammene bidrar til å definere situasjonen og hjelper partene til å avgjøre hvilke regler som gjelder i interaksjonen. Rammen vil forplikte partene til en viss væremåte gjennom at partene bare kan definere seg selv i overensstemmelse med reglene, normene og rollene som ligger til grunn i de situasjonene de opptrer i (Album, 1996). I all samhandling vil en ha behov for å vite rammene for samhandlingen og hvilken rolle en har i interaksjonen, og i følge Thornquist (2009) er det nødvendig at partene har omtrent lik oppfatning av rammene for situasjonen for at kommunikasjonen skal være vellykket.

2.5.3 Relasjoner og makt

Makt kan defineres som *”ett eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand”* (Weber (1971), referert i Askheim, 2012). Makt viser seg i relasjoner, og det kan være åpne og direkte former for makt eller mer indirekte former for makt (Jensen & Ulleberg, 2011). I kommunikasjonen mellom pasient og fagperson vil det i de fleste tilfeller være en asymmetrisk relasjon på grunn av ulikhet i roller og kompetanse (Eide & Eide, 2004; Thornquist, 2009). Den ene parten har rollen som pasient og er henvist for å motta hjelp, og har som regel selv ingen spesiell kompetanse på området. Den andre har rollen som helsepersonell med kompetanse og utdanning til å hjelpe. Forholdet mellom pasient og helsepersonell vil dermed ha en innebygd autoritetsstruktur med ulikhet i makt (Thornquist, 2009).

Med definisjonsmakt menes *”en makt til å definere og beskrive virkeligheten”* (Jensen & Ulleberg, 2011, s 199). Dette omhandler altså makten til å få gjennomslag for sin versjon av virkeligheten. Definisjonsmakt vil kunne være til stede i alle relasjoner hvor mennesker er avhengig av hverandre for utvikling (Jensen & Ulleberg, 2011). Bae (1992) hevder at personer som er i en posisjon der andre er avhengig av deres anerkjennelse har stor definisjonsmakt, slik at denne type makt vil være størst i klart asymmetriske relasjoner, som i en pasient-behandler relasjon eller en forelder-barn relasjon. Innen helsevesenet ses gjerne fagfolk på som eksperter som vet hvordan noe skal forstås og behandles, og tilskrives ofte en slags faglig begrunnet definisjonsmakt (Jensen & Ulleberg, 2011). Misbruk av definisjonsmakt vil kunne oppstå dersom den ene parten aktivt bruker sin posisjon til å definere den andres opplevelser, uten å anerkjenne denne personens perspektiv (Bae & Waastad, 1992).

En annen type makt som kan utspille seg i relasjoner er modellmakt. Modellmakt kan oppstå i ulike sammenhenger der ensidig ekspertise anses å ha monopol på kunnskapen. Teorien om modellmakt bygger på George Mead sine tanker om perspektivtaking, og oppstår som følge av vår evne til å ta andres perspektiv (Bråten, 2004). Bråten (2004) mener at denne evnen kan føre til at en person kan bli ”berg tatt” av den andres perspektiv, slik at personen setter egen forståelse og forforståelse til side. Den som bøyer seg blir betegnet som den modellsvake, og vil ikke selv være bevisst sin avmakt og kan derfor ikke protestere eller komme med

alternative synsvinkler. Den modellsvake vil dermed ubevisst tilpasse seg den modellsterke (Bråten, 2004).

2.6 Aspekter ved profesjonskunnskap

En profesjonsutøver er en person som har tilegnet seg en spesifikk fagkompetanse innenfor et gitt område, og som i tillegg har blitt sosialisert inn i de verdiene, normene og reglene for atferd som kjennetegner en bestemt yrkesgruppe (Røkenes & Hanssen, 2006).

Profesjonsutøvere har anledning til å ta selvstendige avgjørelser innenfor visse rammer, og har høy grad av autonomi i yrkesutøvelsen.

Fysioterapi som profesjon bygger på både teoretisk og praktisk kunnskap. I tillegg har en som menneske med seg en personlig kunnskap i form av empatiske evner, kommunikasjonsferdigheter og holdninger (Hanssen et al., 2010). Den teoretiske kunnskapen, den praktiske kunnskapen og den personlige kunnskapen utgjør dermed den samlede profesjonelle kompetansen til en fysioterapeut, og de ulike kunnskapselementene er knyttet sammen gjennom de kravene som fysioterapiyrket stiller.

Grimen (2008) hevder at praktisk kunnskap ikke kan løsrives fra den som innehar den og fra situasjonene hvor kunnskapen blir lært og anvendt, og at denne kunnskapen kommer til uttrykk i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn. Den teoretiske kunnskapen derimot, er basert på vitenskap og er den samme, uavhengig av person og anvendelse. Gilbert Ryle omtaler den praktiske kunnskapen som "*knowing how*", altså å kunne gjøre noe, mens den teoretiske kunnskapen omtales som "*knowing that*", altså å vite at noe er (Ryle (1963), referert i Grimen, 2008, s 76).

Den praktiske kunnskapen til en fysioterapeut innebærer de fagspesifikke ferdighetene som er tilegnet gjennom utdanning og erfaring. Deler av den praktiske kunnskapen omfatter erfaring i å forstå og tolke ulike situasjoner og handle ut fra dette, i tillegg til tilegnelsen av gode ferdigheter gjennom praksis. For fysioterapeuter kan dette innbefatte praktiske ferdigheter med hendene og et trent klinisk blikk. Praktisk kunnskap blir av og til betegnet som "taus kunnskap". Dette fordi kunnskapen har sitt utgangspunkt i innøvde kroppslige ferdigheter og i mindre grad i språket, og kan bare tilegnes og utøves i et førstepersonsperspektiv (Grimen, 2008). I praktiske fag kan det derfor noen ganger være vanskelig å formidle hva en gjør fordi

mye av kunnskapen er kroppslig forankret, noe som illustreres i utsagnet "*we can know more than we can tell*" (Polanyi (1983, s 4) referert i Grimen, 2008, s 76).

Faglig skjønn inngår som en del av den praktiske kunnskapen, og er kjennetegnet ved at det utøves på bakgrunn av faglig kunnskap i form av kjente og overførbare teorier og metoder innenfor fagfeltet (Hanssen et al., 2010). Skjønn kan sies å være en måte å resonnerer og argumentere på under betingelser av ubestemthet (Grimen & Molander, 2008). Grimen og Terum (2009) mener at det er tre hovedargumenter for at skjønn er nødvendig og viktig i profesjonsutøvelse: Som en viktig beslutningsmekanisme i situasjoner hvor generell kunnskap og/eller generelle regler mangler, som nødvendighet i all anvendelse av generell kunnskap og generelle regler på enkelttilfeller, og som en forutsetning for individualisert behandling. Utøvelse av faglig skjønn synes derfor sentralt i fysioterapi, siden individualisering i undersøkelse og behandling anses som vesentlig innenfor faget.

3.0 METODE

I dette kapittelet presenteres vitenskapsteoretisk forankring, valg av metode og framgangsmåte for tilvirkning og analysering av data. Deretter følger en diskusjon rundt de metodiske valgene og betraktninger omkring studiens pålitelighet og gyldighet. Avslutningsvis blir etiske forhold rundt studien belyst.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Studien retter fokus mot menneskelige erfaringer og søker etter å forstå et fenomen ut fra fysioterapeutenes egne perspektiver. Dermed anses den fenomenologisk-hermeneutiske vitenskapstradisjonen som en velegnet forankring av studien. I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot førstehåndsperspektivet og hvordan verden erfares for subjektet (Thornquist, 2003). Menneskelige erfaringer erkjennes som gyldig kunnskap innenfor filosofien. Hermeneutikk er tolkningslære, hvor det legges vekt på at mennesket alltid har med seg en forforståelse i form av oppfatninger, erfaringer og forventninger, som til en hver tid vil påvirke våre tolkninger og beskrivelser (Thornquist, 2003). Fortolkning er en dynamisk erkjennelsesprosess hvor veksling mellom delene og helheten vil være nødvendig for å oppnå gyldige fortolkninger, og dette omtales som den hermeneutiske sirkel (Thornquist, 2003). Studien har et fortolkende aspekt ved at en søker å utvikle ny kunnskap på bakgrunn av fortolkninger av fysioterapeuters erfaringer med det angitte fenomenet.

3.2 Tilvirkning av data

3.2.1 Valg av metode

Siden hensikten med studien er å frambringe kunnskap om fysioterapeuters *erfaringer* med målsettings- og evalueringsarbeid, vil informasjonen en søker være av kvalitativ karakter. På bakgrunn av dette er et kvalitativt forskningsdesign valgt, som i følge Malterud (2011) åpner for å undersøke og få innsikt i mer komplekse problemer. Semi-strukturerte forskningsintervjuer ble ansett som mest velegnet for å få tak i fysioterapeuters erfaringer med fenomenet, og ble derfor valgt som metode for innsamling av data. Metoden har en fleksibel ramme som gir muligheter til å belyse ulike temaer i dybden, med åpning for å gjøre endringer i formulering og rekkefølge av spørsmål for å kunne forfølge svarene som gis, som beskrevet i Kvale og Brinkmann (2009). Med bruk av denne framgangsmåten vil en kunne

oppnå dybdekunnskap om informantenes erfaringer og deres tanker og refleksjoner omkring forskerspørsmålet.

3.2.2 Utvalg

På bakgrunn av forskerspørsmålet og i tråd med kvalitativ metode, er utvalget strategisk valgt. Det var ønskelig med informanter med bred og lang erfaring med fenomenet for å sikre et rikt materiale. Inklusjonskriteriene ble derfor satt til å være fysioterapeuter med:

- minst 5 års arbeidserfaring innen rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, enten ved sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon
- interesse for og erfaring med å jobbe med rehabilitering av personer med Multipel Sklerose
- videreutdanning eller kurs innen nevrologisk fysioterapi

Det var videre ønskelig med geografisk spredning i utvalget for å sikre variabilitet og anonymisering av informantene. Med geografisk spredning menes at informantene skulle jobbe ved ulike arbeidsplasser, samt at flere helseforetak skulle være representert gjennom informantene i utvalget.

For å finne aktuelle informanter, ble det rettet forespørsel til MS-forbundet og Nasjonalt Kompetansesenter for MS ved Haukeland Universitetssykehus for å få tilsendt en oversikt over sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner som tilbyr rehabilitering for pasientgruppen. På bakgrunn av tilsendte lister fra disse instansene, samt ønsket om geografisk spredning, ble det så tatt kontakt per telefon eller e-post med avdelingsledere ved noen utvalgte sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner i de ulike helseforetakene, med forespørsel om deltakelse i prosjektet. Det ble lagt vekt på at både offentlige og private institusjoner skulle kontaktes. Avdelingsleder fikk tilsendt informasjon om studien med samtykkeskjema vedlagt (vedlegg 2), og ble oppfordret til å rette forespørselen videre til ansatte som oppfylte inklusjonskriteriene. Aktuelle informanter fikk så 1 uke til å ta stilling til om de var interesserte i å delta i studien, og ble bedt om å gi tilbakemelding til meg som forsker dersom de ønsket å delta. Etter mottak av informert samtykke, ble det deretter tatt direkte kontakt, enten per telefon eller e-post, med fysioterapeutene som samtykket til deltakelse. Kontakten ble opprettet for å avtale tidspunkt for intervjuet, besvare spørsmål og avklare eventuelle uklarheter.

Det var fem fysioterapeuter som ga samtykke til deltakelse i studien. To av fysioterapeutene jobbet imidlertid på samme arbeidsplass, og på bakgrunn av ønsket om geografisk spredning, ble kun en av dem inkludert i studien. Siden begge oppfylte inklusjonskriteriene, fikk de tilbakemelding om at det var tilstrekkelig med én informant fra deres arbeidsplass, og de ble deretter selv enige om hvem som skulle delta. Det ble derfor til slutt inkludert fire fysioterapeuter i studien, tre kvinner og en mann. Disse har mellom 8 og 16 års arbeidserfaring i yrket, med videreutdanning i form av kurs innen Bobath, PNF eller mastergrad i klinisk nevrologisk fysioterapi. To av fysioterapeutene jobber eller har jobbet på rehabiliteringsavdelinger på sykehus, og de andre to jobber på private rehabiliteringsinstitusjoner som tilbyr rehabilitering for personer med MS. Lengden på rehabiliteringsoppholdene som tilbys ved de ulike institusjonene varierer fra 2 til 4 uker, og det er interne forskjeller i om tilbudet er individuelt rettet eller gruppebasert, og hvilke andre pasientgrupper som også har tilbud ved institusjonen.

3.2.3 Gjennomføring av intervjuer

Før gjennomføring av intervjuene ble det utarbeidet en temabasert intervjuguide (vedlegg 3) med oversikt over emner som skulle dekkes og forslag til spørsmål, som beskrevet i Kvale og Brinkmann (2009). Intervjuguiden var ment som et hjelpemiddel for å sikre at alle relevante temaer ble belyst under intervjuene, samt for å bidra til økt bevisstgjøring av egen forforståelse omkring forskerspørsmålet.

Det ble gjennomført et prøveintervju av en kollega på egen arbeidsplass i forkant av datainnsamlingen. Hensikten med dette var å øve opp egne ferdigheter som intervjuer og skape økt trygghet i rollen. Prøveintervjuet bidro også til å kvalitetssikre intervjuguiden, slik at enkelte formuleringer og rekkefølge på spørsmål ble endret ut fra erfaringene som ble høstet i prøveintervjuet. Disse endringene var små og påvirket ikke innholdet i intervjuguiden, og det ble derfor ikke ansett som nødvendig å varsle personvernombudet om endringene.

Datainnsamlingen ble gjennomført over en tidsperiode på omtrent 2 måneder (oktober-desember 2013). Intervjuene ble utført på informantenes arbeidsplasser. På forhånd var det presisert at intervjuene burde foregå på egnede rom hvor det ikke ville oppstå forstyrrelser underveis, og det var avklart med informantene at dette var mulig på deres arbeidsplass. Intervjuene varte fra 1 time og 3 minutter til 1 time og 43 minutter. Diktafon ble benyttet i

gjennomføringen, slik at hele oppmerksomheten til meg som intervjuer kunne være rettet mot informanten og samtalen kunne flyte godt. Bruk av diktafon gjorde det også mulig å høre opptakene flere ganger i ettertid.

Før hvert intervju ble det foretatt en briefing hvor informanten ble informert om studiens formål og prosedyrer for intervjuet og eventuelle spørsmål fra informanten ble besvart. Som intervjuer forsøkte jeg å være rolig og imøtekommende for å skape tillit og en god relasjon til informantene som utgangspunkt for intervjuene. Underveis i intervjuene ble det etterstrebet å benytte åpne spørsmålstillinger, ha fleksibilitet i forhold til rekkefølgen av spørsmål og stille hensiktsmessige oppfølgingsspørsmål for å få rike beskrivelser. Mot slutten av hvert intervju ble intervjuguiden kontrollert for å sikre at alle temaene var blitt belyst. Det ble så åpnet for at informanten kunne komme med supplerende innspill dersom vedkommende opplevde at sider ved temaet var blitt lite belyst under intervjuet. Intervjuet ble avrundet med en debriefing etter at diktafonen var avslått. Informanten ble da oppfordret til å fortelle om sin opplevelse av intervjuet, og kunne i tillegg ta opp eventuelle ting vedkommende hadde tenkt på eller bekymret seg for underveis, jamfør Kvale og Brinkmann (2009). Alle informantene ga uttrykk for at de hadde kjent seg komfortable i intervjusituasjonen.

Det ble skrevet feltnotater direkte i etterkant av hvert intervju hvor umiddelbare opplevelser av intervjuet, som stemning og kroppsspråk, ble notert. Dette i tråd med Kvale og Brinkmann (2009), som hevder at den direkte intervjusituasjonen gir en mer nyansert tilgang til informantenes meninger enn hva de transkriberte tekstene senere vil gjøre. Disse feltnotatene ble sammenholdt med den transkriberte teksten i den videre analysen av materialet, for å sikre at resultatene som framkom i analysen stemte overens med mine umiddelbare inntrykk av intervjuene.

