

Fra ord til handling

– OM TEORI OG PRAKSIS I REHABILITERING

Rehabilitering er et fagområde som preges av flotte ord og intensjoner. Utfordringen er å følge opp dette i praksis. I denne artikkelen ønsker vi å belyse hvordan teoretisk forståelse og en god «rehabiliteringsholdning» kan omsettes i konkrete handlinger i hverdagsrehabilitering.

Av Mari Klokkerud, Anne-Lene Sand-Svartrud og Ingvild Kjekken



Mari Klokkerud er ergoterapeutspesialist og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet sykehus.

E-post: mari.klokkerud@diakon-syk.no



Anne-Lene Sand-Svartrud er ergoterapeutspesialist, mastergradsstudent, og arbeider ved Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet sykehus.



Ingvild Kjekken er ergoterapeutspesialist og seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet sykehus, og førsteamanuensis ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. E-post: ingvild.kjekken@diakon-syk.no

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

HVA ER REHABILITERING?

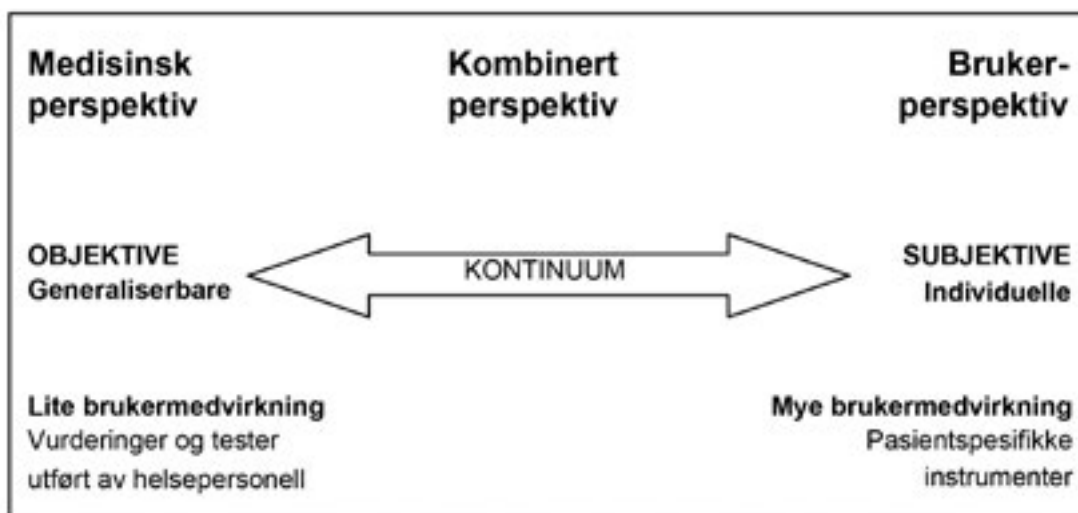
Begrepet «rehabilitering» har sin opprinnelse i det engelske ordet «replace» og «habilitate». «Replace» betyr å erstatte det tapte, og «habilitate» betyr å gjøre i stand til. Slik favner rehabilitering både et bakoverskuende perspektiv med «livet før» som referanse, og et fremadrettet perspektiv med fremtidig mestring som mål.

I Stortingsmelding 21/99 defineres rehabilitering som: «tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet» (1). I denne definisjonen fremheves brukeren sin egen innsats og at helsepersonell er brukeren sine assistenter. Det er altså brukeren som «eier» rehabiliteringsprosessen, og det er hennes eller hans behov som skal være utgangspunktet for prioriteringer, tiltak og organisering av rehabiliteringsarbeidet. Aktørene er ikke begrenset til helsepersonell, noe som signaliserer et bredere anlagt perspektiv, der ulike faginstanser og etater må samarbeide rundt brukeren, og der også familie og nettverk kan spille en viktig rolle. Videre er deltakelse sosialt og i samfunnet et uttalt mål. En konsekvens av dette er at tiltak og løsninger må fungere i brukeren sin hverdag og lokalmiljø, noe som passer godt med hverdagsrehabilitering (2).

