

# MÅLSÆTNING I REHABILITERING

Kvalitativ undersøgelse om målsætning på Sano



Udarbejdet for Sano  
af Merete Tonnesen

## **Målsætning i rehabilitering – kvalitativ undersøgelse om målsætning på Sano**

©DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2017

URL: <http://www.defactum.dk/>

Emneord: Målsætning, rehabilitering, ICF, kvalitativ undersøgelse, personer med led, ryg, muskelsmerter.

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 18. oktober 2017

Udgivet af: DEFACTUM®, oktober 2017

Design: DEFACTUM®, Region Midtjylland

Rapporten er sat med: Midtsans

Udgave: 1. udgave

ISBN: 978-87-998653-1-4 (pdf/elektronisk version)

Forfatter: Tonnesen, Merete

Faglig redaktion: Nielsen, Claus Vinther

Denne publikation citeres således:

Tonnesen, M

Målsætning i rehabilitering – feltarbejde på Sano

Aarhus: DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2017

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM, MarselisborgCentret,

P.P. Ørums Gade 11, bygning 1B

8000 Aarhus C

E-mail: [merete.tonnesen@rm.dk](mailto:merete.tonnesen@rm.dk)

Hjemmeside: [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)

Rapporten kan downloades fra [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk) under "Publikationer".

Tak til patienter på Sano for at åbne op for døren til jeres rehabiliteringsforløb og lade mig følge jer undervejs, både til de svære samtaler, til undersøgelser, til undervisning og i jeres tanker om mål og håb og livet i det hele taget.

Og tak til medarbejdere og ledere på Sano for med stor åbenhed at lade mig følge jeres faglige praksis, og for jeres inspirerende refleksioner omkring mål i tale, i handling og på skrift.

## Indholdsfortegnelse

<b>INDLEDNING .....</b>	<b>5</b>
<b>KAPITEL 1. METODEOVERSIGT OG -OVERVEJELSER .....</b>	<b>7</b>
Metodeoversigt og metodeovervejelser .....	7
Undersøgelsens udsigelseskraft.....	10
Ethiske overvejelser .....	10
<b>KAPITEL 2. MÅLSÆTNING I REHABILITERING .....</b>	<b>12</b>
De nyeste forskningsresultater .....	12
Definition: målsætning, mål og målforfølgelse.....	13
Formål med målsætning .....	13
Teorien bag .....	13
Virker det? Effektstudier .....	14
Selve processen (og pårørendeinddragelse).....	15
Hvilken slags mål, hvilke redskaber? .....	16
Dansk sammenhæng .....	18
Konklusion.....	19
<b>KAPITEL 3. OM SANO .....</b>	<b>20</b>
Målgruppe .....	20
4 ugers rehabiliteringsforløb .....	20
Personale .....	21
Omgivelser: Æstetik, aktivitet og hospital .....	21
<b>KAPITEL 4. MÅLARBEJDE PÅ SANO .....</b>	<b>23</b>
Rehabiliteringsforløbets struktur.....	23
Mødet.....	25
Brudstykker fra praksis .....	28
Brudstykker fra Sano Skælskør .....	30
Brudstykker fra Sano Middelfart.....	35
Brudstykker fra Sano Århus.....	40
Hvordan mål "rejser" videre, efter målformuleringen .....	42
Konklusion.....	45
<b>KAPITEL 5. MEDARBEJDERPERSPEKTIVER .....</b>	<b>46</b>
Hvad er et rehabiliteringsmål, og hvorfor sætter vi mål? .....	46
Hvad er et rehabiliteringsmål? .....	46
Hvorfor sætter vi rehabiliteringsmål? .....	47
Mangfoldigheden i patientgruppen - samme målsætningspraksis for alle .....	48
Tanker om praksis og udfordringer i målarbejde på tværs af centre .....	49
Forventningsclash .....	50
Indhold i mål; hvilken slags mål?.....	51
Struktur omkring målsætning.....	52
Patientens mål, vores mål? .....	54
Konklusion.....	55
<b>KAPITEL 6. PATIENTPERSPEKTIVER PÅ MÅL.....</b>	<b>56</b>
Livet som patient på Sano.....	56
Refleksioner ift. målformulering og målets "rejse" .....	58
Giver det mening at have mål ? .....	65
Konklusion.....	66
<b>KAPITEL 7. MÅL I ET ICF PERSPEKTIV: ANALYSE AF 33 PATIENTERS MÅL .....</b>	<b>67</b>
33 patienters mål .....	67
Resultater.....	67
Forskelle på og mellem centre .....	67
Mål på aktivitets- og deltagelsesniveau & på kropsniveau.....	68
Konklusion.....	70
<b>KONKLUDERENDE BEMÆRKNINGER .....</b>	<b>71</b>
Organisatorisk perspektiv .....	71
Medarbejderperspektiv.....	73
Patientperspektiv .....	74
ICF perspektiv.....	75
Opmærksomhedsområder .....	75
<b>REFERENCER.....</b>	<b>77</b>
<b>BILAG.....</b>	<b>79</b>

## Indledning

Rehabiliteringsforløb er kendetegnet ved at gennemgå de samme faser, ligegyldig hvem, med hvilken lidelse og hvilke faggrupper, der står for indsatsen. Faserne er udredning, målsætning, intervention og evaluering. Målsætningen er central for et rehabiliteringsforløb. Det er i målsætningen, patientens eget perspektiv for håb om en fremtidig tilstand kommer til syne; det er ud fra målene, det bliver muligt at udstikke en plan for forløbet; og det er i snakken om mål, at det bliver tydeligt for de tilstedeværende, hvad det vigtige er for den enkelte, der gennemgår et rehabiliteringsforløb. Det er samtidig ikke altid let at nå frem til mål. Forstår alle parter det samme ved ordet mål? Det kan være svært at styre ind uden at lægge ord i munden. Hvis mål er det i sidste ende?

Sano er et højt specialiseret trænings- og rehabiliteringscenter for personer med led, ryg- og muskellidelser over 18 år. Sano er ejet og drevet af Gigtforeningen.

Sano ønsker i 2017 at sætte fokus på målsætningspraksis i de tre SANO centre i hhv. Skælskør, Middelfart og Århus. Det at sætte mål er en integreret del af den rehabiliteringsindsats, der varetages på centrene. Der er en opfattelse af, at målsætningsprocessen er forskellig fra sted til sted, og der er et ønske om at dykke dybere ned i praksis for at se forskelle og ligheder.

Undersøgelsen har fokus på følgende spørgsmål:

Hvordan sætter vi mål i de tre huse, hvordan formuleres mål, og hvordan "rejser" målet videre i den enkeltes rehabiliteringsforløb?

Hvilke refleksioner gør patienter sig omkring målsætning?

Hvordan oplever de at blive spurgt om mål?

Er mål synlige undervejs i forløbet?

Oplever de, at mål giver mening?

Hvilke refleksioner gør medarbejdere sig omkring målsætning?

Hvad tænker de om rationalet bag målsætning?

Hvad betyder mål for processen?

Hvilke udfordringer oplever de i forbindelse med målsætning?

Kan samme målsætningspraksis bruges på alle patienter?

Undersøgelsens resultater bliver afsæt for et videre arbejde med målsætning: er der gode fremgangsmåder på det ene center som andre centre kan inspireres af, er det hensigtsmæssigt at bruge samme redskaber på tværs, med videre.

Sano har bedt Defactum på MarselisborgCentret om at lave undersøgelsen. Rammen om undersøgelsen er 2 ½ måned. Undersøgelsens resultater formidles via rapport og via en workshop på tværs af centrene.

## **Rapportens opbygning**

Kapitel 1 indeholder en kort gennemgang af feltarbejdets kvalitative metoder og tanker omkring etik og udsigelseskraft.

Kapitel 2 er et overordnet kapitel omkring mål i rehabiliteringsforløb med en opsummering af den bedst tilgængelige viden omkring målsætning i rehabilitering, og et blik på praksis i Danmark.

Kapitel 3 giver en kort introduktion til Sano centrene, til målgruppe og personalegruppe.

Kapitel 4 er inddelt i fire afsnit. Første afsnit giver et billede af strukturen på et fire ugers rehabiliteringsforløb. Andet afsnit introducerer "mødet" som etnografisk fokuspunkt, og præsenterer en komparativ indholdsanalyse af målsamtaler i Sano regi. Tredje afsnit zoomer ind på brudstykker fra praksis omkring det at sætte mål på hvert af de tre centre. Fjerde afsnit kigger på, hvordan målet "rejser" videre, efter målformuleringen.

Kapitel 5 handler om medarbejderrefleksioner omkring målsætningspraksis og er inddelt i to afsnit. Et afsnit om medarbejderes definition af et rehabiliteringsmål og bevæggrunde for at sætte mål, samt refleksioner om hvorvidt mangfoldighed i patientgruppen påvirker målsætningsprocessen. Et andet afsnit med temaer, som går på tværs af centrene, med specifikke pointer omkring praksis på det enkelte Sano center.

Kapitel 6 giver et indblik i patienters refleksioner om mål. Der er tre afsnit. Det første afsnit med en introduktion til livet som patient på Sano. Andet afsnit omhandler oplevelser og refleksioner ift. målformulering, og hvorvidt mål har været synlige gennem forløbet og tredje afsnit om informanternes holdning til, om det har givet mening at have mål.

Kapitel 7 føjer endnu et perspektiv til undersøgelsen om rehabiliteringsmål og arbejdet med mål på Sano ved at analysere mål fra i alt 33 patienters behandlingsplan. Målene er kodet og kategoriseret med ICF som analytisk ramme.

Kapitel 8 konkluderer på undersøgelsens resultater.

# Kapitel 1. Metodeoversigt og -overvejelser

## Metodeoversigt og metodeovervejelser

Hvordan undersøger man målsætning i rehabilitering? Mål kan være synlige, som f.eks. formuleret i en rehabiliteringsplan, selve målsamtalen kan være mulig at observere, personers perspektiver kan afdækkes, men hvordan er det muligt at hægte sig fast og se, hvordan et mål rejser gennem et rehabiliteringsforløb?

Det er jeg lidt spændt på, før jeg starter mit feltarbejde. Ved ankomst til felten gør jeg, hvad etnografer ofte gør i ukendt land for at udforske det; deltager i hverdagen på rehabiliteringsforløb, observerer praksis, taler med de involverede og studerer skriftlige dokumenter, der omhandler mål, dvs. de nedskrevne mål, informationsmateriale tilsendt før ophold og de udleverede materialer under opholdet. Undersøgelsen er således gennemført som et feltarbejde på de tre centre fra april til juli 2017, hvor jeg er "indlagt" med et hold og følger deres første uge og livet i øvrigt på det pågældende center. Jeg har desuden lavet fokusgruppeinterview med medarbejdere, et i Århus, et i Middelfart og 2 i Skælskør (før min "indlæggelse"), samt interviewet patienter.

Min aftale med Sano går ud på at have fokus på mål i fire ugers rehabiliteringsforløb; ikke hvad der sker efter forløbet med mål. Det betyder, at min felt er geografisk afgrænset til 3 Sano Centre forskellige steder i landet.

Jeg oplever en nem adgang til felten: feltarbejdet afgrænser sig til en forholdsvis lille lokation, majoriteten af informanter opholder sig på Sano hele døgnet, og der er huller i kalenderen, så de har tid til en snak. Jeg oplever en stor villighed til snak og til at give mig adgang til at observere deres samtaler med behandlere; kun to siger nej til min deltagelse i målsamtaler. Begge kommer efterfølgende tilbage til mig og siger, at det var fordi det var så personligt, det de skulle snakke om, de var nervøse for samtalen og deres egen reaktion, og ønskede ikke flere end højst nødvendig tilstedeværelse.

Som antropolog er jeg "på" fra kl. 7 til kl. ca. 21.30, hvor roen som regel falder over Sano. Jeg møder patienter på gangene, spiser morgenmad med den gruppe jeg følger, kigger med på dagens skemaer, deltager i undervisning og individuelle samtaler på tværs af de forskellige grupper, der er på uge 1, 2, 3 og 4, spiser, snacker og hænger ud i sofagrupper, i ventestole, i haven.

Jeg præsenterer mig som antropolog, så alle ved, det er den rolle, jeg har. Men jeg bliver også sat i spil som individ, som medmenneske; har du børn, er du gift, hvor bor du, kender du til smerte selv, hvad synes du om regeringens nye udspil (når vi ser TV – avisen). Jeg oplever en form for forventning om reciprocitet (gensidighed) i det sociale samspil; en forventning til, at jeg giver noget af mig selv, når alle andre gør det, og jeg oplever den forventning som naturlig i konteksten. Samtidig oplever jeg, at det netop er det, der gør deltagerobservation værdifuld, for samtaler om alt mellem himmel og jord, og også på det mere personlige plan, åbner op for en dybere viden om felten, om ting, der ikke er umiddelbart observerbare på Sano.

Deltagerobservation åbner op for at få ikke bare en 8-16 oplevelse af et Sano ophold, men en oplevelse af døgnet på et Sano center med stunder af refleksion over livet med en (for nogens vedkommende usynlig) lidelse, med smerter, erfaringsudvekslinger ift. hjælpemidler, gode råd om det der hjælper og erfaringer med "systemet", især jobsystemet og kommunale fysioterapeuter. Jeg ser morgenstivheden hos nogle, og sorte rander under øjnene hos andre, fordi de har sovet dårligt, jeg ligger henslængt i sofaen i en opholdsstue og ser et program om smertestillende piller, man kan blive afhængig af; "det blev jeg" siger en, og det giver en indsigt i den del af håndteringen af smerter.

Et par dage er jeg selv lidt småsyg, og må lægge mig mellem aftalerne i kalenderen; denne oplevelse åbner op for at spørge til, hvordan det er at være på Sano, have samtaler og gå til holdundervisning, de dage, man ikke har det så godt.

Som antropolog på feltarbejde er der altid tanker om, hvorvidt eller i hvor høj grad ens tilstedeværelse og spørgsmål påvirker den praksis, der observeres (Hastrup, 2009). Mens medarbejdere bliver præsenteret for min opgave under fokusgruppeinterviews, før jeg bliver "indlagt" og derved kender til mit fokus, havde jeg en idé om at præsentere mig for patienter som en antropolog, der skulle observere praksis. Derved søgte jeg at undgå, at informanter satte mere fokus på mål, end de ellers ville have gjort. Planen ryger hurtigt i vasken; der bliver spurgt ind til, hvad jeg mere specifikt skal kigge på, og når jeg zoomer ind på mål i feltsamtaler, overhører andre informanter det, og snakken går generelt lystigt: "hun er her for at kigge på mål".

Har det påvirket praksis? Det kan være svært at bedømme. Min fornemmelse er, at det primært har påvirket medarbejdere; enkelte gange får jeg et indtryk af, at medarbejdere spørger til eller forklarer om mål på en bestemt måde, fordi jeg var med, f.eks. ved at skæve til mig, når de siger "nå, vi skal osse have snakket om dine mål". En dag, jeg skal observere et møde med medarbejdere i et team, siger én, da jeg træder ind: "nå, nu kommer spionen", og alle trækker på smilebåndet.

Med min blok, min gang og mine nysgerrige spørgsmål blander jeg ikke ind som patient. Det bliver tydeligt, da en "medpatient" siger: "Du er vist ikke patient, vel? Du går lisså hurtigt som personalet".

Der er stor variation blandt informanterne, både hvad angår alder (aldersspændet er fra starten af 20'erne til begyndelsen af 80'erne), funktionsevnetab (nogle kan knapt gå, mens andre kan løbe), længde af sygdomsforløb (nogle har levet med deres lidelse i årtier, mens andre først for nylig har oplevet et fald i deres funktionsevne), tilknytning til arbejdsmarked og familiesituation. Jeg vælger at kalde mine informanter for hhv. patienter og medarbejdere.

Herunder en uddybende oversigt over metoder:

**Fokusgruppeinterview med ledere** som del af en indledende snak om den kvalitative undersøgelse. De bliver bedt om at sige, hvilke spørgsmål de gerne vil have svar på fra hhv. medarbejdere og patienter.

**4 fokusgruppeinterviews med medarbejdere** (et i Middelfart med 8 deltagere, et i Århus med 12 og to i Skælskør, et med 5 deltagere og et med 4). Interviewguiden til fokusgruppeinterviewene er drøftet med ledelsen i Sano (se bilag 2). Et spørgsmål i interviewguiden er, hvilke spørgsmål de som medarbejdere gerne vil have svar på fra patienter ift. målsætningsprocessen. Hvert interview varer 1 time og 11 min. I alt deltager 29 medarbejdere. Alle interviews er optaget og transskriberede.

**Deltagerobservation**, med en uges ophold sammen med et hold patienter på hvert af de tre SANO centre. Det første sted dukker jeg bare op, men det står hurtigt klart, at jeg må have en plan for forløbet i hvert fald i dagtimerne. Jeg spørger medarbejdere, hvor de mener, det er vigtigt at deltage, hvis jeg skal se på mål "in action". Det bliver til en række forslag til dels fagpersoners samtaler med den enkelte patient, dels holdundervisning, hvor mål omtales og drøftes.

De samtaler og de holdundervisninger, jeg følger, bruger jeg som rettesnor for de to næste steder, hvor jeg skal på feltarbejde, så programmet ligner hinanden de tre steder. Jeg spørger medarbejdere de nye steder, om de også mener, det er det vigtige at deltage i. En del af deltagerobservationen er faglige møder blandt medarbejdere (om status på teamets patienter, om målsætningspraksis på centret).



### **Observation af møder, der omhandler mål/målsætning.**

Fælleskonferencer i alt 11 (2 i Århus, 5 i Middelfart og 4 i Skælskør).

Midtvejssamtaler/midtvejsevalueringer i alt 5 (3 i Århus, 1 i Middelfart og 1 i Skælskør).

Afsluttende samtaler i alt 8 (3 i Århus, 3 i Middelfart og 2 i Skælskør).

Desuden observation ved undervisning i motivation og forankring på hvert af de tre centre, samt ved udredning på dag 1.

**Analyse af dokumenterede mål.** Hvert center samler de mål, der er i dokumentationssystemet for borgere på ophold (uge 1 og uge 4), den uge feltarbejdet foregår. Målene analyseres og grupperes efter ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health.

**Interviews med patienter.** De patienter, jeg interviewer, er alle indlagte på Sano, samtidig med min "indlæggelse". Mens jeg er "indlagt", interviewer jeg hold 4, dvs. de patienter, der er ved at afslutte deres 4 ugers ophold. Jeg laver aftaler med de patienter, jeg har fulgt med den første uge, om et interview, når de har endt opholdet. Alle interviewes enten de sidste dage før afslutning af opholdet eller 1-3 uger efter hjemkomst. I alt interviewer jeg 26 patienter (4 mænd, 22 kvinder), heraf er 10 enkeltinterviews pr. telefon, 6 enkeltinterviews foretages enten på Sano eller hjemme hos patienten, og 10 deltager i de i alt 4 fokusgruppeinterviews, som afholdes sen eftermiddag eller aften, mens deltagerne er på deres 4. og sidste uge af opholdet. Jeg har en række spørgsmål skrevet op i en interviewguide (se bilag 1). Interviewene er semi-strukturerede, dvs. jeg følger ikke guiden slavisk, men giver rum til de refleksioner, der opstår og de tråde, der spinder sig til temaer, som informanterne finder vigtige at fremdrage. I de senere interviews bruger jeg pointer fra andre informanter til at diskutere med nye informanter og på den måde udvide min viden og teste gyldighed af udsagn. De fleste interviews varer mellem 30-40 minutter. Alle interviews er optaget og transskriberede.

**Feltsamtaler.** Et feltarbejde er nærmest pr. definition fuld af indtryk og af feltsamtaler. Jeg oplever, at alle mine små feltsamtaler kan opdeles i tre:

1. ventetidssamtaler, når man venter på, at en professionel kommer og henter en til samtale.
2. måltidssamtaler, når man sidder ved spisebordet til måltider.
3. pause/fritidssamtaler, når der er pause i programmet eller efter sidste program; f.eks. i TV stuen eller på gåture, eller på bænken udenfor.

Jeg har altid en blok med mig, og jeg tager tit blokken frem og skriver ned, mens vi snakker, men beder om lov først. Andre feltsamtaler er med de fagprofessionelle, med sekretærerne som er vigtige for at finde ud af patienters ugeskemaer, med indlæggelseskoodinatoren, med lederne, med pårørende, jeg møder på min vej.

### **Analyse**

Etnografiske data er ikke blot noget, vi indsamler. Det er noget, vi skaber og udvikler (Wadel, 1991). I felten kan en henslængt bemærkning fra en informant blive startskuddet til opmærksomhed på væsentlige temaer, som må forfølges, eller en teoriramme kan informere og udforske forståelsen for felten. Det etnografiske blik er således åbent for nye vinkler på eller en udvidelse af de indledende spørgsmål, vi går til felten med. I feltarbejdet på Sano skærpes mit blik mere og mere på rammer og indhold af møder mellem patienter og medarbejdere.

Mit empiriske materiale fra Sano (f.eks. et udsagn i et interview eller en feltnote fra observation til et møde) oversættes, dvs. jeg selekterer, kategoriserer og grupperer min empiri og fæstner observationer til faglige begreber og teorier (ibid.:78). Umiddelbart kan det empiriske materiale se rodet og usammenhængende ud, men det er systematikken i oversættelsesprocessen, der blotgør mønstre og sammenhænge.

I analysen har jeg kodet data efter de temaer, der er fremkommet ved gennemlæsning af feltnoter samt de transskriberede interviews, eksempelvis "Tid", og derved bliver det muligt at se på tværs af det empiriske materiale, hvad der gemmer sig af refleksioner omkring tid, i dette tilfælde tid og knaphed af tid i forbindelse med møder.

Data fra hvert center er analyseret særskilt, og derefter har jeg lavet en komparativ analyse på tværs af datamaterialet fra de tre centre, for at kunne se ligheder og forskelle. I analysen bruger jeg rehabiliteringsforsker Derrick Wades fremstilling af rehabiliteringsprocessen som rammesætning for praksis på Sano. I analysen af målsætningsmøder er jeg inspireret af antropologen Helen Schwartzmans arbejde omkring møder i organisationer (Schwartzman, 1989), samt antropologers viderebearbejdelse af Schwartzmans begreber (Sandler & Thedvall, 2017).

## **Undersøgelsens udsigelseskraft**

Retrospektivt, er der flere aspekter, der påvirker undersøgelsens udsigelseskraft. I sammenligning med flere kvalitative undersøgelser om målsætning (f.eks. Barnard, Cruice, & Playford, 2010; Brown et al., 2014; Young, Manmathan, & Ward, 2008), er datagrundlaget i denne undersøgelse solidt, med et stort informantgrundlag og en mulighed for at se målsætning fra flere perspektiver (medarbejdere/patienter, det talte/det skrevne, det observerbare/det fortalte). De etnografiske metoder har suppleret hinanden. Eksempelvis har data fra observationer kunnet holdes op mod data fra interviews, for derved at kvalificere (eller afvise) de enkelte fund, de skriftlige materialer har givet et indblik i praksis, og derved været hjælpsomme ift. den indledende deltagerobservation, og deltagerobservation og feltsamtaler har kunnet belyse situationer, som undervejs stod uklart for mig. Ved mødetyper, hvor jeg har lavet forholdsvis få observationer, har data fra interviews med medarbejdere og patienter kunnet "fylde tomme felter ind".

Dog har feltarbejdets længde betydet, at:

1. Det har ikke været muligt at følge målets rejse efter målsætning ad alle de biveje, hvor mål rejser. F.eks. individuelle samtaler, hvor mål nævnes, fysisk træning, som er rettet mod mål opfyldelse, og målets skriftlige rejse, til de fagprofessionelles behandlingsmæssige delmål og statusbeskrivelser til henvisende instans og patienten selv. I observationsdelen af undersøgelsen har jeg således primært fulgt mål via strukturerede møder, hvor mål typisk bringes i tale (udredningsforløb, målsætningssamtale, midtvejs- og afsluttende evaluering, samt undervisningsgangen Motivation og forankring). De mange mulige biveje for målrejsen er langsomt blevet udkrystalliseret i løbet af feltarbejdet, og materialiserer sig gennem interviews med medarbejdere og patienter, men en udtømmende beskrivelse af disse "biveje" ville kræve et nyt feltarbejde.
2. Det er muligt i hovedtræk at beskrive forskelle og ligheder mellem praksis på de tre centre, men en mere nuanceret fremstilling af dette ville kræve mere tid på de enkelte centre.
3. Det er ikke muligt på baggrund af datagrundlaget at se forskelle og ligheder mellem faggruppers holdning og tilgang til målsætning.

## **Etiske overvejelser**

Allerede ved feltarbejdets opstart, på forundersøgelsesdage i Skælskør og Middelfart, har jeg etiske overvejelser, blandt andet omkring informeret samtykke og fortrolighed. I antropologers diskussion om informeret samtykke er spørgsmålene: hvem skal give samtykke, hvor meget information skal gives og hvornår (Kvale, 1997), og hvorvidt det er muligt at praktisere informeret samtykke til fuldkommenhed undervejs i et antropologisk feltarbejde (Tjørnhøj-Thomsen & Plough Hansen 2009:242). På Sano bliver jeg introduceret eller introducerer mig til patienter som en, der skal studere praksis.

Observation ved samtaler foregår kun, hvis patienten indvilliger, men nogle gange går det så hurtigt, at jeg er bekymret for, om patienterne når at overveje, hvad de nikker ja til, og jeg når ikke altid at tale tavshedspligt og anonymitet. I småsnak efter mødet, har alle patienter dog været imødekommende og siger, "jamen du sad jo bare der helt stille, det var fint". I møder, hvor læge er til stede, bliver patienterne bedt om at tage tøjet af og står i deres undertøj. I de situationer kigger jeg i min notesblok og skribler noter. I møderne bliver mange forskellige former for levede liv pakket op, intime og meget personlige aspekter kan blive drøftet, og i mange af disse situationer bliver patienter bevægede og grådlabile. Der er aspekter af disse samtaler, jeg har valgt at undlade i rapporten for at sikre den anonymitet, jeg har lovet informanter.

Jeg har ligeledes undladt at angive alder eller center ved citater, da det i flere tilfælde vil betyde, at anonymitet kompromitteres.

## Kapitel 2. Målsætning i rehabilitering

Dette kapitel handler om, hvad et mål er, hvorfor vi sætter mål og opsummerer kort den bedst tilgængelige viden omkring målsætning i rehabilitering, med et blik på praksis i Danmark.

### De nyeste forskningsresultater

Kejseren af rehabilitering, målsætning, har ingen tøj på.

Det måtte to forskere konstatere, da de satte sig for dels at finde evidens for effekten af målsætning i rehabilitering og dels en teoretisk ballast for, hvordan målsætning virker som et effektivt redskab (Siegert & Levack, 2015). De oplevede, at mens professionelle i rehabilitering var i fuld sving med at sætte mål i praksis, så kunne de ikke i litteraturen finde solid evidensmæssig eller teoretisk belæg for teori om og effekt af målsætning; og det de fandt, fik dem til at stille spørgsmålstegn ved det, de havde lært på skolebænken på hhv. psykologi og fysioterapi studiet (ibid:4).

De betegner rehabilitering som en sort boks<sup>1</sup>, hvor det, vi putter ind i boksen, er synligt, og det samme er det, der kommer ud, men fordi det er en kompleks intervention med mange indsatser, mange fagpersoner og mange tilgange, kan det være svært at gennemskue, hvad der præcist sker inde i den sorte boks og derved konstatere, hvad der er effekt af præcis hvilke indsatser (ibid:28). De peger endvidere på, at der er stor forskel på, hvordan vi går til målsætning ift., hvilken faggruppe vi tilhører, hvilken patientgruppe vi har med at gøre, og hvilken funktion vores målsætning har (f.eks kunne påvise effekt, bedre kliniske outcomes). Og de understreger, at der ikke er én anbefalet tilgang til målsætning, det er ikke fastlagt, hvad et godt mål er, eller hvad det bør indeholde (hvorvidt det bør være SMART, om det skal være på aktivitets- og deltagelsesniveau eller kan være på kroppens funktioner) (ibid:8-10).

Selvom målsætning i rehabilitering er et underbelyst område, rent forskningsmæssigt, viser det internationale rehabiliteringsfelt stigende interesse for mål i rehabiliteringsprocessen, og resultater fra forskningsarbejdet begynder så småt at materialisere sig. Mens data fra målsætning på neuroområdet har domineret feltet, blander flere og flere andre felter sig med resultater fra forskning om målsætning, f.eks. ældreområdet (Vermunt, Harmsen, Westert, Rikkert, & Faber, 2017).

Målsætningslitteraturen påvirkes også af den diskurs, der omslutter sundhed- og omsorgssektoren. Begreber som borgerinddragelse og shared decision making finder vej i undersøgelser, eksempelvis ved at undersøge sammenhængen mellem shared decision making og målsætning (Rose, Rosewilliam, & Soundy, 2017) eller graden af patientcentrering i målsætningsseancer (Rosewilliam, Sintler, Pandyan, Skelton, & Roskell, 2016; Vermunt et al., 2017). I dansk sammenhæng er dette etnografiske feltarbejde og data herfra mig bekendt det første af sin slags, hvor fokus er specifikt på målsætning i rehabiliteringsforløb; med en lup på hvordan et mål bliver sat og rejser gennem et forløb, hvilke slags mål der bliver sat, og hvordan patienter og medarbejdere reflekterer over mål og betydningen af mål. Kejseren er ved at blive klædt på, om end i langsomt tempo.