3.3 Analyse av datamaterialet

3.3.1 Transkripsjon av intervjuene

Intervjuene ble transkribert i sin helhet fortløpende. Som forsker valgte jeg å transkribere materialet selv for å få god kjennskap til materialet i tidlig fase. I tillegg ga min tilstedeværelse under intervjuene førstehåndskunnskap til materialet. Dette gjorde det mulig å kunne nedtegne en større helhet av situasjonen, noe som bidro til å sikre at meningsinnholdet

ble bevart i størst mulig grad, i samsvar med Kvale og Brinkmann (2009). De tre første intervjuene ble gjennomført i løpet av én uke, mens siste intervju ble gjort i underkant av to måneder etter siste intervju. Det betyr at de tre første intervjuene var ferdigtranskriberte før siste intervju. Gjennom transkriberingen ble nyttig innsikt i egne ferdigheter som intervjuer tilegnet, jamfør Kvale og Brinkmann (2009), og dette ga anledning til å kunne øke kvaliteten på det siste intervjuet.

Det ble forsøkt å gjøre en ordrett transkripsjon av materialet, hvor målet var å gjengi det opprinnelige materialet så nøyaktig som mulig. Latter, sukk og andre lyder ble skrevet i parentes, nøling ble markert med prikker og ord med ekstra trykk ble understreket i teksten. Ved lange pauser ble ordet *pause* skrevet i teksten. Lydopptakene ble hørt gjennom flere ganger for å sikre at teksten ble mest mulig riktig i forhold til det som ble sagt. Ingen navn er gjengitt, og den transkriberte teksten ble skrevet på bokmål for å anonymisere informantene i det skriftlige materialet.

3.3.2 Analyse

Formålet med å foreta analyse av materialet er å frambringe kunnskap som er aktuell utover de aktuelle informantene (Malterud, 2011). I analysen av materialet ble en kvalitativ innholdsanalyse brukt, basert på Graneheim og Lundman (2004).

Hvert intervju ble først analysert enkeltvis. Første trinn i analysen var å lese gjennom den fullstendige teksten for å få et helhetsinntrykk. Under gjennomlesingen ble stikkord notert i marginen på hva de ulike avsnittene i intervjuet handlet om. Meningsbærende enheter ble så trukket ut, og disse ble overført til en matrise for å få god oversikt over materialet. De meningsbærende enhetene ble så kondensert til kortere formuleringer så tekstnært som mulig. Neste trinn var å fortolke meningsinnholdet for å få ut essensen i materialet, og de meningsbærende enhetene ble deretter kodet på bakgrunn av fortolkningen (vedlegg 4). Denne prosessen ble gjentatt for alle intervjuene.

De fire intervjuene ble så sett opp mot hverandre, og det ble utført analyse på tvers av intervjuene hvor en trakk ut koder som gikk igjen i flere av intervjuene. Kodene ble deretter sammenliknet, og sortert inn i ulike kategorier. Etter videre bearbeiding ble disse kategoriene samlet under fem undertema og to hovedtema (vedlegg 5). Hovedtemaene som framkom i analysen var: *Målsetting som prosess* og *Bekreftelse gjennom evaluering*. Valg av hovedtema

og undertema ble diskutert med veileder på bakgrunn av kategoriene som framkom i analysen, og har blitt endret og justert flere ganger i prosessen etter hvert som forståelsen for materialet utviklet seg.

For å sikre at meningsinnholdet i materialet ble bevart, bar analyseprosessen preg av bevegelse mellom de ulike stadiene i analysen og mellom deler og helhet i teksten. Dette i tråd med den hermeneutiske sirkel, som beskrevet i Kvale og Brinkmann (2009). Feltnotatene ble brukt som validering for å sikre at resultatene stemte overens med mine umiddelbare inntrykk av situasjonene. Parallelt med analyseprosessen ble aktuell teori lest for å finne analytiske begreper å relatere funnene til og for å kunne skape en distanse til materialet, jamfør Thagaard (2009).

3.4 Metodekritikk

3.4.1 Å forske i eget felt

I kvalitativ forskning er det viktig å redegjøre for egen rolle i forskningen og egen forforståelse omkring problemstillingen, da disse elementene vil påvirke både innsamlingen og analysen av dataene (Malterud, 2011). Forforståelsen er det en har med seg fra tidligere og som en bringer med seg inn i prosjektet. Å ha nærhet til feltet kan være nyttig da det kan bidra til større forutsetninger for innsikt og forståelse (Malterud, 2011; Paulgaard, 1997), men Malterud (2011) poengterer at det er viktig at forskeren går inn i prosjektet med åpenhet for å sikre at forforståelsen ikke overskygger kunnskapen som det empiriske materialet leverer.

I denne studien bærer egen forforståelse preg av stor nærhet til feltet i og med at jeg som forsker selv er fysioterapeut. I rollen som fysioterapeut har jeg vært direkte involvert i rehabilitering av pasientgruppen, og har derfor egne erfaringer med å sette mål og evaluere disse sammen med pasientene. Dette innebærer at jeg som forsker på forhånd hadde formening om hva målsetting innebærer, og hvilke utfordringer som kan oppstå ved målsetting og evaluering av måloppnåelse. Som forsker har jeg prøvd å være bevisst egen forforståelse underveis i prosessen, men i følge Thornquist (2003) vil det aldri være mulig å oppnå full bevissthet omkring forforståelsen. Min bakgrunn har derfor hatt en viss innvirkning på utformingen av intervjuguiden, samt hvilke temaer som ble forfulgt underveis i intervjuene og hvilke oppfølgingsspørsmål som ble stilt. Paulgaard (1997) sier at en forsker med stor nærhet til feltet vil kunne ha problemer med å se det selvsagte og underforståtte, og

at det vil være viktig å være bevisst dette i forskningsprosessen. Det kan derfor tenkes at nærheten til feltet har gjort at jeg som intervjuer kan ha tatt ting for gitt og unnlatt å få informantene til å utdype uklarheter i intervjuet, slik at uttalelsene ble tillagt en fortolket mening underveis. Samtidig sikret nærheten til feltet at jeg som intervjuer hadde god forståelse for hva informantene snakket om, noe som ga muligheter for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål.

3.4.2 Utvalg

Utvalget ble selektivt valgt på bakgrunn av gitte inklusjonskriterier og tilsendte oversikter over sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner som tilbyr rehabilitering til pasientgruppen. Inklusjonskriteriene sikret at informantene hadde flere års erfaring med rehabilitering av pasientgruppen og med målsettingsarbeid. I tillegg bidro ønsket om geografisk spredning til å skape bredde i materialet, blant annet fordi forskjellige arbeidsplasser er ulikt organisert i forhold til målsettingsarbeidet. For å unngå for stor nærhet til informantene, ble kolleger fra egen arbeidsplass ekskludert i studien. Dette fordi det kan tenkes at nære kolleger vil kunne ha en formening om intervjuers synspunkter omkring temaet, og at dette kunne ha påvirket svarene som ble gitt.

Malterud (2011) henviser til begrepet *metning* i utvalgsstørrelse når flere informanter eller ytterligere data ikke tilfører studien noe nytt. I denne studien er ikke metningspunktet for ny kunnskap nådd. I analysen framkom nye kategorier for hvert intervju, noe som antyder at forskjellige momenter i forhold til temaet ble trukket inn av de ulike informantene. Det er dermed sannsynlig at flere informanter ville gitt et enda bredere materiale. Oppgavens omfang la dog begrensninger på utvalgsstørrelsen, og fra veileder ble det påpekt av tre-fire informanter ble ansett som et forsvarlig og tilstrekkelig antall for oppgaven. Til tross for liten utvalgsstørrelse, opplevde jeg som intervjuer at informantene var villige til å dele av sine erfaringer, og materialet synes derfor å inneholde rike beskrivelser som kan bidra til å belyse forskerspørsmålet.

3.4.3 Intervjusituasjonen

Ved kvalitative forskningsintervjuer vil «*det skapes kunnskap i skjæringspunktet mellom intervjuerens og den intervjuedes synspunkter*» (Kvale & Brinkmann, 2009, s 137). Derfor er det nødvendig å reflektere omkring selve intervjusituasjonen.

Før oppstart av intervjuene ble det lagt vekt på å etablere en god relasjon til informantene gjennom å være åpen og imøtekommende. Briefingen i forkant av intervjuene bidro til å definere rammene for intervjuet og ”ufarliggjøre” situasjonen. Det ble tilstrebet å stille åpne spørsmål for at informantene skulle fortelle mest mulig fritt. Sett i ettertid førte dette enkelte ganger til at noen spørsmål ble for diffuse for informantene, slik at det var nødvendig med mer lukkede oppfølgingsspørsmål. Ved noen anledninger ble det stilt delvis ledende spørsmål, noe som trolig kan ha påvirket informantenes svar. Dette har det vært forsøkt å ta hensyn til i den videre analysen av materialet ved at disse utsagnene er blitt tillagt mindre betydning. Underveis i intervjuene ble det forsøkt å validere svarene fra informantene gjennom å oppsummere det som ble sagt og deretter få bekreftet at forståelsen av sammenhengen var riktig. Alle intervjuene forløp uten avbrytelser i egnede rom.

Egne ferdigheter som intervjuer bedret seg for hvert intervju basert på økt trygghet i situasjonen og lærdom fra erfaringene fra foregående intervjuer. Det var imidlertid kort tid mellom de første tre intervjuene, noe som medførte at det ikke var anledning til å transkribere et intervju før neste intervju ble utført. Lydopptaket ble likevel lyttet til mellom hvert intervju, men ikke på samme detaljnivå som en transkriberingsprosess krever. Den økte innsikten som kommer gjennom lytting og transkribering av materialet kom derfor i hovedsak etter at intervjuene var gjennomført, slik at det ga begrenset mulighet til å lære av egne feil underveis. Egen spørsmålsformulering ble likevel mer nyansert og forbedret for hvert intervju, da lyttingen ga økt bevissthet rundt hvordan spørsmålene ble stilt.

I et av intervjuene virket informanten noe ukomfortabel i situasjonen, og jeg som intervjuer fikk inntrykk av at vedkommende var opptatt av at det som ble formidlet skulle være det ”riktige” eller det som blir ansett som ”idealet”. Det syntes derfor vanskelig å få innsikt i informantens egne erfaringer. Dette til tross for at det under briefingen før hvert intervju ble poengtert at en ønsket innsikt i informantens *egne erfaringer* omkring temaet, og at ingen svar ble ansett som riktige eller gale. Spørsmålstillingen kan imidlertid ha påvirket denne informanten, da jeg som forsker i ettertid ser at en del spørsmål ble formulert med ”hvilke erfaringer har *dere* med...” i stedet for at pronomenet ”*du*” ble benyttet. I tillegg kan måten helsevesenet organiseres på tenkes å kunne virke inn på relasjonen mellom intervjuer og informant, og dermed indirekte ha påvirket svarene som ble gitt. Med både offentlige og private aktører som tilbydere av rehabilitering for personer med MS, kan informanten ha

opplevd en konkurransesituasjon i møtet med intervjuer, i og med at intervjuer selv er fysioterapeut og jobber med pasientgruppen ved en privat rehabiliteringsinstitusjon.

Bruk av diktafon under intervjuene kan ha medvirket til at settingen ble mer formell, men så ikke ut til å påvirke de andre informantene i særlig grad og de virket komfortable i situasjonen. Under debriefingen ga alle informantene uttrykk for at det hadde vært en fin situasjon, og at de fikk sagt det de ønsket underveis.

3.4.4 Analysearbeidet

I analysen av materialet vil forskerens innvirkning være betydelig fra transkribering og utvelgelse av meningsbærende enheter og fram til det ferdige resultatet (Kvale & Brinkmann, 2009). Som forsker har jeg forsøkt å være bevisst dette gjennom hele prosessen. Analysearbeidet ble forsøkt gjennomført på en systematisk måte, basert på innholdsanalyse ad modum Graneheim og Lundman (2004). I følge både Malterud (2011) og Thagaard (2009) er temasentrerte tilnærminger kritisert for å ikke ivareta helheten. Det er derfor forsøkt å ivareta et helhetlig perspektiv ved at informasjon fra hver enkelt informant hele tiden er sett i sammenheng med resten intervjuet. Ved å gå fram og tilbake mellom de ulike trinnene i analysen, i tråd med den hermeneutiske sirkel, har jeg som forsker forsøkt å sikre at meningsinnholdet i teksten ikke har blitt endret.

Analyseprosessen har vært preget av en veksling mellom fordypning i det empiriske materialet og lesing av teori, noe som anses som hensiktsmessig i kvalitativ forskning, jamfør Malterud (2011). Den teoretiske referanserammen som ble valgt for studien har påvirket tolkningen og forståelsen av det empiriske materialet. I tillegg har veileder vært en diskusjonspartner i analyseprosessen, og har kommet med kritiske spørsmål omkring fortolkninger og meningsinnhold. Dette har således også bidratt til økt forståelse av materialet hos forskeren.

3.5 Pålitelighet og gyldighet

I metodekapittelet er det grundig redegjort for forskningsprosessen slik at leseren skal kunne følge stegene som er gjort, og selv kunne vurdere om tolkningen er sannsynlig og logisk, jamfør Malterud (2011). Siden semi-strukturerte intervjuer krever stor involvering fra forsker,

vil min påvirkning kunne redusere studiens pålitelighet. Under metodekritikk er det diskutert rundt egen rolle som forsker, og på hvilken måte egen bakgrunn og forforståelse kan ha virket inn på resultatene. Det er i tillegg andre elementer som kan ha hatt betydning for resultatene, blant annet tilliten til meg som forsker, den enkeltes informants motiv for å delta i studien, atmosfæren under intervjuene og min kompetanse som intervjuer. Gjennom å forsøke å unngå ledende spørsmål og heller stille åpne spørsmål, har jeg forsøkt å redusere egen innflytelse i tilvirkningen av data. Ved å transkribere materialet nøyaktig og samtidig sammenholde materialet opp mot egne feltnotater, ble det forsøkt å bevare mest mulig av helheten i intervjusituasjonene i den videre analysen.

Intervju som metode viste seg å være egnet for å få tak i fysioterapeutenes tanker og erfaringer med fenomenet som ble undersøkt. Videre var en semi-strukturert tilnærming gunstig i form av stor fleksibilitet, noe som ga rom for at informantene fikk fremmet sine erfaringer og synspunkter i dybden. Likevel er det ikke nødvendigvis sikkert at det som ble sagt gjenspeiler den faktiske praksis på arbeidsplassen, siden intervjuer som metode kun gir indirekte beskrivelser av hvordan målsettingsprosessen foregår, jamfør Malterud (2011).

Overførbarhet sier noe om hvorvidt funnene kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der studien er gjennomført (Malterud, 2011). Selv om det ble utført få intervjuer, har disse intervjuene gitt et innblikk i fire ulike fysioterapeuters erfaringer med målsettings- og evalueringsarbeid for personer med MS ved rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Disse erfaringene kan tenkes å være gjenkjennbare for andre som jobber med målsetting innen rehabiliteringsfeltet, både i spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten og også innenfor andre pasientgrupper. Det kan dermed tenkes at resultatene kan ha en viss overførbarhet utover denne studien, men det kan også være slik at andre fysioterapeuter som jobber med rehabilitering har helt andre strategier i forhold til målsetting og måten de evaluerer måloppnåelse på. Som forsker har jeg imidlertid forsøkt å skape en avstand til empirien ved å belyse materialet fra ulike perspektiver gjennom en teoretisk referanseramme i tolkning og diskusjon av funnene. Dette kan tenkes å bidra til å løfte analysen på en slik måte at studien kan si noe om allmenne forhold rundt målsettings- og evalueringsarbeid i rehabilitering.

3.6 Etske betraktninger

Før oppstart av studien forelå godkjenning fra NSD (Personvernombudet for Forskning), og studien anses å være gjennomført i samsvar med Helsinki-deklarasjonen. Informantenes samtykke ble innhentet skriftlig i forkant av intervjuene, og ble gitt på informert grunnlag. Det ble presisert at det var frivillig å delta i studien, og at det var mulig å trekke seg fra studien når som helst fram til data var inngått i analysen.