I Lærebok i rehabilitering (3) skriver Conradi og Rand-Henriksen at brukeren sin rehabiliteringsprosess ikke nødvendigvis starter ved ervervelsen av en funksjonshemming, men ved erkjennelsen av den. En slik erkjennelsesprosess kan innebære:

- Sorg over manglende funksjoner og muligheter
- Erkjennelse av muligheter og begrensninger
- Orientering mot ny, for individet tilfredsstillende funksjon

Her synliggjøres både et indre perspektiv med hovedfokus på individets opplevelser og endringer,



Figur 1: Kategorier av vurderingsinstrumenter klassifisert ut fra grad av brukermedvirkning (6).

og en handlingsorientert forståelse av helse, med vekt på personens livsmål. Livsmål kan innebære alt fra personens overordnede prioriteringer og planer for livet til en konkret bevissthet om oppgaver i det daglige for å nå det man håper og drømmer om (4).

HVILKE HOLDNINGER FREMMER GODE REHABILITERINGSPROSESSER?

Felles for definisjonene ovenfor er vektleggingen av rehabilitering som en målstyrt prosess, hvor personen som er i rehabilitering, ut fra kunnskap om egen hverdag og verdier bør definere hva som er de viktige målene. Dette kan ofte komme i konflikt med den ekspertrollen vi som helsepersonell er opplært og sosialisert inn i. Mange av oss har nok opplevd episoder hvor vi tenker at brukeren ikke innser og forstår sitt eget beste. Vi vil mye på vegne av brukeren, og vi tenker at vi vet så godt hvor skoen trykker, og hva som burde vært endret eller gjort. Det å bevisst utvikle og innstille seg på holdninger som fremmer brukerens innsats og autonomi kan være nødvendig for ikke å overkjøre eller stå i veien for dem vi skal hjelpe.

Den kanadiske modellen for ergoterapi beskriver seks «byggesteiner» i fundamentet for samarbeidet med brukere (5):

1. Valg, risiko, ansvar – at vi anerkjenner at mennesker har rett til å ta risiko og treffe valg som kanskje er annerledes enn det vi selv foretrekker
2. Brukermedvirkning – at vi samarbeider med brukere om beslutninger og vektlegger deres behov, ønsker og forslag i utforming av mål og tiltak
3. Visjoner om muligheter – at vi bidrar til å fremme

håp og optimisme og samarbeider om å finne eller skape muligheter

4. Forandring – at vi tror at forandring er mulig, og trekker brukeren aktivt med i endringsprosesser
5. Rettferdighet – at vi fremmer variasjon, rettferdighet og likeverd
6. Maktdeling – at vi tilstreber en horisontal, utforskende og undrende holdning og kommunikasjon

Byggesteinene beskriver holdninger og verdier som det kreves systematisk arbeid for å utvikle og opprettholde. I det følgende vil vi beskrive noen konkrete metoder som kan brukes for å omsette disse holdningene i konkrete handlinger gjennom de ulike fasene i rehabiliteringsprosessen.

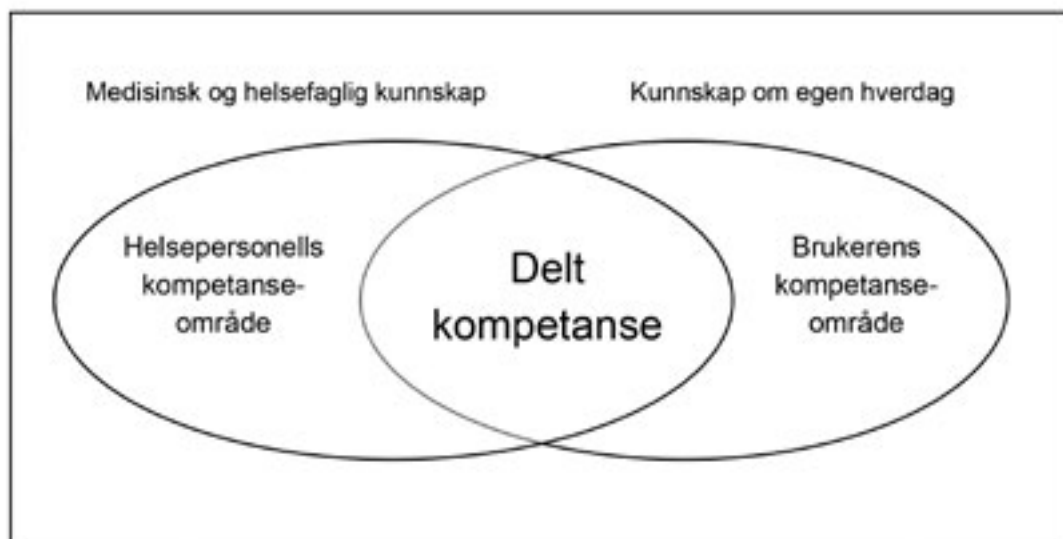
REHABILITERING SOM EN PROSESS I FEM TRINN

Rehabiliteringsprosessen er ifølge Verdens Helseorganisasjon en prosess med fem trinn (2) (s. 96):