I dette afsnit opsummeres ganske kort nogle af pointerne fra den seneste forskning omkring målsætning<sup>2</sup>. Flere af studierne er interventionsstudier, hvor der evalueres på et redskab eller en nyindført praksis.

I det følgende præsenteres resultater fra effektstudier, studier med fokus på målsætningsværktøjer, målprocessen, og på indhold af det konkrete mål.

---

<sup>1</sup> Særligt to artikler i tidsskriftet Clinical Rehabilitation, skrevet for næsten to årtier siden, har lagt grundstenen til at se rehabilitering som en sort boks, se (Ballinger, Ashburn, Low, & Roderick, 1999; D. T. Wade, 2001).

<sup>2</sup> Det har ikke været muligt at finde artikler om målsætningspraksis og refleksioner herom fra et patient/behandler perspektiv, der matcher rehabiliteringsforløb med samme målgruppe, tidsperspektiv og "setting" som Sanos 4 ugers rehabiliteringsforløb.

### **Definition: målsætning, mål og målforfølgelse**

Rehabiliteringsforløb er kendetegnet ved at gennemgå de samme faser: udredning, målsætning, intervention og evaluering (Wade, 2005). Faserne er de samme, ligegyldig hvem patienten er, med hvilken lidelse og hvilke faggrupper, der står for indsatsen. Målsætning er selve det at sætte og forhandle om mål, mens et rehabiliteringsmål kan defineres som:

"En ønsket fremtidig tilstand, som en person med nedsat funktionsevne kan opnå som resultat af rehabiliteringsaktiviteter. Rehabiliteringsmål vælges aktivt, skabes bevidst, har formål og er fælles (hvor muligt) for de personer, der deltager i de aktiviteter og interventioner, som sættes i værk for at arbejde med konsekvenserne af den erhvervede funktionsevnenedsættelse" (Levack et al., 2015). Målforfølgelse (eng.: goal pursuit) er alle de aktiviteter, der sættes i værk med målene for øje: hvad skal der til for at nå rehabiliteringsmålene. Aktiviteterne inkluderer f.eks. en plan, skriftlig eller mundtlig feedback på proces og evt. fremgang (ibid.), og de aktiviteter, der kan støtte vejen mod mål, f.eks. diskussion af mål med ligesindede.

I evalueringen af forløbet vurderes både processen og målene: i hvor høj grad blev målene indfrie.

### **Formål med målsætning**

Der er mange forskellige grunde til, at vi sætter mål i rehabiliteringsforløb (Siegert & Levack 2015; Wade 2009):

- for at kunne evaluere effekt af indsatsen
- for at styrke patientens/borgerens selvbestemmelse
- for at imødekomme kontraktmæssige krav, lovkrav og/eller professionelle krav
- for at kunne monitorere forandringer, og ændre strategi, hvis vores indsatser ikke virker
- for at forbedre de kliniske resultater.

De kliniske resultater kan forbedres fordi: 1. Arbejdet med mål indebærer, at borgers motivation kommer i spil, hvilket opfattes som en vigtig faktor for fremdrift. 2. En fælles forståelse for mål kan styrke samarbejdet i processen. 3. Det at sætte mål skaber rum for psykisk at tilpasse sig en ny situation. 4. Mål er med til at fokusere på specifikke punkter (Siegert & Levack 2015). Senere i rapporten ser vi, hvad medarbejdere på Sano angiver som grunde for at sætte mål.

### **Teorien bag**

I litteraturen blev målsætning introduceret som del af rehabilitering i 1960'erne, med "opfindelsen" af GAS, Goal Attainment Scale. Siden blev ideen med at sætte mål inspireret fra forskellige retninger, særligt fra psykologi, alle udenfor rehabiliteringsfeltet. Det er lidt uvist, hvordan der er blevet arbejdet med mål op gennem det 20. århundrede, idet det ikke er blevet beskrevet i litteraturen før 1960'erne, hvor målsætning som begreb begyndte at blive anvendt i litteraturen om rehabilitering (Siegert & Levack 2015:4).

Det var først i 1980'erne, at målsætning blev en almindelig del af rehabiliteringsprogrammer. I 1990'erne var der fokus på forskellige tilgange til målsætning, herunder ift. hvilke redskaber man kan benytte sig af (f.eks. COPM, GAS, SMART). De seneste to årtier er der i litteraturen omkring målsætning i stigende grad fokus på, at:

- målsætning er forskellig fra det ene felt til det andet (felt: clinical environment)
- der er forskel på den ideelle verden og den reelle verden, når det kommer til målsætning
- der er voksende interesse for teoribaseret forskning i målsætning (ibid:7)

Flere stiller nu spørgsmål ved, hvorvidt man kan overføre erfaringer om målsætning fra eksempelvis sportsområdet og organisationer til rehabiliteringsområdet, og dette spørgsmål er med til at puste ild i forskningen på området.

### Virker det? Effektstudier

I et Cochrane review fra 2015 har man kigget på artikler omhandlende målsætning og de strategier, der bliver brugt for målopfyldelse i rehabilitering af personer med forskellige helbredsproblematikker. På baggrund af 39 inkluderede studier med i alt 2846 deltagere konkluderer forfatterne til reviewet (Levack et al, 2015, 2016) følgende:

Effekt af målsætning i rehabilitering:

- Ingen evidens for effekt ift. deltagelsesrestriktioner og aktivitetsbegrænsninger.
- Ingen evidens for effekt ift. patienters engagement i eget forløb (motivation).
- En mere struktureret tilgang til mål (brug af redskaber, brug af formaliseret tilgang, en fast struktur) i modsætning til en ikke-struktureret tilgang er associeret med højere grad af generel self-efficacy (troen på egne evner), men der kan ikke påvises effekt ift. helbredsbedinget livskvalitet, patientrapporteret følelsesniveau, eller på aktivitets- og deltagelsesniveau.
- Der synes at være belæg for, at målsætning kan have en betydning ift. outcome; ikke på fysiske ændringer i funktionsevne ift. aktivitet og deltagelse, men på subjektive oplevelser af højere livskvalitet og kontrol med eget liv<sup>3</sup>.
- Der er brug for flere studier af bedre kvalitet.
- Kommende forskning vil sandsynligvis ændre denne lave estimering af effekt

Det kan synes optimistisk, når forfatterne til Cochrane reviewet forventer at kommende forskning vil påvise effekt af målsætning. Men måske henviser forfatterne til det, jeg indledte med, at den sorte boks er ved at blive pakket ud, og forfatterne selv anviser, hvilke komponenter det er væsentligt at overveje, når man sætter forskning op (Siegert & Levack 2015:4).

Et senere review fra 2017 omkring fælles målsætning med ældre patienter med en kronisk sygdom eller komorbiditet slår forfatterne fast, at fælles målsætning er et relevant, men umodent tema for et review, og "compelling evidence for its benefits is lacking" (Vermunt et al. 2017). De screenede 3500 artikler, og 8 blev inkluderet i reviewet. En interessant pointe ved reviewet er forfatternes opfordring til at definere begreber indenfor målsætning og sammenhænge mellem disse. F.eks. sammenhæng mellem fælles beslutningstagen (shared decision-making) og målsætning, og definition af begreberne fælles målsætning (collaborative goal setting) og prioriteringsplanlægning (priority planning, et ord, der i stigende grad kobles op på målsætning). Det er interessant, at de sætter ordet "collaborative" foran målsætning, for i definitionen af rehabiliteringsmål ligger det fælles implicit: "Rehabiliteringsmål vælges aktivt, skabes bevidst, har formål og er *fælles* (hvor muligt) for de personer, der deltager i de aktiviteter og interventioner, som sættes i værk for at arbejde med konsekvenserne af den erhvervede funktionsevnededsættelse" (Siegert & Levack 2015, min fremhævnings).

Og i et tidligere review (Tang Yan, Clemson, Jarvis, & Laver, 2014), baseret på 17 artikler om inddragelse i målsætning af pårørende til borgere i rehabiliteringsforløb, der bor hjemme, har australske forskere med rod i ergoterapeutiske fakulteter konkluderet, at selvom patientinddragelse er velbeskrevet i sundhedslitteraturen, så er der forbausende få studier, som har kigget på "collaborative" målsætning,

---

<sup>3</sup> Dette bør tages med et vist forbehold jævnfør ordet "speculate" i det følgende citat. Forfatterne udtrykker det således: "Nevertheless, the findings of this review do support the notion that goal setting in rehabilitation may possibly contribute to better outcomes for patients. We speculate that these improvements are more pronounced for subjectively experienced benefits, such as self-rated quality of life, and feelings of personal control such as self-efficacy, rather than with actual physical changes in abilities as measured by changes in activity or participation." (Levack et al 2016:14).

hvor de involverede sammen sætter mål (patienter, fagprofessionelle og pårørende). De påpeger, at det gør det vanskeligt for sundhedsprofessionelle at vide, hvorvidt deres målsætningspraksis har nogen effekt.

### **Selve processen (og pårørendeinddragelse)**

Samme australske studie (Tang Yan et al., 2014) havde imidlertid et interessant fund, også for denne rapport. På tværs af studierne blev det muligt at identificere nogle kendetegn omkring processen ved målsætning.

Rehabiliteringsmøder, hvor der sættes mål, forløber efter denne struktur:

- (1) Indledende småsnak ("rapport" på engelsk)
  - (2) Diskussion af pårørende og patienter/borgeres bekymringsområder
  - (3) Diskussion af pårørende og patienter/borgeres prioriteringer
  - (4) Involvering af pårørende og patienter/borgere i fællesproblemløsning
  - (5) Definition af mål
  - (6) Monitorering af udviklingen mod målopfyldelse med deltagelse af pårørende og patienter/borgere
- Senere i rapporten vil disse fund blive sammenlignet med fund fra Sano feltarbejdet.

I målsætningsprocesser er der tit mange synlige og usynlige faktorer, der spiller ind. Som tidligere nævnt har neuroområdet produceret en del forskning omkring målsætning i rehabilitering, og et review fra 2016 sammenfattes barrierer og fremmende faktorer ved målsætning med personer med erhvervet hjerneskade (Plant, Tyson, Kirk, & Parsons, 2016).

Reviewet bygger på i alt 9 artikler, alle baseret på kvalitative undersøgelsesmetoder, og med 202 personer ialt: 88 patienter, 89 fagprofessionelle, 25 pårørende.

Et vigtigt fund i reviewet er betydning af tid og forløbsfase; i tidlige stadier af rehabilitering forventer patienten ofte, at terapeuten leder processen om mål (ibid:927).

Fremmende og hæmmende faktorer i målsætningsprocesser (Plant et al., 2016):

#### Målsætning fremmes ved:

- Tidlig, effektiv kommunikation ml. fagfolk, patient og pårørende
- Målsætningsprocessen skræddersyes patientens præferencer
- Støttemateriale
- Uddannelse af patient og pårørende ift. målsætning

#### Målsætning hæmmes ved:

- Mismatch ml. patientens og fagfolks forventninger og tanker om målsætning og udsigt til bedring
- Patientens manglende viden om målsætning, rehabiliteringsprocessen og potentiale for bedring
- Patientens manglende kundskaber ift. at sætte mål
- Skadesrelaterede problemer, f.eks. sproglige barrierer (afasi)
- Organisatorisk pres

Pårørendes rolle og betydning er ikke entydig: involvering af pårørende kan facilitere processen, særligt hvis det er tidligt i processen eller være en barriere (hvis de pårørende har deres egne prioriteter og ikke handler i patientens bedste interesser) (ibid.).

## Hvilken slags mål, hvilke redskaber?

### *Aktivitets- og deltagelsesniveau*

I Hvidbogens rehabiliteringsdefinition (Marselisborgcentret & Rehabiliteringsforum Danmark, 2004), beskrives formålet med rehabilitering, at borgeren "opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv". Denne tanke omkring den meningsfulde hverdag kopieres et årti efter, hos Levack & Siegert (2015), med et fokus på hvilken type mål bedst matcher det meningsfulde:

"Because we, as rehabilitation clinicians, are most interested in how to help people function meaningfully in the world, rehabilitation goals typically are set at the level of activities they might be able to do (e.g. dressing oneself, walking to the bus stop, kicking a ball with school friends, writing a shopping list) or the liferoles that they might be able to participate in (e.g. returning to live at home with one's spouse and returning to work)." (Siegert & Levack 2015:13).

Mål skal således typisk sættes på aktivitets – og deltagelsesniveau for at sikre koblingen til den meningsfulde hverdag. Denne tanke gengives i en norsk bog om rehabilitering, Det handler om Verdighet, hvor forfatterne skriver om mål (Bredland, Linge, & Vik, 2002):

### *De langsigtede mål*

-skal være motiverende og have udgangspunkt i noget personen forbinder med en værdig livssituation (ofte på deltagelsesniveau<sup>4</sup>).

### *De kortsigtede mål*

- skal være konkrete skridt på vejen mod de langsigtede mål
- skal (som oftest) være relateret til en aktivitet eller en situation
- skal kunne nås i nærmeste fremtid
- skal kunne evalueres så vi kan se, om målene er nået.

Bredland, Linge & Vik understreger, at der ikke bør være for mange mål, og målene skal formuleres på borgerens måde (sprog).

I en artikel om ICF og målsætning (Rauch & Scheel-Sailer 2015), forholder forfatterne sig til faser i et forløb. I en tegning over et rehabiliteringsforløb, viser de, hvorledes mål i akutfasen har fokus på kroppens funktioner og anatomi, mens målene i stadig højere grad centrerer omkring aktivitet og deltagelse jo længere hen i rehabiliteringsforløbet, vi kommer (ibid: 172).

### *SMART?*

I Levack og Siegerts (2015) definition af et rehabiliteringsmål er det tankevækkende, at der ikke er anvisninger på, hvorvidt det skal være målbart, tidsafgrænset, kortsigtet, langsigtet; de aspekter, som typisk drøftes blandt fagprofessionelle i drøftelser om mål, inklusiv på Sano. Levack har valgt disse fra og begrunder det med, at det ikke er alle mål, der kan måles på, eksempelvis spirituelle, og at empiriske eksempler fra forskellige rehabiliteringsforløb viser, at der i praksis er stor forskel på tidsrammer i rehabiliteringsforløb (Siegert & Levack 2015).

---

<sup>4</sup> I en tredje udgave af bogen fra 2011, lægges der endnu mere vægt på deltagelsesniveauet, allerede i overskriften: "Det handler om verdighet og deltakelse".



Nogle år tidligere, på en konference i 2009 om konsensus og mangel på samme i forhold til målsætning i rehabilitering, drøftede rehabiliteringsforskere aspekter omkring tidsrammen for mål, og hvorvidt mål skal være målbare og opnåelige. De nåede til enighed om<sup>5</sup>, at mål bliver sat i meget forskellige rehabiliteringsforløb af varierende længde og derved kan dække forskellige tidsrammer. De foreslog en opdeling i langsigtete mål (baseret på patientens livsprioriteter og værdier; vil ofte fokusere på sociale roller og deltagelsesbegrænsninger), mellemål (tit på aktivitetsniveau), kortsigtede mål (hvilket som helst funktionsevniveau) (Playford, Siegert, Levack, & Freeman, 2009).

De langsigtete mål er ledestjernen, som mellemmålene og de kortsigtede mål stiler mod, mens de kortsigtede mål er trædesten til mellemmålene (Wade, 1999).

Diskussionerne omkring det opnåelige ved mål handlede om, hvordan "urealistiske" mål skal håndteres, og stillede skarpt på, at der måske har været for meget fokus på, at alle mål absolut skal være opnåelige og derved realistiske. De konkluderede, at selvom opnåelige mål kan have positiv effekt for nogle patienter, så er det ikke alle, der motiveres af opnåelighed. De slutter dog med at sige, at mål skal have en vis sandsynlighed for at kunne opfyldes.

Målbarhed blev delt op i to, 1) en kvantificerbar repræsentation af en patients oplevelse, 2) evaluering af graden af mål opfyldelse (ibid: 339). De debatterede, om patienter er mest interesseret i en subjektiv evaluering af rehabiliteringsprocessen, mens de mere nøjagtige målinger er af størst interesse for fagprofessionelle (og de der betaler for indsatsen), da det skaber potentiale for en sammenligning mellem patienter og forskellige tilbud.

Mål kan dække over forskellige aspekter af en sygdom (lige fra patologi til sociale roller), og forskellige kontekster (tilegnelse af viden, fysiske færdigheder, sociale og personlige forandringer) (Playford et al., 2009).

På Sano bruges SMART mål (i alle centre bruges SMART mål i undervisning om "Motivation og forankring"). I et kapitel i bogen *Rehabilitation Goal Setting. Theory, Practice and Evidence* (2015), stiller forfatterne kritiske spørgsmål til brugen af SMART mål (McPherson, Kayes, Kersten 2015). De gør opmærksom på, at:

1. Der er stor variation ift. definition af akronymene, bogstaverne i SMART kan stå for flere forskellige ting.
2. Det teoretiske rationale for nogle af komponenterne er svagt.
3. SMART er udviklet til at fremme forretnings performance, ikke til brug i klinisk praksis
4. Der er meget ringe evidens for, at SMART mål er den mest effektive strategi ift. målsætning.

De spekulerer på, om vedholdenheden ift. brug af SMART kan hænge sammen med, at man oversætter bogstaverne, så de passer til den kontekst, SMART skal bruges ind i (ibid.:106-107). De mener, dog uden at henvise til mere end én artikel, at det er veletableret praksis, at man lettere får specifikke mål opfyldt (S som *specific*) i sammenligning med vage, upræcise mål og ligeledes, at mål bør være målbare (M som *measurable*), for hvordan skulle man ellers kunne evaluere mål? Til gengæld stiller de spørgsmål stegn ved, om mål bør være opnåelige (A som *achievable*), for kan et mere ambitiøst mål give effekt og motivation? Og bør mål være realistiske (R som *realistic*), eller kan håb (aspirational goals) være en vigtig faktor i rehabiliteringsprocessen? Og endelig, bør mål være tidsbestemte (T som *timebound*), eller reducerer kortsigtede mål det potentiale, der er for langsigtet bedring? (ibid.).

---

<sup>5</sup> Artiklen, som henvises til, er ikke blot en opsummering af pointer fra en konference, men inkluderer en proces, via Delphi teknik, hvor deltagerne gentagne gange udvælger de aspekter, de finder vigtige/rigtige ift. målsætning, og til slut ender man med resultater over de områder, hvor der er mest enighed.

### *Hvilke redskaber kan hjælpe os i processen?*

Der er mange redskaber til hjælp for rehabiliteringsprocessen, de mest brugte synes at være GAS (Goal Attainment Scale), COPM (Canadian Occupational Performance Measure) og SMART-mål (Prescott, Fleming, & Doig, 2015). I et review om tilgange og principper i målsætning med personer under 65 år med erhvervet hjerneskade (ibid.), fandt forfatterne, at af 86 kvalitative og kvantitative artikler, som beskriver målsætningstilgangen hos denne målgruppe, bliver der i 77% af studierne brugt formaliserede målsætningstilgange (f.eks. GAS, COPM). Måske skal dette resultat tages med et vist forbehold, siger forfatterne. For i et andet studie, (Holliday, Antoun, & Playford, 2005), blev 336 rehabiliteringsspecialister spurgt om, hvilke metoder, de brugte ift. målsætning, og kun 14 % svarede, at de brugte formaliserede redskaber (eng.: *formal*, dvs. GAS, COPM o.l.). Der synes derved at være en forskel mellem forskningsstudier og klinisk praksis, hvor forskningsstudier i langt højere grad inkluderer formaliserede målsætningsværktøjer. Det får forfatterne til at spørge, om en "one-size fits all" tilgang er mulig i en hverdagspraksis med mange forskellige slags patientgrupper og forskellige kontekster for forløb (ibid:1524).

### **Dansk sammenhæng**

I Danmark er der et stigende fokus i praksis på målsætning i rehabilitering. Dette fokus kan have flere årsager: en stigende erkendelse af, at det er svært at sætte mål, at forskellige fagprofessionelle, som skal arbejde sammen i rehabilitering, er oplært forskelligt ift. målsætning, og det kan hænge sammen diskursen om borgerinddragelse.

"Nothing about us, without us" er et slogan, som for alvor vandt indpas i slutningen af 1990'ernes aktivisme på handicapområdet. Det har nu vundet indpas i det danske velfærdssystem, hvor vi taler om brugerinddragelse og borger/patientinvolvering både i det enkelte forløb, på det organisatoriske plan og rent forskningsmæssigt. Også ift. målsætningspraksis på rehabiliteringsområdet, er 1990'ernes slogan slået igennem. Hvor almindelig praksis tidligere var, at mål blev sat for borgere, er praksis i dag (oftest), at mål bliver sat med borgeren, det er borger som er eksperten på eget liv (personlig kommunikation med sundhedsprofessionelle på temadage om målsætning i rehabilitering på tværs af Danmark).

I Danmark har indførslen af hverdagsrehabilitering resulteret i et fokus på målsætning:

1. I en ny paragraf, §83a i Serviceloven<sup>6</sup>, hvori der blandt andet står "Tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbet skal være helhedsorienteret og tværfagligt, og der skal sættes mål for det enkelte rehabiliteringsforløb"
2. I en klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, <http://www.cfkr.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer/kommunikation/kr-kl-maalsætning-rehab.aspx>.
3. Enkelte undersøgelser om hverdagsrehabilitering har berørt målsætning (Hansen & KORA, 2015; Tonnesen et al 2012, Lauritzen et al & KORA, 2017).

Data omkring målsætning indgår endvidere i en evaluering på senhjerneskade området (Tonnesen, Maribo, 2015), samt i en undersøgelse af lænderyghold i en kommune (Tonnesen, 2016).

---

<sup>6</sup> Der står ikke noget om målsætning i rehabilitering i Sundhedsloven.

## **Konklusion**

Der er stigende fokus på målsætning i rehabilitering på tværs af verden. Målprocessen pakkes ud og debatteres, teorien bag undersøges (og findes for let), og gode redskaber vurderes. Der synes at være enighed om, at mål skal sættes på aktivitets- og deltagelsesniveau, og flere forskere peger på at operere med både langsigtede og kortsigtede mål, mens andre foreslår et ekstra mål, et mellem mål. Evidensen omkring effekt af målsætning i rehabilitering er ringe. Det forventes, at forskningen med tiden vil kunne påvise effekt.

## Kapitel 3. Om Sano

Der er i Danmark tre Sano trænings- og rehabiliteringscentre, i Middelfart, i Århus og Skælskør, alle ejet og drevet af Gigtforeningen og omfattet af det frie sygehusvalg. Sano betyder "jeg heler".

### Målgruppe

Alle over 18 år med led, ryg- og muskellidelser, som giver betydelige begrænsninger i den fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, kan komme i betragtning til et ophold<sup>7</sup>. De fleste har en ryglidelse, slidgigt, leddegigt eller psoriasisgigt

([https://sanocenter.dk/sites/default/files/sano\\_2016.pdf](https://sanocenter.dk/sites/default/files/sano_2016.pdf))<sup>8</sup>. Gigt er en paraplybetegnelse for omtrent 200 diagnoser, og det er den mest udbredte kroniske sygdom i Danmark.

Langt de fleste på Sano er henvist af deres praktiserende læge eller speciallæge til et fire ugers rehabiliteringsophold, og det er denne gruppe, jeg laver feltarbejde i blandt. De fire ugers ophold er gratis.

Andre betaler selv et ophold eller får ophold betalt gennem forsikringsselskab, sundhedsforsikring eller pensionskasse. Enkelte er henvist fra kommunen. Disse ophold er typisk kortere end rehabiliteringsforløbene. Sano Skælskør har desuden rehabiliteringstilbud for personer med Parkinson samt legatophold, dvs. en uges gratis ophold for personer tildelt et legat via Gigtforeningen.

På alle centre er der hele tiden et rul, så der er grupper, der er på uge 1,2,3 og 4, og hver uge kommer nye og "gamle" tager af sted. Gruppestørrelse svinger lidt; de grupper, jeg fulgte, bestod af 6-7 personer. Man følger sin gruppe, dvs. spiser sammen og har holdundervisning sammen. Der er stor variation i grupperne, både hvad angår alder, funktionsevnetab, længde af sygdomsforløb, tilknytning til arbejdsmarked og familiesituation. Flere har været på Sano ophold før; på de tre hold, jeg fulgte tæt, var det én på hvert hold. Det er markant i hverdagsbillederne på de tre centre, at der er betydelig flere kvinder end mænd: I 2016 var 83% af patienterne kvinder, og 17% var mænd ([https://sanocenter.dk/sites/default/files/sano\\_2016.pdf](https://sanocenter.dk/sites/default/files/sano_2016.pdf)). På de hold jeg følger og er "indlagt med", er der fem mænd ud af i alt tyve personer.

### 4 ugers rehabiliteringsforløb

Det fire ugers rehabiliteringsforløb er organiseret lidt forskelligt fra sted til sted. Fælles for alle centre er en vekselvirken mellem holdundervisning, individuel tid med en behandler og tværfaglige konferencer med medlemmer af teamet. Patienter præsenteres for forskellige vidensformer: teoretisk viden, praksisviden og træning samt erfaringsbaseret viden. Denne opdeling af vidensformer går tilbage til Aristoteles, men synes generel for de virkemidler, som patientundervisere benytter<sup>9</sup> (Grøn, Hansen, 2012).

---

<sup>7</sup> Sano skriver på hjemmeside, at rehabiliteringsforløb er "for dig, som: Har en eller flere lidelser i ryg, muskler og led, lidelser af både nyere og ældre dato og som allerede har afprøvet forskellige former for behandling uden effekt. Gennem længere tid har oplevet, at dine smerter eller andre udfordringer påvirker din livskvalitet og begrænser dig i dit hverdags-, trænings- og arbejdsliv. Er truet af sygemelding grundet nedslidning eller skader og måske er i risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Har en komplekse håndproblematik grundet artrose eller skade". (<https://sanocenter.dk/rehabilitering-0>. Tilgået 15. august 2017).

<sup>8</sup> På baggrund af oplysninger fra Lands-patientregisteret estimeres andelen af personer med leddegigt i den danske befolkning til 0,28 % af mænd og 0,72 % af kvinder (tallene er givetvis underestimerede, fordi ikke alle leddegigt-patienter behandles i sygehusregi), og der angives en forekomst af alvorlig rygsygdom i befolkningen hos 2,13 % kvinder og 0,41 % mænd (Muskel- og skeletlidelser i Danmark. Nøgletal 2015 • Statens Institut for Folkesundhed). Forekomsten er således højere blandt kvinder og stiger med alderen. I *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013* oplyser 14,2 % af de adspurgte mænd og 20,7 % af de adspurgte kvinder, at de har slidgigt; andelen stiger med alderen.

<sup>9</sup> Lone Grøn og Jakob Hansen (2012) har set på sociale forandringsfællesskaber i form af gruppebaseret patientundervisning. De taler om patientundervisere ift. styrket egenomsorg i det hæfte, jeg henviser til.

Teoretisk viden: viden om sundhed og krop, bygger på teoretisk og videnskabelig viden.

Praksisviden og træning: fysisk træning eller træning i daglige aktiviteter.

Erfaringsbaseret viden: erfaringer og visdom ift., hvordan man kan realisere "det gode liv". Deltagere reflekterer over egne erfaringer, hører om og lærer fra andres erfaringer.

Her et udpluk af overskrifter for fællesundervisning: Viden om smerter, KOM undervisning, Motivation og forankring, Teori om kroniske smerter, Hus og have, Aktivitet og sociale relationer, Vægttab, Aktivitet og Sundhed, Mindfulness og Gode råd om træning.

## Personale

Personalet er sammensat af ergoterapeuter, sygeplejersker, sosu assistenter, fysioterapeuter, sekretærer, pedeller, rengøringspersonale, kokke og køkkenpersonale, og læger med speciale i reumatologi. I Århus er der en diætist. Det behandlende personale er inddelt i teams på alle tre centre, hvert team med sygeplejefaglige, fysioterapeutiske og ergoterapeutiske kompetencer i gruppen. De sygeplejefaglige kompetencer kan være dækket af sygeplejersker eller sosu-assistenter. De behandlende medarbejdere er uddannet i MI (Motivational Interviewing), og på hvert center er der kompetencer indenfor mindfulness og ACT (Acceptance and Commitment Therapy), som er et redskab indenfor kognitiv terapi. Læger synes at have en rolle ved udredning, samt ved undervisning (Middelfart, Århus).

På ledelsesniveau er der en centerchef, en sundhedsfaglig chef og en afdelingsleder for hvert af de tre centre.

## Omgivelser: Æstetik, aktivitet og hospital

De tre huse er alle bemærkelsesværdige, hver på sin måde.

Når man kommer til Sano Skælskør i foråret, er første indtryk en stor hvid kasselignende bygning, som ligger smukt omkranset af en grøn park med en stor græsplæne, grænsende til en skov og lige ned til Skælskør Nor. En del af stedet blev opført som gigtsanatorium i 1933 og med de store gange og højt til loftet, får man hurtigt et billede af et sanatorium.