Det ble etterstrebet å ivareta informantene på en best mulig måte under gjennomføringen av intervjuene, blant annet gjennom briefing i forkant og debriefing i etterkant. Siden temaene i analysen er definert av meg som forsker og mitt perspektiv, kan det i følge Thagaard (2009) føre til en fremmedgjøring av informanten. For å ivareta personvernet og bevare informantenes integritet, er det skriftlige materialet anonymisert, og ingen kjennetegn som kan spores direkte tilbake til enkeltpersoner er gjengitt.

Lydfilene og det skriftlige materialet har vært oppbevart i tråd med retningslinjene til NSD. Lydfilene vil bli slettet når masteroppgaven er ferdigstilt.

4.0 RESULTATER OG DISKUSJON

I dette kapittelet presenteres resultatene i studien, og en diskusjon rundt disse følger fortløpende. Inndelingen av kapittelet gjenspeiler hovedtemaene og undertemaene som framkom i analysen. De to hovedtemaene er:

- *Målsetting som prosess: Om tverrfaglighet, motivasjon og veiledning*
- *Bekreftelse gjennom evaluering: Om endring, systematikk og standardisering.*

Underveis i teksten presenteres transkriberte utdrag fra intervjuene i form av sitater. Disse er markert i kursiv. Gjentakelser og innskutte setninger uten betydning for sammenhengen er tatt bort og markert med (...) for å gjøre teksten mer leservennlig. Fordi sitatene er hentet ut av en større sammenheng, var det for enkelte sitater nødvendig å presisere bestemte ord for å få fram det fulle meningsinnholdet i sitatet. Denne presiseringen er da skrevet inn i sitatet i parentes. Sitatene er anonymisert av hensyn til informantene.

Oppbygningen av underkapitlene viser en tolkning av resultatene på tre ulike nivåer, i tråd med Kvale og Brinkmann (2009). Første nivå er en tekstnær sammenfatning av funnene, neste nivå er et allment tolkningsnivå som trekker frem generelle aspekter ved utsagnene og hva som kan ligge mellom linjene, mens siste nivå er en diskusjon opp mot aktuell teori.

4.1 Målsetting som prosess: Om tverrfaglighet, motivasjon og veiledning

4.1.1 " Vi kan liksom jobbe samla, mot det samme målet": Tverrfaglig målsetting

Alle informantene har erfaring med å sette målene *sammen* med pasienten. Det varierer hvordan dette gjøres, men tre av informantene forteller om et felles målsettingsmøte i starten av rehabiliteringsoppholdet, hvor involverte fagpersoner og pasienten er til stede. Den siste informanten forteller at målene settes sammen med pasienten av en utnevnt koordinator på vegne av det tverrfaglige teamet. Det varierer mellom de ulike arbeidsplassene om målsettingen skjer før eller etter at individuell kartlegging er gjennomført av de ulike faggruppene. En av informantene sier:

(...) så møter de oss tverrfaglig første dagen, sykepleier, fysio, ergo (...) der vi har det vi kaller en innkomstsamtale, som går på det å jobbe med hva skal vi gjøre de to

ukene du er her, hva skal vi jobbe med, hva ønsker du, hva trenger du hjelp til, (...) som har fokus på hva er målene.

En annen informant har erfaring med at målsettingsmøtet skjer noen dager ut i oppholdet:

Sånn at en på en måte har et grunnlag før en har en målsettingssamtale, enten dag 2 eller dag 3. For da har vi både blitt kjent med den enkelte, og kanskje har de gjennom en undersøkelse, gjennom en samtale med sykepleier, ergoterapeut eller fysioterapeut fått en... følelse av hva, hva er størst utfordring for meg da.

Alle informantene vektlegger at tverrfaglighet er viktig for å få til et overordnet fokus i rehabiliteringen, og at tverrfaglig målsetting bidrar til en samlende koordinering av tiltakene som skal gjennomføres. Informantene har inntrykk av at dette også bidrar til at pasienten føler seg godt ivaretatt. En av informantene sier:

Og jeg opplever at når vi er såpass mange (på målsamtalen) så får en et litt bedre overblikk over situasjonen og en får til en mer sånn helhetlig målsetning, at det ikke bare blir okay, målet for fysioterapien er en ting, målet for ergoterapien er en ting og målet for... men at, at alle sammen kan jobbe i lag, mot det.

Informanten utdyper videre:

(...) Og det har jeg vel fått tilbakemelding på at den enkelte ser at er meningsfullt. Ikke sant, oj, her blir jeg møtt av mange som er interessert i det som jeg ønsker. Så vi, så vi jobber mot det samme, den ene sier ikke noe og den andre sier noe, men at man har en ganske klar målsetning før en setter i gang med tiltak da.

I tillegg til målene som utarbeides med et tverrfaglig fokus, reflekterer noen av informantene rundt behovet for særfaglige målsetninger. Dette synliggjøres i utsagnene under:

(...) vi tenker at hovedmål skal være på aktivitetsnivå, ehm... undermålene kan jo være ofte litt mer fagspesifikt for å støtte opp hovedmålet.

Men så har jo jeg som fysioterapeut måtte ha definert noen slike delmål, på det strukturelle nivå, ja i forhold til å kunne oppnå det man vil på deltakelsesnivå og... ehm... i forhold til ADL, ikke sant (...)

(...) så har man ofte egne mål, sånne fysioterapimål, sånne type... mere styrke, bedre truncusstabilitet, mindre smerter, og sånt, som da ofte er flettet inn i det store målet, men (målene) trenger nødvendigvis ikke å være det.

Utsagnene viser at målsettingen er tverrfaglig organisert på de fleste arbeidsplassene. Informantene har imidlertid ulike erfaringer i forhold til når i rehabiliteringsoppholdet målsamtalen gjennomføres, om den skjer før eller etter at kartlegging og undersøkelser er gjennomført av de ulike fagpersonene. Det varierer også om målsettingen skjer med flere fagpersoner til stede eller om målene settes av en koordinator på vegne av det tverrfaglige teamet. Informantene gir uttrykk for at samarbeidet på tvers av faggruppene blir sett på som positivt både blant fagpersonene og pasientene. Målsettingen skaper et felles utgangspunkt for hva de enkelte faggruppene skal bidra med av tiltak inn mot den enkelte pasient. Informantene har inntrykk av at hovedmålet som regel ender på aktivitets- eller deltakelsesnivå, og de opplever ofte et behov for mer særfaglige delmål i tillegg.

Felles for alle informantene er at de ser ut til å verdsette de andre yrkesgruppene som er i teamet rundt pasienten, og de ser på det som viktig innen rehabilitering å spille på lag med hverandre og jobbe mot et felles mål. Hvordan målsettingen organiseres i praksis, kan synes å ha innvirkning på hvor delaktig fysioterapeuten er i denne prosessen. Det synes å være minst delaktighet hos fysioterapeuten dersom målene settes av en koordinator sammen med pasienten, på vegne av det tverrfaglige teamet. Hos informantene fremkommer det et behov for særfaglige delmål i tillegg til de tverrfaglige målene, og dette signaliserer at fagspesifikke mål blir ansett som nødvendig for å kunne styre egen yrkesutøvelse som fysioterapeut. Dette leder oppmerksomheten mot hvordan tverrfaglige mål vil kunne påvirke det fysioterapispesifikke innholdet i målsettingsarbeidet.

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) legger nasjonale føringer for rehabilitering. Her er det ikke spesifisert *hvordan* målsetting skal skje, kun at klare mål for rehabiliteringen skal utarbeides og at tid skal avsettes til å få fram brukerens egne mål. Det går også klart fram at rehabilitering er et samarbeid mellom flere aktører, men det er ikke angitt hvordan dette påvirker målsettingen. Som nevnt viser flere av informantene til et tverrfaglig målsettingsmøte i starten av rehabiliteringsoppholdet hvor ulike fagpersoner er til stede, i tillegg til pasienten. Med basis i dette målsettingsmøtet gir de uttrykk for at de har til hensikt å skape felles mål som alle involverte parter skal jobbe for å oppnå. Informantene fremhever tverrfaglig samarbeid som viktig for å få et overordnet fokus i rehabiliteringen.

Deres erfaringer er at gjennom å være tverrfaglig representert i prosessen rundt utarbeidelse av mål, vil fokuset bli bredere og det vil kunne fremkomme flere aspekter rundt pasientens

funksjon enn dersom målene kun settes sær­faglig. Dette kan tenkes å kunne forstås på to måter: På den ene siden vil forskjellige faggrupper, på bakgrunn av sin profesjon og tilhørende faglige kunnskap, kunne komme med ulike innfallsvinkler og spørsmål i en målsettingssamtale, slik at flere aspekter omkring pasienten naturlig vil komme fram. På den andre siden kan det tenkes at roller og forventninger til rollene kan virke inn. Det vil alltid være knyttet et sett av regler, formelle og uformelle, til hvordan for eksempel en fysioterapeut skal oppføre seg og hva vedkommende kan bidra med, jamfør Repstad (2004). Det kan dermed tenkes at en i rollen som fysioterapeut vil gi pasienten et sett forventninger om hva en som fagperson kan bidra med. Disse forventningene til kompetanse som naturlig følger med rollen som fysioterapeut, vil dermed tenkes å kunne påvirke hva pasienten vil anse som relevante mål i møte med fysioterapeuten. Dette er i samsvar med George Meads teorier omkring roller og perspektivtaking som sier at i en interaksjon vil aktørene prøve å avkode den andre sine forventninger og således justere egne handlinger i forhold til dette (Mead (1934) referert i Askheim, 2012). Dette kan muligens også relateres videre til Bråten (2004) sitt begrep modellmakt, hvor det kan tenkes at pasienten vil kunne bli ”bergtatt” fysioterapeuten på grunn av asymmetri i kunnskap omkring målsetting og rehabilitering generelt. Pasienten vil dermed ubevisst søke å tilpasse seg fysioterapeuten som vil være den modellsterke i denne sammenhengen. Dersom målsettingen da skjer sær­faglig, med kun fysioterapeuten til stede, kan det på bakgrunn av dette tenkes at rolleforventningene og den mulige modellmakten i relasjonen ubevisst vil lede pasientens mål til å omhandle det kroppslige eller bevegelsesmessige, som smerter eller gange. Ved målsetting med forskjellige yrkesgrupper til stede, vil det imidlertid være flere ulike roller og rolleforventninger å forholde seg til. På bakgrunn av ulikhet i fagkompetanse, vil en dermed kunne se for seg at pasienten vil få andre forventninger til hva som er mulig å få hjelp til og kunne bli ”bergtatt” av flere perspektiver. Dette peker mot at pasienten vil kunne ha et bredere fokus ved spesifisering av mål, slik at målene derfor vil kunne omfavne flere aspekter omkring egen funksjon.

Målsetting med flere fagpersoner til stede vil imidlertid kunne gi utfordringer i forhold til kommunikasjonen som utspiller seg. Slik informantene beskriver det er målsettingssamtalen bygget på en dialog mellom pasienten og fagpersonen(e). Relasjonene mellom de involverte partene vil spille inn på hvordan kommunikasjonen utarter seg, og vil legge grunnlaget for om pasienten ønsker å dele sine erfaringer og tanker og fremme sine synspunkter (Eide & Eide, 2004). Som nevnt i teorikapittelet, vil en relasjon mellom pasient og fagperson som regel

være asymmetrisk, noe som vil kunne innvirke på kommunikasjonen dem i mellom (Eide & Eide, 2004; Thornquist, 2009). I et målsetningsmøte med flere fagpersoner til stede, kan det tenkes at denne asymmetrien blir ytterligere forsterket. Dette vil trolig ha betydning for hvor enkelt det vil være for pasienten å være aktivt deltakende og komme med sine synspunkter i et slikt møte. Betingelsene for brukermedvirkning vil naturlig kunne svekkes dersom relasjonen ikke oppleves som trygg for pasienten, og dette peker mot at det dermed vil være viktig å skape gode og trygge relasjoner i forkant av et slikt møte. Når i prosessen målsettingssamtalen finner sted, om det er *før* eller *etter* at kartlegging og undersøkelser er gjennomført, vil således kunne være et aspekt som kan tenkes å innvirke på hvilke relasjoner som ligger til grunn for målsetningsmøtet. En av informantene erfarer at dersom målsettingen skjer noen dager ut i oppholdet, vil det kunne være etablert en god relasjon mellom pasient og fagperson(er) som grunnlag før møtet: *"For da har vi blitt kjent med den enkelte (...)"*. Dersom målsetningsmøtet i stedet gjennomføres før kartlegging, kan det være at relasjonen mellom pasient og fagperson(er) ikke en gang er etablert når møtet finner sted. Dette kan dermed tenkes å gi dårligere forutsetninger for å få til en reell brukermedvirkning i målsettingen, enn i de tilfeller hvor det allerede er dannet en relasjon.

Det at informantene opplever det som utilstrekkelig med kun tverrfaglige målsetninger og gir uttrykk for et behov for mer fagspesifikke delmål i tillegg, kan forstås som et ønske om å beholde en faglig kontroll fordi de ser på fysioterapi som en selvstendig profesjon med sin fagspesifikke kunnskap. Med offentlig autorisasjon som fysioterapeut følger et selvstendig og personlig ansvar for å utøve arbeidsoppgaver forsvarlig, og faglig selvstendighet tillegges stor vekt. I følge Lauvås og Lauvås (2004) er en av forutsetningene for å få til et reelt tverrfaglig samarbeid at fagpersonene må innordne seg i et faglig fellesskap på tvers av profesjoner, hvor de må kunne gi avkall på noe av sin faglige autonomi. På samme måte som det finnes rolleforventninger mellom pasient og fagperson(er), vil rolleforventninger også være til stede mellom de ulike profesjonene i det tverrfaglige samarbeidet. Dette betyr at det implisitt ligger ulike forventninger til hva en fysioterapeut skal bidra med inn mot pasienten. Som profesjonsutøver kan det derfor tenkes å oppleves skremmende å måtte avgi kontroll i forhold til eget fagfelt. I en tverrfaglig målsetningsprosess vil dette måtte skje ved at de ulike profesjonene må innrette tiltakene sine etter hovedmålet som settes. Siden dette overordnede målet ikke nødvendigvis er direkte rettet mot fysioterapi, kan det tenkes at fysioterapeutene opplever at den særfaglige kompetansen undergraves og at egen rolle blir lite synlig i målsetningene som spesifiseres. Gjennom å spesifisere fagspesifikke delmål i tillegg til

hovedmålet, vil en dermed tydeligere kunne bidra inn i det tverrfaglige samarbeidet med sitt faglige ståsted som fysioterapeut, og dette vil gjøre den særfaglige kompetansen mer synlig. Samtidig vil særfaglige delmål kunne oppleves som en forutsetning for å kunne spisse tiltakene som fysioterapeuten velger å gjøre med tanke på å nå det overordnede målet.

Informantene snakker både om å ha særfaglige delmål som en operasjonalisering av hovedmålet: *"(...)undermålene kan jo ofte være litt mer fagspesifikt for å støtte opp hovedmålet"*, og om særfaglige delmål som ikke alltid er relatert til hovedmålet: *"(...) som da ofte er flettet inn i det store målet, men (målene) trenger nødvendigvis ikke å være det"*. Ved bruk av ICF som rammeverk, viser informantene til at de tverrfaglige hovedmålene ofte ender på aktivitets- eller deltakelsesnivå, mens de fysioterapispesifikke delmålene gjerne relateres til kroppsstrukturnivå. Å øke styrke, redusere smerter eller bedre truncusstabilitet er alle eksempler på delmål på kroppsstrukturnivå. Kunnskap omkring funksjon på strukturnivå er en del av fysioterapeutens profesjonelle kompetanse, og mange av de fysioterapeutiske tiltakene er nettopp på dette nivået. Ulikhet i profesjonsspesifikk kompetanse gjør at en fysioterapeut ofte vil kunne ha en annen tilnærming til aktivitetsmålene enn de andre faggruppene i det tverrfaglige teamet. Hvis pasientens hovedmål er "å kunne gå til postkassen", vil fysioterapeuten med sin fagspesifikke kompetanse kunne kartlegge om det kan være strukturelle forhold som legger hindringer for hovedmålet, mens sykepleieren ikke nødvendigvis vil kunne se de samme momentene på grunn av ulikhet i profesjonskompetanse. I et av sitatene trekkes det fram at det ofte er nødvendig å jobbe på strukturnivå for å kunne få til noe på aktivitets- og deltakelsesnivå. I følge Wade (2009) bør mål alltid linkes opp mot hverandre for at pasienten skal kunne se en sammenheng mellom langsiktige og kortsiktige mål og mellom hovedmål og delmål. Det synes derfor å være nødvendig å sette de særfaglige delmålene på strukturnivå i sammenheng med hovedmålet, for at pasienten skal oppleve tiltakene som meningsfulle. I tillegg vil dette være en betingelse for å kunne oppnå hovedmålet, på bakgrunn av prinsippet om spesifisitet i treningslærelitteraturen (Gjerseth, 1992).