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

REHABILITERINGSTRINN 1 OG 2: IDENTIFISERE PROBLEMER, BEHOV OG FAKTORER SOM KAN PÅVIRKES

En rehabiliteringsprosess starter gjerne med at bruker og helsepersonell sammen gjør en vurdering av helse- og funksjonsproblemer (6). Dette danner grunnlaget for å utarbeide mål og diskutere aktuelle tiltak, og vil også gi mulighet til systematisk å evaluere virkningen av tiltakene over tid. I denne



Figur 2: Interaksjonsmodellen og kompetansedomener, basert på Falardeau og Durand (12).

fasen bør man inkludere et instrument som fra første stund trekker brukeren aktivt inn i prosessen (2;6).

Vurderingsinstrumenter kan grovt sett deles inn i tre kategorier (6) (Figur 1). En hovedkategori er instrumenter som er utviklet innenfor et medisinsk perspektiv med vekt på å skille friskt fra sykt, og på å gradere avvik fra normal funksjon. Vurderingen foregår enten ved bruk av medisinsk-teknisk utstyr, for eksempel goniometer for måling av leddutslag, eller ved at helsepersonell på en standardisert måte observerer og graderer hvordan brukeren utfører forhåndsdefinerte handlinger eller aktiviteter. Denne typen instrumenter kan gi verdifull informasjon om observert funksjonsnivå, men gir ikke informasjon om brukerens opplevelse av egen funksjon eller om hva brukeren selv er opptatt av å mestre.

Den andre kategorien instrumenter har et kombinert perspektiv. Eksempler på dette er standardiserte spørreskjemaer hvor brukeren selv angir opplevelse av for eksempel smerte, aktivitetsutførelse eller livskvalitet. Her er det brukerens perspektiv som er gjeldende i graderingen av egne symptomer eller aktivitetsutførelse. Men siden spørsmålene tar utgangspunkt i en oppfatning av hva som er vanlige problemområder for mennesker med en gitt diagnose eller problemstilling, og derfor er like for alle, gir heller ikke denne kategorien instrumenter informasjon om hva den enkelte bruker er opptatt av.

I rehabilitering anbefales det derfor å inkludere et instrument fra den tredje kategorien - de pasientspesifikke instrumentene. Disse har til felles at brukerens perspektiv ivaretas både ved at hun/

han velger *hva* som skal vurderes og deretter selv angir *hvordan* hun/han opplever sin funksjon for de utvalgte aktivitetene eller helseaspektene (6).

Eksempler på pasientspesifikke instrumenter som er brukt i rehabilitering i Norge er the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (7), the Patient Specific Functional Scale (PSFS) (8), the Goal Attainment Scale (9) og the Patient Generated Index (PGI) (10).

I hverdagsrehabilitering brukes COPM. Dette bidrar til å sikre at brukerens behov og ønsker vektlegges, fordi man aktivt etterspør hennes/hans vurdering av hva som er viktige, men utfordrende aktiviteter i hverdagen. Forskning underbygger også at bruk av pasientspesifikke instrumenter som fordrer aktiv medvirkning fra brukeren, gjør rehabiliteringen mer målrettet og effektiv (11).

Ofta vil man i løpet av et COPM-intervju dessuten få annen nyttig informasjon om blant annet frustrasjon, følelse av mestring, og hvilke knep og strategier den enkelte har utviklet og bruker. Dette gir innblikk i hvor brukeren er i erkjennelsesprosessen i forhold til egne muligheter og begrensninger, og sikrer at man kan rette tiltakene mot å bedre utførelse og/eller tilfredshet med aktiviteter som brukeren er motivert til å jobbe med.

I intervjuet tar en for seg utfordringer og aktivitetsproblemer. Når intervjuet er avsluttet, anbefales det å skifte fokus og aktivt etterspørre brukerens ressurser. Hvilke egenskaper og ferdigheter har hun eller han som det kan være viktig å ta i bruk under rehabiliteringsprosessen? Er det personer i fami-

lie eller nettverk som kan bidra med positiv støtte underveis?