Sano Centrene i Middelfart og Århus blev indviet som Gigtforeningens sanatorier i hhv. slutningen af 1940'erne og begyndelsen af 1950'erne. Sano Middelfart er beliggende i smukke bygninger i gotisk stil fra begyndelsen af 1900-tallet. Der er en stor have med frugttræer og mange små solkroge. Vejen dertil går gennem en rødkalket portbygning, Adlerhus, tidligere bolig for slotsforvalteren på Hindsgavl Slot, og ad en kastanje allé. Sano Århus ligger i Skåde bakker, og den store, hvide villa husede tidligere en direktørfamilie. Der er en parklignende have, med udsigt over Århus Bugten.

Alle tre Sano centre har tilbygninger i mere moderne stil. Det er gamle sanatorier, dvs. de er blevet brugt som behandlingssteder, hvor patienter med en kronisk sygdom opholder sig i længere tid ([http://denstoredanske.dk/Krop,\\_psyke\\_og\\_sundhed/Sundhedsvidenskab/Sygehuse/sanatorium](http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Sygehuse/sanatorium), tilgået 10/8 2017).

Sanatorier ligger typisk i smukke omgivelser, omkranset af grønne områder, med udsigt til vand eller tæt ved vand og med plads til ro. Sano Centrene lægger i dag vægt på skønheden og roen og på stedets sjæl og historik. På hjemmesiden understreges det i introduktionen til husene med ord som: "roligt og smukt", "charmerende kæmpevilla fra 1909", "store, grønne arealer med masser af små sol- og lækroge", "smukke, grønne omgivelser tæt på skov og strand. Her er fred og ro". Ved introduktionen til opholdet bliver alle opfordret til at benytte sig af stedernes smukke omgivelser, og ved rundvisningen bliver man fortalt små historiske anekdoter.

I indretningen er historikken bevaret med billeder af de første forstandere, med skilte over dørene til værelser med "skænket af Aarhus Amt", samtidig er de historiske reminiscenser særligt i Middelfart og i Århus i blandet en moderne indretningsstil. På alle centre er der opholdsrum med mulighed for at slænge sig i en sofa og snakke eller se TV, der er fitnessrum, undervisningsrum og varmtvandsbassiner. Vil man bruge omgivelserne udenfor, er der mulighed for at låne en el-cykel, stavgangsudstyr eller bare sætte sig på en af bænkene og nyde udsigten og få en snak med de andre patienter.

Hovedparten af patienterne kommer langvejs fra og bor på centret de fire uger, forløbet varer. Kun i Skælskør er det muligt at blive weekenden over. De fleste tager dog hjem i weekenden. Der er 26-27 værelser til rådighed i Middelfart og Århus, begge steder er der fælles toilet og bad på gangene, mens der er 13 lejligheder og 35 værelser i Skælskør, alle med eget toilet og bad. Enkelte af værelserne på centrene er dobbeltværelser, dvs. i nogle (sjældne) tilfælde skal patienter dele værelse. I Middelfart er der TV på værelserne, og et i en fællesstue, mens der er TV stuer på forskellige etager i Skælskør og Århus.

Det står hurtigt klar for en, at Sano er et sted, hvor man træner, det handler om noget med kroppen og aktivitet.

Feltnoter fra de første dage på feltarbejde i Skælskør afspejler dette:

*Receptionen er et stort lyst lokale, med orange klinker og højt til loftet. Receptionsområdet er meget stille og næsten tomt på nogle tidspunkter, og på andre et mylder af aktiviteter; patienter, som snakker med receptionisterne, patienter og besøgende som venter på at blive hentet af personale til en undersøgelse, en træning, en samtale, og gæster som lige får sig et hvil i en af de tre klynger med borde og stole.*

*Der bliver osse foretaget 6 min. gangtest, hvor patienter bliver bedt om at gå så hurtigt som muligt frem og tilbage i hall'en, og der er mange småsnakke mellem patienter og mellem patient og personale. Personalet er genkendelig i deres pink Sano t-shirt, træningstøj, kondisko og sundhedssandaler – og på deres hurtige gang, som oftest kontrasterer gæsternes langsomme og meget ubalancerede gang. Sano's patienter har led, ryg- og eller muskellidelser, som for de flestes vedkommende hæmmer deres gang. Det afspejler sig i mange forskellige gangarter med eller uden rollator, kørestol, præstestol.*

Ved ankomst til centrene mødes man af sloganet: "SANO. Vi styrker led, ryg og muskler", møder medarbejdere iklædt træningsagtigt tøj, hvor der står Sano på, og på centrale gennemgangsarealer udstilles Sano gadgets, man kan købe, som f.eks. en sportsdrikkedunk.

Ligeledes er det klart, at Sano har status af et privathospital: Sano betyder "jeg heler"; i et fire ugers rehabiliteringsforløb er man formelt indlagt; planen for opholdet hedder en "behandlingsplan", møder hedder "konferencer", og de fleste medarbejdere siger "patienter" om de, der er på ophold, mens enkelte siger "gæster". På sanocenter.dk bruges begge betegnelser.

Jeg vælger at bruge betegnelsen patient i rapporten.

## Kapitel 4. Målarbejde på Sano

På et feltarbejde med mål som fokus går det hurtigt op for én, at mål fletter sig ind i alle dele af rehabiliteringsprocessen. Selve målsætningen (samtale om mål, målformulering) er blot et delelement. På Sano figurerer mål på skrift; i velkomstbrochurer, på målskemaer, på hjemmeside, på app'en Mit Sano, på borgers behandlingsplan og i den dokumentation, fagpersonerne laver. Og i det talte ord i dialoger mellem fagfolk og patient og fagfolk imellem. Og – måske mere skjult – i de interventioner, der sættes i værk. Dette kapitel bringer et organisatorisk perspektiv på målsætning ved blandt andet at se på de strukturer, der former forløbene på centrene (f.eks. mødetyper, mødestrukturer), samt de redskaber, der er valgt at bruge i praksis, som vedrører målsætning.

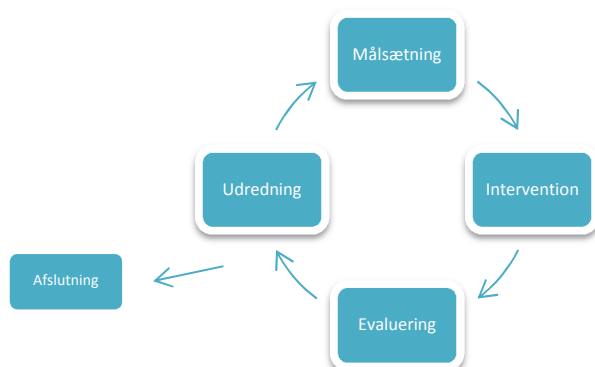
Mine observationsstudier viser tydeligt, at det ikke er en ligetil proces at sætte og arbejde med mål. Mange samtaler er springende, nogle patienter kan ikke forstå, hvad der menes med mål, de er usikre på, hvad der kan sættes mål indenfor, og sommetider skal medarbejdere forklare flere gange og på forskellige måder, hvad et mål er. Nogle medarbejdere bruger redskaber som COPM og GAS, nogle forklarer patienter, hvordan mål og intervention hænger sammen, andre gør ikke.

Dette kapitel er inddelt i fire afsnit. Første afsnit giver et billede af, hvordan det fire ugers rehabiliteringsforløb er struktureret. Andet afsnit giver en introduktion til "mødet" som etnografisk fokuspunkt, og præsenterer en komparativ indholdsanalyse af målsamtaler i Sano regi. Tredje afsnit zoomer ind på brudstykker fra praksis på hvert af de tre centre på forløbets 1. og 2. dag (udredning og målsætning). Det er et forholdsvist langt afsnit, rigt på empiri. Det er valgt at gøre sådan, for at give et billede af ligheder og forskelle i praksis på Sano. Fjerde afsnit kigger på, hvordan målet "rejser" videre, efter målformuleringen.

### Rehabiliteringsforløbets struktur

Det fire ugers rehabiliteringsforløb er organiseret lidt forskelligt fra sted til sted. Fælles for alle centre er en vekselvirken mellem holdundervisning, individuel tid med en behandler og tværfaglige konferencer med medlemmer af teamet.

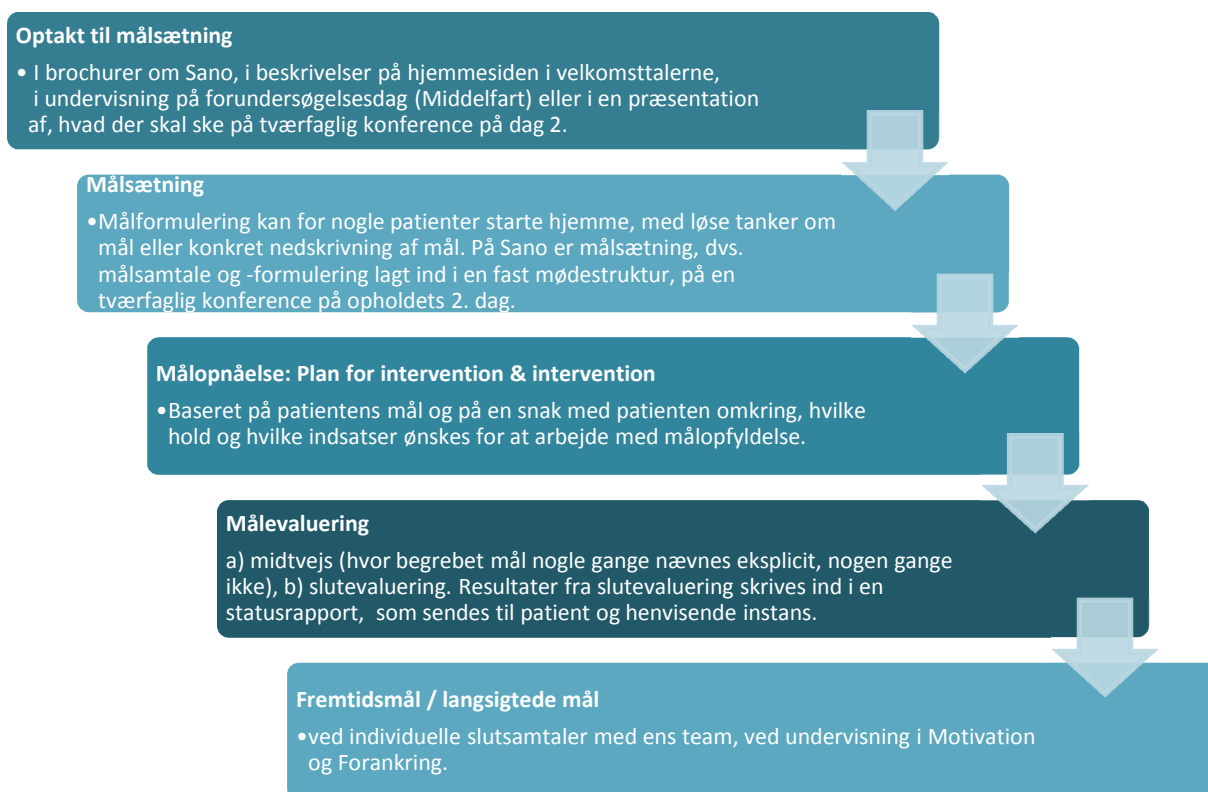
Rehabiliteringsforløbets struktur følger rehabiliteringsprocessen (Wade 2005), med udredning, målsætning, intervention og to indlagte evalueringer: midtvejs og afsluttende.



Når jeg følger mål i Sanos rehabiliteringsforløb, fremtræder flere faser i arbejdet med mål. Der er en optakt, hvor patienten informeres om, at målsætning er en del af praksis og en del af hjemmearbejdet før ophold. Informationen er dels skriftlig, dels mundtlig. Der er en målsætning, bestående af en målsamtale og målformulering.

Målformuleringen kan være påbegyndt hjemme, eller på forundersøgelsesdagen, men selve målsamtalen og den endelige målformulering foregår på forløbets anden dag. Jeg beskriver delfaserne i målsætning senere i rapporten. Derefter forløber en fase med fokus på målopnåelse: der lægges en plan for forløbet og interventionen opstartes. Herefter evalueres interventionen og målene både halvvejs i forløbet og til slut. I opholdets fjerde og sidste uge er der en dialog om, hvad patienten ønsker at arbejde med hjemme, om der er nye mål efter opholdet og hvor praktisk gennemførlige målene er. Dialogen foregår ved individuelle slutsamtaler med ens team, og ved undervisning i Motivation og Forankring.

### Faser: målarbejdet.



Resultater fra slutevaluering skrives ind i en statusrapport, som sendes til patient og henvisende instans.

Derved er mine fund ift. faser er meget lig de fund, som Tang Yan et al. (2014) fandt ift. kendetegn og struktur omkring processen ved målsætning:

(1) Indledende småsnak ("rapport" på engelsk).

(2) Diskussion af patienters bekymringsområder (foregår under målsamtalen på Sano, se næste afsnit om "mødet").

(3) Diskussion af patienters prioriteringer (dette punkt forekommer ikke eksplicit i praksis i Sanos målsamtaler, men implicit i udvælgelse af "3-4 mål" som er praksis i Skælskør og Middelfart).

(4) Involvering af patienter i fælles problemløsning (forekommer blandt andet, når patienter drøfter den rette tilrettelæggelse af skema for aktiviteter).

(5) Definition af mål.

(6) Monitorering af udviklingen mod målopfyldelse med deltagelse af patienter (Forekommer på alle Sano Centre ved opfølgende midtvejssamtaler og afsluttende samtaler).



## Mødet

Feltarbejdet på Sano har fokus på møder, hvor mål drøftes, sættes, forhandles og evalueres.

Mødet som et særligt omdrejningspunkt for etnografisk feltarbejde er ikke nyt. Jeg er i min analyse inspireret af antropologen Helen Schwartzmans arbejde omkring "mødet" i organisationer (Schwartzman, 1989).

Møder findes i alle samfund og sættes ofte i værk for at give en retning, lede, eller regulere aktivitet på forskellig vis (ibid:62). I bogen "The Meeting" definerer Schwartzman mødet som "en kommunikativ event, som organiserer interaktion på bestemte måder" (ibid:61). Nogle møder har fastlagt dagsorden og vil ofte være tilbagevendende, hvis man snakker møder i en organisation, mens andre møder ikke har en dagsorden. Selve mødeformen kan være med til at indramme adfærden på mødet. Ofte vil der være 3 eller flere tilstede, som er enige om at mødes omkring en bestemt funktion.

Mødedeltagere taler på skift, og de bruger eller udvikler specifikke konventioner for at regulere snakken. "As a frame the meeting provides individuals with a context for interpreting the significance and meaning of the event" (ibid:76). Mødet skaber en ramme, en kontekst, og det er op imod den kontekst, at mødedeltagere kan vurdere mødets værdi og betydning. Schwartzman identificerer flere komponenter, som kendetegner møder: deltagere, ramme, mødesnak, hvilke normer der er for at oversætte, hvad der sker på mødet, kommunikationsmåder, cyklus for møder og udkomme af møder. Jeg har gjort brug af Schwartzmans komponenter til at skærpe blikket på, hvad der sker på målsætningsmøder på Sano. Samtidig er jeg inspireret af antropologers videreudvikling af Schwartzmans begreber (Sandler & Thedvall 2017), hvor der sættes spørgsmålstejn ved, hvorvidt antallet af deltagere definerer et møde, eller om vi også kan tale om 1-1 interaktioner som møder. De italesætter møder som en del af en organisations infrastruktur og arkitektur, dvs. at møder på Sano kan ses som del af den arkitektur, de byggesten, der udgør Sano og som del af infrastrukturen, de veje, hvorved beslutninger, ideer, magt, modstand osv. cirkulerer. Møder kan således ses som "practices of circulation", hvor der sker et flow af ideer, meningsudvekslinger mv. og som "makers", en interaktion, der muliggør noget, bevæger ideer og samtaler og mål et bestemt sted hen.

Hvis vi tager målsætningsmøder på Sano som eksempel, så er de strukturerede begivenheder, som gentager sig i alle 4 ugers forløb.

Der er en fastlagt dagsorden. Deltagerne er patienten og teamet (tre medarbejdere, eller de der har mulighed for at være med fra teamet). Møderne er tilbagevendende og derved velkendt for medarbejdere. Teams i Skælskør og Middelfart synes at gøre det lidt forskelligt, hvorved den konkrete proces bliver lidt ukendt, når de vikarierer i andet team. For patienten er mødet unikt og ikke-gentaget, og derfor vil det oftest være ukendt land, i forhold til hvad præcist indholdet af mødet er, og hvilken rolle de selv og medarbejdere spiller.

En fagprofessionel sætter scenen: Det er som oftest den medarbejder, der skriver mål ned på pc, der har førerpinden. Der er i møderne forskel på, hvor meget plads og tid, der er til patientens stemme. Der kan være flere agendaer på spil i mødet, og der kan være udtalte og udtalte forventninger til den rolle, hver især indtager. Patienten kan være nysgerrig for muligheder for mere bassintid, nervøs for om teamet vurderer, man er "værdig" (dårlig nok) til et forløb, medarbejdere kan have brug for bestemte oplysninger på en bestemt måde, og har et krav om, at der skal noteres mål, fagprofessionelle kan forvente, at patienten agerer medekspert, mens patienten er tilbageholdende og forventer, at fagfolk ved bedst, og kan derfor undre sig over spørgsmålene og have svært ved at tyde koderne for mødet. Der er verbal og non-verbal kommunikation.

Det mærkes, at medarbejdere bruger spejling og åbne spørgsmål som samtaleteknikker: F.eks. i dette møde, hvor medarbejder gentager patientens ord:

*"Jeg har haft leddegigt i næsten 40 år. Den fylder meget". [Patienten bliver grådlabil].*

*- Det er heroppe, siger hun og peger på hovedet.*

*- Og så smerterne.*

*- Hvad tænker du?, spørger sygeplejersken.*

*- Det er ikke til at holde ud.*

*- Ikke til at holde ud?*

*- Jamen, det er, fordi jeg ikke kan det samme som andre, og jeg har aldrig haft hjælp til at tackle det [.....]. Jeg er så træt.*

*- Ja, det med leddegigt kan give træthed".*

Selvom møderne er præget af en åben og anerkendende tilgang, er der udtalte magtpositioner i mødet. Det er medarbejdere, der kan lukke op eller ned for muligheder, det er medarbejdere, der styrer mødet. Tid er en faktor til møderne, og det mærkes tydeligt. Møderne kan starte åbent og så lukkes der mere og mere ned, jo nærmere slutpunktet for mødet kommer. Der er forskel på medarbejdere på møderne; nogle joker, nogle er meget rolige, nogle bliver lidt stressede, når tiden ser ud til at overskrides. Patienter er ligeså forskellige både i kommunikationsform og i forhold til, hvor struktureret de svarer på spørgsmål.

En komparativ analyse af strukturen på fælleskonferencer om målsætning på de tre centre viser, at de i opbygning er forholdsvis ens (analysen er baseret på mine feltnoter). Der er en indledning, målsamtale & målformulering, diskussion af interventioner til målopnåelse og en afrunding. Cirklerne størrelse illustrerer den tid, der bliver brugt på det enkelte punkt. Indledning og afrunding fylder tidsmæssigt mindst, mens målsamtale og målformulering fylder mest.

## Samtale forløb, målsætningsmøder



### Indledning

Småsnak om løst og fast, mens man hilser og får sig placeret. En medarbejder indrammer mødet: "Vi har x minutter, vi skal snakke om mål, og hvad dine ønsker er for dette ophold".

### Målsamtale og målformulering

De fleste patienter indleder med mål på kropsniveau: "jeg vil bare gerne kunne bøje benet igen", hvortil medarbejdere enten spørger "hvad vil du bruge det til?" og indleder en spørgerunde for at udfolde svaret, eller skriver målene ned. Målene ommodelleres ofte. Gennem medarbejderes spørgsmål og guidning modelleres patientens mål på kropsniveau til mål på aktivitets- og deltagelsesniveau. Fra "bøje benet" til "besøge min søster på 3. sal". Snakkene kan være springende og komme på flere sidespor / komme langt omkring. Patienten kan give en fragmenteret fortælling, men alle fortæller om bekymringsområder/aktivitetsproblematikker. Målene formuleres i fællesskab undervejs og opsummeres "nu har jeg skrevet x, er det ok?".

### Diskussion om interventioner til målopnåelse

Skema over mulige interventioner gennemgås (håndtræning, mindfulness mv.). Det er lidt forskelligt, hvor meget tid, der bliver brugt på dette.

### Afrunding

Afrunde konferencen med invitation til patienten; "Har du ellers nogle spørgsmål?" / "så vil vi ikke så meget mere med dig, vil du mere med os?".

Der er forskel på centrene.

I Skælskør tages udgangspunkt i de mål der blev sat, eller de aktivitetsproblematikker, der blev nævnt på forundersøgelsesdagen. I Århus er der lavet en skabelon for målsamtalen med spørgsmål som "hvad håber du at få ud af dette ophold?" og "hvad er det allervigtigste for dig?".

I Middelfart spørges patienten, om hun/han har tænkt over mål, der bruges GAS mål og målene projekteres op på tavlen.

I hovedparten af de målsamtaler, jeg har observeret, er medarbejderes observationer fra udredningsfasen inddraget i målsamtalen i form af "Da vi talte sammen, sagde du...", eller "jeg kan se, du har snakket med ergoterapeuten om...".

Det følgende afsnit vil små brudstykker fra hverdagene på de tre Sanocentre give empiriske eksempler fra forskellige slags møder.

## Brudstykker fra praksis

I det følgende zoomer jeg ind på eksempler fra forløb de 3 forskellige steder. Beskrivelserne er fremkommet ved observationer, ved interviews med medarbejdere og ved gennemlæsning af skriftligt materiale om Sano. I eksemplerne inddrager jeg empiri fra udrednings- og målsætningsfasen, da det er her, mine data viser størst forskel på tværs af centrene. På centrene er der strukturerede møder, hvor mål sættes eller inddrages eksplicit, og det er disse møder, der er i fokus i dette afsnit. Jeg inddrager ligeledes skriftligt materiale, som patienter får tilsendt før indlæggelse.

Der er forskel på målsætningspraksis på tværs af de tre centre. I Skælskør og Middelfart er kommende patienter på en forundersøgelsesdag ca. 2-3 uger før opstart. Her mødes patienter med de, de skal på hold sammen med og får en fornemmelse for stedet.

I Skælskør bruges denne dag både som udredning og begyndelse målsætningsproces. Nogle gange fastlægges mål.

I Middelfart er forundersøgelsesdagen brugt dels til udredning, dels er der indlagt en holdundervisning med fokus på en generel undervisning om mål. Den ekstra dag tages fra det fire ugers ophold, således, at man i Middelfart har opstart på de 4 ugers rehabiliteringsforløb om tirsdagen, mens man i Skælskør slutter opholdet torsdag i uge 4.

I Århus er der fire samlede uger og elementerne fra forundersøgelsesdagene er inkorporeret på dag et og to.

Optakten til målsætning findes blandt andet i et velkomstpjece, som alle patienter modtager med information om opholdet. Informationen indeholder fælleselementer på tværs, men er tilpasset hvert enkelt center. Pjecerne indeholder alle ordlyd om mål, motivation og ansvar. I velkomstbrevene bliver de kommende patienter bedt om at formulere deres mål, og i to af pjecerne er der afsat linjer til at skrive mål ned. Det bliver fremhævet, at mål er et fælles anliggende, med sætninger som: "Målene drøfter vi sammen, så vi kan forventningsafstemme, hvordan vi på Sano bedst understøtter dine ønsker". [Det tværfaglige team vil være med til at] "styrke din motivation til forandring og støtte dig i at træffe beslutninger til at opnå de mål, du har for forløbet". "... vi formulerer i fællesskab dine endelige mål, og vurderer herefter hvilken undervisning, træning, workshops og samtaler, der bedst understøtter, at du kan nå dine mål"(Middelfart).

Under overskriften: "Din aktive medvirken" påpeges det, at det er "helt afgørende for, at du opnår dine mål, at du er indstillet på at gøre en stor og aktiv indsats selv [...]. Din aktive medvirken betyder blandt andet, at du: Medvirker ved fastlæggelse af mål og forløb". Der bliver ligeledes peget frem: "Forankring og motivation: Du bliver undervist i, hvordan du kan sætte mål for tiden efter dit ophold, med fokus på hvordan dit hverdagsliv bedst kan passe med din fysiske og psykiske formåen". Sano Skælskør og Sano Middelfart lægger vægt på at "målene skal være realistiske og opnåelige i din hverdag".

Herunder en skematisk oversigt over praksis på hvert af de tre centre, ift. de møder/undervisning, hvor mål indgår eksplicit.

#### 4 ugers rehabiliteringsforløb, fokus på hvor mål eksplicit indgår

				
		Middelfart	Skælskør	Århus
<b>Forundersøgelse</b>		Individuel udredning ergo, fys, læge sygeplejerske  Undervisning i målsætning	Individuel udredning ergoterapeut sygeplejerske  Fælleskonference: læge undersøgelse og målsnak (30 min)	Ingen forundersøgelsesdag
<b>Hjemme før ophold</b>		Hjemmearbejde: mål for ophold	Hjemmearbejde: mål for ophold	Hjemmearbejde: mål for ophold
<b>Uge 1</b>		Dag 2, tirsdag Tværfaglig konference med målsætning (20 min.)	Dag 2, mandag Fysioterapeutisk udredning Tværfaglig konference med målsætning (15.min)	Dag 1, mandag: udredning ved ergo, sygeplejerske, læge/fys Dag 2: tværfaglig konference med målsætning (30 min.)
<b>Uge 2</b>		Tværfaglig midtvejs-samtale	Midtvejssamtale med en rep. fra team	Midtvejssamtale med rep. fra team
<b>Uge 3</b>		Hold: Motivation og forankring	Hold: Motivation og forankring	
<b>Uge 4</b>		Afsluttende samtaler hos de tilknyttede behandlere  Slutter fredag	Afsluttende samtaler hos de tilknyttede behandlere  Slutter torsdag	Hold: Motivation og forankring Afsluttende samtaler hos de tilknyttede behandlere  Slutter fredag

Efter ophold sendes en epikrise og status inkl. mål til patienten, praktiserende læge, evt. henvisende instans.

Mulighed for tilkøb af opfølgningsdag ca. et halvt år efter afslutning.

Jeg vil i det følgende præsentere brudstykker fra hhv. dag 1 og dag 2 på Sano Skælskør, Sano Middelfart og Sano Århus, for at give et indblik i praksis på det enkelte center.



## Brudstykker fra Sano Skælskør

### Dag 1, forundersøgelsesdag

Der er forundersøgelsesdage tirsdage og torsdage. I en brochure står der: "Formålet med din forundersøgelsesdag er gensidig forventningsafstemning". I det følgende er der brudstykker fra velkomst, ergoterapeutiske samtaler og den tværfaglige konference, da det er her, mål opstartes.

### Velkomst

Vi sidder i foyeren ved fitness lokalet. En sygeplejerske byder velkommen og introducerer, hvad der skal ske i dag: Alle kommer til at se en sygeplejerske, som snakker medicin, spørger til konkurrerende sygdomme og tager blodtryk, en ergoterapeut, som snakker om aktivitetsudfordringer, og hvilke muligheder, der er for at blive bedre og måske håndtere sygdommen, det handler om at få sat mål for jeres ophold; jeres individuelle mål vil alle være forskellige, og så er der en tværfaglig konference. Der vil være pauser; vi har én reumatolog og det skal passe med hans tider. Benyt jer af muligheden for at se jer omkring. Vi får vist, hvor vi får frokost, hvor kaffemaskinen er, og vi bliver mindet om at spritte hænder.