4.1.2 "Å finne gnisten til personen": Eierskap og motivasjon

Alle informantene trekker fram at målene som spesifiseres i målsettingssamtalen skal være pasientens *egne* mål. Flere informanter anser brukermedvirkning som sentralt for at pasienten skal oppnå eierskap til målsetningene som spesifiseres. En av informantene sier:

Og det er jo ikke mine mål som er viktige, det er jo hva den enkelte har lyst til og ønsker å oppnå.

To av de andre informantene er inne på det samme:

(...) jeg har sagt allerede at det skal være brukeren sine mål, de skal ha sånn eierskap, de skal føle at de eier målene, da er det lettere å jobbe for målene hvis de skjønner hvorfor de gjør det.

Men hvis vi er litt for raske til å si, tipse de hva de kan jobbe med, så får de mindre eierskap til det. Men hvis de får sette ordet på det, at det er det de trenger hjelp til, det ønsker jeg å ha fokus på, så får de mer eierskap til det, så det er litt etter disiplinen vår, av og til er vi altfor kjappe og styrer de for mye... faktisk.

En av informantene erfarer at ved MS kan noen pasienter ha problemer med å få et eierskap til målene:

Men det er (...) ikke alle pasientene som har muligheten til å få det eierskapet heller, særlig ved MS, på grunn av de kognitive vanskene som mange har.

Informantene knytter brukermedvirkning og eierskap til målene opp mot begrepet motivasjon. Motivasjon anses av flere informanter som et viktig element for å kunne oppnå gode resultater i rehabiliteringen, og begrepet indre motivasjon blir trukket fram av en informant gjennom dette utsagnet:

(...) jeg synes i alle fall det er veldig viktig at de får lov til å være med å si hva de har lyst til selv. Det blir jo, det blir jo hele den der indre motivasjonen de har, så det vil jo ha veldig mye å si på utfallet av treninga deres og på hvor langt de kommer.

En annen informant trekker fram individualisering som en forutsetning for å kunne klargjøre hva som kan motivere den enkelte:

Det her å finne personen, jeg liker å finne den personen som har en diagnose, men ikke den diagnosen. Av og til, det er ikke, diagnosen er ikke viktig, men det er personen der. Å finne liksom hvor er gnisten på den personen.

En av informantene mener det kan være hensiktsmessig å relatere målene til daglige aktiviteter i pasientens hverdagsliv for å skape en forståelse for det som gjøres av tiltak og for å tydeliggjøre at målet er viktig for den enkelte:

Når det gjelder pasienter, så tenker jeg det er sånn motivasjonsmessig veldig viktig, å ha et sånt tydelig mål. Og da er det lettere for dem å forstå ting (...) hvorfor gjør dette her det lettere for meg, hva betyr det for meg når jeg kommer hjem... ja... det er liksom det som er poenget, å fungere bedre når du kommer hjem.

Informantene har erfart at dersom pasienten definerer egne mål, så gir det større ansvarsfølelse hos pasienten. Flere informanter snakker om at mål er med på å ansvarliggjøre pasientene og gjøre de mer delaktige i egen rehabilitering. Dette synliggjøres i sitatet under:

(...) jeg tror at ved å sette gode mål som pasienten kan relatere seg godt til, at de får en slags mer guts, "yes, dette kan jeg gjøre noe med, jeg er en del av dette her, jeg har ansvar for å få til dette selv og"... det blir nesten som... en jobber i team med pasienten.

En av informantene trekker fram at det kan være en utfordring å opprettholde motivasjonen til pasienten utover rehabiliteringsoppholdet, og at det er vel så viktig å være motivert for videre innsats etter oppholdet:

Det er ikke så nøye hva du gjør her i 2 uker, men det er litt viktig det du gjør de andre 50 ukene i året. Det er liksom sånn, hvordan kan vi få pasientene motiverte, interesserte til å gjøre en jobb for seg selv, til å ta vare på seg selv.

Informantene erfarer det som viktig å involvere pasienten i målsettingen for å skape eierskap og motivasjon for målene som settes. En av informantene forteller at ved MS kan enkelte pasienter ha problemer med å etablere eierskap til målene på grunn av kognitive vansker. Indre motivasjon blir trukket fram som sentralt for å kunne oppnå resultater i rehabilitering, og det erfares som nødvendig med individualisering for å finne ut hva som motiverer den enkelte. Informantene anser det som viktig å finne gode mål som kan motivere og engasjere pasienten til å være aktiv og til å ta ansvar i egen rehabiliteringsprosess. Noen av informantene mener at det også er viktig å skape motivasjon utover rehabiliteringsoppholdet.

Utsagnene går i retning av at pasienten anses som en viktig deltaker i målsettingsarbeidet, og at brukermedvirkning synes å være sentralt for å finne mål som oppleves som viktige for den enkelte.

Informantene erfarer at involvering av pasienten bidrar til å fremme eierskap til målene, og at eierskap igjen fører til økt motivasjon for måloppnåelse hos pasientene. Med eierskap forstås

her en *emosjonell forpliktelse* for målene og oppfyllelsen av disse, basert på at dette er noe pasienten selv ønsker. For å oppnå resultater i rehabilitering synes det viktig at pasienten og aktørene rundt jobber sammen, og at de føler seg forpliktet til å legge ned en innsats mot et felles mål. Locke (1996) rapporterer at forpliktelse og engasjement for målet øker når målet oppleves som viktig for den enkelte. Dette er også en av informantene inne på i utsagnet "(...) *jeg tror at ved å sette gode mål som pasienten kan relatere seg godt til, at de får en slags mer guts*". For å skape mål som pasienten kan relatere seg til og som blir ansett som viktige nok til å kunne skape en forpliktelse hos den enkelte, synes derfor brukermedvirkning å være sentralt. Eierskap til målene kan også tenkes å kunne oppstå på bakgrunn av en *kognitiv* forståelse som gjør at dette er noe pasienten ønsker å forplikte seg til. Kunnskap og forståelse kan dermed være ytre faktorer som kan tenkes å bidra til at pasienten opplever et mål som viktig og forpliktende. Dette aspektet virker å være underliggende i sitatet "(...) *de skal føle at de eier målene, da er det lettere å jobbe for målene hvis de skjønner hvorfor de gjør det*". Det blir også trukket fram av informantene at ved å relatere målene til pasientens hverdag, vil en kunne skape en økt forståelse for viktigheten av målene hos pasienten. Mål som er relatert til daglige aktiviteter vil ofte være konkrete og kjente for pasienten, fordi pasienten gjerne strever med å få til disse aktivitetene jevnlig og har en kroppslig erfaring med at dette er utfordrende. Dette vil kunne tydeliggjøre at målet er viktig og skape mening for den enkelte.

Sett i lys av Deci og Ryan (1985) sin selvbestemmelsesteori, kan eierskap og motivasjon knyttes sammen gjennom autonomibegrepet. Autonomi blir sett på som et grunnleggende menneskelig behov, og en forutsetning for blant annet å fremme indre motivasjon hos en person. Gjennom å involvere pasienten til selv å velge fokus for rehabiliteringen og tillate formulering av *egne* mål, søker en å ivareta pasientens autonomi i målsetningsprosessen. Opplevelsen av selvbestemmelse kan dermed tenkes å gi økt motivasjon til å oppnå målene som settes. Dette støttes av Siegert og Taylor (2004) som rapporterer at pasientens egne mål motiverer mer enn mål som spesifiseres av andre.

Informantene trekker fram ulike elementer som kan redusere eierskapet til målsetningene. Det ene elementet er erfaringen med at dersom fagpersonene tar for mye styring i formuleringen av mål, vil pasienten kunne få mindre eierskap til målene. Manglende involvering kan tenkes å skape avstand og fremmedgjøring til målene, og dersom ikke pasienten opplever målene som settes på vegne av seg selv som viktige nok, vil det trolig kunne føre til en lavere forpliktelse til målene, jamfør Locke (1996). Et annet element som nevnes er at kognitiv svikt

hos personer med MS kan gjøre det vanskelig for noen pasienter å få et eierskap til målene. Kognitive funksjoner som konsentrasjonsevne, oppmerksomhet, hukommelse, problemløsningsevne og læreevne kan affiseres ved MS (Gjerstad et al., 2010), og for pasienter med uttalt kognitiv svikt vil den reelle brukermedvirkningen i målsettingen kunne bli problematisk. I slike situasjoner kan det tenkes å være nyttig å involvere pårørende som kjenner pasienten godt i prosessen mot å finne mål som pasienten kan kjenne et visst eierskap til.

Sitatet ”å finne personen bak diagnosen” av en av informantene gir assosiasjoner til at hvert enkelt individ anses som unikt, til tross for en felles nevrologisk diagnose i form av MS. Sykdommen er fellestrekket for alle, men utover dette har hver pasient sin unike personlighet og bakgrunn, og ulike faktorer vil innvirke på hva som skaper motivasjon hos den enkelte. Siegert og Taylor (2004) understreker at for å få tak i den indre motivasjonen til en person, må en bli kjent med personen og få innblikk i hans eller hennes liv og perspektiv på egen situasjon. Som nevnt tidligere er motivasjon sentralt både for å igangsette og vedlikeholde en aktivitet. Motivasjon anses dessuten å være viktig for at effektiv læring skal skje (Brodal, 2013). Dette gjelder også motorisk læring, som ofte er sentralt for fysioterapi ved MS, i form av relæring av tapte funksjoner (Stokes, 2012). En generell forutsetning for læring er at aktiviteten må oppleves som meningsfull for den enkelte (Fadnes, Leira, & Brodal, 2010). For å skape motivasjon for læring synes det derfor nødvendig å finne meningsfulle aktiviteter som er relatert til hva den enkelte pasient ønsker å oppnå. Ut fra dette kan det dermed synes viktig å bruke tid på å skape en god relasjon til pasienten som grunnlag for å kunne få innsikt i hva som kan tenkes å motivere den enkelte.

Informantene peker på at brukermedvirkning i målsetting er med på å bidra til økt ansvarliggjøring av pasienten i egen rehabilitering. Dette kan ses på som en form for empowerment, hvor pasienten er ment å ta mer makt over eget liv og gjennom dette ta mer ansvar for egen helse (Askheim, 2012). Siden det ikke finnes kurativ behandling for sykdommen, vil mange personer med MS være nødt til å legge ned en innsats også utover rehabiliteringsoppholdet for å kunne opprettholde aktivitet og deltakelse i hverdagen. Utfordringen er derfor, som en av informantene er inne på, å klare å skape motivasjon for egen innsats også etter et rehabiliteringsopphold. Det synes derfor sentralt å finne tak i hva som kan motivere den enkelte til å skape et engasjement videre. Sett i lys av selvbestemmelsesteorien til Deci og Ryan vil begrepene kompetanse og mestring være

relevant å trekke inn her. Mestring kan ses på som et resultat av opplevd kompetanse i forhold til en gitt utfordring, og tenkes å ha sterk innvirkning på den indre motivasjonen til et individ (Ryan & Deci, 2000). Å oppleve mestring vil kunne gi en følelse av glede og vellykkethet, som igjen vil kunne skape positive assosiasjoner omkring innsatsen som førte fram til mestringsopplevelsen. Dersom pasienten opplever mestring i løpet av rehabiliteringen, kan dette tenkes å bidra til å skape en indre driv hos pasienten til å fortsette aktiviteten videre. Det synes derfor sentralt å søke å finne det optimale forholdet mellom kompetanse og utfordring for den enkelte, for å legge til rette for at mestringsopplevelser skal skapes, jamfør flytmodellen (Reeve, 2009). Mestring kan også ses i lys av sosial kognitiv teori og begrepet mestringstro. Opplevelser av mestring vil kunne innvirke på den enkeltes mestringstro, da mestringstro i stor grad formes av tidligere erfaringer (Bandura, 1993). Positive erfaringer av mestring tenkes å øke mestringstroen, som igjen vil kunne skape motivasjon til å sette seg nye og høyere mål. Dermed kan opplevelser av mestring i rehabiliteringen kunne bidra til at pasienten setter seg mål også utover rehabiliteringsoppholdet.

4.1.3 "Hjelp til å se muligheter og til å definere det som er vanskelig": Veiledning gjennom dialog

Ordet veiledning blir nevnt av flere informanter, og de forteller at deres rolle ofte er å veilede pasienten i prosessen mot å formulere mål. Flere informanter har erfaring med at pasientene gjerne har vansker med å formidle hva de ønsker å oppnå i løpet av rehabiliteringsoppholdet:

(...) men det gjelder jo nesten alle pasientene som kommer inn her, (at de) har vanskeligheter for selv å sette egne ord på hva som er målsetningen sin.

En av informantene tror at dette kan henge sammen med personlige faktorer og manglende erfaringer med å sette mål:

(...) (noen av pasientene) er ikke vant til å sette mål for seg selv. Det har jo med, det har jo med hvor de er i livet, hvilken bakgrunn de har, personlighet, hvor lett eller vanskelig de har for å, for å sette mål for seg selv.

Veiledningen innebærer ofte å skape større bevissthet og forståelse hos pasienten omkring egen funksjon for å kunne finne relevante mål. Dette synliggjøres i utsagnet som følger:

Da trenger de ofte hjelp, eller litt veiledning om ikke annet, for å så finne fram til hva som egentlig er problemet her, hva er det egentlig jeg har behov for å jobbe med. Det er jo mange som trenger den veiledningen... på å få hjelp til å se muligheter... og også få hjelp til å definere det som er vanskelig og viktig for videre livskvalitet.

Dette blir utdypet nærmere av flere informanter:

(...) jeg synes på en måte det er fint å tenke at den enkelte er på en måte litt ekspert på seg selv og. At de får, at de får komme med sine mål og så får jeg prøve å hjelpe de til å få en litt større forståelse på hva som skal til for å nå det målet (...) Så... å få til mer den her veiledninga, heller enn rådgivning.

Og det med å gi dem også... mer kunnskap om de prosessene som foregår i kroppen i forhold til bevegelse, energi, utholdenhet... ehm... som gjør dem bedre i stand til å ta de rette valgene, i livet. Være en... en veiviser på en måte, for dem.

En av informantene trekker fram at gjennom aktivitet kan både pasient og fysioterapeut bli mer bevisste på hva som kan være relevant å jobbe mot:

Ja, da er det jo å prøve å finne ut, okay, da er det igjen inn på å få pasienten i aktivitetene og analysere hvordan beveger du deg og sånt, og så prøve i sammen med pasienten å finne litt ut av, egentlig, hvis du graver litt i de, så har de alle en problemstilling der og da som de faktisk ønsker å jobbe med.

Alle informantene gir uttrykk for erfaringer med at pasientenes vansker med å sette ord på det de strever med ofte resulterer i diffuse mål, som gjerne omhandler ”å bli bedre” eller ”å gå bedre”. Flere av informantene fremhever det som viktig at målene skal være så spesifikke som mulig for at de skal kunne styre tiltakene i rehabiliteringen, og for at det skal være mulig å evaluere målene underveis og ved avslutning av rehabiliteringsoppholdet. Informantene erfarer at pasientene ofte trenger hjelp til å konkretisere målene sine. En strategi som trekkes fram for å få målene mer konkrete enn bare ”å bli bedre”, er å relatere målene opp mot aktiviteter i dagliglivet. Utdragene under viser eksempler på dette:

Da tenker jeg å spørre ”okay, du ønsker å gå bedre, hvor er det du ønsker å gå? Hva er det du skal gjøre når du skal gå?” Prøver å få pasienten til å si noe mer enn bare gå (...), gå til badet... ehm... gå til postkassa, gå ut, gå ut med hunden, sånn at vi får litt mer enn bare å gå...