Brukeren vil også som regel ha ideer om tiltak som kan bidra til bedre mestring. Det kan da være fornuftig å etterspørre brukerens refleksjoner rundt hva som kan påvirkes, hva man bør ta tak i først, og forslag til løsninger eller tiltak. Det er også en konkret måte å vise at både bruker og helsepersonell har mulighet og ansvar for å komme med løsningsforslag, og for å bidra til oppfølging av beslutningene i etterkant. Ofte kan det være lurt å gjøre dette før man selv kommer med forslag. Mange vil også trenge litt tid til å tenke, og kanskje diskutere med pårørende, før de kommer tilbake med sine ideer.

Videre kan det være klokt å spørre om det er greit at en selv kommer med forslag. Kombinasjonen av å etterspørre brukerens synspunkt og å få hans eller hennes tillatelse til å komme med innspill, blir dermed en slags mental kontrakt som innebærer en gjensidig forpliktelse til å være lydhøre for og ta hverandres innspill på alvor.

En diskusjon som ofte kommer opp, er hvem som skal ha avgjørende beslutningsmyndighet i spørsmål hvor bruker og helsepersonell er uenige. Dette dilemmaet drøfter Falardeau og Durand i en artikkel hvor de argumenterer for en forhandlingsorientert kommunikasjon (12) (Figur 2). Å innta en utforskende og undrende holdning kan innebære å bruke tid på at brukeren utdyper sine forslag og selv å be om å få forklare bakgrunnen for egne tanker og ideer. Forfatterne beskriver videre tre kompetanseområder som bør avklares: området hvor brukeren er ekspert, området hvor helsepersonell er eksperter, og et delt område hvor begge parter har likeverdig kompetanse og hvor beslutninger må tas i fellesskap.

Fordi hverdagsrehabilitering foregår i hjemmet, vil brukeren nødvendigvis ha mye kompetanse om hva som er viktig, nyttig og gjennomførbart. Det er likevel grenser for hvor langt denne kompetansen strekker seg, og behovet for rehabilitering indikerer at personen trenger hjelp fra noen med en annen kompetanse. Det er med andre ord også noen områder hvor helsepersonell har ekspertkompetanse og bør ha det avgjørende ord. Hvor disse grensene går, er det imidlertid ikke mulig å definere, fordi brukeres og helsepersonells kompetanse varierer. Videre vil brukers kunnskap og erfaring med egen sykdom og behandling over tid ofte utvides, mens helsepersonell får mer kunnskap om den enkeltes hverdag gjennom samarbeidet med brukeren. Dette bidrar både til å styrke brukerens beslutningsmyndighet og

til å utvide det delte kompetanseområdet (12).

Rehabilitering kan dermed forstås både som en endringsprosess hvor brukeren arbeider med å gjenerobre viktige hverdagsaktiviteter, og en forhandlingsprosess hvor hun eller han sammen med helsepersonell avgjør hva som er viktig og mulig å oppnå i rehabiliteringen, og hvordan man skal jobbe sammen for å nå brukerens mål. I dette forhandlingsorienterte samarbeidet er noen beslutninger mest bruker-ledet. Andre beslutninger er mest helsepersonell-ledet (13).

I slike prosesser kan motiverende intervju (MI), også kjent som endringsfokustert veiledning, være en god kommunikasjonsform. MI er en pasientsentrert veiledningsstil som søker å fremme brukerens egen motivasjon for endring og rehabilitering, og dermed styrke muligheten for å lykkes i å oppnå varig endring som følge av rehabilitering.

Hensikten med motiverende intervju er ikke å presse brukeren inn i en endringsprosess. Kommunikasjonsteknikken tar snarere utgangspunkt i en empatisk tilnærming basert på respekt for individets opplevelse av egen situasjon og rett til å gjøre egne valg (14). Motiverende intervjuteknikker kan være et anbefalt redskap å ta med i en verktøykasse for rehabilitering.

REHABILITERINGSTRINN 3: UTARBEIDE MÅL

Rehabiliteringsmål beskriver en fremtidig tilstand som krever en innsats for å bli nådd. Målet er ofte en endring fram i tid. I blant er målet en opprettholdelse av nåværende situasjon, for eksempel ved risiko for forverring av sykdom eller skade (15).