### Samtale med ergoterapeut (45 min.)

De fleste kommer alene til forundersøgelse, men denne mand i slutningen af 60'erne har sin kone med. Vi har en lille snak i hall'en, hvor de sidder og venter. Jeg beder om lov til at være med. Det må jeg gerne. Ergoterapeuten henter os og indleder en småsnak på vej til lokalet. Da vi har sat os, lægger ergoterapeuten ud:

*-Vi skal snakke om det, der er lidt svært, og hvad du er interesseret i skal blive bedre. Vi vælger så de tre vigtigste ting for dig, og bagefter tager vi til møde med læge, fysioterapeut og sygeplejerske, så gentager jeg, hvad du har sagt, og du må meget gerne bryde ind, hvis det er noget sludder, jeg får sagt. Hvad har du selv tænkt, du gerne vil forbedre?*

*- Jeg vil gerne forbedre motorik og balance.*

*Det er en samtale, hvor patienten ikke siger meget, og konen er hurtig til at svare, hvis pauserne bliver for lange. Ergoterapeuten henvender sig konsekvent til manden. Han svarer på alle spørgsmål om livet i dagligdagen, men i korte sætninger og uden uddybninger. Ergoterapeutens spørgsmål, hans svar og konens kommentarer pakker langsomt et liv ud, hvor det bliver tydeligt, at han er blevet mere og mere inaktiv og socialt tilbagetrukket, og hvor konen tager mere og mere over ift. de praktiske ting og ønsker en mere social mand.*

*Ergoterapeuten beder ham score, hvor vigtige de aktiviteter, han har svært ved, er for ham, på en skala fra 1-10.*

*- Strømper og sko på: 10.*

*- Trapper: 7.*

*- Rejse sig: 7-8 [konen siger en 10'er].*

*- Bil: "Jeg synes, det er ret vigtigt, for man føler sig isoleret, når man ikke kan køre". Konen: Han mangler sin frihed. Patient: det må blive en 10'er.*

*- Handle: 7 [de griner, og han siger: nu skal jeg passe på, hvad jeg siger].*

*- Rengøring: 5.*

*- Havearbejde: 6 det har jeg kunnet før, men jeg har mistet gnisten for det med have.*

*- Cykle: 7 "det tør jeg ikke".*

*- Det sociale [konen: 10, manden 10].*

*- Vi skal have valgt de tre vigtigste ud, det er tit vi vælger dem med 10, men andre kan være vigtige, osse. Det er dig,*

*der skal vælge, siger ergoterapeuten og ser på manden.*

*- Patient: det er de tre med 10'ere.*

*- Strømper/sko, det sociale og bil.*

*De snakker lidt frem og tilbage og de tre vigtigste aktivitetsproblematikker ændres til:*

*1. Strømper og sko.*

*2. Få motivationen og gnisten tilbage, osse socialt.*

*3. Gå - "ja, den er vigtig, jeg har før gået meget i skoven med hund".*

*Da han skal score, hvor tilfreds han er med den måde, han udfører aktiviteterne på nu, tøver han; det synes ikke så nemt som at sætte tal på de øvrige ting. Ergoterapeuten skæver til uret: "vi er nødt til at gå op til lægen nu. Mens du bliver undersøgt af læge, skriver jeg mål ned og hvisker måske med kollega. Så får du et stykke papir med hjem, og målene kan tænkes over og ændres".*

Praksis er således, at ergoterapeuten bruger COPM til at afdække aktivitetsproblematikker og til at prioritere disse. I forhold til konvertering af aktivitetsproblematikker til mål, gør de det forskelligt i teams:

a) Prioriteterne fra COPM'en bliver hurtigt konverteret til mål, som bliver præsenteret som mål på den tværfaglige konference og givet med hjem i skriftlig udgave til overvejelse.

b) Prioriteterne fra COPM'en bliver præsenteret på den tværfaglige konference som det, patient gerne vil arbejde med, og nedskrevet som foreløbige mål enten i journal eller i terapeutens egne noter.

I alle teams bliver det understreget overfor patienten, at det er godt at tænke over mål i perioden inden indlæggelse.

### **Tværfaglige konferencer**

Der er afsat 30 minutter til den tværfaglige konference, som foregår på lægens kontor.

Alle venter udenfor på gangen, indtil lægen er klar. Foruden lægen (reumatolog)<sup>10</sup> deltager en fysioterapeut, en sygeplejerske og en ergoterapeut. Hvis patienten har pårørende med, er der lidt trangt omkring bordet i lokalet.

#### **Patient 1**

*Sygeplejerske: "Jeg lægger ud med at fortælle, hvad vi har snakket om". [Hun opsummerer alder, henvisningsårsag, hjemlig situation og omgivelser. De ting, der er svære, er søvn, påklædning, kunne gå længere ture med hund, svært ved rengøring og indkøb, har brug for at kunne sidde ned i længere tid, vil gerne have fif til træning og vil gerne tage sig].*

*Ergoterapeut siger: "De mål, der er valgt ud, er:*

*1. Søvn: at vågne op uden hovedpine.*

*2. Gå længere ture (x-antal km med hund i forskellige terræner).*

*3. Kunne sidde længere ved pc".*

*Patient: "Jeg er desværre blevet fyret". [Fortæller om fyringen og mange af de tanker, hun har om det. Hendes næste job vil sikkert også kræve, at hun kan sidde ved pc. De vender tilbage til målene].*

*Fysioterapeut: "Hvor langt går du?".*

*- 10 min. Før i tiden kunne jeg gå halvanden time.*

*- Du har mange redskaber fra sidst, du var her på Sano, men vi skal være obs på, at ting er svækket nu.*

*Sygeplejersken fortæller, hvad de har snakket om ift. medicin og vægt.*

*Til lægeundersøgelsen bliver vi bedt om at vente udenfor.*

*Ergoterapeut runder af med at give patienten en foreløbig behandlingsplan, hvor målene står på.*

---

<sup>10</sup> Om lægens rolle står der på hjemmesiden: "Lægen afdækker, om det er forsvarligt, at du deltager i fysisk træning i træningslokaler og varmtvandsbassin. Du får mulighed for en dialog om din sygdom, medicin, evt. andre lidelser og lægeordineret diæt" ([https://sanocenter.dk/sites/default/files/information\\_om\\_ophold\\_skl\\_april\\_2017\\_lrt.pdf](https://sanocenter.dk/sites/default/files/information_om_ophold_skl_april_2017_lrt.pdf)).

## Patient 2

*Ergoterapeut: "Du har træthed i ryggen, det har vi snakket om, du gerne vil arbejde med hernede. Ikke så meget distancen, du kan gå op til 3km". Sygeplejersken tager over "Du sagde til mig "jeg trænger til flere kræfter, jeg har ikke kræfter til mit liv". Der er noget med vejtrækning, du hiver efter vejret og du har KOL." De taler om, hvorvidt hun kan holde til at være i varmvandsbassin. Sygeplejersken fortæller om medicin, og lægen giver råd om medicin. Lægen tager stetoskop frem og lytter: "Det lyder ok, men jeg kan godt høre, du piber lidt. Jeg kan forestille mig, du er stakåndet". Ergoterapeut: "I hvilke situationer er du stakåndet?". "Det sker da, at jeg sætter mig på gaden, fordi jeg bliver træt", siger patienten.*

*Patienten bliver bedt om at tage trøje og bukser af, og sidder på en briks i undertøj. Lægen undersøger – bøje forover, holde balancen, stå på tæer, på hæl, på hug "det er hårdt med gymnastik fra morgenstunden". "Nu må du godt lægge dig op engang", konstaterer at "venstre ben er lidt svagere" - "bare tag tøj på igen". Sygeplejersken siger, at hun ikke har nået at gennemgå medicinlisten, og den pårørende spørger, om hun skal blive ved med at få al den medicin. Lægen kigger i computeren "umiddelbart ser det ud, som om du får det, der er brug for". Sygeplejersken er opmærksom på evt. begyndende demens, og der bliver snakket om, hvorvidt hun kan finde rundt og kan klare at være der.*

*Ergoterapeut: "Vi snakkede om, at I kan tænke over, når I er hjemme, hvilke mål du har. Det kunne f.eks. være et mål at komme ud i parken igen og nyde blomsterne."*

*Læge: "Vi glæder os, til du kommer".*

*Patient: "Det gør jeg osse".*

*Fysioterapeut: "Jeg har ikke sagt så meget, men når du kommer, har vi 3 kvarter sammen, og der snakker vi om de endelige mål, dem som du har snakket med [ergoterapeut] om. Det kan I jo tænke over".*

Den halve time går hurtigt, og som observatør er det slående, hvor meget der sker på mødet, og hvor struktureret og styret det er, for at nå det på en halv time. Ergoterapeut og sygeplejerske sætter scenen ved at videreformidle den viden, de har fået gennem samtale med patienten, hvis de har nået at have samtale før konferencen. Det er viden om helbred, medicin, familieforhold, dagligdagsaktiviteter, hvad der er vanskeligt samt mål. Lægen spørger ind til sygdom og lidelser, konfererer med skriftlige oplysninger på computer og foretager en fysisk undersøgelse. Patientens og dennes situation er i centrum; de fagprofessionelle synes at stå for hovedparten af kommunikationen. I forhold til mål er patient 1 et eksempel på, at mål er sat i forbindelse med COPM'en, mens det hos patient 2 fremgår, at mål sættes på dag to, dvs. første dag af ophold. I hovedparten af de observationer, jeg har lavet på tværfaglige konferencer, har medarbejdere opfordret patienten til at tænke over mål derhjemme.

Sidst på eftermiddagen sidder jeg sammen med dem, der er på forundersøgelsesdag. Vi snakker lidt om intro, de synes, det har været en fin dag. Jeg spørger til sygeplejersken og de 45 min. med hende "det var mest om medicin, om man havde andre sygdomme, smerter".

Jeg spørger, om det har virket ok med alle de mennesker omkring bordet ved den tværfaglige konference. En siger "jeg havde ikke lyst til at tage tøjet af foran alle dem, så jeg aftalte med sygeplejersken, at alle undtagen fys og læge skulle gå udenfor". En anden siger: "det var ok for mig. Det havde nok været anderledes, hvis man ikke havde mødt et par af dem før, men nu var der jo et par stykker, man havde snakket med."

## Dag 2, første dag på det 4 ugers ophold

Tværfaglig konference (målsætningsmøde) med patient, fysioterapeut og ergoterapeut. 15 min.

*Fysioterapeuten konstaterer: "Du var hurtig med at lave mål [på forundersøgelsesdag]".*

*- Ja, det er at gå hurtigere og længere, og at jeg kan stå mere end 1/2 time om dagen. Og mit mål er, at jeg kan køre selv frem og tilbage fra mit sommerhus.*

*Ergoterapeut: "Jeg har nogen [mål], fra da du snakkede med [anden ergoterapeut]: vaske hår, er det stadig et*



*aktuelt mål?"*

*Det er det, og ergoterapeut fortsætter:*

*- Så er der skrevet noget ift. at skære mad ud.*

*- Ja, der er mange familieting, men hvis det er med spisning, skal min mand skære mad ud, med mindre der er suppe; så bliver jeg bare væk[...]. Man kan jo ikke sidde på restaurant og spise med hænder. Det er ok, hvis det er med min mand, så skærer han ud, men med veninderne, det har jeg ikke lyst til, så skal vi sidde og snakke om min gigt; det er for sårbart.*

*- Vi er inde på 4 ting: kunne køre bil i længere tid, kunne gå 5 km – men det er på længere sigt [de taler om gang og udholdenhed og efter et stykke tid sporer ergoterapeuten samtalen tilbage på mål]:*

*- Tre ting: vedligeholde din kørsel, koncentrere dig og have større udholdenhed.*

*Samtalen spores igen på andet – på mulighed for mestringssamtaler, på rengøring.*

*Målene i behandlingsplanen bliver:*

*1. Kunne klare hårvask og hårtørring selv - ok med en pause imellem.*

*2. Skære min egen mad ud, især når jeg er ude og spise sammen med familie/veninderne. Mestringssamtaler; være sammen med veninder, vil ikke være til besvær sammen med veninder, samtidig holde fast i veninderne og vigtigheden i have dem, giver energi, vil gerne kunne give tilbage.*

*3. Kunne gå længere, så jeg kan gennemføre en 6min gangtest ved opholdets afslutning. På sigt kunne gå 5km. 10.000-12.000 skridt på en dag i april 2018. Stå ved madlavning og bagning.*

*Kunne stå i mere end 30min om dagen, så jeg kan deltage i madlavning sammen med ægtefælle*

*Kunne køre bilen til sommerhus ca. 1time, ok med 20min intervaller, så der også er plads til pauser.*

*vedligeholde kørsel og øge udholdenheden ved bilkørsel.*

Igennem samtalen bliver det tydeligt, at "problemer med at skære mad ud" har betydning for patientens deltagelse i sociale fællesskaber. Den fagprofessionelle vælger i skriftliggørelsen af mål at bibeholde de ord, patienten bruger. Set fra en faglig vinkel er hovedmålet at sikre deltagelse i sociale arrangementer med familie og veninder; trædestenene på vej dertil er blandt andet at kunne skære mad ud og måske få et andet blik på egne værdier som veninde på trods af sygdom, og de faglige indsatser bliver f.eks. træning og mestringssamtaler.

Tværfaglig konference (målsætningsmøde) med patient, fysioterapeut, sygeplejerske.

*Sygeplejersken lægger ud med at spørge til ægtefælle derhjemme, som har været syg, det fylder, og det bliver der snakket en del om til en start.*

*Da talen falder på mål og ønsker til ophold siger patienten:*

*-Jeg er ret sikker på, hvad jeg skal. Mine mål er: hjælp til at tabe mig [...], kunne gå igen...*

*-Hvad vil du med at kunne gå igen?*

*-Hvad mener du?*

*-F.eks. gå for enden af vejen for at hente post.*

*-Det kan jeg ikke længere.*

I denne samtale er patienten helt klar på mål, alligevel varer mødet 45 min., altså en halv time mere end afsat. Jeg snakker bagefter med teamet, som fortæller der var så meget, der skulle styr på.

Det er værd at bemærke, at patienten ikke forstår, hvad medarbejderen mener med "hvad vil du kunne med at gå igen". Og når medarbejderen prøver at give eksempel, tager patienten det meget bogstaveligt "det kan jeg ikke længere" i stedet for at honorere invitationen til at uddrage eksempel fra egen hverdag. Det er et typisk billede på en situation i en målsamtale, og et typisk billede på, at det kan være svært for patienten at forstå, hvad medarbejderen "fisker" efter.

**Opsummerende ift. målsætning.** Sano Skælskør har en forundersøgelsesdag 2-3 uger før indlæggelse. Som patient bliver man ved velkomst gjort opmærksom på, at et formål med dagen er at få sat mål for forløbet. På forundersøgelsesdagen er der udredning ved ergoterapeut, sygeplejerske og læge. Lægeundersøgelsen foregår med teamet tilstede. Fysioterapeuten fortæller, at der er en grundig fysioterapeutisk undersøgelse på indlæggelsesdagen. Ergoterapeuten bruger COPM til at afdække aktivitetsproblematikker og til at prioritere disse. Der er forskellig praksis i teams. 1. Prioriteterne fra COPM'en bliver hurtigt konverteret til mål, som bliver præsenteret som mål på den tværfaglige konference og givet med hjem i skriftlig udgave til overvejelse. 2. Prioriteterne fra COPM'en bliver præsenteret som det, patienten gerne vil arbejde med, og nedskrevet som foreløbige mål enten i journal eller i terapeutens egne noter. I alle teams bliver det understreget overfor patienten, at det er godt at tænke over mål i perioden inden indlæggelse. Patienten kan have tre mål, højst 4. På indlæggelsesdagen er der dels en fysioterapeutisk undersøgelse, dels en tværfaglig konference af 15 min. varighed, med deltagelse af patient og det behandlende team (læge deltager ikke).



## Brudstykker fra Sano Middelfart

### Dag 1 forundersøgelsesdag

#### Velkomst med målundervisning

Starter om morgenen med at vi mødes i sofagruppe ved receptionen med dem, vi senere – ca. 2-3 uger efter – skal på hold sammen med. Enkelte har pårørende med. Vi bliver budt ind i et undervisningslokale, et skelet står ved indgangen og byder os velkommen sammen med lederen af centret. Lederen fortæller, at SANO betyder "vi heler". Der er 26 personaler: ergoterapeut, fysioterapeut, sygeplejerske, læge, sosu-assistent, en sovende nattevagt som kan kaldes på i løbet af natten, køkkenpersonale, pedeller og receptionister. Det er en solskinsdag. Hun peger ud og fortæller, at stedet er en gammel herregård bygget i 1920 "der er lidt lyd mellem værelserne, men der er TV. Dagen i dag er jeres mulighed for at møde hinanden og for at få snakket om, hvad gilt betyder for jeres hverdag med begrænsninger og muligheder, hvad I gerne vil have ud af det her ophold, hvad er det for mål, I har med at komme her, og hvad vil I gerne kunne igen eller slippe af med. I har hver et skema for i dag; der er undersøgelser, snak og vi skal snakke om mål og behov.

Når I kommer på ophold er der individuelle skemaer som et skoleskema [projektoren er tændt og et skema toner frem på tavlen] – der er både individuelle timer, fælles undervisning og træning. Vi bliver tit spurgt om påklædning".

Pårørende er velkomne til det, der foregår individuelt.

En sygeplejerske tager over og fremviser en slide, hvorpå der står "At sætte mål". Hun siger: "der kommer mange her, som bare gerne vil have det bedre, men hvad vil I i jeres liv. Det med at sætte mål, har I erfaringer med det?".

Det har flere og de byder ind med: "det har man vel altid", "svært med kronisk sygdom. Men jeg har da mål", "det er bare at lære at sætte dem realistisk... det er en udfordring".

Sygeplejersken siger, at det er noget "vi gerne vil hjælpe med – måske fange den der manglende brik, det kan være, I er i tvivl om, hvad I kan, det skal vi være nysgerrige på [...] I er eksperter på jeres krop, vi vil gerne hjælpe jer. Så skulle vi gerne i mål med de her ting på de 4 uger [...]. Vi kigger på hele jer, hele vejen rundt, alle detaljerne i de her mål – ikke bare at få mål, men hvad betyder det for jeres arbejdssituation eller andet i livet. Hvad er det for mål, hvad skal der til, hvad er guleroden i det til mig – og hvornår. Vi arbejder med SMART mål, har I hørt om det?".

Det har ingen hørt om før, og sygeplejersken præsenterer, hvad akronymet står for og gennemgår eksempler. "Giver det mening?" "Ja", svarer holdet, "det giver noget at tænke over". Der kommer en diskussion om mål ift. en usikker fremtid. En siger: "vi aner for helvede ikke, hvad der er realistisk, og hvornår vi kan komme dertil". Vi får målskemaer med hjem til at udfylde, til vi kommer igen.

#### Rundvisning

Leder viser rundt i huset, vi ser værelse, toilet og bad (som er på gangen), træningslokale, bassin og spisestuen. Vi skal huske at spritte fingre af, inden vi tager noget mad. Vi bliver vist ind til en opholdsstue, som er vores for i dag, det er herfra man bliver hentet til de forskellige undersøgelser.

## Individuelle snakke og undersøgelser

Til forundersøgelsesdagen spørger jeg en kvinde, om jeg må følges med hende i dag, og det må jeg gerne. Vi kigger på hendes skema. Der er afsat en halv time til velkomst, til ergoterapeut, til reumatolog, til sygeplejerske og MitSano undervisning, og i alt en time ved fysioterapeut til hhv.: "Test ved fysioterapeut" og "1-punkts test ved fysioterapeut.

### Fysioterapeut

*Fysioterapeuten sidder på en stol med hjul på, skriver på tablet. Fysioterapeuten starter med at bede patienten om at fortælle om sig selv, og hun fortæller om sin uddannelse, og hvor længe hun har været i den branche, "men jeg har slidt min krop helt op, jeg har smerter nakke, skuldre, jeg har hælsporer, kan mærke smerter 24/7". Scorer smerter fra skala fra 1-10, snakker smertehistorik, hvad hun mener smerter skyldes, hvad hun har prøvet for at lindre (medicin, træning, sko). Spørger ind til personlig situation, civilstand, antal børn, bolig, hvem passer haven, hvad kan du godt lide, skraverer smertetegning og snakker ud fra den.*

*-Hvad er dine forventninger til at være her?*

*-?*

*-Hvad vil du gerne kunne om 6 uger?*

*-Kunne gøre mere med min krop, have mere overskud*

*-Andet?*

*-Hvordan jeg kan klare de der smerter, jeg bliver skør af dem, jeg bliver træt af alle de smerter.*

*Der bliver til afrunding lavet en cykeltest.*

### Ergoterapeut

*"Som ergoterapeut er jeg interesseret i at høre om dine daglige aktiviteter, og måske mest interesseret i det der ikke går så godt". Gennemgår dagen, kan du selv klare personlig pleje, bevæge dig omkring til det du skal, hvordan bor du, søvn. Patienten fortæller, hun kan lide at gå ture, og de snakker lidt om type af ture (vigtigt at kunne gå hurtigt eller stille ture i skoven) og distance på ture. De snakker huslige opgaver. Hvad med stillesiddende aktiviteter. ....?..... som læse, sy, strikke, jeg elsker at læse jeg kan bare ikke sidde stille så længe. Hvor længe? En time.*

*Et spørgsmål "Hvad er en god dag for dig?" åbner op for noget smertefuldt. "jeg er faktisk en taknemmelig person. [...] men for 2 år siden mistede jeg mit job og gik helt med flaget, både fysisk og psykisk. Jeg mistede mit arbejde, min identitet". Hun fortæller, hun fik angst, og begynder at græde.*

*- Jeg græder.*

*- Det er helt ok, det skal der osse være plads til.*

*- Det er jo ukendt for mig – at acceptere, at erkende og sige det er ok, du er her.*

*- Det lyder som om, du er et stort skridt på vej.*

*- Forhåbentlig, det er jo usikkert, hvad sker der i job og fremtiden er ukendt.*

*Laver COPM, håndundersøgelse.*

### Sygeplejerske

*Måler blodtryk, snakker smerte, både fysisk og smerten ved at skulle have ny hverdag. Snakker medicin og hvad hun ellers gør for at lindre smerter. Patienten er sygemeldt, og de taler om, hvad patienten får tiden til at gå med. Snak om arbejdsprøvning og fremtidshåb.*

*-Jeg prøver at tabe mig.*

*-Hvad gør du for det?*

*-Træning og ingen chokolade.*

*- Der er mulighed for at arbejde med det, mens du er her.*

*-Et af mine mål er at tabe mig 20 kg mere.*

*-Det når vi ikke på 4 uger.*

*-Nej, men måske 4-5 kg*

*-Det kan være vi skal prioritere, hvis der er mere end 3 ting at arbejde med, men det finder vi ud af. Har du tænkt over dine mål?*

*-Det er det med de smerter, hvordan skal jeg håndtere dem, når det bliver intens.*

*Sygeplejersken afslutter med at vise målsætningsskema "Det kan du fylde ud og tage med, når du kommer herved igen".*

## **Læge**

*Gennemgår journal, beder om kropsskema udfyldt ved fysioterapeut, spørger til allergi eller andet. "Hvad er dit hovedproblem?", spørger hvilken slags behandlere har været inde over, om der er taget røntgenbilleder, hovedpine, svimmelhed, om tisser normalt, om der er snakket medicin ved sygeplejerske, rygning, alkohol, om noget lindrer smerter. Lægen undersøger, tager stetoskop frem, stryger på arme, ben, trykker forskellige steder på ryg og nakke, beder om at patienten knytter fingrene .*

*Slutter med at spørge "har du fået fortalt det, du ville, og har du noget, du vil spørge om?"*

## **Undervisning i MitSANO**

Undervisning i app til MitSANO. Det er på mobilen, og det er der en del bøvl med, de siger der også er mulighed for at få deres program på papir, men at der er øvelser mv., der kan være gode at have også hjemme.

## **Dag 2**

Det er tirsdag, og vi skal møde i den røde bygning i Middelfart kl. 8.20. Vi er to, der kører sammen, og mens vi kører ad E45, snakker vi om, hvad vi har pakket, og hvor spændte vi er på opholdet, på hvad der skal ske, hvor vi kommer til at bo, og på det praktiske og det følelsesmæssige ift. at være væk hjemmefra.

## **Tværfaglig konference (målsætningsmøde). 20 min.**

*Kl. 9 er jeg med til den første af dagens i alt fem observationer til tværfaglig konference. To i teamet er på kursus, så der er kun fysioterapeuten til mødet.*

*- Hvordan har du det?*

*- Som jeg plejer, jeg har glædet mig sådan til dette forløb.*

*Fysioterapeuten tænder projektor, og et skema toner op på tavlen, med en kolonne med "patient angivet mål", en med "SMART mål", og en med "Mål".*

*- Vi har 20 min. Vi snakkede om sidst, hvad du har af mål?*

*- Dem har jeg her i mappen, jeg har skrevet dem ned. Mit 1. mål, det har jeg snakket med [nævner en anden fra teamet] om. Jeg er væltet og tør ikke cykle; mit mål er at cykle igen; jeg har min egen cykel med.*

*- Fint ["komme ud at cykle" toner frem på tavlen].*

*- Og hvis vi skal have målene SMART – kan du huske det?*

*- I det hele taget cykle længere; kunne cykle i skoven.*

*- Men hvis det skulle være specifikt, så kan vi bedre måle.*

*- Jeg ved ikke hvor langt, men en halv time ville gavne min livskvalitet.*

*- Hvor ofte?*

*- Hver dag når det ikke regner...nej 3 dage om ugen.*

*- Så cykle 3 dage om ugen en halv time.*

*[Meget lang fortælling, hvor patienten fortæller om en hund, hun har mistet, hvorfor hun ikke kommer så meget ud mere. Fysioterapeuten trækker tilbage til målet].*

*- Hvor vigtigt er det for dig at kunne cykle igen?*

*- Meget vigtigt – 3.*

*[Fysioterapeut laver det med fed på tavlen, og under SMART mål skriver hun: "Cykle ½ time 3 gange ugentlig"].*

*- Super, hvad har du ellers skrevet?*

*- Få styr på smerter og måske mindre medicin.*

*- Hvad vil du gerne opnå ved at have færre smerter?*

*- En bedre dag. På dårlige dage kommer jeg ikke ud, der tuder jeg.*

*[Igen en lang snak, som kommer ud i flere retninger. Fysioterapeut sporer samtalen tilbage på mål.*

*Der bliver snakket flere mål, og samtalen kommer vidt omkring. De kigger på de tre mål på tavlen]*

*- Er det ok, det der står her?*

*- Det er meget vigtigt for mig det hele, ja, ja.*

*Til slut snakkes om skema for opholdet på Sano, med de obligatoriske hold og de hold, man kan tilvælge.*

I Middelfart bruges projektor som middel i målsamtaler. Som observatør virker det til at lette patientens forståelse for, hvad det er medarbejderen vil have "nå, det skal puttes ind i den skabelon!". På den anden side kan det måske blive lidt styrende, ift. når der først er nedfældet noget på skrift, synes det at binde mere end talte ord, også selvom medarbejder beder patienten godkende det skrevne.

Det er værd at bemærke, at medarbejder flere gange må føre patient tilbage på sporet; det bliver en fragmenteret og springende samtale, hvilket jeg oplever i en del samtaler på tværs af centre.

*I en anden samtale er sygeplejersken og ergo med. Talen falder hurtigt på accept af egen situation og på arbejde.*

*Patienten bliver grådlabil og siger "en af de ting, der er svært det her år, det er, at jeg ikke ved, hvad der sker, både økonomisk og ... AL T!". Til slut i samtalen toner tre mål op, som patienten gerne vil arbejde med. Behandlerne siger, at "de specifikke mål kigger vi på senere".*

*I denne samtale fylder patientens bekymringsområder, og det er ikke muligt at nå at tale specifikke mål, men medarbejderne peger frem og forsikrer, at det er der tid til senere.*

Og i en tredje samtale, hvor hele teamet er tilstede. Der er snakket om mål og ønsker for fremtiden. Fysioterapeuten peger på tavle. Vi vil gerne lave mål, her er du nu, der vil du gerne hen og forsøge at lave trappetrin: hvornår vil du have nået det. De taler mål igennem og bliver specifikke, væggtab 3 kg på 4 uger. Fysioterapeuten siger:

*- Du blev lidt ked af det, da vi talte om, at du måtte stoppe med at arbejde.*

*- Ja [patienten beskriver forløbet ift. arbejde].*

*- Så det er noget med at få glæden og humøret tilbage...kunne du tænke dig, at 3.mål sætter fokus på det mentale?*

*- Jeg ved ikke, hvilke ord jeg skal bruge, de her 1 ½ år har jeg jo tabt mig selv.*

*Sygeplejersken spørger, hvad kaldte du det selv?*

*- At finde mig selv.*

*- En ny rolle?*

*- Ja.*

*Dette bliver på behandlingsplanen til "At finde dig selv, i en ny rolle".*

I denne samtale fører fysioterapeuten fund fra udredningen på dag 1 ind i målsamtalen: "du blev lidt ked af det, da vi talte om, at du måtte stoppe med at arbejde". Patientens svar viser, at det tydeligvis er noget, der fylder. Fysioterapeuten foreslår et mål: "kunne du tænke dig, at 3. mål sætter fokus på det mentale?. Spørgsmålet kunne opfattes som "ført", men åbner op for en uddybende snak, som ender ud i, at patienten selv formulerer en del af målet "at finde mig selv", mens en medarbejder bidrager med "en ny rolle". Målet bliver "at finde mig selv, i en ny rolle".

Ude i gården, i solskinnet. Vi sidder i en lækrog, og jeg spørger om de (mine kommende "medpatienter") nu har styr på det med mål. De nævner deres mål:

*- Vænne mig til mit nye liv, fordi det er jo så svært. Jeg kigger ned for at finde mit gamle jeg, men jeg har mistet det. Det er en ny verden, helt uklar og jeg ved ikke, hvad jeg skal i fremtiden.*

*- Det er fandeme svært at vide, hvad der sker – jeg skal lære at acceptere det.*

*- Det er bare ikke nemt, siger en tredje.*

*Jeg spørger, om de kan se mening med at sætte mål, og en svarer: "ja, et eller andet sted. Det får tanker i gang og det er vel det, det skal. Hvorfor gør du det her, og hvad vil du have ud af det".*

### **Opsummerende om forundersøgelsesdagen i Middelfart:**

Den tværfaglige udredning på forundersøgelsesdagen foregår individuelt ved hver behandler i teamet, og flere af dem spørger til, om patienten har tænkt over forventninger og mål. Der undervises i målsætning på forundersøgelsesdagen. Det er vanskeligt, på det datagrundlag jeg har til rådighed, at drage en konklusion ift. hvilken indflydelse, om nogen, det har på selve målsætningen på dag 2. Dog har de 5 patienter, jeg er til målsamtale med, forberedt sig på mål. (Se kapitlet om patientperspektiver, for yderligere refleksioner). Til målsamtalen dag 2 bruger medarbejdere GAS og SMART mål, og som visuelt virkemiddel projekteres målskema op på tavlen.