Da er jo jeg interessert i å vite hva de mener med det å gå bedre (...) Du er nødt til å tenke på hva det er du egentlig mener, er det som sagt tempoet, er det stødigheten, er

det svekkelse i et bein du vil ha bedre liksom, ja... er det lengden... Så da må man jo stykke det ned, for et sånt svada-begrep, det nytter det ikke å jobbe med, tenker jeg.

Gjennomgående for alle informantene er tanken om at målsetting handler om å være lydhør overfor pasienten. Noen informanter reflekterer rundt balansegangen mellom å la pasienten komme fram til målene selv og egen framtoning i prosessen. En informant trekker fram at det noen ganger oppstår en slags konflikt mellom pasientens eget mål og det som fagpersonene opplever som relevante mål:

(...) når det er ulikhet mellom det som pasienten har som mål og så kanskje mener jeg at det burde vært et annet mål, som jeg i alle fall med meg selv kjenner på den, at da må jeg bare være ekstra obs på at jeg ikke kommer på for sterkt, på en måte. For det at... ja, en kan prøve og så veilede og forklare hvorfor en tenker at det er viktig, men en kan samtidig ikke presse sitt mål på pasienten.

Informantene har alle erfaringer med pasienter som har store og kanskje urealistiske mål. De ser på det som sitt ansvar å få målene mer realistiske. Samtidig snakker flere informanter om at det er viktig å ikke ta fra pasienten drømmer eller håp på veien mot realistiske mål:

Så prøver jeg å... hva skal jeg si, ikke dempe forventningen, men... ehm... jeg prøver å ikke knuse drømmen, men samtidig få målene på et realistisk nivå, og det er, kan være vanskelig.

En annen informant sier:

(...) noen ganger har pasienten mål som kanskje er urealistiske som de innser at de kanskje ikke rekker å nå mens de er her. Og det kan også være bra, hvis du har det som en motivasjon, at det venter noe godt på meg litt lenger fram i veien ... Ja, da er det kanskje greit at de beholder det selv om det på en måte ikke helt er sant.

Informantene trekker fram ulike framgangsmåter for at pasienten skal kunne få en forståelse for at målet ikke er realistisk, både det å være vag og la pasienten selv innse realitetene og det å konfrontere pasienten direkte. En av informantene sier:

(...) jeg prøver å la de beholde et sånt ønske og så prøver jeg å være veldig saklig og tydelig og prøver å få de selv til å innse at det kanskje er urealistisk, heller enn at jeg sier "neihei, det kan du bare glemme, det skjer ikke". For det at, det er bedre hvis at den forståelsen kommer innenfra dem selv enn at jeg sitter og sier "glem det".

En annen av informantene sier:

(...) så må man jo bare prøve og la dem se at det ikke går, å la dem feile noe voldsomt, ehm... for å konfrontere ehm... dem med det (...) selv om du har kognitiv svikt og dårlig innsikt, så kan du, det kan du skjønne, for det gjør du i praksis og det ser du det her går ikke lenger.

Informantene erfarer at mange pasienter har vansker med å formulere mål for rehabiliteringen, og refererer til begrepet veiledning for å hjelpe pasienten til å sette ord på det de strever med og ønsker bistand til. Personlighet og manglende erfaring med å sette mål nevnes som mulige forklaringer på hvorfor det kan være vanskelig å formulere mål for pasienten. Informantene trekker fram at målene bør være konkrete for at de skal være mulige å evaluere. De erfarer at enkelte ganger kan det oppstå uenighet mellom pasienten og fagpersonene om hva som anses som relevante mål og hva som kan være realistisk å jobbe mot, noe som blir trukket fram som en utfordring i målsettingsprosessen. I slike sammenhenger ser informantene på det som sitt ansvar å få målene på et mer realistisk nivå for den enkelte pasient.

Utsagnene peker mot at veiledning i mange tilfeller må til for å bli enig med pasienten om mål som er konkrete, relevante og realistiske. Det synes som om informantene har SMART-akronymet med i sin tankegang rundt målsetting ved at de trekker fram sentrale egenskaper ved mål fra dette prinsippet. Målsetting blir sett på som en dialog hvor det å lytte til pasienten er sentralt, og det synes som vesentlig at fagpersonen(e) er bevisst sin egen kommunikasjon for ikke å presse på med "egne" mål som fagperson. Dette peker mot at målsetting er en prosess som foregår i dialog mellom fagperson(er) og pasient, med målsetting som felles tema.

En dialog kjennetegnes av aktive deltakere som prøver å sette seg inn i hverandres perspektiv og situasjon (Thornquist, 2009). Informantene trekker fram at det gjennom dialogen skjer en veiledning av pasienten for å komme fram til gode målsetninger. I følge Dalland kan veiledning fra helsepersonell ses på som *"bistand der veilederen med faglig innsikt og holdning hjelper en person til å definere sitt problem og oppnå kunnskap og ferdigheter til å løse det"* (Dalland, 1999, s 183). Et veiledningsforhold er dermed ut fra definisjonen en asymmetrisk relasjon mellom de involverte, der den som er veileder tenkes å ha mer kunnskap på bestemte områder enn den som blir veiledet. Dette vil også være tilfelle ved målsetting i rehabilitering, siden pasienten og fagpersonen(e) som regel vil ha ulikt utgangspunkt i forhold til det å sette mål. Som profesjonell vil en, på bakgrunn av sin

fagspesifikke kunnskap og kunnskap om målsetting, i de fleste tilfeller ha en annen innsikt, erfaring og forutsetning for å sette mål enn hva pasienten har. I tillegg er ytre krav styrende for fagpersonen(e) i form av lovverk og forskrifter som presiserer at mål *skal* utformes for rehabiliteringen. Disse føringene gjelder ikke på samme måte for pasientene. Denne asymmetrien i kunnskap og ytre føringer vil kunne tenkes å bidra til å påvirke hvorvidt målsettingssamtalen utspiller en reell dialog.

Playford et al. (2000) hevder at *”formal goal setting was felt to be an activity unusual for many of the patients”*. Dette synes å være i samsvar med informantenes erfaringer. I en kvalitativ studie av Holliday, Ballinger, og Playford (2007) hvor pasientperspektivet i målsetting ble undersøkt, trekkes det fram at informasjon om målsetting og prosessen rundt er en forutsetning for å kunne være aktivt deltakende i prosessen. Det understrekes også at kunnskap om egen sykdom og prognose, en god relasjon til helsepersonellet og god tid i prosessen gjør målsettingen enklere, mens uforutsigbar sykdomsutvikling bidrar til at det kan være vanskelig å sette konkrete mål for pasienten. Dette peker mot at manglende forberedelse av pasienten før et målsettingsmøte kan tenkes å bidra til at det kan være vanskelig for pasientene å sette ord på egne mål. Dette er et aspekt som informantene i liten grad belyser. Eide og Eide (2004) sier at det som kommer ut av en dialog vil være et resultat av de ulike partenes forståelse for situasjonen og relasjonen mellom de involverte. Det kan derfor synes viktig å innlede målsamtalen på en slik måte at det er tydelige rammer for hva som skal skje og hvilke forventninger som stilles til de ulike partene i målsettingen, for å legge til rette for en aktiv brukermedvirkning.

Problemer med å sette ord på hva en strever med kan også settes i sammenheng med at personer med kroniske sykdommer som MS er i en situasjon som ikke er selvvalgt, og at sykdommen ofte vil kunne føre til store omveltninger i livet. Å sette mål innebærer et forsøk på å predikere fremtiden (Wade, 2009). MS har gjerne et uforutsigbart forløp (Gjerstad et al., 2010), slik at det for mange vil være et element av usikkerhet om hva de kan forvente av fremtiden. Personer med MS som deltar på rehabiliteringsopphold vil dessuten være i ulike faser i sykdomsforløpet. Noen har nettopp fått diagnosen, andre har levd med diagnosen i mange år. Hvor en er i prosessen med å akseptere sykdommen, kan tenkes å kunne innvirke på hvor bevisst en er sine egne ønsker og behov (Fjerstad, 2010). Dette er også en av informantene inne på når hun trekker fram at personlige faktorer og *”hvor de er i livet”*, kan spille inn i forhold til hvor lett det er å sette ord på utfordringene i hverdagen for den enkelte.

Som nevnt tidligere vil pasientens mestringstro kunne innvirke på evnen til å sette seg mål. Bandura (1993) sier at ved sterk tro på egne ferdigheter og opplevelse av stor påvirkningskraft over eget liv, vil målsetningene naturlig bli mer ambisiøse enn ved lav mestringstro. For personer med MS med et uforutsigbart sykdomsforløp, kan denne opplevelsen av påvirkningskraft over eget liv tenkes å være redusert. I tillegg vil gjentatte negative mestringsopplevelser på grunn av progredierende symptomer sannsynligvis ha forekommet. Dette vil kunne bidra til å kunne redusere pasientens mestringstro, som igjen vil kunne påvirke pasientens tanker om hva som kan være relevante mål. I forhold til dette aspektet kan det således synes viktig å ha en varhet i forhold til hvor den enkelte pasienten er i egen sykdomsprosess, og gjennom veiledningen prøve å bygge opp pasienten og kommunisere ut en tro på at det vil kunne være mulig å skape en endring ut fra relevante mål.

I resultatene framgår det at informantene er opptatte av å veilede pasientene slik at målene blir konkrete, relevante og realistiske. For informantene innebærer denne veiledningen ofte å bevisstgjøre pasienten omkring egen kropp og kroppslige sammenhenger for å øke pasientens forståelse for hva som kan være relevante mål og hva som skal til for å oppnå disse. Dette peker mot at kunnskap hos pasienten blir sett på som grunnleggende i utformingen av mål, og kan relateres til et ønske om å skape et kognitivt eierskap til målene hos pasienten.

Informantene er også inne på at kroppslig erfaring kan være en kunnskapskilde i prosessen mot å finne aktuelle mål. *”Det å se pasienten i aktivitet”* blir trukket fram som et verktøy for fysioterapeuten i forhold til å kunne analysere bevegelser og få innblikk i pasientens utfordringer, og som en kilde til erfaring for pasienten. Dette vil tenkes å kunne gi en bevissthet hos begge parter for hva som synes å være pasientens utfordringer. En slik tankegang peker mot en forståelse av kroppen som erfarende og uttrykksfull, jamfør Merleau-Ponty (1994). Det å erfare gjennom kroppen blir også nevnt som en måte å konfrontere pasienten på ved urealistiske målsetninger. Den ene informanten trekker fram at det som en gjør i praksis, altså gjennom bruk av kroppen, vil en kunne forstå selv ved kognitive problemer og nedsatt innsikt i egen situasjon. Det synes ut fra dette som at kroppslig erfaring anses av informantene som en måte å kunne skape større innsikt hos pasienten på, både i forhold til egen funksjon og egne begrensninger.

I alle relasjoner vil makt kunne være et aspekt, og makten kan opptre åpent og direkte eller skjult og indirekte (Jensen & Ulleberg, 2011). Den asymmetrien som ligger i bunn i relasjonen mellom pasient og fagperson(er) gir muligheter for både hensiktsmessig bruk av

makt og for maktmisbruk (Thornquist, 2009). Et grunnleggende poeng i Foucaults teorier om makt er at makt og kunnskap er uatskillelig vevd sammen (Foucault (1980), referert i Askheim, 2012). Som nevnt tidligere vil det i de fleste tilfeller være ulikheter i kunnskap i forhold til selve målsettingsprosessen hos pasient og fagperson(er). I tillegg vil det som regel være et asymmetrisk kunnskapsforhold omkring sykdommen og rehabilitering generelt. Som fysioterapeut har en gjerne med seg erfaringsbasert kunnskap som er tilegnet gjennom møter med andre pasienter med tilsvarende problemstillinger, i tillegg til teoretisk kunnskap om diagnoseforløp og prognoser, kunnskap om effekter av trening og kunnskap om andre rehabiliteringstiltak som kan være aktuelle. Disse faktorene tar en gjerne utgangspunkt i når en ved hjelp av faglig skjønn vurderer hva som kan være relevante og realistiske mål for den enkelte pasient. Pasienten derimot, vil i de fleste tilfeller ha begrenset kunnskap om disse elementene, men er samtidig den som erfarer hvordan sykdommen oppleves på kroppen og som best vet hva som skaper motivasjon til egeninnsats.

Thornquist hevder at *”den som har mest makt, har størst ansvar for hva som skapes”* (Thornquist, 2009, s 30). Dette er også en av informantene inne på når vedkommende sier at en som fagperson har et ansvar for å sørge for at målsetningene blir realistiske. Informantene kjenner på at det er viktig å ikke ta vekk håpet og drømmene til den enkelte, men er samtidig klar på at målsetningene bør ha en realisme over seg. I enkelte tilfeller vil det kunne være vanskelig å vite hva som er realistisk for den enkelte pasient, og det blir trukket fram at det kan bli et spenningsforhold mellom pasienten og fagpersonene i forhold til hva som oppleves som realistiske mål av de involverte. Barnard, Cruice, og Playford (2010) fant i sin studie at målene ofte blir modifisert av fagpersonene nettopp på bakgrunn av kravene om at de skal være realistiske og spesifikke. Dette skaper et utgangspunkt for en diskusjon rundt hvem sine mål det *egentlig* blir i slike sammenhenger? Hvem har definisjonsmakten på hva som er relevant og realistisk? Jensen og Ulleberg (2011) påpeker at profesjonsutøvere vil kunne utøve en definisjonsmakt både ut fra hvilke rammer en forstår problemer innenfor og i forhold til hvilke løsningstiltak eller endringsforslag som anses som gyldige eller riktige, gjennom å utnytte sin faglige kunnskap og et profesjonelt språk. Som en av informantene er inne på i sitatet *”(...) da må jeg bare være ekstra obs på at jeg ikke kommer på for sterkt, på en måte”*, vil det derfor være viktig å være bevisst egen posisjon og maktaspektet i kommunikasjonen, noe som kanskje ikke er så lett. Jensen og Ulleberg sier nemlig at det kan være *”en stor utfordring å være bevisst denne makten og lytte til brukerens versjon av virkeligheten, særlig hvis den avviker fra den allmenne oppfatning eller den konkrete profesjonsutøvers*

virkelighetsforståelse” (Jensen & Ulleberg, 2011, s 199). I de tilfeller hvor det oppstår et spenningsforhold omkring hva som er realistiske mål, kan det derfor synes viktig å bruke tid i prosessen mot å forhandle fram mål. Kanskje vil det i enkelte tilfeller være nødvendig å utsette eller gjenta prosessen til senere i oppholdet slik at partene har blitt bedre kjent med hverandre, før en på nytt ser om pasienten og fagpersonen(e) kan nærme seg hverandre i en forståelse om hva som kan være realistisk å oppnå. Gjennom å la pasienten få prøve seg i aktivitet over noen dager, vil både pasient og fagperson(er) kunne få en større innsikt i pasientens utfordringer, slik at den ene parten eller begge kanskje har endret oppfatning om hva som kan være realistisk å oppnå.

4.2 Bekreftelse gjennom evaluering: Om endring, systematikk og standardisering

4.2.1 ”Vi må jo vise at vi gjør noe”: Å synliggjøre endring

Noen av informantene trekker fram at evaluering av måloppnåelse er med på å synliggjøre eget fagfelt. De sier at gjennom evaluering kan de vise til at det har skjedd en endring hos pasienten i forhold til målsetningene som er satt, og at dette igjen kan si noe om effekten av fysioterapi. En av informantene sier:

Ja, altså målarbeid er jo... (sukk) det er mye større sjanse for å (...) kunne vurdere effekt av fysioterapi hvis du har noen mål (...), altså hovedmål og delmål, for å kunne evaluere, se om fysioterapi har noen effekt for pasienten.... kunne justere tiltakene også... i forhold til hva man oppnår i forhold til de målsetningene pasienten har.