Å jobbe med mål inngår i alle fem rehabiliteringsstrinnene, det vil si fra motivasjon til formulering av konkrete mål, som så blir brukt i den konkrete behandlingen, og til slutt evalueres (13). Helsepersonell kan støtte brukeren i målrettede endringsprosesser ved å fokusere på positiv resultatforventning, mestringstro, spesifikke målformuleringer, konkrete handlingsplaner og tilbakemeldinger på gjennomføring av planene (16).

I rehabiliteringstrinn 1 og 2 fremmer helsepersonell målprosessen ved å bistå brukeren til et klart bilde av egen nå-situasjon og et overordnet eller langsiktig personlig mål (13).

I noen rehabiliteringskontekster er overordnede mål gitt av behandlersteamets finansiering eller offentlige oppdrag, som Raskere tilbake-tilbud med tilbakeføring til arbeid som overordnet mål. I situasjoner der rehabiliteringsteamet foreslår mål

for samarbeidet, er det viktig at brukeren kan gi sin tydelige tilslutning til det overordnede målet, slik at begge parter retter oppmerksomhet og innsats i samme retning (13;15).

Andre rehabiliteringssituasjoner hvor mål er forhåndsdefinert av helsepersonell, kan være egenmestringsprogram som angår helserelaterte livsstilsendringer. Gode personlige mål kan da utvikles ved å invitere brukeren til å velge en personlig målformulering innen et eller noen av endringsområdene i livsstilsprogrammet (for eksempel fysisk aktivitet, røyking, medikamentoppfølging, ernæringsrutiner eller stressreducerende vaner). Disse målene formuleres da som observerbar endring innenfor en angitt tidsramme (17;18).

Med utgangspunkt i brukerens beskrivelse av egen situasjon kan helsepersonell støtte personens mestringsprosess og positive resultatforventning i motivasjonsfasen ved fire strategier (13;16):

- tilrettelegge for mestringserfaringer
- formidle kunnskap om diagnosen og hva som påvirker symptomene positivt
- formidle andre brukeres erfaringer
- anerkjenne brukerens evne til å påvirke sin egen situasjon

Rehabiliteringstrinn 3, «Utarbeide mål», innebærer å omforme det overordnede målet til en situasjonsbeskrivelse som er spesifikk, målbar og oppnåelig innen avtalt tid. Helsepersonell og bruker kan bruke nøkkelord for formulering av mål som er godt egnet for kliniske situasjoner. SMART-mål er et eksempel på slike nøkkelord, der hver bokstav står for et karaktertrekk ved målformuleringen (19). I rehabiliteringslitteraturen finnes flere varianter av hva SMART står for (15). Et eksempel er spesifikt, målbart, aktivtbasert, relevant og tidsangitt (19;20).

Endringsprosesser i rehabilitering kan angå flere dimensjoner av helserelatert funksjon, som observert adferd eller deltakelse i sosiale aktiviteter, personlig opplevelse av symptomer og kroppsfunksjon, eller personlig tolkning av tilfredshet og livskvalitet (19). Store formuleringer som «å bli så bra som mulig» eller «bli sånn jeg var før» kan være viktige opplysninger om hvordan brukeren opplever sin situasjon, men vanskelige å bruke direkte for å planlegge målrettede intervensjoner. Konkrete målformuleringer er enklest når de rettes mot aktivitetsutførelse (alene eller sammen med andre) eller kontekstuelle forandringer som er fysiske (som mottatte hjelpemidler eller grad av mottatt assistanse). Mål

som ikke er aktivitetsrelaterte, kan bli målbare ved å finne et eller flere trekk ved endringen som er observerbare (19). Et eksempel på det kan være å «Ha et selvbylde som forelder som gir tre flere positive kulepunkter i notatboka enn i dag, innen fire uker».

Neste fase i målprosessen betyr å planlegge konkrete tiltak som sannsynlig leder mot den spesifikke målformuleringen. I denne fasen er helsepersonells kliniske resonnering og kunnskap om behandlingsmuligheter viktig (13). Å planlegge og gjennomføre konkrete tiltak rettet mot målene, inkludert evaluering av måloppnåelse, er beskrevet under rehabiliteringstrinn 4 og 5.