## Brudstykker fra Sano Århus

### Dag 1

I Århus møder jeg ind en mandag morgen kl. 8. Jeg bliver mødt af smilende medarbejdere og taget med for at se det værelse, hvor jeg skal bo den næste uges tid. På vejen til værelset bliver det tydeligt, at det er et hus fyldt med historier og reminiscenser om forgangne tider i blandet moderne møbler og udsmykning. Jeg møder billeder af tidligere forstandere og af det gamle kongepar, Frederik og Ingrid, jeg kigger ind i en stue med stor slængesofa og Marimekko puder, og lægger mærke til træskilte over værelsesdørene med "skænket af Randers Amt". Værelset er enkelt indrettet, med seng, sengebord og et lille bord med en stol ved, samt en håndvask. Der er havudsigt, og solen skinner. Toilet og bad er på gangen. Jeg tager nøglen med Sanobåndet om halsen og tager til velkomstmøde.

### Velkomst

Leder af Sano Århus byder velkommen til det gamle gigtsanatorium. Vi hører om, hvilke fagpersoner vi skal møde: fysioterapeut og læge, som har fælles undersøgelse, ergoterapeut (med forklaring på hvad en ergoterapeut arbejder med) og sygeplejersker som er uddannet coaches, hvilket "gør dem til fremragende samtalepartnere". Vi bliver opfordret til at tænke over de forskellige kompetencer, når vi skal se, hvad vi gerne vil med opholdet. Det får vi afdækket i morgen på et fællesmøde med vores team. Der er en fagperson, der arbejder med mindfulness og en ernæringsrådgiver. Kokken laver sund mad, "der er mulighed for en detox". "I er meget velkomne til at tage pårørende med til individuelle samtaler". Resten af dagen følger jeg to forskellige patienter til samtaler.

### Sygeplejerske/sosu-assistent

*Sygeplejersken lægger ud med at sige: "jeg vil gerne høre om dig, jeg læser aldrig om patienter, før jeg møder dem".*

*Spørgsmålet åbner op for en længere historie om et meget langt sygdomsforløb, og et billede af en person, som er kørt fast i en inaktiv hverdag: "Jeg har tit ondt, så sidder jeg i sofaen i hjørnet og ser TV". Samtalen drejer sig om bekymringsområder, om smerter, om medicin. Men også om omgivelser, som ikke hjælper til og ikke synes at forstå smerter. Her siger sygeplejersken: "Men den tar' vi senere, det ligger jo osse på dig. Du kan jo lade være med at rejse dig [hun smiler]". Senere i samtalen siger sygeplejersken: "Nu snakker du med os alle i dag, i morgen samles vi, og du fortæller, hvad du gerne vil have ud af det. Det er dig, der skal bestemme, hvad fokus er herude".*

### Ergoterapeut

*Efter lidt småsnak sætter ergoterapeuten rammer for samtalen, hun vil spørge ind til patientens hverdag og daglige gøremål. "Har du mødt ergoterapeuter før?". Ja, det har patienten. Ok. Ellers har vi fokus på din motivation for at komme her. Det griber patienten og fortæller, at hun længe har haft det dårligt og giver eksempler på det. Ergoterapeuten spørger til familieforhold, bolig, dagens gøremål, søvn og slutter med at spørge "Er der ikke andre spørgsmål, andet du tænker?" Det er der ikke.*



*"Vi har jo møde i morgen, en fælleskonference, så skal vi tale om, hvad du har lyst til at få ud af det her, hvad vi skal have fokus på, hvad der er vigtigt for dig".*

## **Fysioterapeut/læge**

*Vi starter i lægens kontor, og lægen lægger ud med at spørge, hvor længe patienten har haft [sin sygdom]. "Måske hele mit liv" er svaret. Herefter snakker de om patientens tidligere og nuværende job. Lægen spørger, hvornår diagnosen er stillet, og hvilke gener sygdommen medfører. De gennemgår et smerteskema, lægen mærker fingrene. Fysioterapeut spørger til, om patienten dyrker sport, hvor langt patienten kan gå, søvn mønster. Læge spørger til medicin, rygning, alkohol og undersøger patienten: bøj forover, jeg mærker din ryg, løft arme op, hvor langt?, sidebøjning, et ben. Det knirker lidt, og alle griner, mens lægen siger "knirken er ikke farlig". Lægen spørger til svimmelhed og fysioterapeuten til indlægssåler. Patienten bliver vejret: "åh nej!". Vi går sammen med fysioterapeut ind i et andet lokale, hvor patienten testes, derefter går vi op i træningssalen, hvor patienten prøver maskiner, og fysioterapeuten giver øvelser. Patienten fortæller om et træningscenter derhjemme. "Så tag et billede af det, når du er hjemme på weekend, så kan vi afprøve maskinerne her", siger fysioterapeuten.*

*I eksemplerne fra dag 1, kan det ses, at der i flere samtaler peges frem mod den fælles conference, som skal foregå dagen efter. Denne forberedelse til trods, fortæller flere patienter i mine interviews, at de var lidt forbavsede over at blive spurgt til mål og ønsker for opholdet.*

## **Dag 2**

### **Tværfaglig konference (målsætningsmøde) 30 min.**

*Der er varmt i karnappen, hvor vi sidder, patienten, ergoterapeut, sygeplejerske, fysioterapeut og jeg selv i en lænestol væk fra bordet, hvor de andre sidder.*

*En medarbejder lægger ud: "Vi er samlet omkring det, vi sendte ud, hvor du kunne overveje mål, har du givet det nogle tanker?".*

*En anden tilføjer – "det vigtige lige nu".*

*- Jamen det er at få min ryg stabiliseret, og det er mega vigtigt at få hjælp til mine fingre, de er tykke og hævede. Samtalen bliver lidt ved fingrene, kommer så ind på smerter og på søvn, hvilket udløser en lang snak.*

*Medarbejderen, som skal skrive mål ned, siger:*

*- Skal vi forstå det sådan, så det med søvn er det noget, du gerne vil arbejde med?*

*- Ja, hvis I har gode råd, jeg ved jo ikke, hvad I kan, så det er svært at svare på.*

*- Vi skal have skrevet ind, hvad du gerne vil arbejde med, nogle mål.*

*- Kan jeg nå det?*

*- Det tænker jeg, du kan.*

*En anden medarbejder spørger, hvad der er skrevet ned. Bare søvn.*

*- Hvordan skal vi skrive det? [henvendt til patienten].*

*Efter en længere dialog om søvn og kvalitet af dagen, trækker medarbejderen med PC samtalen tilbage til formulering af mål:*

*- Men hvis vi vender tilbage til og skal skrive det ned – hvordan?*

*- Jeg ved ikke, hvordan det skal formuleres, der er jo ingen der kan hjælpe mig.*

*Snakken går igen andre veje.*

*- Du sagde, du kunne tænke dig gode råd, måske skal det være mål; at få råd til at falde i søvn. Ikke at jeg skal lægge dig ord i munden.*

*- Ja tak [i forståelsen, det er et ok mål].*

*[...]*

*Sygeplejersken spørger:*

*- hvad skal der til for at have en god hverdag?*

*- At jeg slipper for smerter. Men det er ikke kun det, du vil høre, eller hvad?*

*Senere i samtalen omkring et nyt mål, forsøger medarbejderen igen at få patienten til selv at formulere målet. På et tidspunkt udbryder patienten, med et smil: "I sidder og gør det så pædagogisk, at jeg slet ikke kan forstå det". Efter samtalen, siger patienten til mig, undrende: "Det med søvn troede jeg ikke var sådan et sted her – det er jo ikke træning!". Patienten vidste ikke, at der skulle sættes mål. Jeg spørger, om det ikke stod i papirerne. Senere ved middagsbordet har patienten fundet papirerne frem: "Hov, det står jo her med mål. Gud, der står osse noget om søvn".*

I Århus er der udarbejdet en retningslinje for tværfaglig målsamtale; den er forholdsvis ny, fra foråret 2017. I den står der, at de indledende spørgsmål er: Hvad håber du at få ud af dette ophold / hvad er det allervigtigste for dig at arbejde med lige nu? Medarbejderen, der indleder mødet taler om mål, mens en anden medarbejder hurtigt refererer til retningslinjen ved at sige, "hvad er det vigtigste lige nu?". I dette brudstykke af den fælles målkonference bliver det tydeligt, at det er svært for patienten at vide præcis, hvad den rette målformulering er; medarbejderens forsøg på at lade patienten selv formulere det, bliver for pædagogisk. Det er ligeledes tydeligt, at det kan være svært at vide, hvad man kan ønske sig på Sano. Også selv om det er beskrevet i de tilsendte papirer.

I en anden tværfaglig konference (målsætningsmøde).

*- Ved du, hvorfor du sidder her?*

*- Ja, det er omkring, hvad jeg forventer, eller håber. Jeg håber, jeg får stærkere hænder.*

*Patienten fortæller, og medarbejdere stiller uddybende spørgsmål. Patienten vil bare gerne have en stærkere krop.*

*- Ja, hvad vil du gerne bruge en stærkere krop til?*

*- Uh, det har jeg slet ikke tænkt på.*

Som i det foregående eksempel lægger patienten ud med at fortælle om en fysisk funktion, der gerne skal bedre.

Det er, som vi også skal se senere i kapitlet om medarbejderperspektiver, almindeligt, at patienter indleder med et ønske som går på den kropslige funktionsevne. Medarbejderes spørgsmål om, hvad patienten vil bruge en stærkere krop til er ikke let at svare på, det har ikke været en del af patientens tankerække.

**Opsummering:** I Sano Århus er Dag 1 førstedagen af opholdet. Udredningen foregår individuelt ved ergoterapeut og sygeplejerske/sosu-assistent, mens udredningen hos læge og fysioterapeut er slået sammen, og siden er der tid med fysioterapeuten. I flere af samtalerne i udredningen, peger medarbejdere frem mod, hvad der skal ske på den tværfaglige målkonference på dag 2. Ergoterapeuten kommer omkring de samme temaer, som de ergoterapeuter på de andre centre, der bruger COPM, men uden tal. I det hele taget er tal fraværende på dag 1 og 2, sammenlignet med Skælskør og Middelfart. I målsamtalen bruges ingen mål-redskaber. Medarbejdere er inspireret af MI som samtaleteknik. Der er udarbejdet en retningslinje for den tværfaglige målsamtale.

På tværs af centrene, er der både ligheder og forskelle i forhold til optalt til målsætning og selve målformuleringen. I næste afsnit kigger jeg på, hvordan målet "rejser" videre i forløbet.

## **Hvordan mål "rejser" videre, efter målformuleringen**

Indholdsmæssigt og strukturmæssigt synes forløbet ens på tværs af centrene ift. den eksplicite inddragelse af mål i forløbets interventions- og evalueringsfase.

Der er en midtvejsevaluering, slutsamtale og evaluering og holdundervisningen "motivation og forankring" enten i uge 3 eller 4, hvor underviseren har fokus på fremtidige mål ud fra SMART kriterierne. Medarbejdere er blevet spurgt, hvordan målet ellers rejser videre, og her er enkelte svar:

*"Vi kopierer målene ned på et ark i vores journalføring, så hver gang jeg selv skriver noget, kan man hele tiden se, det der mål. Det skulle gerne være, så vi bruger det som rettesnor, og at det rejser med videre og er vejledende, så man osse taler om det i forløbet, hvorfor man sætter gang i den her øvelse ift. mål, og de får det udskrevet osse, når de går fra målsamtalen".*

*"Praktisk render jeg rundt med den der behandlingsplan, både for at jeg kan huske det og for at holde det op for øjnene på dem, det var det her vi blev enige om, at du skulle videre med, så det er et godt værktøj".*

*"Det rejser ved, at vi har fokus på det hele vejen, fra de starter, til de slutter, både ved konferencer har vi fokus på, hvad de skal i gang med, hvor langt de er nået, men osse ift. når vi sidder med dem ved samtaler eller i træningssituationer, hvad kan de og hvad kan de ikke. Og så den der implementering med, når de er sluttet, hvordan kan de arbejde med dem fortsat. Enhver indlæggelse planlægger jo en udskrivelse, det er vi jo lært op til inden for sundhedssystemet".*

Mål rejser således videre i samtaler, i interventioner, i den skriftlige dokumentation. Mål kan ændres, og andre mål kan tilføjes, men medarbejdere fortæller, at mål som regel forbliver de samme gennem forløbet.

Jeg har foretaget en komparativ analyse af hhv. midtvejsmøder og slutsamtaler på de tre centre (analysen er baseret på mine feltnoter). Selvom møderne forløber lidt forskelligt, både på tværs af centre og på tværs af de medarbejdere, der står for møderne, synes møderne at følge en overordnet struktur. Det er tydeligt, at disse former for møder er nemmere at gå til, dvs. der er et skelet (målene) at hægte samtalerne op på.

Midtvejsmøder er tværfaglige i Middelfart, mens de i Skælskør og Århus varetages af en enkelt medarbejder. Samtalerne indeholder flere faser; en indledning, en rammesætning, selve målsnakken, som optager mest tid, en invitation til at åbne op for andre aspekter af betydning og endelig en opsummering af aftaler og en afrunding. Cirklernes størrelse illustrerer den tid, der bliver brugt på det enkelte punkt.

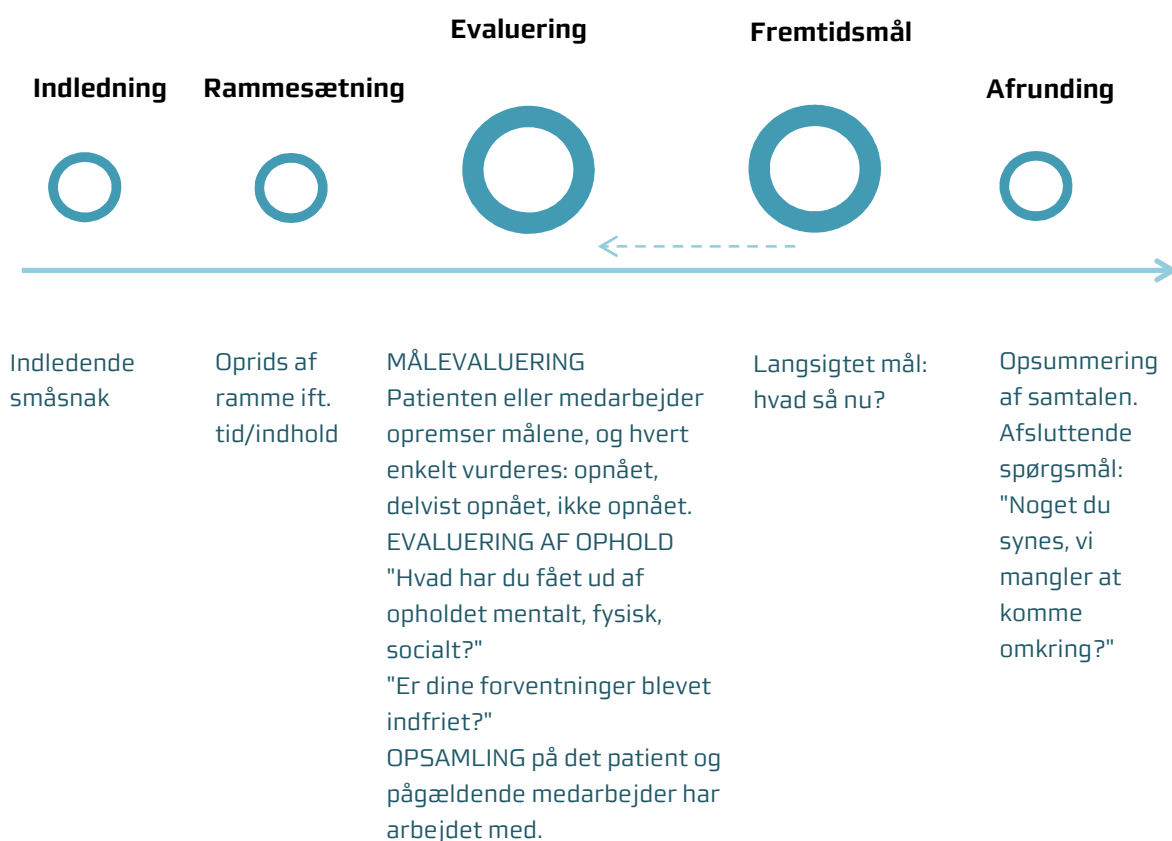
### Samtale forløb, midtvejsmøder



I flere samtaler afføder patientens ord, at medarbejder tager aktion på punkter, som skal følges op enten af medarbejder selv eller kolleger. I flere tilfælde sker der skemaændringer efter mødet.

Afsluttende samtaler foregår individuelt ved de enkelte teammedarbejdere. Indledning og rammesætning er oftest hurtigt overstået, mens det der fylder i samtalen, som det ses i figuren herunder er evaluering af ophold og af mål, en opsamling på den del af interventionen, de sammen har arbejdet med, samt snakken om fremtidsmål. Den stiplede linje skal vise, at der kan være forskellig rækkefølge ift. evaluering og fremtidsmål. Samtalerne afrundes med en invitation til at komme med yderligere betragtninger. Cirklernes størrelse illustrerer den tid, der bliver brugt på det enkelte punkt.

### Samtale forløb, afsluttende samtaler



Der kan være lidt forskellig rækkefølge af punkterne. Ud fra mine data er det svært at se, hvem i teamet, der laver vurderingen af målopnåelse i de afsluttende samtaler. I en fokusgruppediskussion med medarbejdere siger én: "Der er ikke standard for, hvem spørger om hvad. Og det er forskelligt fra team til team, nogen spørger hvad har de fået ud af det, nogen spørger til mål". Men, tilføjer en anden, "i epikrisen skal vi skrive en plan for fremtiden [...] og sikre os, der er en der får spurgt ind til, hvordan går det med de tre mål til slut, så vi ligesom får samlet op til den tværfaglige status".

## Konklusion

Sano centrene har forskellige tilgange til at sætte og arbejde med mål. Forskellene er især synlige på dag 1 og dag 2 af forløbet. I Århus er medarbejdere inspireret af MI som samtaleteknik. Der er udarbejdet en retningslinje for den tværfaglige målsamtale, og de bruger ikke målredskaber. I Middelfart undervises i målsætning på forundersøgelsesdagen. Til målsamtalen dag 2 bruger medarbejdere GAS og SMARTmål, og som visuelt virkemiddel projekteres målskema op på tavlen. I Skælskør ses forskellig praksis i teams. COPM bruges som værktøj, og prioriteterne ift. aktivitetsproblematikker fra COPM'en bliver enten konverteret til og præsenteret som mål på den tværfaglige konference på dag 1 og givet med hjem i skriftlig udgave til overvejelse, eller præsenteret på konferencen som det, patienten gerne vil arbejde med, og nedskrevet som foreløbige mål enten i journal eller i terapeutens egne noter. I alle teams bliver det understreget overfor patienten, at det er godt at tænke over mål i perioden inden indlæggelse.

Mål "rejser" videre i forløb i kraft af de interventioner, der iværksættes for at arbejde mod målene, de bliver diskuteret og evalueret på midtvejsmøder og til afsluttende samtaler. Fremtidsmål drøftes afsluttende samtaler, og der undervises i SMART mål i undervisningen, Motivation og forankring. De empiriske eksempler viser, at der er forskel på, hvor velforberedte patienter er til målsamtaler. Der synes at være en tendens til, at patienten foreslår mål, der relaterer sig til den fysiske funktionsevne (kropsniveau), mens medarbejdere spørger "hvad vil du bruge det til", i et forsøg på at få aktivitet og deltagelse ind i målformuleringen. Hvor målsamtalen kan fremstå fragmenteret med mange afveje, viser en komparativ indholdsanalyse af hhv. midtvejsmøder og afsluttende samtaler, at disse er nemmere at gå til, fordi de kan struktureres omkring mål.

## Kapitel 5. Medarbejderperspektiver

"...alle mulige og umulige veje har vi forsøgt os med, og det er lærerigt, men der er jo bare ikke *den* rigtige vej."

Sådan konstaterer en medarbejder i et fokusgruppeinterview, og summerer dermed ganske rammende op, hvad både forskningen og medarbejdere på tværs af centrene kommer frem til i forhold til målsætning i rehabilitering: der er mange veje at gå, men ikke *den rigtige vej*. Men selvom der måske er enighed om, at der ikke er ét rigtigt facit, så er målsætning et tema, der skaber mange refleksioner. Refleksionerne er ikke kun af nyere dato, fastslår medarbejderne på Sano: gennem årene er målsætning blevet diskuteret og praksis ændret.

Denne undersøgelse er en del af et fornyet fokus på det at sætte og arbejde med mål, og der er nedsat en arbejdsgruppe på tværs af centrene, som skal drøfte mål. Data omkring medarbejderes refleksioner er indsamlet gennem deltagelse i et indledende møde med arbejdsgruppen, et indledende møde med ledere fra de tre centre, 4 fokusgruppe interviews med medarbejdere (2 i Skælskør, 1 i Århus og 1 i Middelfart), som blev afholdt før min "indlæggelse" på centrene, deltagelse i møde om målsætningspraksis i Skælskør med flere medarbejdere og sundhedsfaglig chef i Skælskør, samt fra feltsamtaler med medarbejdere i enden af observationer til mødet, på gangene, eller til de teammøder, jeg deltog i.

Medarbejderperspektivet skal give svar på flere spørgsmål. Hvad tænker medarbejdere om rationalet bag målsætning, dvs. hvorfor der sættes mål, og hvad betyder mål for rehabiliteringsprocessen? Oplever de udfordringer i forbindelse med målsætning; hvilke? Kan samme målsætningspraksis bruges på alle patienter?

Kapitlet er struktureret omkring to afsnit, et afsnit om medarbejderes definition af et rehabiliteringsmål og bevæggrunde for at sætte mål, samt refleksioner om hvorvidt mangfoldighed i patientgruppen påvirker målsætningsprocessen, og et andet afsnit med temaer, som går på tværs af centrene, med specifikke pointer omkring praksis på det enkelte Sano center.

### Hvad er et rehabiliteringsmål, og hvorfor sætter vi mål?

Indledningsvist i fokusgruppeinterviewene bliver medarbejdere spurgt, hvad et mål er, og hvorfor vi sætter mål. I analysen på tværs af centrene fremstår det tydeligt, at medarbejdere definerer såvel mål som begrundelsen for målsætning forholdsvis ens. Svarene er nævnt i prioriteret rækkefølge.

#### Hvad er et rehabiliteringsmål?

##### Et rehabiliteringsmål er:

- Patientens mål
- Patientens ønsker om en ændring
- Effekt af en indsats
- En forventningsafstemning
- Foranderligt pejlemærke, rettesnor og et punkt ude i fremtiden
- Meningsfuldt og konkret
- Tidsafgrænset? Realistisk?

I alle interviews blev det fastslået, at der er tale om patientens mål, og ikke behandleres mål. "I teorien kunne det være mit mål, men jeg synes faktisk, det er vigtigt, det er patientens mål", siger en medarbejder. Det er alle enige i, men som vi skal se senere, synes dette nemmere i en definition af begrebet mål end i praksis.

Snakken om patientens mål flankeres af ordene ændring, ønske, drøm, motivation, drivkraft: "et mål er patienternes ønske for, hvad de gerne vil opnå", "Patientens ønsker om en ændring" "hvad driver dem, hvad er deres motivation", "en motivation, noget de selv har en gevinst ved at opnå", "Kan osse være en drøm man har, som måske ikke går i opfyldelse, men derfor kan drømmen om et eller andet godt være med til at give motivation til at fortsætte". "mål skal opfylde et ønske om en ændring, som man gerne ville have, så cutter man ned og får lavet nogle mål, så man ka' få lavet den ændring." Et mål opfattes således som et ønske, en drøm om en ændring, og noget man gerne vil opnå. Og ønsket og drømmen har en motiverende kraft for patienten. Et mål kan også ses som en effekt af intervention: "Jeg ser det som en effekt af en indsats, noget man får ud af en form for investering, det kan være fysisk, det kan være mentalt, ja, flere parametre, men det at man laver en investering, en ændring som gør, at man vil opnå noget nyt, eller noget man kunne før". Det er en forventningsafstemning ift., hvilken vej parterne i rehabiliteringsforløbet sammen skal gå, hvad patientens indsats skal være, for at de skal opnå det, de gerne vil, hvad medarbejdernes skal være.

Blandt medarbejdere var der en enighed om at:

- 1) mål bør være meningsfulde for den enkelte patient,
- 2) mål ikke er statiske, men kan være foranderlige: "et pejlemærke for en retning man gerne vil, jeg tænker det ikke som noget definitivt, men måske et skridt på en vej", "jeg tænker, det kan være en vej, en rettesnor som kan ændre sig undervejs".
- 3) mål er konkrete: "et mål er konkret, en indramning af hvad vi skal lave i den tid, vi er sammen". "Det skal gerne være så konkret som muligt, jeg skal gerne have adressen, ikke kun byen, hvis jeg skal nå derhen".

Enkelte har nævnt, at mål skal være tidsafgrænset, målbart, realistisk. Disse tre adjektiver vækker debat i alle tre centre, og debatterne tydeliggør, at det ikke er entydigt, hvad medarbejdere lægger i begreberne (se senere i dette kapitel for en udfoldelse af debatten).

### **Hvorfor sætter vi rehabiliteringsmål?**

Begrundelserne for at sætte mål er multifacetterede.

Ifølge medarbejderne sættes der mål for at:

- Motivere.
- Sikre vi arbejder samme vej.
- Bevise vi leverer resultater (økonomi, statistik, for Gigtforeningen, for Sundhedsstyrelsen).
- Kunne planlægge: hænge interventionsstrategier op på noget.
- Skabe en bevidstgørelse og refleksion over egen mål.
- Fastfolde fokus (for både patienter og medarbejdere).
- Sikre en konkretiseringsproces.

Nogle af begrundelserne kræver lidt ekstra forklaring.

I forhold til at motivere, kæder medarbejdere dette sammen med, at mange har mistet troen på bedring, på fremtiden, og ved at finde frem til patientens drømme og ønsker kan der opstå en motivation, og en oplevelse af, at de gør noget, som hjælper dem selv eller giver dem noget. Mål kan også være med til at bevise, at der leveres resultater. Både for Gigtforeningen, for Sundhedsstyrelsen, for Regionerne og, som denne medarbejder siger, for forsikringsselskaberne: " [...] det at kunne bevise, man har nået målene, det har en stor effekt overfor dem, der betaler os for at være her, forsikringskunder- så er det rigtig fedt, når man afleverer en rapport og kunne sige: test et sagde det, og det passer med det mål, jeg har sat, og det har vi nået nu, så der er noget resultatorientering i det, som både er rart for en selv, for patienten, men faktisk osse for dem der betaler".

For medarbejderne er mål med til at retfærdiggøre Sano's eksistens og derved koblet til økonomi og overlevelse: "vi skal bevise, at vi kan nå resultater [...] ellers bliver vi jo lukket eller reduceret".

I forhold til konkretisering er pointen, at gennem målsnak bliver det muligt at konkretisere ytringer og ønsker som "jeg vil bare blive bedre".

Som næste kapitel vil vise, matcher medarbejderes refleksioner patienters pointer om, hvorfor der sættes mål blot med flere nuancer tilføjet.

### **Mangfoldigheden i patientgruppen - samme målsætningspraksis for alle**

Mangfoldigheden i patientgruppen bliver drøftet i interviewene. Har alder, køn, etnicitet, social baggrund nogen betydning ift., hvordan målsætning gribes an?

Medarbejdere taler sig hurtigt frem til, at det er svært at generalisere, så umiddelbart er svaret nej. I forhold til alder kan der være nogen "over de 70 som har en autoritetstro tilgang til, at vi ved bedre", men så igen: "vi har lige haft en veluddannet ung kvinde som nærmest ikke kunne konkretisere noget som helst". En siger ift. køn, at mænd måske er mere konkurrencepræget end kvinder, så der kan selve det at forbedre resultat være en driver – det vækker ikke genklang blandt de øvrige deltagere i interviewet. I forhold til etnicitet kan der være noget sprogligt, som spiller ind, og enkelte har nævnt, at der måske er en højere grad af "jeg har bare ondt" ved patienter med anden etnisk baggrund; igen kommer de øvrige deltagere med eksempler på det modsatte.

Der er enighed om, at patienters sproglige niveau kan spille en rolle, herunder ordblindhed.

Derudover kan følgende spille en rolle:

- Graden af motivation (som f.eks. kan spille ind ift. hvorvidt patienten er "sendt" (f.eks. af Jobcenter) eller selv har ønsket et Sano ophold).
- Uafklarethed eller skrøbelighed ift. en livssituation; skilsmisse, dødsfald, uafklaret arbejdsskadesag.
- Patienters forventninger, f.eks. hvis de har været på Sano for længe siden og forventer, hvad de oplevede dengang.
- Om patienten er nydiagnosticeret, eller "det er noget, de har levet med i 50 år".
- Om patienten er vant til at sætte og arbejde med mål (f.eks. "nogen som os"(sundhedsprofessionelle) og forretningsfolk).