En annen informant sier:

Det er jo klart, hvis jeg er interessert i å vise at jeg gjør en god jobb, det (evaluering av måloppnåelse) er jo skrytedokumentet, vi må jo vise at vi gjør noe, vi kan ikke bare si at "nei, jeg tror at pasienten har (...) blitt litt bedre, jeg synes at pasienten går litt bedre". Helt uaktuelt.

Alle informantene vektlegger at evaluering av måloppnåelse er viktig. En av informantene sier at dette er en måte å kunne se framgang hos pasienten på, for av og til erfares det som vanskelig å fange opp endringer hos pasienten:

(...) hvis en har en sånn voldsom bedring plutselig en dag, så er det kanskje veldig lett å se framgangen, mens hvis en har en litt mer sånn gradvis framgang eller så kan det

være sånn at det forsvinner litt i den her dag-til-dag-bedringen, og at det da er nyttig og så okay, la oss gå tilbake til basic, hvordan var det når du kom og hvor er du nå?

Noen av informantene forteller at de evaluerer både i den enkelte behandlingstime, underveis i oppholdet og ved avslutning av oppholdet. Testing-retesting blir av noen informanter sett på som en viktig del av innholdet i en behandlingstime for å kunne validere egne tiltak, samt for å bevisstgjøre pasienten i forhold til målene som er satt. Dette vises i utsagnene under:

Hvis jeg jobber, så må jeg måle hele veien, om det jeg gjør har effekt. Hvis jeg bare skal se på skuldra di, så gjør jeg gjerne ei behandling, så retester vi igjen, for å se om noe har forandret seg, om noe er påvirket. Det er ikke sikkert jeg skal jobbe videre, for jeg kan ikke sitte å si "tja, hjalp det?"

Jeg opplever egentlig at det (å bli evaluert) setter pasienten veldig pris på, ehm... og særlig det at det skjer underveis, daglig, i hver behandlingstime. Altså, det vekker en interesse for seg selv (...) Jeg opplever at pasienten (...) får økt kunnskap om seg selv, om sine ressurser og begrensninger, får motivasjon, får innsikt, ehm... blir interessert, begynner å få aha-opplevelser.

Evaluering blir av informantene sett på som viktig for å kunne evaluere effekten av de ulike tiltakene som gjøres og for å kunne identifisere endring hos pasienten. Informantene forteller at dette er med på å synliggjøre eget fagfelt. De trekker fram at evaluering skjer på flere stadier i rehabiliteringsoppholdet, og noen av informantene synes at evaluering også er viktig i løpet av den enkelte behandlingstime.

Utsagnene vitner om at informantene er opptatte av at det skal skje en endring hos pasienten i løpet av rehabiliteringsoppholdet i forhold til målene som ble satt i starten. Det kan her synes som om de i hovedsak tenker på evaluering av de særfaglige delmålene. Samtidig vil ofte flere faggrupper ha vært involvert rundt pasienten og bidratt inn med sine tiltak i rehabiliteringen, slik at evaluering av fagspesifikke delmål ikke nødvendigvis vil være tilstrekkelig for å kunne evaluere om det overordnede målet er nådd. Dette aspektet framkommer imidlertid i liten grad i det empiriske materialet. Informantenes ønske om å kunne synliggjøre endring hos pasienten, peker mot en forståelse av at de opplever et behov for å dokumentere at det fysioterapeuten gjør nytter. Det synes ikke å framgå klart hvem informantene ønsker å synliggjøre denne endringen overfor, men det kan tenkes å kunne være overfor fysioterapeuten selv, overfor pasienten eller overfor det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Dette gir assosiasjoner til kunnskapsbasert praksis, og retter fokus mot hvordan

ønsket om å kunne vise endring og evaluere måloppnåelse, vil kunne påvirke utformingen av mål.

I definisjonen av rehabilitering er det indirekte forankret at endringer skal forekomme i løpet av et rehabiliteringsopphold gjennom formuleringen ”for å *oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*” (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, kapittel 2, § 3). Dersom en er opptatt av å synliggjøre endring gjennom evaluering, vil målene som ligger til grunn sannsynligvis bli preget av dette. Som nevnt i kapittel 4.1.3 var informantene opptatte av å veilede pasientene til å sette konkrete mål. Hensikten med konkretisering kan dermed linkes direkte opp til et ønske om å kunne evaluere målene, for så lenge målene ikke skal evalueres opp mot et gitt utgangspunkt, vil det ”å bli bedre” kunne tenkes å være spesifikt nok. Playford et al. (2009) trekker fram at fagpersonene ofte påvirker sterkt i prosessen mot SMARTe mål, nettopp på bakgrunn av ønsket om å kunne evaluere målene.

Et behov for å synliggjøre endring overfor fysioterapeuten selv, kan ses i sammenheng med at evaluering av måloppnåelse vil kunne være en måte å validere egne behandlingstiltak på. Dette gjenspeiles i utsagnet til en av informantene: ”*Hvis jeg jobber, så må jeg måle hele veien, om det jeg gjør har effekt (...)*”. I søken etter å kunne demonstrere klinisk effekt og kontinuerlig forbedre praksis, har kunnskapsbasert praksis i økende grad blitt fremmet som modell for fysioterapifaget. I henhold til Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten anses kunnskapsbasert praksis som en integrering av den beste, tilgjengelige forskningskunnskapen med klinisk erfaring og brukerens verdier og preferanser (Vanvik & Eiring, 2011). Dette er en videreutvikling av begrepet evidence based medicine som ble innført på slutten av 1980-tallet, beskrevet som “*the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients*” (Sackett, Rosenberg, Muir Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Som følge av økte krav til at utøvelsen av fysioterapi skal være kunnskapsbasert, er det derfor blitt større fokus på å kunne gi målbare og objektive tall på effekt av behandling (Muren, 2006). I tråd med det som blir sett på som et ideal, synes det som at informantene anser jevnlig evaluering som viktig, fordi dette kan tjene som en dokumentasjon av egen praksis.

Behovet for å synliggjøre eget fagfelt overfor pasienten og det tverrfaglige teamet kan knyttes opp til roller og rolleforventninger. Alle rolleinnhavere som samhandler i et sosialt system,

vil stille forventninger til hverandres roller. I et tverrfaglig samarbeid vil de ulike aktørene stille forventninger til hverandre om de ulike rollenes innhold og utforming, samtidig som de stiller ulik grad av klare forventninger til egen rolle (Lauvås & Lauvås, 2004, s 66).

Forventningene til en rolle inneholder krav om at praktisk kunnskap og teoretisk innsikt skal gi seg utslag i det praktiske arbeidet med pasientene og i det tverrfaglige samarbeidet. Til sammen utgjør disse forventningene det ”sosiale trykk” for hvordan en skal, bør eller kan utføre sin rolle (Lauvås & Lauvås, 2004). Behovet for å synliggjøre eget fagfelt kan dermed være et uttrykk for at informantene opplever et trykk om å innfri rolleforventningene overfor både pasienten og de andre profesjonene, og at det å synliggjøre resultater kan være en måte å bekrefte rolleforventningene på. Dersom fysioterapeuten kan vise til at pasienten har nådd de særfaglige målene som ble spesifisert, kan dette være med på å indikere at fysioterapeuten har gjort jobben sin. Gjennom å innfri rolleforventninger vil en kunne bekrefte sin autoritet som profesjonsutøver, og markere at fysioterapeuten er en viktig del av rehabiliteringen og det tverrfaglige samarbeidet.

Ønsket om å synliggjøre endring overfor pasienten kan også relateres til motivasjonsaspektet. Jevnlig evaluering kan ses på som en slags tilbakemelding (feedback) til pasienten i forhold til progresjon. Som tidligere nevnt er tilbakemelding sentralt i forhold til å opprettholde videre motivasjon for en aktivitet. Uten tilbakemelding vil det en gjør kunne engasjere mindre og oppleves som mindre viktig, noe som kan føre til at en etter hvert vil kunne miste motivasjonen for å fortsette aktiviteten. En av informantene er inne på dette når vedkommende opplever at pasientene får *motivasjon og aha-opplevelser* av å jevnlig bli evaluert. Positiv tilbakemelding vil kunne skape en opplevelse av mestring (Reeve, 2009), som tidligere har vært nevnt som sentralt både i forhold til indre motivasjon for å fortsette en aktivitet og i forhold til mestringstroen til den enkelte. En annen av informantene sier at det noen ganger kan være vanskelig å se framgang hos pasienten fordi det skjer små endringer fra dag til dag. Dette kan tenkes å gjelde både for fysioterapeuten og pasienten. Ved å ha gitte utgangspunkt å evaluere ut fra, vil da jevnlig evalueringer kunne tjene som tilbakemelding til både pasienten og fysioterapeuten i forhold til om det er progresjon, noe som tenkes å kunne virke motiverende for begge parter. Det er likevel ikke sikkert at jevnlig evaluering vil skape motivasjon hos alle. Det å bli evaluert kan også tenkes å virke truende for noen pasienter, i form av at de vil kunne oppleve press og forventninger utenfra om at de skal ha blitt bedre. Også tilfeller hvor tilbakemeldingen er i form av negativ progresjon, vil jevnlig evaluering kunne virke mot sin hensikt. Negativ forsterkning gjennom stadig tilbakemelding vil da kunne

gi negative mestringsopplevelser, som igjen vil kunne innvirke negativt på motivasjonen og pasientens mestringsstro for videre aktivitet, jamfør flyt-modellen og Bandura (1993).

4.2.2 "Vi diskuterer veldig mye hva vi får ut av disse testene": Systematikk og standardisering

Informantene er vant til ulike framgangsmåter ved evaluering av mål. Flere av informantene trekker fram standardiserte tester som aktuelle verktøy for å fange opp endring, og gjennom dette kunne evaluere status i forhold til måloppnåelse. En av informantene er vant til å bruke et gitt sett av standardiserte tester som blir gjennomført ved ankomst og avreise på alle personer med MS, mens to av de andre informantene vektlegger viktigheten av alltid å velge ut relevante tester og tilpasse testene til den enkelte pasient og målene som er satt. En av informantene sier:

Ja, vi tester alle... alle pasientene når de kommer og når de reiser (...) ja, da har vi en del tester, vi tar Bergs balanseskala, eller Trunc Impairment Scale hvis de ikke greier å utføre den første. Så har vi gangtester.

En annen informant sier:

(...) jeg synes at det finnes mange nyttige evalueringsverktøy hvis en bare er spesifikk nok i å sette målene og er kritisk nok når en velger ut aktuelle måleverktøy.

Informanten sier videre:

Jeg liker ikke bare å kjøre på med en test for å ta testen, men det må være en tanke bak.

En av informantene som jevnlig bruker standardiserte tester i evaluering av måloppnåelse, trekker likevel fram pasientens oppfatning av endring som viktigere enn resultatet av testene:

Altså de... for meg er det mye viktigere hva pasientene forteller enn ehm... de testene. De testene er på en måte en bekreftelse på det... hvis ting går etter planen er de testene bare en bekreftelse på at ting har gått slik vi tror at det har gjort.

En annen informant sier at pasienten ofte kan være lite deltakende i evalueringen av mål:

(...) vi har veldig lite der vi involverer pasienten, (...) og det er jo mangelfullt, det sier seg jo selv. Der pasienten setter ord på hva har jeg opplevd, hva har jeg klart på disse to ukene her. (...), det skapes det ikke rom for, når jeg tenker meg om. Det blir mer sånn, kanskje spør vi om "har du hatt det bra under oppholdet?" "Ja, jeg har hatt det bra" og så sier vi ikke noe mer liksom.

Flere av informantene er inne på at personer med MS er en heterogen pasientgruppe, med store individuelle variasjoner i funksjon. De trekker fram at individuell tilpasning ofte er nødvendig. Tilpasningen skjer blant annet i valg av evalueringsmåte og i utvelgelsen av relevante tester. En informant er opptatt av å skape egne funksjonelle tester som kan si noe om nivået til pasienten. Utsagnene under omhandler dette med tilpasning:

Så det er jo noen, noen tester som noen pasienter aldri vil kunne ta, så du må jo uansett alltid tilpasse de undersøkelsene du gjør, til pasienten sitt funksjonsnivå, ja.

Og vi har veldig fokus på funksjoner da. (...) hvis du går bra i trapp, så gidder jeg ikke å teste styrken i beina dine, for det vet jeg du har jo det, sant. (...) Vi prøver liksom å finne hvor er nivået på pasienten. Er det sånn at jeg må faktisk må stå på trinn nummer to og hoppe ned og lande i telemarkstil for å finne en viss... så da må jeg opp på det nivået for å teste pasienter. Så vi må lage en del tester underveis, føler jeg.

En av informantene har erfaring med å evaluere måloppnåelse gjennom systematiske observasjoner og analyse av bevegelsesmønster, bevegelsesstrategier og bevegelseskvalitet, og har begrenset erfaring med å bruke standardiserte tester. Informanten er klar på at standardiserte tester uansett kun være et supplement til det kliniske blikket og de analysene som en gjør som fagperson:

(...) man kan ikke bruke standardiserte tester alene, slik som jeg ser det. For da fanger du ikke opp det individuelle, du klarer ikke å kartlegge godt nok på det strukturelle nivået, hva det er slags strukturelle forhold som ligger til grunn for de bevegelsesstrategiene som pasienten har.

Informanten utdyper videre:

(...) det har ikke vært tradisjon for det (å bruke standardiserte tester) (...) det er flere ganger vi har prøvd å bruke functional reach, Bergs balanseskala, timed-up-and-go og alt det her, men det er ofte, ehm... det kan være et supplement, men likevel er det bestandig det analytiske man faller tilbake på, for det er der man kan gå inn og finne, og på en måte oppdage hovedproblemene, hva det er som fører til hva, på en helt annen måte enn å bare ta noen generelle tester.

Andre informanter mener at standardiserte tester framstår som mer objektive enn det kliniske blikket, og ser på testing som en nødvendighet for å kunne fange opp endring og for å unngå ”synsing”. Utsagnet under eksemplifiserer dette:

(...) synsing er helt uaktuelt. Jeg synes ingenting. Enten så har du en bedre bevegelse eller så har du mindre smerter, eller så har du ikke. Pasienten kan synes at det her kjentes bra ut, det er helt greit, det er kjempebra hvis de synes noe, og kjenner noe, og konkret ser det, det er jo enda bedre. Men vi er nødt til å måle, vi er nødt til å ha en inntøst, vi er nødt til å ta et par tester for å se (...) hvordan er de på tempo og sånt.

Selv om flere informanter gir uttrykk for at standardiserte tester er ansett som mer objektive enn rene observasjoner, kommer en av dem inn på at en del tester innebærer skjønnsmessige vurderinger. Informanten erfarer at dette spesielt gjelder for tester hvor bevegelseskvalitet skal vurderes, og trekker fram viktigheten av å være konsekvent ved scoring av denne typer tester for å ikke påvirke resultatet for mye:

Og så opplever jeg og at det er viktig at... at jeg er konsekvent, at jeg ser det samme hver gang og at jeg er like streng, for at... det er jo fort gjort, for at en har jo veldig lyst at de skal bli bedre, sant, både for deres del og for sin egen del.

En av informantene er usikker på nytteverdien av standardiserte tester, spesielt med tanke på overføringsverdien til hverdagslivet hjemme. Blant annet blir variabel dagsform og fatigue trukket fram som elementer som kan virke inn på dette. Likevel erfarer flere av informantene at testing kan virke motiverende for pasientene, slik at det ligger en slags nytteverdi i testingen i seg selv:

Vi bruker de som motivasjonsfaktor. Vi diskuterer veldig mye hva vi får ut av disse testene i og med at MS'en svinger veldig mye fra dag til dag og... hvis du greier å gå 500 m på en test, så er det ikke sikkert du greier å gå 300 m fra bilen og inn på butikken når du har vært på jobb en hel dag. Så hva man får ut av disse testene er veldig diskutabelt, hva de egentlig betyr, om de har noen ren praktisk betydning...