REHABILITERINGSTRINN 4: IVERKSETTE PLANLAGTE TILTAK

I ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer er det nedfelt at vi skal «drive kunnskapsbasert praksis som kan begrunnes ut fra brukerperspektiv, aktivitetsperspektiv, egne erfaringer og dokumentasjon i teori og forskning» (21). Faglige avgjørelser skal videre være basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerens ønsker og behov i en gitt situasjon. Hva som er nyttige tiltak, vil variere avhengig av hvilke utfordringer og mål brukeren har (2).

Det anbefales at tiltakene synliggjøres i en rehabiliteringsplan, hvor også ansvarsfordeling og tidsperspektiv for iverksetting og gjennomføring av tiltakene beskrives. Hvis det er flere spesifikke mål i et rehabiliteringsforløp, anbefales det å ha en rehabiliteringsplan til hvert mål (17;18). Gode eksempler på bruk av, og maler for, slike planer finnes både i en norsk (22), og i to engelskspråklige artikler (18;23), hvorav planen i den siste også er i bruk i kommunehelsetjenesten (23).

Både helsepersonell, bruker og eventuelt pårørende bør til enhver tid ha tilgang på siste oppdaterte versjon av rehabiliteringsplanen. Ligger rehabiliteringsplanen i en skuff, en mappe på datamaskinen, eller i en journal er det vanskelig å se for seg at brukeren vil oppleve planen som sin egen.

Helsepersonell har flere strategimuligheter til rådighet for å sikre kvaliteten på rehabiliteringsplanen (13):

- Formidle kunnskap om diagnose, anbefalte tiltak og bedringsforløp ved lignende situasjoner. Denne helsepersonellkompetansen er viktig også for å motivere til målsetting. Ved planlegging av tiltak er dette sentralt for å bidra til brukerens tro på effekten av tiltakene som blir valgt, og

- › Deltar brukeren i utforming og valg ved rehabiliteringsmål og tiltak?
- › Er det sammenheng mellom rehabiliteringsmål og tiltak?
- › Har brukeren tilgang til egen rehabiliteringsplan?
- › Gjør jeg som ergoterapeut noe for å fremme endring og måloppnåelse hos bruker?
- › Knyttes evaluering av effekt opp til rehabiliteringsmålene?
- › Overvåkes prosess og resultater ved hjelp av pasienttspesifikke instrumenter?

Figur 3. Sjekkliste for brukersentrert praksis.

- Brukerens forståelse av forventet progresjon.
- Bruke nøkkelord for rehabiliteringsplaner som blir tilstrekkelig detaljerte (hvem skal gjøre hva, hvordan, hvor, når, hvor lenge, hvor ofte).
- Etterspørre hvor sikker brukeren føler seg på gjennomføringen, gjerne ved å be henne/ham å gradere sin tro på dette på en skala fra 0 til 10, hvor 10 = «jeg er helt sikker på at jeg vil gjennomføre dette». Usikkerhet på gjennomføring (tilsvarende en score lavere enn 7) indikerer at tiltakene bør endres til et nivå hvor brukeren føler seg tilstrekkelig sikker.

Det kan styrke måloppnåelsen at vi samarbeider med brukeren for å identifisere sannsynlige risikosituasjoner som kan bli til hinder for gjennomføring av planlagte tiltak. Dette bør ikke være risikosituasjoner generelt, men basere seg på brukers tidligere erfaringer i situasjoner som ligner det tiltaket som skal gjøres.

Rehabiliteringsplanen, inkludert strategier for eventuelle risikosituasjoner, kan fungere som en veileder og loggbok for brukers egen trening sammen med informasjon om oppgaver og tiltak som helsepersonell har tatt ansvar for (23).

Når rehabiliteringsplanen er i gjennomføringsfasen, sikres måloppnåelsen best ved tiltak som gir brukeren tydelig tilbakemelding og oppmuntring underveis. En tydelig tilbakemelding er mestring av delmål. Derfor er det anbefalt at tiltak i rehabiliteringsplanen er kortsiktige og har god sannsynlighet for å bli gjennomført. En annen form for tilbakemelding er at helsepersonell er lydhøre for brukers forståelse av tiltakene som er i gang, og eventuelt tilbyr mer informasjon om forventet progresjon i bedringsprosessen. Det kan også skje at brukeren ønsker mer informasjon om hva tiltakene er ment å påvirke, og sammenhengen med målene som er definert. Dette for å styrke brukers utholdenhet

og tilslutning til behandlingen, og tro på effekten av tiltakene (13;16).