## Tanker om praksis og udfordringer i målarbejde på tværs af centre

Jeg indleder med et længere citat fra fokusgruppediskussion, fordi citatet indrammer mange af de temaer og dilemmaer, som medarbejdere har anført på tværs af centrene:

*"- [tidligere skulle vi] gøre det meget målbart, det der med, at de skulle kunne gå 500 meter på 4 uger eller sove så mange timer pr. nat. Nu er det meget mere: "jeg vil bare gerne have en bedre nattesøvn".*

*- Da vi fik den der motiverende samtale, fandt vi ud af, at vi rammer måske ikke motivationen, vi fik måske ikke fat, hvor det betød noget.*

*- I forhold til, at jeg var en af dem, der sad med COPM'en før, synes jeg, det her gir' meget mere mening [MI].*

*- Vi har haft en i dag, - og den udfordring der kan være er : jeg kom jo her og regnede med, I var eksperter; vi prøvede at spørge ind til forventninger og ønsker, men der er selvfølgelig osse forventninger fra deres side, nu kommer de her til et specialiseret sted, hvad kan I gi' mig - det kan være svært at få deres egne ønsker frem. Men ellers er jeg glad for det.*

*- Det positive ved at lave det om er, at der kommer ikke mange bagefter og siger, at de ikke kan huske deres mål, eller ikke synes, det gir' mening for dem. Så kan det godt være deres mål er at blive stærkere, som så er blevet spurgt til, hvad det så kan munde ud i, men det gir' meget mere mening end at kunne gå 500 m. Så jeg synes, de fleste har en positiv oplevelse af at, jamen kan jeg bare vælge alt, ja i bund og grund - jeg synes, de virker mere motiverede ift. at arbejde med mål, end de har gjort, da det var COPM, der blev scoret.*

*[lidt senere i interviewet]*

*- MI kræver megen refleksion fra patient side.*

*- Jeg synes, MI er fantastisk redskab, hvis man, som [nævner kollegas navn] siger, har tid og tålmodigheden, og vi har jo den halve time, og der ved vi, vi skal have noget på papir...så jeg synes, vi har et godt redskab, men vi er stadig i proces omkring det, hvordan vi får det optimeret. Så jeg synes, vi har været mange veje omkring, om det var COPM, GAS, SMART ... alle mulige og umulige veje har vi forsøgt os med, og det er lærerigt, men der er jo bare ikke den rigtige vej".*

Disse refleksioner om målsætningspraksis indfanger mange af de temaer, der er på spil i hverdagen på alle tre centre.

Omkring det at ramme patientens motivation og finde frem til, hvad der er betydningsfuldt for den enkelte. At det at kunne måle på, om de kan gå 500 meter, måske ikke er det vigtige. Omkring patienters forventninger. Og så MI som redskab - at selvom det umiddelbart giver mening i daglige praksis, så kræver det refleksion fra patienters side, og det kræver tid og tålmodighed fra medarbejderes side. I sætningen "og vi har jo den halve time og der ved vi, vi skal have noget på papir", ligger et indlejret dilemma i forhold til det, der opfattes som organisationens krav om, at den halve times målsætningsmøde skal ende ud i skriftlige mål kontra en MI tilgang, hvor der synes at være behov for tid til at udforske patienters forandringsudsagn og mulige mål.

Citaterne rammer også en kerne ift., hvorvidt der er *den* rigtige vej, når vi snakker målsætning. I analysen af medarbejderes refleksioner træder flere temaer frem.

Temaer på tværs:

- Forventningsclash
- Indhold i mål; hvilken slags mål?
- Struktur omkring målsætning
- Patientens mål, vores mål?

Hvert af temaerne indeholder en række underpunkter, som bliver udfoldet herunder.

## Forventningsclash

Der kan være forskellige forventninger, patienter og medarbejdere imellem, som påvirker målsætning. Medarbejdere har identificeret tre sådanne forventningsclash (patienters forventningsudsagn står først i sætningerne):

1. I er eksperter, I skal fikse – du ved bedst, er medekspert, ansvar for eget liv, ejerskab.
2. Sano er noget med træning og det fysiske – Sano arbejder med det hele menneske.
3. Mål må have noget med det fysiske, med kroppen at gøre – mål på aktivitet og deltagelsesniveau.

Ad. 1. Praxis på Sano er indlejret i diskursen om borgerinddragelse, ansvar for eget liv og tage ejerskab. Det udtales tydeligt i både skrift og tale. Som tidligere nævnt indeholder Sano pjecer alle ordlyd om mål, motivation og ansvar, med overskrift som "Din aktive medvirken" efterfulgt af "[det er] helt afgørende for, at du opnår dine mål, at du er indstillet på at gøre en stor og aktiv indsats selv". Dette gentages til undervisning og i samtaler.

Dog er det ikke alle patienter, der kender eller vedkender sig denne diskurs, når de ankommer til Sano. Ifølge medarbejdere har flere patienter en forventning om, at de nu kommer til et ekspertsted, hvor medarbejdere ved bedst, jf. citatet som indledte dette afsnit: "jeg kom jo her og regnede med, I var eksperter!".

I mange af de møder, jeg deltog i, var det tydeligt, at medarbejdere søgte at få patienten inddraget f.eks. ved i målformulering at spørge, og spørge igen for at få refleksioner over mulige mål. Som eksemplet fra Århus viste, med en patient, der syntes, at "I gør det så pædagogisk, at jeg slet ikke kan forstå det", bliver det klart, at det for nogle patienter er lidt af et gætværk at finde ud af, hvilken målformulering er korrekt ift. medarbejderes ønsker.

Ad. 2. Et andet forventningsclash er medarbejderes klare opfattelse af, at der på Sano arbejdes med det hele menneske, altså et bio-psyko-socialt perspektiv, mens mange patienter forventer, at Sano er noget med krop, træning og det fysiske. En medarbejder i Århus overvejer, om Sano selv er med til at cementere denne forventning: "Det er i hvert fald et dilemma, vi tit har talt om. Der står ryg, muskler og led, når de kører op ad vejen, og vi står i træningstøj, og de kigger til højre, der er en træningssal. Vi har vendt, at der måske ligger et dilemma i forhold til den måde, vi kommer til at præge dem på, som vi skal være obs på". Flere medarbejdere påpeger, at patienternes forventning om krop og træning afspejler sig i de meget fysiske mål, som patienter lægger ud med at foreslå, hvilket de empiriske eksempler fra bl.a. Århus og Middelfart viste. Rehabiliteringsforskeren Derrick Wade bekræfter dette: "Patients too will not think in terms of the biopsychosocial model, though often they easily understand it once applied to their situation" (Wade, 2016:5).

Ad. 3. Det tredje forventningsclash omkring mål på kropsniveau eller på aktivitets- og deltagelsesniveau er meget synligt under observationer ved målformuleringer. Patienter siger, "jeg vil gerne kunne bøje benet, jeg vil gerne have mindre ondt", og medarbejdere spørger "hvad vil du bruge det til?", hvortil patienter er et stort spørgsmålstejn og ofte har lidt svært ved at gætte sig til, hvad medarbejdere fisker efter. Medarbejdere forsøger at ændre fokus på kropsniveau til et mål på aktivitets- og deltagelsesniveau (på ICF sprog), og følger herved Levack & Siegerts (2015) anvisning om at sætte mål på aktivitets- og deltagelsesniveau for at sikre koblingen til den meningsfulde hverdag.

Her fra en diskussion i Skælskør:

*- Nogle har forventning om træning, bassin, fysisk aktivitet, og så tror de, målet nødvendigvis skal ligge indenfor det, og så kan de blive overraskede over, at de kan arbejde med det at skulle kunne rede sit hår.*  
*- Jeg vil øget styrke i knæet: hvad vil du bruge det til?*  
*- Meget kropsligt og så tror de så løser det - hvad er det du gerne vil kunne?*  
*- Måske skal vi ha' forklaret, at hvis jeg øger din ledbevægelighed 5 grader, kan du så komme på toilettet? For du har øget ledbevægeligheden, men nåede du i mål, så, blev du tilfreds? Så det er godt at få det gjort mere aktivitets- og deltagelsesbaseret.*  
*- [...] de har en forudtaget idé om, at når de kommer herved, så er det for at få boostet deres fysiske funktionsniveau, så er deres mål styrke i benet. Men vi taler dem lidt over i nogle funktioner hele tiden, eller aktivitets- og deltagelsesniveau. Det har jeg oplevet 2-3 gange indenfor de sidste par uger, hvor de er meget fokuseret på, jamen jeg skal bare have styrke i mine ben, bare øvelser, så jeg kan få styrket ben.*

Og en medarbejder fra Århus:

*- Det kan jo godt være, at et rigtigt mål for dem er et meget biomekanisk mål, men jeg kunne godt tænke mig, at hvis det her skal være opfyldt, tænker jeg ikke, det skal være et vældig biomekanisk mål, fordi det er måske ikke er der, de store værdier og drømme ligger – men hvis hele vores system bare skoler folk i, at årsagen er biomekanisk [...], det er virkelig svært, når man har været i systemet i 10 år og mødt læger, der peger på scanning af prolaps og det gennemsyrrer, så det bliver de her meget biomekaniske mål, det er svært at komme ud af.*

### **Indhold i mål; hvilken slags mål?**

Hvad bør karakterisere et mål? Det er blevet debatteret livligt i fokusgruppediskussioner, og i flere debatter er det tydeligt, at der er forskellige holdninger til det, på tværs af medarbejderskaren. Der er ikke enighed, så herunder følger et indblik i debatterne, snarere end svar.

De væsentligste spørgsmål, som medarbejdere på tværs af centrene har fremhævet er følgende:

- a) Skal mål være realistiske? Og indenfor hvilken tidsramme?
- b) Skal mål være målbart? Og hvad så med "mentale mål"?
- c) Legitime – illegitime mål & agendaer.

Ad. a) Skal mål være realistiske? Hvor realistisk skal et mål være? Og indenfor hvilken tidsramme? I Middelfart flettes spørgsmålene sammen i en meningsudveksling mellem flere medarbejdere. De drøfter hhv. kort- og langsigtede mål, og hvilken indflydelse det har haft, at GAS er indført som redskab. En mener, det har "amputeret vores målsætning", fordi mål så skulle være realistisk opnåelige indenfor den 4 ugers periode:

*- Men i og med vi skulle score, når de skulle ud igen, så blev vi nødt til at sætte en tidsgrænse på 4 uger for at gøre det forventeligt på GAS.*  
*- Jo, men så lander vi igen, hvor det for mig ikke er patientens mål.*  
*- Enig.*  
*- Det er vores behov, vi går hen og bliver manipulerende.*  
*- Og det bryder jeg mig ikke om, og det var vel osse det, vi skulle snakke om, ikke?*  
*- Jo.*

Diskussionen løfter sløret for, hvordan et redskab, GAS, kan være med til at strukturere praksis, og for de overvejelser, det afstedkommer, ift. hvis mål og hvis behov, det ender ud i.

I andre interviews berøres det realistiske også. En mener, det er vigtigt at være realistiske ift. en forventningsafstemning, men at det omvendt er svært at forudse, hvor meget folk rykker på 4 uger. En anden påpeger, at det er vigtigt at tænde eller bevare en gnist, et håb. Derfor bør man være påpasselig med "på førstedagen at sige: "det skal du ikke regne med, det der er urealistisk", for det kan jo godt være om noget tid, længere ud end 4 uger..."

En tredje overvejer, hvor ambitiøse mål skal være. Giver det mon motivation at have sat et højt mål, eller sættes et lavt mål, så både patient og medarbejder oplever succes?

b) Skal mål være målbart? Og hvad så med "bløde mål"?

Medarbejderes tanker om, hvad et målbart mål er, og hvor vigtigt det er at kunne måle, skitseres tydeligt i en meningsudveksling:

*"- Det er det målbare i målet, vi snakker om. Hvordan skal det være målbart, og hvor vigtigt er det, at vi kan måle det på... hvad?"*

*- Ja og for hvem?"*

*- For kg, for kraft og for smerte?"*

Og en anden dag i et andet interview siger en medarbejder: "Et mål er målbart...ikke at de behøver gå et bestemt antal meter, men at patienten kan se: det kunne jeg ikke før; der er udvikling i mål".

Især medarbejdere i Skælskør har drøftet kvantificerbare mål kontra mere "bløde mål" som "lære at acceptere min lidelse", "være en bedre mor", "finde min nye identitet". Det med accept er blevet udfordret som mål: "jeg har svært ved at tro, det vil være patientens mål at acceptere det[...snarere at målet er], at jeg f.eks. kan være med til banko igen. Og det kræver måske min accept af, at jeg har brug for at tage et hjælpemiddel med. Deri ligger, at jeg er nødt til at acceptere vilkår, er accept så målet?"

Ad. c) Legitime – illegitime mål & agendaer

Der er nogle potentielle mål, som ikke synes at materialisere sig i praksis på Sano; de illegitime eller skjulte mål og agendaer.

F.eks. hvis patienter har en interesse i ikke at blive bedre, fordi en bedring vil påvirke deres mulighed for at få en pension eller for at kunne få en erstatning på mén-grad eller for en arbejdsskade fra forsikringsselskabet<sup>11</sup>. Det kan være svært for medarbejdere, dels at gennemskue denne interessekonflikt, dels i fællesskab at sætte meningsfulde mål, fordi patienten vil "bruge mål som middel til noget, der helt ligger udenfor vores regi, der bliver de en stor hæmsko".

Et andet eksempel kan være en kvinde som i fortrolighed fortæller, hun er blevet seksuelt misbrugt som barn eller bliver slået af sin mand:

*"Der kan være nogen, man har specielt god kontakt med, hvor der er kommet noget op, på forundersøgelsesdagen, der er betydningsfuldt for dem, men som de ikke altid har lyst til at tale om på den der fælles konference med alle, og derfor bliver der ikke altid lavet mål omkring det, selvom det måske er det vigtigste af alt. At det er noget, hvor man skal sige: er det ok jeg lige snakker med fys'en og sygeplejersken om det, så vi holder fokus på det, men det er vi bare ikke helt gearet til, for vi sniger det igennem*

*- Det kan f.eks. være noget med seksualitet.*

*- Ja, eller de her tæv af mændene, sådan nogen ting, det er ikke altid lige at det skal - få mindre tæv af min mand, så kan vi gasse det".*

### Struktur omkring målsætning

Medarbejdere fremhæver flere elementer omkring strukturen om målsætning, som dels opleves som barrierer, dels er anbefalinger til en praksisforandring.

---

<sup>11</sup> En medarbejder uddyber: "hvis det viser sig, jeg får det dårligere ud i fremtiden, så vil forsikringsselskabet sige, det har nok ikke noget med den skade at gøre, det er jo lang tid siden. Men vi ved jo godt, at generaliserede smerter kan have et langt liv, det kan godt handle om den skade. Så jeg kan godt forstå dem; hvad gør jeg, hvis det bliver slemt".

### *Bedste tidspunkt for målsætning*

I alle centre bliver det diskuteret, hvorvidt dag 2 er et godt tidspunkt for målformulering. De oplever, at flere patienter slet ikke er "landet" endnu, og at det eksempelvis først er efter nogle dage, de finder ud af, at Sano er andet end krop og træning.

### *Redskaber (COPM, GAS, SMART, MI)*

Som det er fremgået af det foregående er redskaber i indsatsen blevet drøftet. I citatet som indledte dette afsnit om tanker om praksis og udfordringer i målarbejde på tværs af centrene, synes medarbejdere i Århus at mene, at MI fungerer godt som redskab i målsamtalen. MI er ikke et målsætningsværktøj som sådan, men nærmere en samtaletilgang. Med MI er målformuleringen patientens ord "det er 100 % hvad patienten formulerer, ønsker og drømmer om". Men først efter en drøftelse: "Vi skriver jo ikke bevidstløs, hvad de siger, vi spørger ind til hvorfor er det vigtigt, hvad er værdierne, hvorfor er styrke i benet f.eks. vigtigt: for at kunne gå på 3. sal, så gir' det anden dimension end bare at ville ha stærkere ben, eller kunne komme på gulvet og lege med børnene, så man går mere ind i det end som så."

De vurderer, det giver mere mening for patienterne, MI, ift. tidligere praksis. Samtidig kræver det tid; med MI arbejder man med forandringsudsagn, og det kan tage tid at finde frem til mål. I Århus arbejdes ikke med SMART mål sammen med patienten<sup>12</sup>, men: "jeg tænker det målbare i det kommer senere i processen. Når jeg som fys går ind og siger, hvordan kan jeg støtte patienten i målene – ved at lave delmål som er målbare, gangdistance. Det er bare på et andet niveau, hvor det før var trukket frem i overskriften, så er det nu blevet som et delmål".

Medarbejdere i Middelfart bruger GAS og MI. COPM bliver anvendt af ergoterapeuter på forundersøgelsesdagen "ligesom fys'erne laver gangtest, og vi kan osse finde på at lave håndtest". Da jeg spørger til GAS, får jeg at vide, at:

*"Det er lidt en hvepserede, du stikker hånden i [...] GAS er kommet, efter vi er startet med Middelfart Rygcenter ift. stenosepatienter, hvor de sagde, vi skulle bruge GAS. Det har vi ikke gjort hidtil.*

*- Og hvordan har det været at bruge GAS?*

*- Tidsperspektivet i at vi har 20 min [...] jeg mener] GAS'en skulle bruges til, at man sidder med patienten og siger, hvis du skal samle det her i en elastik... og jeg har set dig gøre det....hvor lige nu ser vi dem ikke gøre de aktiviteter.*

*- Jeg tror, vi kan lide tanken om at skulle skalere dem, men vi er presset af tiden.*

*- Det bliver for abstrakt.*

*- Vi kommer til at tvinge nogen ting ud af patienten."*

Mens der således er for og imod brugen af GAS, synes der at være enighed om, at brugen af SMART i drøftelsen med patienten fungerer godt. MI fremhæves som et godt redskab, men "MI og GAS, de clasher altså sammen, og det, synes jeg, er et problem, for jeg kan se fordele i begge ting [...] jeg føler ikke rigtig, jeg kan bruge MI, jeg føler, jeg kommer til at drive rovdrift på det, fordi jeg skal målsætte så hurtigt".

I Skælskør bruges COPM som tydelig del af målsætningen. Her er diskussionen centreret omkring, hvorvidt man går for hurtigt fra de tre prioriterede aktivitetsproblematikker i COPM'en til at kalde dem mål.

---

<sup>12</sup> Dog undervises i SMART mål i "Motivation og Forankring"

### *Tid til målsætning*

I alle fokusgruppeinterviews bliver tid fremhævet som en faktor, der kan være en betydelig barriere i forhold til målsætning. Særligt i Skælskør, hvor flere påpeger, at hvis de ikke er startet med at skrive mål ned på forundersøgelsesdagen kan det slet ikke nås at sætte mål *og* gennemgå skema på et kvarter på dag 2. Også i refleksioner omkring MI tilgangen i Århus påpeges det, at det er en proces, der tager tid.

### *Afsluttende samtale*

I et par af fokusgruppediskussionerne bliver det drøftet, hvorvidt det kunne være en idé at have fælles afsluttende samtaler.

### *Diskussion om opfølgning*

Efter forløbet, hvad sker der så med mål? Det vil medarbejdere gerne vide. De arbejder i slutsamtalerne og i undervisningen Motivation og forankring med patienters mere langsigtede mål. Hvad så, når du kommer hjem- hvordan får du inkorporeret de mål og de ting, vi har arbejdet med sammen? Det er muligt for patienter at skrive til medarbejdere via Sano app'en tre måneder efter afslutning af ophold, og der er mulighed for at tilkøbe en dag på Sano ca. 6 mdr. efter forløbet. Da det ikke er mange, der benytter sig af app-chat, og da det ikke er sikkert, patienten møder hele teamet på opfølgningsdag (som en del fravælger), overvejer flere medarbejdere, om det ville sikre en højere grad af målopfyldelse, hvis der var en opfølgning i enden af et ophold.

### **Patientens mål, vores mål?**

Medarbejderne er optaget af, hvordan patienter oplever mål, om det opleves som patientens egne mål, eller om de har oplevet, at mål blev sat med for ført hånd fra medarbejdere side. At det bliver medarbejderes mål, fremfor patientens.

De spørgsmål, medarbejdere ønsker, jeg stiller patienter i interviews, er tydelige tegn på dels en nysgerrighed og måske dels en bekymring for, om deres praksis har indflydelse på, hvorvidt patienterne tænker *mine* mål, eller *deres* mål:

- Om de føler det her forløb er tilrettelagt omkring de ønsker og drømme *de* har? (Århus)
- - Egen indflydelse på målene
  - ja det er vigtigt, se hvor meget de føler sig farvede af os
  - var det egne mål, i sidste ende? (Skælskør 1)
- Føler de ejerskab, eller var det noget, vi fandt på? (Skælskør 2)
- Føler I, målet er jeres eller vores? (Middelfart)

## Konklusion

I følge medarbejdere er der mange forskellige grunde til at sætte mål i rehabiliteringsforløb. Mål er med til at give retning og fokusere indsatsen, mål skaber motivation og refleksion hos patienten, der sættes mål for at bevise, der leveres resultater – både overfor patient, overfor en selv og overfor Sanos bidragsydere. På spørgsmålet, hvorvidt der er forskel i målsætningspraksis i forhold til alder, køn, etnicitet, er svaret nej. Derimod kan andre faktorer spille ind og blive barrierer i målsætningspraksis, f.eks. sprogvanskeligheder, manglende motivation, en uafklaret livssituation og kognitive vanskeligheder. Det letter processen, hvis patienten er vant til at arbejde med mål. Medarbejdere identificerer tre forventningsclash, dvs. forskellige forventninger fra hhv. patienters og medarbejders side:

1. I er eksperter, I skal fikse – du ved bedst, er medekspert, ansvar for eget liv, ejerskab.
2. Sano er noget med træning og det fysiske – Sano arbejder med det hele menneske.
3. Mål må have noget med det fysiske at gøre – mål på aktivitet og deltagelsesniveau.

Der er debat, men ikke enighed ift. hvorvidt mål skal være realistiske, målbare og indenfor hvilken tidsramme mål kan sættes.

Medarbejdere peger på nogle strukturelle faktorer, der påvirker arbejdet med mål:

- tid til målsamtale opleves for snæver
- det er (måske) for tidligt at sætte mål på dag 2
- manglende mulighed for opfølgning efter de fire uger – kunne en opfølgning sikre større vedholdenhed ift. mål?
- GAS og MI er svært at kombinere, det kræver ekstra opmærksomhed
- COPM: er det hensigtsmæssigt, at aktivitetsproblematikker hurtigt konverteres til mål?
- medarbejdere er optagede af, hvorvidt patienter oplever, det er deres egne mål, ikke medarbejders mål.

## Kapitel 6. Patientperspektiver på mål

Mens rehabiliteringsforløb set fra et fagligt perspektiv er struktureret med udredning, målsætning, intervention og evaluering, så ser det anderledes ud fra et patientperspektiv.

De fleste ved ikke helt, hvad de skal forvente af forløbet, og hvad der forventes af dem, hvordan det bliver at sove ude en hel måned, være del af en gruppe og hvilken effekt forløbet mon får. Nogen er fortrøstningsfulde, mens andre ikke helt tror på bedring. Jeg har fulgt tre grupper på tre centre den første uge af deres forløb og interviewet dem efter forløb eller på de allersidste dage af forløb, ligesom jeg har interviewet gruppe 4 den uge, jeg var indlagt. De resultater, jeg præsenterer, bygger på data fra disse interviews og fra feltsamtaler med andre patienter.

I kapitlet søges følgende spørgsmål besvaret:

Hvordan oplever patienter at blive spurgt om mål?

Er mål synlige undervejs i forløbet?

Oplever de, at mål giver mening?

Kapitlet er bygget op om tre afsnit. Det første afsnit indeholder en lille introduktion til livet som patient på Sano for at give et billede af dagens struktur, det at være del af en gruppe og så kort om de refleksioner, mine informanter har haft om opholdet helt generelt. Andet afsnit omhandler oplevelser og refleksioner ift. målformulering, og hvorvidt mål har været synlige gennem forløbet og tredje afsnit om patienters holdning til, om det har givet mening at have mål.

### Livet som patient på Sano

Det er en lidt prætentios overskrift, for det lader sig ikke gøre at beskrive livet som patient; dertil er patientgruppen for mangfoldig og oplevelserne på opholdet for forskellige.

Det lader sig i stedet gøre at beskrive de tre fixpunkter, der dels giver dagen struktur (dagsskema, måltider), dels er med til, for manges vedkommende, at skabe en hjemmebase væk fra hjemmet (den gruppe, man er tilknyttet).

Det ene fixpunkt er ens gruppe, ens hold. Under det 4 ugers rehabiliteringsforløb er man del af en gruppe, typisk bestående af 6-7 personer, og ofte med et stort spænd i alder, sygdomslængde, familiære forhold osv. Under opholdet vil man tilbringe en stor del af tiden med denne gruppe mennesker. Man sidder sammen og spiser med sit hold, man går til den obligatoriske undervisning med sit hold, man finder tit sit hold, når der skal sludres, ses tv, gøres ture, laves udflugter. Selvom man også snakker med andre på tværs af ugerne, særligt i TV stuer eller på bænke udenfor.

På de hold, jeg fulgte, gik snakken vidt omkring: "hvad skal du i dag", "hvordan gik det med din mand i går, kom hjemmeplejen?", forskellen mellem supermarkedskæder, hvad man fejler, anekdoter om svigermødre, tatoveringer, Danmarks øer, børn, arveregler. Der er forskel på, hvor social man ønsker eller formår at være, og det synes der at være en stor forståelse for. Jeg forundres over, hvor hurtigt mange åbner op for at snakke om private ting til hinanden, give gode råd. Af de hold, jeg var indlagt samtidig med (12 i alt, 4 på hvert sted), var der kun et enkelt, hvor der tydeligvis var dårlig kemi mellem flere i gruppen. Jeg oplevede selv på de tre hold jeg fulgte tæt, at man hurtigt kom ind på livet af hinanden. I feltsamtaler og i interviews har jeg spurgt ind til, hvordan det er at være på hold, og det mest gængse svar er, at der trods forskelle er mange ligheder, mest af alt at "vi er jo alle sammen i samme båd". Her et lille udpluk fra interviews med "mine" medpatienter:

*"Vi er jo kommet i bås med lidelsesfæller, og dem har man jo ikke i hverdagen at sparre med, så jeg tror osse, at*



*mange af os har været inde omkring dit liv, mit liv og hvordan er det gået"; "ånden og tonen og i gruppen og personalet og omgivelserne - for mig der har det en positiv indflydelse, det er ikke let at sætte på papir."; "for mig har det været vildt fantastisk for første gang, at selvom om man har forskellige diagnoser, så er man i samme bås på en eller anden måde, det kan man mærke, og det er rart"; "Selvom man er lidt Palle alene i verden, så var vi jo alle sammen i samme båd, så vi talte sammen på kryds og tværs, og man lærte jo de mennesker at kende i den gruppe, man er i".*

Alt er dog ikke positivt ift. at være på hold, som en patient siger: "jeg synes bare, det blev for meget snak om de forskelliges skavanker og sygdomme, det optog for meget tid".

Der er tradition for, at grupperne laver noget socialt sammen en aften den sidste uge, enten på Sano eller i byen. (En gruppe i Middelfart var på Bridgewalking).

De to fixpunkter, som strukturer dagen som patient på San, er dagsskemaet, som man har adgang til enten via Sano app'en eller i papirudgave og måltiderne: morgenmad, frokost, aftensmad. Begge dele er genstand for en del debat gennem opholdet. Dagsskemaet bliver debatteret i forhold til, hvad man skal den dag, om der er for lidt eller for meget på skemaet, om man har fået en ekstra bassin tid, eller snak om, hvad man synes om f.eks. håndtræning.

Måltiderne strukturer døgnet, det er her, man mødes som gruppe og snakker om alt mellem himmel og jord – og om maden: "det er godt nok lækkert", "den opskrift må jeg ha", "jeg bliver inspireret af alt det skønne mad". Selvom de fleste lovpriser maden, er der osse andre røster: "uh min mave går i stå, jeg er ikke vant til at spise så sundt", "ingen kød??", "jeg synes, det er lækkert, selvom jeg godt nok er vant til sovs", "der er ikke meget sødt, jeg er vant til noget sødt, det savner jeg". Rent sundhedsmæssigt bliver der gjort en del ud af ernæringsrigtig, fedtfattig mad. I hvert køkken er kokkene tilstede og præsenterer maden.

Formiddag og eftermiddag er der dels fællesundervisning, dels individuelt program.

Om eftermiddagen, når dagens aktiviteter er for nedadgående, lader mange op på deres værelser, mens andre sætter sig i fællesarealer; på fine solskinsdage er bænken fyldt med patienter.