En annen informant sier:

(...) så opplever jeg at pasienten selv synes det er morsomt, synes det er kjekt å få et tall på, "okay, nå fikk jeg et tall når jeg kom og så fikk jeg et tall når jeg reiste. (...) jeg går jo faktisk litt fortere eller jeg har jo klart å gå litt lenger" (...) Det kan jo bety mye i det daglige og, med å kunne gå fortere og lenger.

Informantene beskriver ulike måter for fysioterapeuten å evaluere måloppnåelse på, og det varierer mellom de ulike arbeidsplassene hvordan dette gjøres. Både evaluering gjennom pasientens opplevelse, bruk av standardiserte og tilpassede tester og evaluering via observasjoner og klinisk blikk blir omtalt. Noen av informantene trekker fram at tradisjonen på arbeidsplassen er med på å gi føringer for hvordan evalueringen skjer. Standardiserte tester blir av flere informanter referert til som mer objektive enn observasjoner. De erfarer samtidig at standardiserte tester kun kan gi begrenset informasjon om pasienten, og noen informanter trekker fram at det er nødvendig med annen evaluering i tillegg for å fange opp helheten rundt pasienten. Informantene opplever tester som motiverende for pasienten, selv om de erfarer at testenes overføringsverdi til hverdagen kan være begrenset.

Utsagnene vitner om at informantene har sprikende oppfatninger angående nytten av standardiserte evalueringsmetoder i forhold til annen type evaluering som baserer seg på mer systematiske og skjønnsmessige vurderinger. Det kan også synes som om pasientens rolle ved evaluering av måloppnåelse er lite framtrædende hos noen av informantene. Dette retter fokus mot hva som blir ansett som gyldig kunnskap i evaluering av måloppnåelse, og hva de ulike måtene å evaluere på vil kunne gi av informasjon.

Hva som vektlegges som gyldig kunnskap innen fysioterapifaget og hos den enkelte fysioterapeut, vil tenkes å kunne påvirke både hvordan målsetninger utformes sammen med pasienten og hvordan de evalueres. Det logiske er likevel at det er målene som skal være styrende for hvilken evalueringsmåte som er best egnet og ikke motsatt. Som nevnt i kapittel 4.1.3 virker informantene å være opptatte av at målene skal være konkrete slik at de kan evalueres, men det kan synes som om informantene vektlegger ulike faktorer ved valg av egnede metoder for evaluering av målene.

Evaluering ved bruk av et forhåndsbestemt sett av standardiserte tester som resulterer i en tid eller score, peker mot en sterk tro på det objektive og målbare. Gjennom å søke etter objektive svar, kan det synes som om en ønsker å fjerne seg fra det subjektive. Dette kan relateres til et positivistisk kunnskapssyn, hvor det som kan telles og måles blir ansett som gyldig kunnskap (Thornquist, 2003). Ved å benytte et sett standardiserte tester ukritisk, vil fysioterapeutens skjønnsmessige og erfaringsbaserte kunnskap tenkes å havne mer i bakgrunnen, samtidig som fysioterapeutens autonomi i fagutøvelsen vil være mindre framtrædende. Likevel vil standardiserte tester ikke nødvendigvis si noe om måloppnåelse dersom det ikke er et direkte

samsvar mellom målet og det som testen måler. Hvis målene er kvantitativt formulert ("å kunne gå 10 meter på 10 sekunder"), vil en standardisert test kunne være velegnet, mens ved mer kvalitativt formulerte mål ("å kunne gå med normal fotavvikling"), synes observasjoner å kunne være bedre egnet. Potter, Fulk, Salem, og Sullivan (2011) understreker at utvelgelse av riktige standardiserte tester er essensielt for at testene skal kunne si noe om effekten av tiltakene som er gitt.

I begrepet standardisert ligger det at det er en bestemt prosedyre som skal følges for at testen skal være reliabel og mulig å reprodusere (Polit & Beck, 2012). Men det vil likevel alltid være et skjønsmessig element i enhver test så lenge mennesker er involvert. Dette betyr at praksisutøveren som gjennomfører en standardisert test alltid vil ha en viss påvirkningskraft i gjennomføringen, slik at objektiviteten kanskje ikke er så absolutt som en gjerne tenker. For gangtester, hvor det måles tid eller distanse, vil den skjønsmessige siden være liten, mens for mer kvalitativt orienterte tester som Trunc Impairment Scale¹, vil den skjønsmessige siden være større. Da vil fysioterapeuten som gjennomfører testen måtte vurdere utførelsen av de ulike deloppgavene i testen og score etter sine skjønsmessige vurderinger. Et annet forhold som har betydning for graden av objektivitet i standardiserte tester, er fysioterapeutens habilitet. Fysioterapeuten vil som regel et ønske om å se framgang hos pasienten og nå målene som er satt for rehabiliteringen, slik at vurderingene som gjøres kan dreies mot dette. Dette aspektet synliggjøres gjennom et av sitatene til en av informantene: "*(...) for en har jo veldig lyst at de skal bli bedre, sant, både for deres del og for sin egen del*". Ønsket om måloppnåelse kan derfor tenkes å innvirke på fysioterapeutens utførelse av testen og de vurderingene som gjøres. På bakgrunn av dette viser informanten til viktigheten med å være konsekvent ved scoring av tester og ha en bevissthet om at det alltid vil være en fare for subjektiv påvirkning i testsituasjonen.

Utsagnet "*det må være en tanke bak*" og refleksjoner omkring at testene må tilpasses den enkelte pasient, vitner om at noen av informantene i større grad tar i bruk kliniske vurderinger i utvelgelse av tester. Dette gir fysioterapeuten større autonomi i evalueringsprosessen, i og med at det er bevisste valg som ligger til grunn for utvelgelsen, basert på pasientens funksjon og de spesifiserte målene. Ved denne tenkemåten vil den skjønsmessige kunnskapen hos

¹ Trunc Impairment Scale – en standardisert test som måler sittebalanse.

² Bevegelseskvalitet omhandler blant annet evnen til koordinasjon og flyt i bevegelsene, samspillet mellom stabilitet og mobilitet i de ulike kroppsdelene og kroppens tilpasningsevne til underlaget, med normal bevegelse som referanse (Gjelsvik,

fysioterapeuten være mer framtreddende siden fysioterapeuten vil måtte ta selvstendige valg på bakgrunn av gitte forutsetninger.

Også evaluering gjennom observasjoner og mer kvalitative vurderinger, gir uttrykk for at den kliniske erfaringen til fysioterapeuten og den skjønnsmessige delen av fagutøvelsen vektlegges. En av informantene trekker fram at bevegelsesstrategier og bevegelseskvalitet² ikke blir fanget opp ved standardiserte tester, noe som er relevant i og med at ved MS vil lesjoner i sentralnervesystemet kunne føre til at utførelsen av funksjonelle aktiviteter skjer med endret bevegelseskvalitet. Muren (2006) sier at bevegelseskvalitet ofte er et sentralt element i nevrologisk fysioterapi, men at dette aspektet kan være vanskelig å måle ved hjelp av standardiserte måleredskaper. Vurdering av kvalitative elementer i bevegelser vil være avhengig av fysioterapeutens observasjonsevne eller kliniske blikk, og vil delvis være preget av skjønnsmessige vurderinger. En av informantene fremhever at mer standardisert testing er nødvendig for å unngå ”synsing”. Selv om skjønnsmessige vurderinger alltid vil være tett knyttet opp til den enkelte som foretar vurderingene, vil utøvelse av skjønn være basert på både teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap, tilegnet gjennom utdanning og erfaring (Grimen & Molander, 2008). Det betyr at denne bakenforliggende kunnskapen vil være med på å styre blikket til den enkelte fysioterapeut i de skjønnsmessige vurderingene som gjøres. Dette peker mot at skjønnsmessige vurderinger ikke nødvendigvis er mindre kunnskapsbaserte enn annen type evaluering som er mer standardisert.

Som en av informantene er inne på vil standardiserte tester bare kunne gi begrenset informasjon om pasienten. Samme informant erfarer at observasjoner og andre mer skjønnsmessige vurderinger vil kunne utvide denne kunnskapen gjennom å få fram flere aspekter omkring pasienten. Det synes i tillegg nødvendig å ta med brukerperspektivet for at evalueringen skal kunne bli komplett. I resultatene framstår pasientene imidlertid som lite synlige i informantenes utsagn omkring evaluering av mål. En av informantene sier at det pasienten forteller blir ansett som viktigere enn testresultatene, mens en annen informant medgir at pasientens egen opplevelse av rehabiliteringen i liten grad blir etterspurt i evalueringen. Det kan dermed synes som at brukermedvirkning ikke har samme posisjon hos alle informantene i evaluering av mål som ved fastsettelse av målene. I merknader til paragraf

² Bevegelseskvalitet omhandler blant annet evnen til koordinasjon og flyt i bevegelsene, samspillet mellom stabilitet og mobilitet i de ulike kroppsdelene og kroppens tilpasningsevne til underlaget, med normal bevegelse som referanse (Gjelsvik, 2008).

5 i Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) står det imidlertid spesifisert at kravet til brukermedvirkning også skal gjelde i *evaluering* av rehabiliteringen. Dersom en tar brukermedvirkning på alvor gjennom hele prosessen, bør derfor brukererfaringen vektlegges også i evalueringen av målsetningene.

Ved å ta hensyn til pasientens egne kroppslige erfaringer av endring, som at det er lettere å bevege seg eller opplevelsen av å få til aktiviteter som tidligere var vanskelige, vil en i større grad erkjenne pasienten som et erfarende subjekt, jamfør Merleau-Ponty (1994). Det vil også kunne være tilfeller hvor det vil være avvik mellom fysioterapeutens evalueringer og pasientens opplevelse. Gjennom å etterspørre brukerperspektivet, vil en dermed kunne fange opp eventuelle endringer som ikke framkom på standardiserte tester eller gjennom fysioterapeutens faglige vurderinger, og på den måten kunne få en større helhet i evalueringen. At pasientene framstår som lite synlige i evalueringen, kan tenkes å kunne henge sammen med måten målene blir formulert på i fastsettelsen av mål. Hvis målene er konkrete og målbare i henhold til SMART-akronymet, synes det ikke nødvendig å etterspørre pasientens opplevelse i like stor grad som dersom målene er diffuse som ”å bli bedre”. I rehabilitering er det likevel pasienten som skal være i fokus, og det vil derfor være naturlig å ta hensyn til pasientens opplevelse i minst like stor grad som fysioterapeutens evalueringer.

Noen av informantene er inne på nytteverdi ved bruk av standardiserte tester. Det trekkes fram at ved MS vil dagsformen kunne variere sterkt, spesielt med tanke på fatigue, noe som også finnes beskrevet i litteraturen (Ytterberg, Johansson, Andersson, Holmqvist, & Von Koch, 2008). Dette vil kunne ha innvirkning på den eksterne validiteten til standardiserte tester, nemlig hvorvidt resultatene er overførbare til pasientens hverdag, jamfør Polit og Beck (2012). Det å kunne gå en gitt strekning på flatt underlag i en skjermet gymsal, vil ikke nødvendigvis være det samme som å gå samme strekning utendørs med forstyrrelser rundt. Samtidig trekker noen av informantene fram at testene mest blir brukt som motivasjonsfaktor for pasienten. Jamfør kapittel 4.2.1, så kan testene også ses på som en slags tilbakemelding til pasienten i forhold til progresjon, og kan dermed tenkes å ha innvirkning på motivasjonen. På denne måten får testene en direkte nytteverdi i seg selv, sett ut fra et motivasjonsaspekt. Også Potter et al. (2011) fremhever at standardiserte tester kan virke motiverende for pasientene fordi de kan bidra med tilbakemelding til pasienten i forhold til progresjon og måloppnåelse.

5.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Studiens fokus har vært å se på fysioterapeuters erfaringer med målsettings- og evalueringsarbeid ved rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten for personer med Multippel Sklerose. I studien framkom to hovedtema: *Målsetting som prosess* og *Bekreftelse gjennom evaluering*.

Første hovedtema løfter fram at målsetting i rehabilitering for personer med MS er en tverrfaglig prosess, hvor mål som regel settes i et felles møte mellom pasient og involverte fagpersoner. Her synes kommunikasjonsaspektet og rolleforventninger å kunne ha betydning for hva som kommer ut av målsamtalen. Det framkommer at hovedmålene ofte ender på aktivitetsnivå, men det uttrykkes samtidig et behov for å spesifisere særfaglige delmål i tillegg. Dette kan ses på som en nødvendighet for å kunne spisse fysioterapeutens tiltak og som en synliggjøring av egen rolle i det tverrfaglige samarbeidet. Brukermedvirkning i målsetting anses som viktig for å kunne skape et eierskap til målene. Eierskap knyttes tett opp til motivasjonsbegrepet, og det løftes fram at individualisering er viktig for å finne tak i hva som motiverer den enkelte. Videre trekkes det fram at det ofte er nødvendig for fagpersonen(e) å veilede pasienten i prosessen mot å formulere *egne* mål, og at denne veiledningen foregår i dialog mellom pasient og fagperson(er). Det framkommer at fagpersonen(e) ønsker at målene som fastsettes skal være konkrete, relevante og realistiske, og det synes i denne sammenhengen viktig med bevissthet hos fagpersonen(e) omkring egen kommunikasjon og maktaspektet i relasjonen, for å unngå at veiledningen styres i retning rådgivning eller indoktrinering.

I andre hovedtema framkommer det at evaluering av mål oppleves som viktig for å kunne vise effekt av fysioterapi og for å kunne synliggjøre eget fagfelt. Det synes imidlertid uklart hvem det er et behov å synliggjøre dette overfor, om det er overfor fysioterapeuten selv, overfor pasienten eller overfor det tverrfaglige teamet. Evaluering i forhold til måloppnåelse kan ses på som en form for tilbakemelding (feedback) til pasient og fysioterapeut angående progresjon, og uavhengig av evalueringsmåte vil dette kunne tenkes å ha innvirkning på motivasjonen til begge partene. Det synes å være manglende konsensus knyttet til hvordan den enkelte velger å evaluere de særfaglige delmålene, og i materialet framkommer ulike erfaringer i forhold til bruk av standardiserte tester og annen form for evaluering gjennom

observasjoner og mer skjønnsmessige vurderinger. Det løftes fram at de ulike evalueringsmåtene vil kunne gi ulik og supplerende informasjon om pasienten. Brukermedvirkningen synes å være mindre framtrødende i evaluering av mål enn ved fastsettelse av mål ved noen arbeidsplasser.

Studien har relevans til fagfeltet i og med at målsetting er et område som fysioterapeuter regelmessig står overfor i egen arbeidshverdag. Mange av momentene som framkom i studien er gjenkjennbare fra egen arbeidshverdag, både i forhold til hva informantene erfarer som utfordrende i målsettingsprosessen og løsninger de skisserer for å overkomme disse utfordringene. Ved å analysere det empiriske materialet i lys av teori om målsetting, motivasjon, kommunikasjon og profesjonskunnskap, har det tilkommet en økt forståelse og bevissthet omkring temaet hos meg som forsker. En refleksjon jeg har gjort meg omkring dette er i hvilken grad fysioterapeuter som jobber med rehabilitering er bevisste den underliggende teorien som knytter mål og motivasjon sammen, eller om målsetting like mye styres av forskrifter og faglige retningslinjer som krever at mål *skal* utformes for rehabiliteringen?

Studien gir et innblikk i fysioterapeuters erfaringer med målsetting og evaluering av måloppnåelse ved rehabilitering for personer med MS, men sier lite om den faktiske praksis og hvordan målsetting i realiteten utøves på de ulike arbeidsplassene. Dette kunne det ha vært interessant å se nærmere på i form av observasjonsstudier. Det kan også tenkes at fysioterapeuters erfaringer med målsetting ved rehabilitering etter akutt nevrologisk sykdom, som for eksempel hjerneslag, ville kunne frambringe andre kunnskapsbidrag omkring samme tema som for denne studien. Det synes videre å være få studier som har sett på målsettingsprosessen ut fra pasientperspektivet, og dette er en vinkling som ville kunne tilføre nyttig kunnskap omkring kommunikasjons- og maktaspektet i en målsettingsprosess, samt kunne si noe om i hvor stor grad målsetting har betydning for pasientenes motivasjon i rehabilitering.