En viktig faktor i gjennomføringsfasen er vurdering av om mål eller rehabiliteringsplaner må endres eller byttes ut. Det krever en ny forhandlingsorientert dialog mellom bruker og helsepersonell. Å opprettholde mål er aktuelt der bruker og helsepersonell mener det er god sannsynlighet for måloppnåelse. Å justere mål kan være en prosess med ned- eller oppjustering av ambisjoner, ny vurdering av nå-situasjonen eller nye refleksjoner for å identifisere alternative mål (13;23-25).

REHABILITERINGSTRINN 5: EVALUERING AV EFFEKT

For å kunne overvåke og evaluere resultatene av en rehabiliteringsprosess må vurderingene som ble gjort ved oppstart, gjentas underveis og ved avsluttet rehabilitering. Da er det viktig at instrumentene som ble brukt innledningsvis, er egnet til å fange opp en eventuell endring som følge av rehabilitering. Ikke alle instrumenter gjør det. Studier indikerer at pasienttspesifikke instrumenter er mer sensitive i forhold til å fange opp langtidseffekter av rehabilitering enn standardiserte spørreskjema (10). Dette gjelder også COPM, hvor det gjentatte ganger er dokumentert at instrumentet er godt egnet til fange opp og tallfeste effekt av rehabilitering (11;26;27). Dette skyldes antageligvis at pasienttspesifikke instrumenter måler endring i forhold til aktiviteter som brukeren selv har definert som utfordrende. Dermed er det stor sannsynlighet for at potensialet for forbedring er stort, at brukeren er motivert for å gjøre en innsats for å oppnå bedre mestring, og at hun eller han registrerer at det skjer en forandring. En forutsetning for å oppnå god effekt er imidlertid at tiltakene er rettet mot å oppnå endring i de aktivitetene brukeren har prioritert i COPM.

Re-scoring underveis i rehabilitering kan være

motiverende både for bruker og helsepersonell for å se at det går fremover. Scoring etter avsluttet rehabilitering er viktig for å dokumentere nytten av rehabilitering. Ved å gjenta scoringen etter en tid får man også et mål for langtidseffekten.

I hverdagsrehabilitering skjer evaluering i brukers hjem gjennom muntlig re-scoring av de prioriterte aktivitetene i COPM. Dette sikrer at vurderingen gjøres i en trygg ramme, og at brukeren kan få veiledning i scoringsprosessen.

Det kan imidlertid være ressurskrevende. Et alternativ i andre behandlings- eller rehabiliteringsforløp er at brukeren får tilsendt et ark hvor hennes eller hans prioriterte aktiviteter er skrevet opp med tilhørende scoringsskalaer, og returnerer dette per post når hun eller han har fylt ut skjemaet. Et eksempel på et slikt skjema ligger også nedlastbart på hjemmesidene til Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (www.nkrr.no under Klinisk verktøykasse). Resultatene fra en norsk studie viser at denne formen for evaluering er like pålitelig som re-scoring ved intervju, og dermed et godt alternativ for å følge opp resultatene av rehabilitering over tid (28).

AVSLUTNING

Målet med denne artikkelen er å belyse hvordan teoretisk forståelse og gode holdninger kan omsettes i konkrete handlinger. Studier viser at helsepersonell ofte tror vi har en mer pasientsentrert praksis enn vi faktisk har (29), og at det i mange rehabiliteringssituasjoner ikke er samsvar mellom brukerens mål og helsepersonells mål. Dette kan skyldes at forventninger til innhold og resultater ikke blir snakket eksplisitt om, eller at den forhandlingsorienterte dialogen mellom partene blir dominert av helsepersonell (30;31). Flere hevder at undervisning og trening av både brukere og helsepersonell i å håndtere målprosesser kan bidra til å bedre praksis på dette området (17;20;23;29;32).

Som med mye annet krever en god rehabiliteringsholdning og -praksis jevnlig vedlikehold og trening, og ikke minst et kritisk blikk på egen yrkesutførelse. En god start kan være å stille oss selv noen sentrale spørsmål om egne arbeidsmetoder (Figur 3).