Efter aftensmaden er det individuelt, hvad man laver; det er forskelligt, hvor lystigt snakken går, og hvor mange der ser tv og hvor. Roen falder som regel over Sano ved 21.30- 22 tiden.

Fredag er der afrejse ved 14 tiden (man afslutter ophold på Sano Skælskør torsdag).

Jeg har hørt flere medarbejdere kalde opholdet en "bobbel", fordi man på Sano f.eks. ikke skal forholde sig til at lave mad, købe ind, hente børn, gå på arbejde og i stedet kan koncentrere sig om sig selv og sin egen træning. Men jeg oplevede i hverdagen, at det måske snarere er en parallelverdenen, og at ting fra ens almindelige hverdag presser sig på: en studenterfest, et barn der ringer og savner en, en syg mand derhjemme, der ikke får den fornødne hjælp, en arbejdsskadesag og snakke med advokat mv.

Afslutningsvist vil jeg opsummere pointer fra interviews. Det har været naturligt at spørge, hvordan informanter har oplevet forløbet, og hvordan de har oplevet at være på hold. Generelt er der stor tilfredshed med opholdet blandt dem, jeg har snakket med. De fremhæver dels, at opholdet har haft en positiv effekt, (flere siger langt mere, end de havde turdet håbe på), at medarbejderne har været kompetente, venlige og imødekommende, at det er godt at opleve et helhedsblik på deres situation, at omgivelserne er dejlige, og at det har været godt at være sammen på holdet. For enkelte har det været en udfordring at være sammen med så mange, at have toilet og bad på gangen og være væk hjemmefra. Og enkelte snakker om opholdet som en "gave", som de har følt sig forpligtet til at gengælde ved at yde en stor indsats, mens de er på ophold.

Allerede under min første "indlæggelse" skriver jeg i en feltnote:

*Obs på reciprocitet: et tema, der er dukket op flere gange er taknemmeligheden over at få opholdet på Sano og i samme sætning siger flere, at "det forpligter ift. at træne" (Gaven, Mauss).*

Marcel Mauss skrev i 1920'erne en af antropologiens mest berømte værker, Gaven. I en sammenligning mellem gaveudveksling i arkaiske samfund, og hvad der dengang blev kaldt primitive samfund, fandt Mauss, at der i gavegivning ligger en særlig logik. En gave gives, gaven modtages – og den gengældes. Mauss gjorde os opmærksom på gavens karakter, at det, der umiddelbart kan se ud som en transaktion, en simpel social handling: hun giver en gave, han modtager den, i virkeligheden kan ses som knytning af et socialt bånd mellem giver og modtager, og for at dette sociale bånd og balancen i forholdet vedligeholdes, er modtager forpligtet til at gengælde gaven. Der er spundet mange spændende tanker over Gavens bidrag til antropologien, men i forbindelse med mine ophold på Sano, er det interessante den meget direkte måde, som flere af mine informanter har italesat gavegivning på, her nogle eksempler:

*En sen aften sidder jeg i opholdsstuen og interviewer to kvinder, som er på sidste uge af deres ophold. Den ene siger "det kan osse være svært derhjemme at have tanker om, hvilke mål man har, for man ved jo ikke helt, hvad forventer de af dig. Man er blevet bevilliget det her ophold, det koster så mange penge, kan man nu leve op til det? Gør jeg det godt nok?". Hvortil den anden siger "det er fordi vi er så samvittighedsfulde, at vi synes, nu har vi fået så stor gave foræret, så skal vi osse leve op til det, men det er jo ikke sådan, de tænker det. De tænker, hvis de er villige til at blive hjulpet, så er vi her".*

*Og en kvinde på et andet center under et interview i forbindelse med refleksion om måls betydning: "det koster 55.000 kr., at vi er her, så som samfundsborger føler jeg mig forpligtet; og på den måde kan jeg jo godt se, at de mål er vigtige".*

Flere ser altså rehabiliteringsopholdet som en gave og føler, de bør give noget igen: træne, indgå i målsætning og gøre en indsats, mens de er der. Modsat andre former for gaveudveksling, hvor man måske er lidt mere på hjemmebane ift., hvad der forventes, er i hvert fald den ene informant lidt på glatis ift. forventninger – gør jeg det godt nok?

## **Refleksioner ift. målformulering og målets "rejse"**

På mit feltarbejde har jeg iagttaget flere karakteristika ved patienter til målsamtaler:

Der er de, der kommer velforberedte med mål nedskrevet på papir eller lagret i hjernen, og de der ikke gør. Der er de, der er hurtigt afledelige og følger en masse biveje i deres kommunikation, før de bliver hentet ind på målspektret af de fagprofessionelle, og der er de, der (i højere grad) holder sig til det, de bliver spurgt til. Der er de, der er vant til at sætte mål på egne vegne og de, der ikke er. Og så er der nogen, som nok er vant til at sætte mål, men som oplever, at sygdomsforløbet gør det svært.

Variationen i forhold til alder, lidelse, varighed af sygdomsforløb og kommunikationsevner er stor, og i mange samtaler er der følelser på spil.

I interviews efter opholdet på Sano kigger informanterne tilbage på forløbet og reflekterer over mål. I flere tilfælde har jeg været med til de tværfaglige møder, hvor mål skulle formuleres, og så besøger vi mødet igen i fælles hukommelse.

I analysen af data fra interviews, fremgår det at:

- Alle husker deres mål og finder dem vedkommende.
- Over halvdelen har delt deres mål med pårørende.
- Alle har oplevet, at deres team kendte til lige præcis *deres* mål.
- Næsten ingen havde forventninger til opholdet; de var usikre på, hvad det gik ud på og hvad det indebar.
- Mange synes, de har fået stort udbytte af undervisningen, også selvom noget var kendt viden.
- Flere fremhæver Motivation og forankring som udbytterigt, ift. at sætte fremtidsmål.

Der er flere hovedtemaer på tværs af interviews og feltsamtaler. Temaerne kan grupperes i følgende overskrifter, som uddybes herefter.

- Uforberedt på mål.
- Oplevelse af målundervisning (Middelfart).
- Jeg siger håb og de siger mål – forskellige opfattelser af og forståelser for mål.
- Barrierer for formulering af mål.
- Mine mål, deres mål. Synlighed af mål gennem forløbet.

### **Uforberedt på mål**

Flere informanter blev overraskede over, at de skulle sætte mål.

En yngre kvinde tænker tilbage på fælleskonferencen på anden dagen:

*"Jeg blev spurgt direkte: hvad er dine forventninger og hvad er dine mål? Har du tænkt over dine mål? Og det var jo ikke noget, man havde forberedt sig på, og det kom sådan lidt: hold da op. Men igennem de to spørgsmål åbner man jo sindssygt hurtigt op. Altså det gjorde jeg, for det var jo vigtigt, hvorfor er jeg her, og hvad vil jeg gerne med det her, for vi er her jo alle af en træls grund".*

Senere i interviewet undrer jeg mig over, hun var så uforberedt på mål, for i den uge vi var sammen, henviste hun til en del information, hun havde læst f.eks. på hjemmesiden om Sano. Det undrer vi os lidt over, mens hun reflekterer "jeg ville nu ikke ønske at få at vide, du skal sætte dig mål, inden du kommer. Det der pres på den måde, vil jeg ikke synes, var nødvendigt. Osse fordi, hvordan definerer du mål...det kan jo være, du er jo stadig usikker: Jamen er det rigtige mål, kan jeg sætte mig de mål, så synes jeg, det er rarere at komme herud og møde personalet og så bare få en naturlig snak omkring, hvad er det du gerne vil her, hvad forventer du, der skal ske?"

I et andet interview vil informanten gerne have haft mere information om mål:

*"Det med de mål og sådan nogen ting, at det er så konkret, det får du ikke noget at vide om. Jeg havde ikke fået at vide, at jeg skal sætte nogle mål for, hvad jeg ville med opholdet. Det kunne jeg godt have tænkt mig, for så havde jeg måske tænkt mere over det, inden jeg kom derned. Og det synes jeg måske, de skal være lidt mere konkret med i de papirer, de sender ud, det eneste der står, det er noget med de hold, man kan komme på og sådan noget, jeg synes ikke der står...det kunne jeg godt tænke mig, der står noget mere om... så havde jeg måske gjort nogle flere overvejelser"<sup>13</sup>.*

*- Kan du huske, da vi så startede dernede, kom en og præsenterede, hvad er et mål og hvordan sætter vi mål?*

*- Ja, men det var jo først den dag, vi var dernede.*

*- Ja. Kan du huske den undervisning vi fik ift. mål?*

*- Nej, ikke konkret, andet end at ...nej det kan jeg faktisk ikke".*

---

<sup>13</sup> Informanten har fået indkaldelse et halvt år før opstart – det skriftlige materiale er siden blevet ændret.

Modsat første citat, vil denne informant gerne have haft mere information om mål og gerne før dag 1. Den generelle undervisning om målsætning på dag 1 (Middelfart) har tydeligvis ikke afspejlet sig i "hjemmearbejdet".

### Oplevelse af målundervisning (Middelfart)

Der kan være hæmmende og fremmende faktorer i målsætningsprocesser, og som fremmende faktorer fremhæves støttemateriale og uddannelse af patient og pårørende ift. målsætning (Plant et al 2016). I Middelfart får man undervisning om mål og målsætning på forundersøgelsesdagen. Det er derfor interessant at spørge patienter fra Middelfart om deres oplevelse af undervisning om mål. Enkelte husker ikke undervisningen som eksemplet ovenfor. Andre har været positive:

*"Kan du huske, vi var til undervisning om at sætte mål, hvad synes du om det?"*

*- Ja, det er det, vi har snakket meget om, at det skal være realistisk, når man sætter mål, og det er det, jeg har fanget, altså det overordnede, og det var aha for mig, at det skal være realistisk. Ellers tænkte jeg, nå, jeg skal derop og tage mig 5-6 kg på en mdr. [vi griner, jeg siger "right!"].*

*- Hvordan oplevede du så, dengang du skulle til at sætte mål, da det blev dine egne mål?*

*- At jeg skal sætte mål, jeg ved, jeg kan klare, ellers bliver jeg skuffet [...] den undervisning har givet rigtig god mening for mig, [...at] vi skulle sætte mål, vi kunne klare"*

*"Jeg synes faktisk, det var godt [undervisning], for så får man sat mere fokus på, at man har et mål; det er vel kernen til det hele, er det ikke, at man ligesom kommer til at tænke over, hvad man gerne vil. [Jeg synes, det er] godt, at man har sådan nogle mål...der kunne godt være mere tid til det, synes jeg".*

Hvor denne patient efterlyser mere tid til det, foreslår deltagerne i et fokusgruppeinterview, at medarbejdere bruger en stige som billede i undervisningen. Mens vi en aftenstund spoler tiden et par måneder tilbage, minder de hinanden om, at der "allerede dengang blev snakket om SMART mål og målbarheden af mål". En mener, det var lidt forvirrende og svært at sætte et målbart mål, og manglede en forklaring fra medarbejderne. Her kommer stigen ind:

*"Hvis man bruger et billede af en stige, 'se, du skal herop i din praktik – hvad skal der til for at komme herop til praktik, jeg skal lære at lytte til min krop, jeg skal lære at disponere min tid, og kunne gå længere end 100 m'", hvortil en tilføjer "men det har du egentlig ret i, at det er nemmere for mange, hvis det kører på trappen i stedet for, at der er en linje, hvor man skal skrive noget for det der med, hvordan kommer jeg derhen..."*

Det interessante er, at i et af eksemplerne fra brudstykker fra Sano Middelfart omkring målsamtaler siger en medarbejder: "Vi vil gerne lave mål, her er du nu, der vil du gerne hen og forsøge at lave trappetrin". Det er ikke muligt at konkludere på undervisning i mål som en fremmende faktor, dertil er mine data ikke fyldestgørende. Men det er tankevækkende, at i de 5 målsamtaler jeg er med til, har alle tænkt over mål hjemmefra.

### Jeg siger håb og de siger mål – forskellige opfattelser og forståelser for mål

Et gennemgående træk ved informanternes refleksioner er, at de selv og medarbejdere har forskellige opfattelser af mål, og at de har måttet igennem en oversættelsesproces for at kunne gennemskue medarbejderen forventninger til målsætning.

En informant indrammer dette således:

*"Ja, så håb skal [ifølge medarbejdere] være et mål, men det er, fordi jeg arbejder meget mere med mit hjerte end heroppe [peger på sit hoved]- jeg siger håb, og de siger mål".*

Andre reflekterer over begrebet mål: "det er et mærkeligt ord, for vi kommer ikke jo aldrig i mål; men vi kommer et stykke af vejen" og "Man kan godt sætte sig lidt fast i ordet mål, for så er det noget, man skal opnå, altså hele tiden konkurrence, så det kan også være lidt negativt ladet".

### **Barrierer for formulering af mål**

To ting synes at kunne udgøre en barriere for målsamtalen.

Den ene er selve dagsformen på dagen for målsamtalen, hvor søvnmangel og smerter kan have indflydelse på samtalen.

*"Jeg havde rimelig mange smerter, jeg havde rimelig ondt over det hele, det var en af de rigtig sorte dage, det var det, og da de satte sig ned, jamen for mit vedkommende var det jo at få noget, så jeg kunne komme videre og så klare hverdagen i stedet for bare at sidde og glo ind i væggen på fjernsynet og ikke foretage mig noget".*

Den anden er, at det er svært at sætte mål, hvis både nutid og fremtid synes usikker.

Flere informanter udtrykker, at de er blevet bedt om at sætte mål på et tidspunkt, hvor nutiden synes sort og fremtiden uvis. Det har vanskeliggjort processen for dem. En mand udtrykker det således:

*"Det der med at de siger, hvilke mål har du, jamen jeg kan slet ikke overskue det her i øjeblikket.*

*- Nej. Så hvordan var det, da de spurgte om det?"*

*- Det var rimelig besværligt, for mit vedkommende, ja hele korthuset faldt jo sammen for lidt over et år siden, så jeg var ret ny i det, og stod der og skulle finde ud af, hvilket ben jeg skulle stå på, rent ud sagt, det...det er lidt svært, når man ikke lige kan overskue tingene".*

En anden, som gennem lang tid har været meget smertepreget efter en ulykke, siger:

*"Når du har smerter er alting sort. Jeg kunne ikke tænke på det [mål]. Jeg mener: det gør ondt, og det gør ondt psykisk."*

(For lignende fund i kvalitative studier på hhv. senhjerneskadeområdet og lænderygområdet, se Tonnesen & Maribo 2015, Tonnesen 2016).

### **Mine mål, deres mål**

I alle fokusgruppeinterviews med medarbejdere, har der været debat om, i hvor høj grad patienter føler, det er deres mål, der bliver sat og i hvor høj grad de føler, medarbejdere har ført dem i en bestemt retning. I interviews med patienter har jeg refereret til, at medarbejdere gerne vil vide, hvad de tænker om dette.

Alle, med en enkelt undtagelse, har følt, det var deres egne mål, men samtidig reflekteret over medarbejderes rolle i målsætningen og den slags mål, medarbejdere synes at forvente.

To pointer fremstår:

1. Medarbejdere guider til refleksion over egne ønsker og mål.
2. Det kan være svært at formulere mål.

### *Ad. 1. Medarbejdere guider til refleksion over egne ønsker og mål*

Det at arbejde med og tænke i mål er ikke let for alle. Flere har reflekteret over, hvordan medarbejdere har spurgt og lyttet, og ja, måske præget retningen, men det er oplevet mere som guidning, så den enkelte finder frem til rette mål, end direkte styring.

*"De lægger på den vis ikke ordene i munden, men de får ligesom en til at tænke sig om, og det synes jeg var rigtig godt"*

*"Mit overordnede mål, det var at kunne starte i praktik, når vi er færdige, men det kan vi jo ikke måle på, som de siger, de vil gerne have noget mere håndgribeligt, og der fik de mig guidet frem til, at et målbart mål kunne f.eks. være min gangdistance.*

*- Og hvis du tænker tilbage på det, tænker du, det var fornuftigt nok, eller tænker du: der manglede måske noget af det, jeg osse ville?*

*- Nej, det var rigtig fornuftigt at gøre det sådan".*

Begge patienter er blevet guidet, og begge synes, det har givet mening. I andet citat har patienten haft et mål om "at kunne starte i praktik". Det er i processen blevet et overordnet mål, mens Sano-målet, som skal være målbart, er blevet "gang-distance". Patienten mener, retrospektivt, at det var fornuftigt. Sidste citat er fra en patient fra Middelfart, hvor der netop lægges vægt på det målbare i formulering af mål.

En anden patient fortæller, at "jeg ville først have sagt det [mål] som noget fysisk, men det er ligesom om, det skal være noget andet, har jeg indtryk af". Hvad præcis "det andet" er, kan patienten ikke konkretisere.

### *2. Det kan være svært at formulere mål*

Som vi så i kapitlet omkring nedarbejderperspektiver, og som flere af de empiriske eksempler har vist, kan patienter have svært ved at forstå og regne ud, hvilken målformulering er den rette på Sano.

Det kan være svært at formulere mål på den måde, medarbejdere synes er den rigtige, og det kan være svært at formulere mål, fordi de skal koges ned og være konkrete og målbare.

Her indfanget i et citat fra en patient i Skælskør:

*"Ja, ja, vi formulerede de tre mål*

*- Og når du siger vi formulerede [jeg fortæller, at medarbejderne gerne vil vide, om patienterne mener, deres mål er blevet ført i en bestemt retning af medarbejdere].*

*- Ja, jeg kan huske, og det var faktisk osse, da jeg kom igen, og vi snakkede om det, det er lidt med, at jeg forstår, hvorfor de gør det. Man er netop ikke vant til den terminologi, og hvor vi skal hen, vel? Øhm, så jeg vil sige, at patienten tænker på mange flere ting, end de gør, de vil gerne have forkortet det ned til nærmest et ord, øh, og det kan man mærke, det studsede jeg nemlig lidt over "jamen vi har kun 3 mål", og nu har vi bestemt, at det er det og det og det. Og så sir' man nå, for der bliver min ryg jo ikke nævnt, og det er mit største problem, men hvis det andet bliver klaret, så er jeg jo osse kommet et skridt videre [hun griner].*

*- Når du sir' det på den måde, så får jeg en fornemmelse af, at det er gået lige lovlig hurtigt.*

*- Ja, der var sådan lidt, men [fortæller at andre aspekter ved hendes situation overtog scenen i samtalen].*

*- Men når du så siger, det var ryggen, der var det største problem, og det ikke var et af dine mål, det er da lidt interessant på en måde?*

*- Mit største problem var knæet, men det ligger jo i det at gå på trapper, være stærkere, jamen ryggen kan jo osse være indeholdt i det at blive stærkere, og jeg tænkte, de skulle skynde sig, "og vi har kun tre mål, det er det og det og det, er du enig?"*

*Ja, ja, sagde jeg så."*

Der er mange aspekter at trække frem fra dette citat. Patienten er ikke vant til terminologien, og tænker på langt flere ting, end medarbejderne gør. Men alle de ting er der ikke plads til, når mål skal koges ned til tre og formuleres i korthed. Der var en tydelig tidsfaktor involveret i målmødet, erindrer patienten, og den knappe tid lader til at have påvirket både medarbejdere, som hurtigt nævner de tre mål og cementerer dem ved at sige: "er du enig?" og patienten, som pragmatisk siger ja, ja og regner med, at vejene mod de mål kan afhjælpe andre ting, som har betydning.

Patientens oplevelse af en knap tidsfaktor bekræfter medarbejderes oplevelser.

I et andet citat fra en patient i Århus ses det, at det kan være vanskeligt dels at mærke efter, hvad er det *jeg* gerne vil, dels at forstå, hvad medarbejdere vil have én til. Eksemplet er patientens refleksioner på den målsamtale, der blev beskrevet i brudstykker fra Århus.

*"Jeg kan huske, jeg var med, da der blev snakket mål.*

*- Ja, og du sad derovre [peger].*

*- Og du sad her, og der var varmt den dag. Hvordan oplevede du den seance?*

*- Den oplevede jeg som god, jeg synes, det var en god seance, men... den var svær, for man er jo ikke vant til at skulle sidde og føle efter, hvad er det egentlig, man har brug for, jeg skulle da lige sidde og tænke over det. For det er jo stort set det hele, jeg har brug for – fødder, hænder, muskler, sener, det er det hele, der er galt med. Så det er faktisk en stor omgang. Og så tænkte jeg, nå, men hvis jeg nu bare siger, jeg ønsker hjælp til at få min ryg stabiliseret, så jeg får mindre smerter, jamen så blev de jo ved med at pejle sig ind, og så til sidst endte det jo med at blive tre ting mere, tror jeg faktisk, men det var mit primære mål at få ryggen gjort stærkere, for jeg kan ikke gå lange ture.*

*- Kan du huske, du sagde "I spørger sgu så pædagogisk, så jeg forstår ikke, hvad I siger", [vi griner].*

*- Jeg skulle faktisk selv til at sige det, [...] det var særligt [nævner en medarbejder x], som bare blev ved med at spørge løs om et eller andet, og når jeg så havde svaret hende, så startede hun faktisk forfra igen, og så tænkte jeg nej, det bliver sgu da lige lidt for pædagogisk for mig, til at jeg kan fatte, hvad det her går ud på. Men hun er bare så sød, og hun vil folk det bedste, og hun er jo sat til at gøre det, men resten har ikke været pædagogisk på den måde".*

I sætningen "nå, men hvis jeg nu bare siger, jeg ønsker hjælp til at få min ryg stabiliseret" ligger en hentydning til, at medarbejdere forventer svar, og det kan da ikke gå galt at sige "få ryg stabiliseret". Men medarbejdere spørger ind og ind, på en så pædagogisk måde (MI måde), at det bliver svært at "fatte hvad det her går ud på". At "resten har ikke været pædagogisk på den måde" indikerer, at netop målsamtalen er vanskeligere og måske mere famlende end de øvrige samtaler i forløbet.

I et interview med en patient fra Middelfart, bliver der reflekteret over medarbejderes fokus på det konkrete, det målbare:

*"Jamen jeg synes da, det var svært [at formulere mål], øh, fordi der var så mange ting, som jeg synes - og det var jo osse, fordi det skulle konkretiseres mere end bare det overordnede med at finde frem til træning, der var bedst for mig [...] det var lidt svært, for man skal gå så meget ned i detaljer. Jeg skulle ned i småtingsafdelingen og finde konkrete ting-der kan måles på. Der er jo mange andre ting, der er vigtige, men nu blev det de tre ting, jeg valgte. [...] Men det er da rigtig fint, fordi det er jo osse det der med at finde noget at måle på."*

Også denne patient havde mange ting, der var vigtige, men fandt ud af, at mål skulle være både konkrete og målbare. Det var svært at formulere mål, men patienten godtager medarbejderes præmis om det målbare ved at sige: "det er jo osse det der med at finde noget at måle på".

Denne lidt pragmatiske tilgang "nu blev det de tre ting, jeg valgte", bliver gengivet på et andet center, af en anden patient:

*"Selvfølgelig, et eller andet skulle jeg finde på, et eller andet skulle jeg sige. Det er et let mål, for du kan putte alt deri, og det er jeg fuldstændig klar over, men det er det, jeg skrev, for jeg fik jo et stykke papir, hvor man gerne ville vide, hvad mit mål. Det var inden, vi kom derned. Så husker jeg det sådan, at man gerne ville have nogle delmål og skrive ned på et stykke papir, [han klukler] okay, så finder vi nogle delmål [nævner delmålene]."*

Der er i enkelte af disse citater en pragmatisme på spil. Medarbejdere beder om mål, det kan være lidt svært at vælge og svært at svare på, så vælger man pragmatisk "et eller andet". Men selvom målene kan være valgt ud fra en vis pragmatisme, så genkender de interviewede målene som deres og finder dem væsentlige. Kun i et enkelt interview har en informant sagt, at mål ingen rolle spiller:

*"De her mål spiller nok størst rolle ift. fysioterapeuten, og de har nok været mere i hendes bevidsthed end i min."*

Flere oplever, at det er vanskeligt selv at vurdere, hvad et realistisk mål er. F.eks. denne patient som har oplevet, at det var meget lavt mål, der blev sat:

*"Jeg var bekymret for, at det var et lavt mål, og det må jeg så sige, det var det ikke, for jeg har kun opfyldt 1 af 3 mål, det siger nok mere om, hvad det var for en forestilling, jeg selv havde om, hvor langt jeg kunne komme."*

### **Er mål synlige gennem forløbet på Sano?**

Målene er udgangspunkt for de interventioner, der bliver sat i værk. Men ser patienter en sammenhæng mellem mål og interventioner? Er mål synlige gennem forløbet?

Det er der forskel på. Nogle understreger, at alle øvelserne og hele planen jo er tilrettelagt efter målene. For andre er det ikke altid tydeligt, hvordan planen, interventionen, følger målene. Flere siger til slut i samtalen med mig, at nu hvor vi har snakket om det, kan de godt se sammenhængen.

En siger f.eks. "De er ikke fordi de [medarbejdere] ikke har været målrettede ift. mål, jeg har bare ikke været fokuseret på det" og i et fokusgruppeinterview mener en, at "det har ikke været italesat". Når jeg spørger ind til midtvejssamtale, kan nogen huske den, og for andre står den lidt uvis hen; "har jeg haft sådan en?". Disse svar kan ses i sammenhæng med, at der i et forløb på Sano er mange samtaler, det er derfor ikke underligt, at midtvejssamtalen for nogle går i ét med andre møder.

De afsluttende møder derimod husker alle, hvilket kan hænge sammen med, at de bliver interviewet ganske kort tid efter endt ophold. Mange fremhæver, at det på afsluttende møder blev klart, hvilken effekt forløbet har haft, på søvn, på kraft i hænder, på gang, på "det mentale". Desuden så peger både undervisning i Motivation og Forankring og de afsluttende samtaler frem mod livet hjemme, mod de langsigtede mål, der skal arbejdes efter i fremtiden. I interviewene er en del godt i gang – er begyndt på træningscenter, har købt el-cykel, har købt en kugledyne og afslapningsmusik mv.

Så er mål synlige i interventionerne? Svaret er, at det er det for nogen i deres daglige aktiviteter, mens andre ikke forbinder aktiviteterne med deres mål, eller de kan ikke gennemskue, at øvelser f.eks. kan pege mod mål.



## Giver det mening at have mål ?

Selvom en del oplever målformulering som vanskelig, så er der en generel opfattelse af, at det giver god mening at sætte og arbejde med mål. I interviews på tværs af Sano centrene fremtoner tre grunde til, at patienter finder det meningsfuldt:

1. Mål giver fokus
2. Mål giver refleksion
3. Mål giver mod

Patienters udsagn forklarer tydeligt, hvad der ligger i de enkelte overskrifter:

### *Mål giver fokus og en retning at gå efter*

"Målene bliver jo sat af os og de måler jo med målene, men hvis der ikke er noget mål med at være der er det lidt optur, lidt absurd. Lidt som at bede en om at grave et hul – hvorfor? Der skal jo være idé med det".

"Ja, jeg synes det giver mening [at sætte mål], for vi kan gribe fat og se det lykkes, ellers kan det let blive noget flagrende noget, det giver noget at arbejde hen imod".

"Du får ikke noget ud af det, hvis du ikke ved, hvor du skal hen".

"Det giver fokus".

"Det handler meget om, at det er os, der skal på banen, det er os, der skal forklare og lægge en plan, og så kunne de støtte mig, og det synes jeg er vigtigt, for det er osse det, der sker, når jeg kommer hjem, det er mig, der skal trække læsset. Men nogen gange har man bare brug for en håndsrekning for at komme derhen, og det er det, de gir' en".

### *Mål giver refleksion*

"Det tager udgangspunkt i mig, det er en god måde at starte ophold på; det får dig til at reflektere over hvad din situation er".

"Hmm, giver det mening [at sætte og arbejde med mål]? Hmm. Det gav noget at tænke over, men vi flyttede det undervejs [...], det er lidt svært, for på en måde fandt vi jo frem til det, der virkelig fyldte, og hvis vi ikke havde snakket mål, er det jo ikke sikkert, vi var nået dertil".

"Man tænker mere over tingene".

### *Måleffekt giver mod*

Det at sætte mål og se, at de giver effekt, har for flere givet fornyet mod på tilværelsen. En kvinde i 70'erne fortæller: "Mine mål var jo at – jeg kunne ikke gå mere end 100 m, så skulle jeg stå og hvile mig lidt, og nu er jeg kommet op på, ja jeg har det her på skrift, ved afslutning kan jeg gå 800 m, altså på løbebåndet". Hun fortæller mig, at hun nu har turdet melde sig på en langvejstur, noget hun ellers havde opgivet at turde håbe på, hun kunne igen. En kvinde, som har lidt tab i hendes nære familieliv umiddelbart før opholdet siger: "I min situation har det [at opleve effekten af mål] givet mere mod på at jeg kan få et liv [...] med en dagligdag, hvor jeg er mere klædt på og mere stærk ift. de strabadser, jeg nu skal ud i".

## Konklusion

Mål synes at være meningsfulde for de fleste patienter, jeg har interviewet. De begrundet det med, at mål giver fokus for indsatsen, danner grobund for deres egen refleksion over, hvad de gerne vil med opholdet, og mål kan give mod, hvis man kan se en effekt. En effekt kan skabe en positiv spiral og skabe mod til at turde prøve mere i hverdagen.