REFERANSELISTE

- Album, D. (1996). *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Bae, B. (1992). Relasjon som vågestykke - læring om seg selv og andre *Erkjennelse og anerkjennelse: Perspektiv på relasjoner* (pp. s. 33-60). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bae, B., & Waastad, J. E. (1992). *Erkjennelse og anerkjennelse : perspektiv på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Barnard, R. A., Cruice, M. N., & Playford, E. D. (2010). Strategies used in the pursuit of achievability during goal setting in rehabilitation. *Qual Health Res*, 20(2), 239-250.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Bovend'Eerdt, T. J., Botell, R. E., & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352-361.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet*. Oslo: Universitetsforl.
- Bråten, S. (2004). *Kommunikasjon og samspill : fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforl.
- Dalland, O. (1999). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Fadnes, B., Leira, K., & Brodal, P. (2010). *Læringsnøkkelen : om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring*. Oslo: Universitetsforl.
- Finch, E. (2002). *Physical rehabilitation outcome measures: a guide to enhanced clinical decision-making*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Retrieved 24.04.14, from <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Gjelsvik, B. E. B. (2008). *The Bobath concept in adult neurology*. Stuttgart: Thieme.
- Gjersteth, A. (1992). *Idrettens treningslære*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjerstad, L., Helseth, E., Rootwelt, T., Dietrichs, E., & Enström, K. (2010). *Nevrologi og nevrokirurgi : fra barn til voksen : undersøkelse, diagnose, behandling*. Høvik: Vett & viten.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 71-86). Oslo: Universitetsforl.
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 179-196). Oslo: Universitetsforl.
- Grimen, H., & Terum, L. I. (2009). Profesjonsutøvelse - kvalitet og legitimitet. In H. Grimen & L. I. Terum (Eds.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Hanssen, H. r., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A., & Sommerseth, R. (2010). *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Holliday, R. C., Ballinger, C., & Playford, E. D. (2007). Goal setting in neurological rehabilitation: patients' perspectives. *Disabil Rehabil*, 29(5), 389-394.
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4. utgave ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- KITH. (2004). ICF Internasjon klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse. Norsk brukerveiledning: Aktietrykkeriet i Trondhjem.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Levack, W. M., Taylor, K., Siegert, R. J., Dean, S. G., McPherson, K. M., & Weatherall, M. (2006). Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 20(9), 739-755.
- Levack, W. M. M., Dean, S. G., Siegert, R. J., & McPherson, K. M. (2006). Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: The need for a critical distinction. *Disability and Rehabilitation*, 28(12), 741-749.
- Locke, E. A. (1996). Motivation through conscious goal setting. *Applied & Preventive Psychology*(5), 117-124.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey. *Am Psychol*, 57(9), 705-717.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Muren, M. A. (2006). Use of outcome measures in Norwegian neurological physiotherapy. *Fysioterapeuten*(10), 22-25.
- Normann, T., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. (2013). *Om rehabilitering. Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Paltamaa, J., West, H., Sarasoja, T., Wikström, J., & Mälkiä, E. (2005). Reliability of physical functioning measures in ambulatory subjects with MS. *Physiotherapy Research International*, 10(2), 93-109.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Retrieved 24.04.14, from <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Paulgaard, G. (1997). *Feltarbeid i egen kultur : innenfra, utefra eller begge deler?* (pp. 70-93). Oslo: Universitetsforl.
- Playford, E. D., Dawson, L., Limbert, V., Smith, M., Ward, C. D., & Wells, R. (2000). Goal-setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals' perceptions of goal-setting. *Clin Rehabil*, 14(5), 491-496.
- Playford, E. D., Siegert, R., Levack, W., & Freeman, J. (2009). Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. *Clin Rehabil*, 23(4), 334-344.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Potter, K., Fulk, G. D., Salem, Y., & Sullivan, J. (2011). Outcome measures in neurological physical therapy practice: part I. Making sound decisions. *J Neurol Phys Ther*, 35(2), 57-64.

- Pran, F. (2007). ICF - et felles språk for funksjon. *Fysioterapeuten*(7), 24-26.
- Reeve, J. (2009). *Understanding motivation and emotion* (5th ed.). Hoboken, N.J: Wiley.
- Repstad, P. (2004). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Muir Gray, J., Haynes, R., & Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't (Editorial). *BMJ*, 312, 71-72.
- Scobbie, L., Wyke, S., & Dixon, D. (2009). Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabilitation goals. *Clin Rehabil*, 23(4), 321-333.
- Siegert, R. J., & Taylor, W. J. (2004). Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 26(1), 1-8.
- Stokes, M. (2012). *Physical management in neurological rehabilitation*. Edinburgh: Churchill livingstone Elsevier.
- Struhkamp, R. (2004). Goals in Their Setting: A Normative Analysis of Goal Setting in Physical Rehabilitation. *Health Care Analysis*, 12(2), 131-155.
- Sugavanam, T., Mead, G., Bulley, C., Donaghy, M., & van Wijck, F. (2013). The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation – a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 35(3), 177-190.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagboklaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vanvik, P., & Eiring, Ø. (2011). Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten. (Vol. 16): Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester.
- Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clin Rehabil*, 23(4), 291-295.
- Ytterberg, C., Johansson, S., Andersson, M., Holmqvist, L. W., & Von Koch, L. (2008). Variations in functioning and disability in multiple sclerosis. A two-year prospective study. *J Neurol*, 255, 967-973.

Vedlegg 1: Godkjenning fra personvernombudet for forskning (NSD)

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

Gunn Kristin Øberg
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 27.05.2013

Vår ref:34486 / 3 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.05.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34486
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Målsettings- og evalueringsarbeid ved rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjensten
Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Gunn Kristin Øberg
Brita Fagernes Molund

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

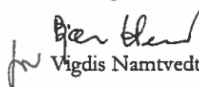
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Juni Skjold Lexau

Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Brita Fagernes Molund, Varden 192, 9018 TROMSØ

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 kytte.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø Tel. +47-77 64 43 36. nsdmsa@svt.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34486

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Vi legger til grunn at taushetsplikten til fysioterapeutene som skal intervjues ikke er til hinder for gjennomføringen av prosjektopplegget.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Tromsø sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Forespørsel om å delta på intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i klinisk nevrologisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø, og holder på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er målsetnings- og evalueringsarbeid ved tidsavgrensede rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten for personer med Multippel Sklerose. Jeg er interessert i å få innsikt i hva slags erfaringer fysioterapeuter som jobber med pasientgruppen har i forhold til dette.

For å finne ut av dette ønsker jeg å intervju 3-4 fysioterapeuter med videreutdanning/kurs innen nevrologisk fysioterapi, minimum 5 års arbeidserfaring med rehabilitering og som jobber med pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten. Spørsmålene vil dreie seg om målsetningsprosessen og evaluering av målsetninger. Jeg vil bruke båndopptaker mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent 1 time, og vil fortrinnsvis skje på din hjemmeplass etter nærmere avtale. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuet i løpet av september/oktober 2013.

Det er frivillig å delta i studien, og du har mulighet til å trekke deg når som helst før dataene har inngått i analysen, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg før dataanalysen, vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene du gir vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Lydopptakene vil bli slettet når oppgaven er endelig ferdigstilt, senest 31.12.15.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, ber jeg deg skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sende den til meg, enten som brev eller e-post, innen 1 uke etter du har mottatt henvendelsen. Jeg vil deretter ta kontakt med deg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på telefonnummer x, eller sende en e-post til x. Du kan også kontakte min veileder Gunn-Kristin Øberg på telefonnummer x.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Brita Fagernes Molund
(adresse/e-post fjernet)

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Dato Signatur

Telefonnummer E-post:

INTERVJU-GUIDE

Innledning:

Presentasjon av meg selv. Forklare hensikten med intervjuet og hva jeg ønsker å vite noe om. Informasjon om gjennomføringen av intervjuet og bruk av lydopptak. Åpne for eventuelle spørsmål.

Bakgrunnsopplysninger om informanten:

Navn, alder, utdanning/videreutdanning, arbeidserfaring, erfaring med pasientgruppen.

| TEMA | MULIGE STIKKORD/SPØRSMÅL |
|----------------------------------|--|
| Åpningsspørsmål | Fortell om hvordan målsetningsprosessen foregår på din arbeidsplass. Samarbeid med andre fagpersoner? Fysioterapeutens bidrag i målsetningsprosessen? Hvor viktig er bruk av målsetninger for pasientene i ditt arbeid? På hvilken måte styrer målsetningene innholdet i fysioterapibehandlingen? |
| Å sette målsetninger | Fortell om en situasjon da du opplevde målsetningsprosessen som spesielt utfordrende/vellykket. Hvordan vurderer du bruk av spesifikke verktøy i målsetningsprosessen? Hvilke verktøy finner du eventuelt nyttige? ICF? Hva ligger til grunn for målutarbeidelse? Samarbeid med lokal fysioterapeut? Konkrete målsetninger som skal kunne evalueres – hvordan få dette til? |
| Medvirkning fra pasienten | Medvirkning fra pasienten - eierforhold til målsetningene. Skriftlige målsetninger eller muntlige målsetninger? Hvordan opplever du målsetningsprosessen i forhold til pasienter med kognitiv svekkelse? |

Vedlegg 3: Intervjuguide

| | |
|--------------------------------|---|
| Å evaluere målsetninger | Fortell hvordan målsetningene evalueres underveis/ved avslutning i rehabiliteringen på din arbeidsplass. Fortell om en situasjon da du opplevde det som spesielt utfordrende å evaluere om målsetningene var nådd/ikke nådd. |
| Verktøy for evaluering | Hvordan er din erfaring i forhold til å bruke standardiserte tester eller andre verktøy i evaluering av målsetninger? Hvilke tester brukes eventuelt? Hvorfor/hvorfor ikke? Sensitivitet for endring hos pasientgruppen. Tester vs observasjon. Hva gir tester? Hva gir ikke tester? Nytteverdi/motivasjon for å bruke tester? Standard testbatteri eller tilpassede tester? Stor variasjon i funksjon hos pasientgruppen. |

Avslutning:

Oppsummering, er det noe som informanten ønsker å tilføye, eventuelle spørsmål.

Vedlegg 4: Utdrag fra matrise

| | Meningsbærende enhet | Kondensering: Bevare meningsinnhold | Abstrahering: Tolkning | Kode | Kategori |
|-------------|--|---|--|--|------------------------------------|
| Nr 4 s 1 | <p>Men... jeg opplever at det ikke er alltid like lett for alle å sette mål, kan være at det er spørsmål om det senere men, men... og at det ofte er veldig diffust. Ehm... hvis de kommer her og har en målsetning klar, så ofte opplever jeg at det kan være "å bli bedre" for eksempel. Hva ønsker du å oppnå med oppholdet? "Det er å bli bedre". Eller "det er å trene". Eller (latter) "det er å få mer energi".</p> <p>B: Mmm...</p> <p>I: Og det er jo greit det, det kan jo være et mål som du har, men, men... å legge opp tiltak etter det synes jeg at blir litt tynt.</p> | <p>Mange pasienter har vansker med å sette mål, målene blir ofte diffuse som "å bli bedre", "å trene" eller "å få mer energi". Å legge opp tiltak etter slike mål blir litt tynt, synes fysioterapeuten.</p> | <p>Ofte diffuse mål som ikke gir føringer for hva som er hensiktsmessig å gjøre, vanskelig å legge opp tiltak etter slike mål.</p> | <p>Diffuse mål.</p> | <p>Egenskaper ved mål.</p> |
| Nr 4 s 1 | <p>Da trenger de ofte hjelp, eller litt veiledning om ikke annet, for å så finne fram til hva som <u>egentlig</u> er problemet her, hva er det <u>egentlig</u> jeg har behov for å jobbe med. Og da synes jeg egentlig det er en fin balanse da mellom å høre på hva de vil selv og passe på at en ikke selv på en måte ikke presser, "åh, men jeg vet jo, jeg føler at jeg vet at du trenger det, så det må du ha det som mål". At en ikke går gjennom den, men at en faktisk tar utgangspunkt i det de ønsker selv.</p> | <p>Pasienten trenger ofte veiledning i å finne ut hva som egentlig er problemet, hva de egentlig har behov for å jobbe med. Dette krever en fin balanse mellom å lytte til pasienten og passe på at fagpersonene ikke presser på pasienten "sine" mål. En må ta utgangspunkt i hva pasienten ønsker selv.</p> | <p>Balansegang mellom veiledning og ikke være for frampå, gi rom til pasienten, ha pasientens ønsker i fokus.</p> | <p>Kommunikasjon. Veiledning. Pasienten i fokus. Bruker-medvirkning.</p> | <p>Kommunikasjon – veiledning.</p> |

Vedlegg 4: Utdrag fra matrise

| | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|---------------------------------|
| <p>Nr 4 s 1</p> | <p>I: Vi setter jo ofte tverrfaglige mål. Ehm... og da er det sånn at når de kommer til oss, så har de en innskrivningssamtale med en sykepleier dagen de kommer. Og så har de da en samtale/undersøkelse med fysioterapeut og ergoterapeut dagen etterpå. Sånn at en på en måte har et grunnlag før en har en målsetningssamtale, enten dag 2 eller dag 3. For da har vi både blitt kjent med den enkelte, og kanskje har de gjennom en undersøkelse, gjennom en samtale med sykepleier, ergoterapeut eller fysio fått en... følelse av hva, hva er størst utfordring for meg da.</p> | <p>Målene settes tverrfaglige. Først er det individuelle samtaler/undersøkelser med sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut som danner grunnlaget for målsetningssamtalen som er dag 2 eller 3. Da har fagpersonene blitt kjent med den enkelte og pasienten har kanskje fått et bedre innblikk i egne utfordringer.</p> | <p>Tverrfaglighet rundt målene. Bra å ha et utgangspunkt før målsamtalen, dannet en relasjon, større bevissthet hos pasienten.</p> | <p>Tverrfaglighet. Organisering.</p> | <p>Organisering.</p> |
| <p>Nr 4 s 2</p> | <p>Jeg synes ofte at de, de kommer lenger, de har en bedre følelse, hvis de klarer å spesifisere målene bedre... Og da... jeg prøver jo da å så lirke og lure litt, heller enn å si "nei, du kan ikke ha det som mål, du må heller ha ditt eller datt". Men heller si "okey, du har lyst til å bli bedre, hva er det du har lyst til å bli bedre på?" Kan du tenke deg ut en ting som du har lyst til at vi skal jobbe med her, eller to ting...?</p> | <p>Pasientene kommer ofte lenger hvis de klarer å spesifisere målene bedre. En prøver da å nøste litt, heller enn å foreslå andre målsetninger for pasienten</p> | <p>Vil at pasienten skal komme fram til hva han ønsker selv.</p> | <p>Konkrete mål. Bruker- medvirkning. Kommunikasjon.</p> | <p>Bruker- medvirkning.</p> |

Vedlegg 5: Kategorisering

| Tema | Målsetting som prosess | | |
|-------------------|--|--|---|
| Undertema | Tverrfaglig målsetting | Eierskap og motivasjon | Veiledning gjennom dialog |
| Kategorier | Mål styrer tiltak Tverrfaglig samarbeid Organisering Roller Særfaglig ansvar | Motivasjon Ansvarliggjøre pasienten Relatere til hverdagen Brukermedvirkning Individualisering | Kommunikasjon - veiledning Pasienten i fokus Bevisstgjøring av fysioterapeut/pasient Egenskaper ved mål Kunnskap Kroppslig erfaring Prosess |

| Tema | Bekreftelse gjennom evaluering | |
|-------------------|--|--|
| Undertema | Å synliggjøre endring | Systematikk og standardisering |
| Kategorier | Evaluerer - justere underveis Synliggjøre eget fag Vurdere effekt - endring Bevegelsesanalyse | Individuell tilpasning Nytteverdi Feedback Bevegelseskvalitet Objektivitet/subjektivitet Pasientens opplevelse Kultur på arbeidsplassen Fagutøvelse |