Referanser:

1 St.meld.nr.21. Ansvar og meistring - mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. 1999.

- 2 WHO. World Report on Disability. 2011.
- 3 Conradi S, Rand-Henriksen S. Funksjonshemming og rehabilitering - ideologi og virkelighet. In: Wekre LL, Vardeberg K, editors. Lærebok i rehabilitering: Når livet blir annerledes. 1 ed. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad @ Bjørke; 2004. p. 23-34.
- 4 Sivaraman Nair KP. Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation. *Clin Rehabil* 2003;17:192-202.
- 5 Townsend E, Polatajko H. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation. Ottawa, Ontario: CAOT publications ACE; 2007.
- 6 Kjekken I, Kvien TK, Dagfinrud H. Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007;127:598-9.
- 7 Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (Manual, norsk versjon). 4 ed. Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering. Diakonhjemmet Sykehus; 2008.
- 8 Westaway MD, Stratford PW, Binkley JM. The patient-specific functional scale: validation of its use in persons with neck dysfunction. *J Orthop Sports Phys Ther* 1998;27:331-8.
- 9 Steenbeek D, Ketelaar M, Galama K, Gorter JW. Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation: a critical review of the literature. *Dev Med Child Neurol* 2007;49:550-6.
- 10 Klokke M, Grotle M, Løchting I, Kjekken I, Hagen KB, Garrat A. Psychometric properties of the Norwegian version of the Patient Generated Index in patients with rheumatic diseases participating in rehabilitation or self-management programmes. *Rheumatology (Oxford)* 2013;52:924-32.
- 11 Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J Rehabil Med* 2002;34:5-11.
- 12 Falardeau M, Durand MJ. Negotiation-centred versus client-centred: which approach should be used? *Can J Occup Ther* 2002;69:135-42.
- 13 Scobbie L, Dixon D, Wyke S. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. *Clin Rehabil* 2011;25:468-82.
- 14 Barth T, Näsholm C. Motiverte samtale - MI. Endring på egne vilkår. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
- 15 Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clin Rehabil* 2009;23:291-5.
- 16 Scobbie L, Wyke S, Dixon D. Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabilitation goals. *Clin Rehabil* 2009;23:321-33.
- 17 Teal CR, Haidet P, Balasubramanyam AS, Rodriguez E, Naik AD. Measuring the quality of patients' goals and action plans: development and validation of a novel tool. *BMC Med Inform Decis Mak* 2012;12:152.
- 18 Coleman MT, Pasternak RH. Effective strategies for behavior change. *Prim Care* 2012;39:281-305.
- 19 Bovend'Eerd TJ, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clin Rehabil* 2009;23:352-61.

- 20 Marsland E, Bowman J. An interactive education session and follow-up support as a strategy to improve clinicians' goal-writing skills: a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract* 2010;16:3-13.
- 21 Ergoterapeutene. Yrkesetiske retningslinjer. 13-3-2014. Oslo, Norsk Ergoterapeutforbund. 13-3-2014.
- 22 Kjekken I, Westerlund D, Bjor T. Tverrfaglig dokumentasjon av rehabiliteringsforløp. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008;128:448-50.
- 23 Scobbie L, McLean D, Dixon D, Duncan E, Wyke S. Implementing a framework for goal setting in community based stroke rehabilitation: a process evaluation. *BMC Health Serv Res* 2013;13:190.
- 24 Arends RY, Bode C, Taal E, van de Laar MA. The role of goal management for successful adaptation to arthritis. *Patient Educ Couns* 2013;93:130-8.
- 25 Guck TP, Willcockson JC, Schmidt RL, Criscuolo CM. Attributions regarding unmet treatment goals after interdisciplinary chronic pain rehabilitation. *Clin J Pain* 2008;24:415-20.
- 26 Eyssen IC, Steultjens MP, Oud TA, Bolt EM, Maasdam A, Dekker J. Responsiveness of the Canadian occupational performance measure. *J Rehabil Res Dev* 2011;48:517-28.
- 27 Wressle E, Lindstrand J, Neher M, Marcusson J, Henriksson C. The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment programme. *Disabil Rehabil* 2003;25:497-506.
- 28 Kjekken I, Dagfinrud H, Uhlig T, Mowinckel P, Kvien TK, Finset A. Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2005;32:1503-9.
- 29 Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil* 2011;25:501-14.
- 30 Barnard RA, Cruice MN, Playford ED. Strategies used in the pursuit of achievability during goal setting in rehabilitation. *Qual Health Res* 2010;20:239-50.
- 31 Levack WM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM. Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: how clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Educ Couns* 2011;85:206-13.
- 32 Sugavanam T, Mead G, Bulley C, Donaghy M, van WF. The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation - a systematic review. *Disabil Rehabil* 2013;35:177-90.