De interviewede patienter husker alle deres mål, og finder dem vedkommende. Over halvdelen har delt deres mål med pårørende. De oplever, at hele deres team kender til målene, men nogle kan selv have svært ved at lave en kobling mellem mål og den intervention, der bliver sat i værk.

Derved synes den videre rejse for mål at være synlig for nogen, og mere usynlig for andre.

I dataanalysen dukker flere temaer frem.

- Der er få forventninger til opholdet; de fleste er usikre på, hvad Sano er, og hvad man kan forvente at få ud af et ophold.
- Der er forskel på, hvorvidt patienter har lavet deres hjemmearbejde før ophold, nemlig at skrive mål ned; flere er helt uforberedte og undrer sig over, at de skal sætte mål; også selvom de har fået skriftligt materiale tilsendt, som omtaler mål, selvom de er blevet fortalt på dag 1, at der skal sættes mål og blevet undervist i mål (Middelfart).
- Det kan være svært at forstå, hvad et mål er, og hvordan medarbejdere ønsker mål formuleret.
- Barrierer for formulering af mål kan være smerter eller søvnunderskud ved selve målsamtalen.
- Mine mål, deres mål: det er mine mål, synes patienterne at mene. Men målene om-modelleres i større eller mindre grad til at passe ind i medarbejderes "skabelon"<sup>14</sup> (som målbare, konkrete, på aktivitets- og deltagelsesniveau; jf. medarbejdernes "hvad vil du bruge en stærkere krop til?").
- Patienter mærker, når tiden er knap til målmøder, og anlægger en form for pragmatisme, "jamen det er fint, lad os bare sige det er de mål".
- Undervisning i Motivation og forankring skaber refleksion og ideer til at sætte fremtidsmål.

---

<sup>14</sup> Se (Barnard et al., 2010) for et lignende fund, dog baseret på et lille datagrundlag, et studie af seks målsætningsmøder.

## Kapitel 7. Mål i et ICF perspektiv: analyse af 33 patienters mål

I de foregående kapitler er rehabiliteringsmål analyseret fra forskellige perspektiver: medarbejderes, patienters og beskrivelserne af mål i skriftlige materialer (brochurer, hjemmeside). I dette kapitel er perspektivet på selve målet i behandlingsplanen.

En analyse af mål kan frembringe flere nuancer på Sano's målarbejde, herunder hvilke mål synes vigtigst for patienter, evt. forskelle blandt centrene i skriftligheden af mål, og slutteligt bliver det muligt at efterprøve flere medarbejderes formodning om, at mange mål er på kropsniveau. ICF bruges som analytisk rammeværk.

### 33 patienters mål

Mål fra i alt 33 patienter er blevet grupperet efter ICF terminologi<sup>15</sup>. Målene er fra patienternes behandlingsplan.

Af de 33 er 10 patienter 65 år eller derover. 11 patienter er fra Sano Århus (gennemsnitsalder på 48 år), 12 patienter er fra Sano Skælskør (gennemsnitsalder på 66 år), mens 10 patienter er fra Sano Middelfart (gennemsnitsalder på 52 år).

For at danne et overblik over, hvilke mål synes væsentlige for patienterne på Sano, er alle mål splittet op og analyseret i et skema (se bilag 3), med brug af ICF klassifikationen som referenceramme. ICF linking af målene og drøftelser af resultater er sket i et samarbejde mellem centerleder Kirstine Bak Gulstad fra Sano Århus og antropolog Merete Tonnesen.

En ICF kodning er ofte en forhandling mellem de personer, der koder. Bør et mål som "jeg vil gerne gå herfra styrket på krop og sjæl" kodes som personlige faktorer, som Varetage egne sundhed (d570), som Muskelstyrke (b730) og/eller Energi og handlekraft (b130)? Det er valg, der er tolket, drøftet og besluttet ift. hvert enkelt mål. For refleksioner omkring kodning, se bilag 3.

### Resultater

Analysen på tværs af de 33 patienters mål viser:

1. en forskel i forhold til antallet af mål
2. en forskel i forhold til formulering af mål, dvs. det rent sproglige indhold:
  - a) hvorvidt der bruges personlig/upersonligt sprog: jeg form, at form, b) sætningers længde
3. at nogle mål snarere er midler end mål (midler: de trædestene, der fører mod målet, eller delmål).
4. en forskel ift. de billeder af patienten, der toner frem og ift. de oplysninger, der ligger i mål. I linkningsprocessen fik disse forskelle os til at drøfte behandlingsmål – hvad gør de godt for? Er det for, at patienten bliver mindet om de fælles mål? For at medarbejdere hurtigt kan danne sig et overblik over patientens mål? Eller begge dele? Eller noget andet igen?

### Forskelle på og mellem centre

Mellem centrene og internt på det enkelte center er der forskelle.

Middelfart er der en tendens til, at der er tre mål pr. patient, som f.eks. denne patient:

---

<sup>15</sup> De 33 er patienter på de hold, jeg som antropolog har fulgt og interviewet.

At komme ud og cykle (d475)  
Tabe mig (b530)  
Lære at tackle mine dårlige dage (personlige faktorer)

I Århus er sætningerne lidt længere, med flere mål, som f.eks. denne patient:

- Jeg ønsker at få noget gejst både fysisk og psykisk (b130)
- Jeg vil gerne kunne mærke en glæde ved at træne igen (d570)
- Jeg skal blive bedre til at prioritere mig selv (d570), så jeg kan arbejde hen imod et øget funktionsniveau.
- Jeg håber på at komme længere i min accept af min situation (personlige faktorer)
- Jeg ønsker at blive stærkere i min krop (b730), så jeg kan gennemføre mit studie (d830) (bla. at kunne sidde ned (d415)).

Den sidste sætning er et godt eksempel på de dilemmaer, der kan være ved at kode mål, for hvad er mål, og hvad er middel / delmål? Umiddelbart kan det synes, at det primære mål er "gennemføre mit studie".

I Skælskør er der forskel på måden at formulere mål på, herunder er to eksempler:

#### **Patient 1:**

1. Komme ned på gulv og op igen (d410)
2. Sætte sig på en stol og rejse sig fra en stol (d410)
3. Lukke og åbne BH. (d540)

Ved denne patient får vi ingen oplysninger om, hvorfor det er vigtigt at komme op og ned fra hhv. gulv og stol, samt at lukke og åbne en bh.

#### **Patient 2:**

Mine mål under opholdet: Jeg fortsætter med at tage på ture med rejseklub samt højskoleophold (d910).  
- Gang/gå ture: Jeg kan gå ca. 400 meter på 6 min, når mit ophold slutter på Sano (d450).  
- Rengøring: støvsugning/vaske gulv (d640): Jeg får bedre styrke i ben og ryg (b730), så jeg kan varetage støvsugning samt får gode råd vedr. rengøring.  
- Havearbejde: Jeg kan slå græsset derhjemme, når opholdet slutter (d650).

Ved denne patient får vi flere billeder på nethinden, eller flere oplysninger, ift. et levet liv, hvor det at rejse, komme ud og kunne passe sin have og sit hus er vigtigt. Der er et langsigtet mål på deltagelsesniveau og mål på aktivitets- og kropsniveau med en tidshorisont, der ca. dækker den periode vedkommende er på Sano ophold.

#### **Mål på aktivitets- og deltagelsesniveau & på kropsniveau**

Analysen viser, at der er flere mål på aktivitet- og deltagelsesniveau end på krops- og anatomi niveau.

Herunder en top-8 over de mål, der er flest af:

1	1. Varetage egen sundhed (16 mål, i alt 12 patienter <sup>16</sup> )	Aktiviteter og deltagelse Kap. 5. Omsorg for sig selv; Varetage egen sundhed (d570)
2	Gå (11 patienter)	Aktiviteter og deltagelse Kap. 4. Bevægelse og færden; Gå (d450)
3	Muskelstyrke (11 patienter)	Kroppens funktioner Kap. 7. Bevægeapparat; Muskelstyrke (b730)
4	Energi og handlekraft (10 patienter)	Kroppens funktioner Kap.1. Mentale funktioner; Energi og handlekraft (b130)
5	Vægtregulering (8 patienter)	Kroppens funktioner Kap. 5. Fordøjelse, stofskifte og hormonelle funktioner; Vægtregulering (b530)
6	Lave husligt arbejde (8 patienter)	Aktiviteter og deltagelse Kap. 6. Husførelse; Lave husligt arbejde (d640)
7	Fastholde kropstilling (7 patienter)	Aktiviteter og deltagelse Kap. 4 Bevægelse og færden; Fastholde kropstilling (d415)
8	Lave mad (7 mål, 6 patienter)	Aktiviteter og deltagelse. Kap. 6. Husførelse; Lave mad (d630)
	Opfattelse af smerte (7 mål, 6 patienter)	Kroppens funktioner. Kap. 2. Sanser og smerte; Opfattelse af smerte (b280)

Hovedparten af mål på **aktivitet- og deltagelsesniveau** grupperes under "*Bevægelse og færden*", med "Gå", som den kodning, der fremtræder flest gange. Derudover det vigtigt for patienterne at kunne ændre og fastholde kropstilling, at gøre brug af hænder og arme, kunne bevæge sig omkring: løbe, danse, gå ture i forskellige omgivelser, samt at kunne køre: cykel, bil, traktor.

Under *Omsorg for sig selv* er det særligt koden d570, Varetage egen sundhed, der er synes vigtigt for patienterne. Denne kode dækker over det at finde rette træningsform, tilberede sund mad, prioritere sig selv og stoppe med at ryge.

Under *Husførelse* er det særligt det at lave mad og lave husligt arbejde, der synes vigtigt, mens enkelte har mål om at Hjælpe andre (d660): passe børnebørn, være noget for familien.

Under *Vigtige livsområder* knytter målene sig til arbejdsmarkedet: Have lønnet beskæftigelse (d850). For et par patienters vedkommende knyttes mål til Videregående uddannelse (d830).

Under *Samfundsliv, socialt liv og medborgerskaber* de væsentligste ting at kunne deltage i fællesskaber (d910) som sociale arrangementer med venner og familie, højskoleophold og deltage i

<sup>16</sup> I analysen er mål for hver enkelt patient kigget efter for gengangere, dvs. der kan godt være to mål, der kodes med d570, Varetage egen sundhed. I optællingen fremgår det således, at der er 16 mål med koden d570, men det dækker ikke over 16 patienter, derimod 12 patienter.

rekreative aktiviteter og fritidsaktiviteter (d920) som rejser, håndarbejde, vandreture.

På **kropsniveau** indgår koder fra kapitlerne om Mentale funktioner, Sanser og smerte, Fordøjelse, stofskifte og hormonelle funktioner samt Bevægeapparatet.

Under *Mentale funktioner* kan målene kodes til Energi og handlekraft (b130), dvs. kunne disponere og prioritere ift. det, ens energi skal bruges til, samt Søvn (b134).

Under *Sanser og smerte* er det særligt Opfattelse af smerte (b280), målene falder indenfor: det at slippe for smerter, kunne smertelindre, lære at abstrahere fra smerter.

Under *Fordøjelse, stofskifte og hormonelle funktioner* fremgår det, at næsten hver fjerde af de 33 patienter har Vægtregulering (b530) som mål.

Under *Bevægeapparatet* centrerer målene sig om Muskelstyrke (b730), som 1/3 af patienterne har som mål, og Ledbevægelighed (b710).

**Omgivelsesmæssige faktorer** er der blot et enkelt mål indenfor.

**Personlige faktorer** kodes ikke i ICF, men handler om at håndtere, mestre og acceptere sin situation.

## Konklusion

Ved at se på mål i et ICF perspektiv føjes endnu et lag til analysen om mål og målarbejde på Sano. Hovedparten af mål er på aktivitet- og deltagelsesniveau, særligt indenfor "*Bevægelse og færden*", dvs. at kunne gå, trave ture, løbe osv. Over 1/3 af patienterne har mål, der relaterer sig til at varetage egen sundhed (d570); kunne træne, eller finde en passende træningsform. Flere mål omhandler aktiviteter som at lave mad og lave husligt arbejde.

Mål på kropsniveau omhandler særligt muskelstyrke (b730): det at få en stærkere krop, ben, muskler, samt energi og handlekraft (b130), vægtregulering (b530) og opfattelse af smerte (b280).

Der er forskel mellem centre og mellem teams eller medarbejdere ift. formulering af mål (personlig form: "Jeg kan slå græsset derhjemme, når opholdet slutter" / upersonlig form: "Komme ned på gulv og op igen"), korte / lange sætninger, antallet af mål, hvor let der er at se, hvad der er mål og delmål (eller midler, trædestene) til at komme til målet.

Analysen kan åbne op for en drøftelse på tværs af centre på flere områder, herunder forskel på mål og delmål, forskel på langsigtede, kortsigtede og evt. mellemlange mål, samt hvilke mål skal fremgå på patientens behandlingsplan, og hvilke mål er faglige delmål, som den enkelte fagprofessionelle arbejder med og dokumenterer i eget dokumentationssystem.

Ligeledes åbner analysen op for en mulig drøftelse af hensigten med behandlingsmål: kan behandlingsmål være en let måde for medarbejdere at danne sig et overblik over patienten, f.eks. i forbindelse med en undervisning? Hvis dette er en del af hensigten bag behandlingsmål, hvilke krav bør da stilles ift. selve målformuleringen?

Endelig kan man spørge, hvorvidt en større synlighed i målformuleringen omkring "trappetrin", eller trædesten på vej til mål kan lette den usynlighed, der for nogle patienters vedkommende synes at omgive koblingen mellem mål og midler til at nå målet.

## Konkluderende bemærkninger

Internationalt set er forskning i målsætning i rehabilitering et felt i udvikling. Denne undersøgelse omkring mål og målarbejde i rehabiliteringsindsatsen på Sano centrene er, så vidt vides, den første af sin slags i Danmark. I de kommende år vil vi med stor sandsynlighed se flere udgivelser med fokus på mål i rehabilitering. Det er der flere grunde til. Dels er der på den danske rehabiliteringsscene en stigende interesse for målsætning; flere fagprofessionelle erkender, at det kan være svært og dilemmafyldt at sætte mål, og de ønsker at blive klogere på målsætning. Dels er rehabiliteringsindsatsen vævet ind i paradigmet omkring borgerinddragelse. Vi taler om inddragelse og involvering af borger både i det enkelte forløb, på det organisatoriske plan og rent forskningsmæssigt. Tidligere blev mål sat for borgere, nu bliver mål bliver sat med borgere (som hovedregel), borger er med andre ord eksperten på eget liv. I slipstrømmen af paradigmet bliver det således væsentligt at drøfte, hvordan mål sættes for at sikre denne inddragelse.

Denne undersøgelse ser mål og arbejdet med mål fra flere perspektiver:

patientperspektiv, medarbejderperspektiv, organisatorisk perspektiv og ICF perspektiv.

Undersøgelsens fund vil blive præsenteret under disse fire overskrifter, men først et par hovedpointer fra undersøgelsen.

*Det giver mening have rehabiliteringsmål*, det mener både patienter og medarbejdere.

De er enige om, at der er flere grunde til at sætte mål:

Mål:

- Fastfolder fokus, og sikrer vi alle arbejder samme vej
- Skaber en bevidstgørelse og refleksion over egen mål
- Indgyder mod (patienter)
- Motiverer (medarbejdere)
- Beviser, vi leverer resultater (medarbejdere)

### *Mål om-modelleres*

Patienter og medarbejdere er enige om, at et mål er patientens mål, det udtrykker et ønske om en ændring, og det er et pejlemærke. Samtidig viser observationer, at nogle mål er som modellervoks. Det starter i én udformning, men ender efter et stykke tid i en anden udformning. Hvis en patient siger "jeg vil gerne have stærkere hænder", spørger medarbejdere, "hvad vil du bruge det til?", de søger via spørgsmål at guide patienten til et mål på aktivitets- og deltagelsesniveau. Medarbejdere på alle tre centre stiller spørgsmålstegn ved, om patienter derved oplever, at mål bliver for "ført" af medarbejdere. De interviewede patienter synes ikke at være af den overbevisning. De oplever at blive guidet, men genkender målene som deres egne.

## Organisatorisk perspektiv

En del af undersøgelsens fokus er, hvordan mål sættes i de tre huse, og hvordan målet "rejser" videre i den enkeltes rehabiliteringsforløb. Det organisatoriske perspektiv inkluderer således de strukturer, der former forløbene på centrene (forløbsprocesser og mødetyper), samt de redskaber der er valgt at bruge i praksis, som vedrører målsætning.

### *Fire faser i målarbejdet på Sano*

Mål fletter sig ind i alle dele af rehabiliteringsprocessen. Analysen viser, at der er fire faser i målarbejdet på Sano:

#### 1. Måloptakt

Før ophold er mål synligt på skrift, i brochurer om Sano og på hjemmeside. I udredningsfasen på dag 1 nævner medarbejdere mål, eller ønsker for ophold. I Middelfart er der undervisning i målsætning. Patienter bliver, som hjemmearbejde før rehabiliteringsopholdet, bedt om at skrive mål for ophold ned.

#### 2. Målsætning med formulering af mål

I Skælskør påbegyndes målsætning i nogle teams i forbindelse med udredning på dag 1. På dag 2 i forløbet er der på alle centre målsætningsmøder med patient og teamet, som er tilknyttet patienten. Tidsrammen og fremgangsmåden er forskellig fra center til center. I Skælskør er der afsat 15 minutter til mødet, i Middelfart 20 minutter og i Århus 30 minutter. I Skælskør bruges COPM i målarbejdet, i Middelfart GAS og MI som samtaleteknik, og i Århus MI som samtaleteknik.

#### 3. Arbejde med målopnåelse

Efter målsætningen rejser målet videre i forløbet; interventionerne, der sættes i værk, leder op til målopnåelse.

#### 4. Evaluering af mål

Foregår på midtvejsmøder og afsluttende møder. Indholdet på disse møder er primært hægtet op omkring patientens mål.

Faserne er ikke skåret i granit, men kan i forløb være flydende. Endskønt det ikke er kutyme at ændre mål i behandlingsplanen, sker det, at der undervejs i forløbet dukker andre væsentlige mål op, som kommer til at indgå i forløbet.

For medarbejdere er denne proces velkendt og tilbagevendende, mens den for de fleste patienter er ukendt og unik.

### *Møder omkring rehabiliteringsmål*

Møder er en del af den arkitektur, dvs. de byggesten, der udgør Sano, og samtidig en del af infrastrukturen, de veje, hvorved beslutninger, ideer, magt, modstand osv. cirkulerer. På Sano er der mange møder mellem patienter og behandlere. Hvis vi zoomer ind på fælleskonferencer om målsætning, er disse møder præget af en cirkulation af ideer, meningsudvekslinger og forhandlinger om mål, om mulige veje til at nå målet, om hverdagens problematikker og gode råd. Møderne fungerer som "makers", det vil sige en interaktion, der muliggør noget, bevæger ideer og samtaler og mål et bestemt sted hen.

En komparativ analyse af strukturen på møderne på tværs af de tre centre viser, at de i opbygning er forholdsvis ens, med 1) indledning, 2) målsamtale & målformulering, 3) diskussion af interventioner til målopnåelse og 4) afrunding. Indledning og afrunding fylder tidsmæssigt mindst, mens målsamtale og målformulering fylder mest. For nogle patienter går det smidigt at sætte mål, mens andre patienter famler lidt i blinde.

Observationer ved mødet, som danner ramme om målsamtalen, samt analyse af interviews viser, at:

- det kan være svært at holde tråden, patienters fortællinger kan være fragmenteret, og medarbejdere kan komme på biveje med deres spørgsmål
- der skal nås flere ting på mødet: mål og snak om skema (intervention) er faste punkter
- tidsrammen betyder noget. Jo kortere møder, des mere styring fra medarbejdere
- patienters dagsform spiller ind (søvnunderskud, smerter, usikker fremtid)
- der er forskel på, hvor velforberedte patienter er ift. mål
- mange patienter lægger ud med et fysisk/kropsligt mål
- medarbejdere søger at om-modellere det meget kropslige mål ved at spørge til, hvad patienten vil bruge f.eks. en stærkere hånd til



- der kan forekomme et clash i forventninger, som påvirker mødet (for en uddybning se afsnit om medarbejderperspektiver).

Mens målsamtalen som beskrevet kan fremstå som fragmenteret og præget af forskellige forventninger til mødet, så er såvel midtvejsmødet som det afsluttende møde langt mere struktureret og ligetil. Disse møder synes lettere at gå til, fordi der er mål, som medarbejdere kan bruge som skelet til at hægte indhold op omkring.

## **Medarbejderperspektiv**

Dette perspektiv udfolder målsætningsprocessen set fra medarbejderes side, herunder betydningen af mål for rehabiliteringsprocessen, eventuelle udfordringer og hvorvidt målsætningspraksis er ens for alle patienter.

### *Betydning af mål*

Medarbejdere er enige om, at mål er patientens, og ikke behandleres. Mål bør være meningsfulde for den enkelte patient, og mål er foranderlige og konkrete; et ønske, en drøm om en ændring, og noget man gerne vil opnå. Mål har betydning, dels som en forventningsafstemning, der giver et pejlemærke for selve indsatsens sigte, og dels fordi der i et mål ligger et ønske og en drøm om en ændring, hvilket udgør en motiverende kraft for patienten.

Flere medarbejdere drøfter betydningen af mål *efter* forløbet på Sano. De er optagede af, hvorvidt patienternes gode takter (ift. motion, kost, søvn mv.) fortsætter, når de kommer hjem, og lufter muligheden for om en fast opfølgning efter forløbet vil sikre større vedholdenhed ift. mål?

### *Forskel i målsætningspraksis ift. alder, køn, etnicitet*

Aspekter som alder, køn og etnicitet synes ikke at have betydning for målsætningspraksis på centrene. Derimod kan andre faktorer spille ind og blive barrierer i målsætningspraksis, f.eks. sprog vanskeligheder, manglende motivation, en uafklaret livssituation og kognitive vanskeligheder. Det letter processen, hvis patienten er vant til at arbejde med mål.

### *Udfordringer*

Medarbejdere identificerer flere udfordringer ift. målsætningspraksis.

1. Forventningsclash, dvs. patienter og medarbejdere har forskellige forventninger til hinanden og til processen:

- I er eksperter, I skal fikse – du ved bedst, er medekspert, ansvar for eget liv, ejerskab.
- Sano er noget med træning og det fysiske – Sano arbejder med det hele menneske.
- Mål må have noget med det fysiske at gøre – mål på aktivitet og deltagelsesniveau.

Dette clash synes mest markant i starten af et forløb, hvor patienten er usikker på stedet og på mulighederne. Det afspejler sig tydeligt i målsamtalen, hvor mange patienter tydeligvis er lidt usikre på, hvad medarbejdere forventer. I interviews foreslår medarbejdere mere tid til målsamtale, samt rejser det spørgsmål, at det måske er for tidligt at sætte mål på dag 2.

2. Legitime – illegitime mål & agendaer

Flere potentielle mål bliver ikke til mål, det er de illegitime eller skjulte mål og agendaer. Eksempelvis hvis patienter er bekymrede for, at en bedring vil påvirke deres mulighed for at få en pension eller for at kunne få en erstatning på mén-grad eller for en arbejdsskade fra forsikringsselskabet. Derved kan patienten have en skjult agenda, som medarbejdere hen ad vejen opdager og må forholde sig til. Et andet eksempel kan være vold i et ægteskab eller seksuelt misbrug tidligere i livet, som kan overskygge de problematikker, der ellers er henvisningsgrunden.

Oftentimes ønsker patienten diskretion om dette, og det bliver derved, hvad jeg kalder et illegitimt mål.

3. En tredje udfordring er, hvorvidt mål skal være realistiske, målbare og indenfor hvilken tidsramme mål kan sættes. Det skaber debat, men ikke enighed, i medarbejdergruppen.

4. Omkring GAS, MI og COPM mener medarbejdere, at GAS og MI er svært at kombinere, og der stilles spørgsmål ved, om det er hensigtsmæssigt, at aktivitetsproblematikker i COPM'en hurtigt konverteres til mål?

## Patientperspektiv

Undersøgelsen afdækker nogle af de refleksioner, som patienter gør sig om målsætning; om de oplever, at mål giver mening og er synlige undervejs, og hvorledes de oplever at blive spurgt om mål.

### *Det er ikke nemt at formulere mål*

Der er forskel på, hvorvidt patienter har lavet deres hjemmearbejde før ophold, nemlig at skrive mål ned. Nogle kommer med nedskrevne mål, mens andre synes helt uforberedte og undrer sig over, at de skal sætte mål (på trods af skriftligt materiale om mål og fagpersoners snak om mål enten til udredning, velkomst eller undervisning i mål (Middelfart)).

Både patienter, som har tænkt på mål og de, der ikke har, oplever, at:

- Det kan være svært at forstå, hvad et mål er, og hvordan medarbejdere ønsker mål formuleret. Flere oplever, at deres mål ikke matcher medarbejderes forventninger til mål. Igennem snakken bliver målene om-modelleret i større eller mindre grad til at passe ind i medarbejderes "skabelon". Retrospektivt mener de fleste interviewede patienter, at medarbejdere har guidet dem til mål, og at de efter forløbet kan se, at det har været godt.
- Mål? Indenfor hvad? Patienter har generelt få forventninger til opholdet; de fleste er usikre på, hvad Sano er, og hvad de kan forvente at få ud af et ophold. Det kan derfor være svært at forestille sig, hvilken slags mål, det er muligt at stille på Sano.
- Barrierer for formulering af mål kan være smerter eller søvnunderskud ved selve målsamtalen.
- Patienter mærker, når tiden er knap til målmøder, og anlægger en form for pragmatisme, "jamen det er fint, lad os bare sige, det er de mål".

### *Mål giver mening*

De interviewede patienter husker alle deres mål og finder dem vedkommende. Mål synes at være meningsfulde for langt hovedparten af de patienter, jeg har interviewet. De begrundet det med, at mål giver fokus for indsatsen, skaber refleksion hos dem selv og kan give mod. Modet kommer, hvis man kan se en effekt af indsatsen, idet effekten kan skabe en positiv spiral og skabe mod til at turde prøve mere i hverdagen. Over halvdelen har delt deres mål med pårørende. Flere fremhæver undervisning i Motivation og forankring, fordi den undervisning har skabt refleksion og ideer til at sætte fremtidsmål.

### *Måls synlighed gennem forløbet*

De oplever, at deres team kender til målene. Flere har svært ved at lave en kobling mellem mål og den intervention, der bliver sat i værk. Derved synes den videre rejse for mål at være synlig for nogen, og mere usynlig for andre.

## ICF perspektiv

Forskere i rehabiliteringsmålsætning synes at være enige om, at mål skal sættes på aktivitets- og deltagelsesniveau. Analysen af 33 patienters mål viser, at hovedparten af mål er på aktivitet- og deltagelsesniveau, særligt indenfor "*Bevægelse og færden*".

Over 1/3 af patienterne har mål, der relaterer sig til at varetage egen sundhed (d570); kunne træne, eller finde en passende træningsform. Flere mål omhandler aktiviteter som at lave mad og lave husligt arbejde. Mål på kropsniveau omhandler særligt muskelstyrke (b730): det at få en stærkere krop, ben, muskler, samt energi og handlekraft (b130), vægtregulering (b530) og opfattelse af smerte (b280). Mål formuleres forskelligt (upersonlig form/ personlig form, lange sætninger/korte sætninger), og det kan være vanskeligt at se forskel på mål og delmål, eller kortsigtede, langsigtete mål.

## Opmærksomhedsområder

Selvom målsætning er centralt for et rehabiliteringsforløb, er det ikke muligt at anbefale én god måde at sætte mål på. Der er mange forskellige veje at gå, og det viser praksis på Sano. Det at sætte og arbejde med mål er vigtigt, mener medarbejdere og langt hovedparten af de adspurgte patienter. Men, som et ekko af resultater fra den internationale forskningslitteratur om det at sætte og arbejde med mål, viser de mange empiriske eksempler i rapporten samt ytringer fra patienter og medarbejdere på Sano, at det ikke er nogen nem proces. Til gengæld er det en proces, som medarbejdere og ledere på Sano har faglige holdninger til, finder interesse i at debattere, og der er en virkelyst til at ændre på praksis, hvor det giver mening.

Resultaterne i denne rapport peger på følgende opmærksomhedsområder.

1. Medarbejdere og patienter vurderer, at mål er væsentlige for forløbet. De peger ligeledes på, at tiden kan være knap, og i flere af de empiriske eksempler ser vi, at patienter siger "ja, ja" til mål, fordi de mærker, tiden løber. Hvis mål ses som fundamentet for den videre proces, sætter fælles retning for forløbet, motiverer og giver mod, kunne en investering i tid til den proces sikre et stærkere fundament.
2. Der er grobund for faglige drøftelser på tværs af centre i forhold til SMART mål (skal mål være SMART?), kobling af MI og GAS, om der er enighed om, hvilken betydning det har at sætte mål på aktivitets- og deltagelsesniveau, om det er hensigtsmæssigt at oversætte COPM'ens prioriterede aktivitetsproblematikker til mål.
3. Det kan vurderes, hvorvidt målsamtalen ligger godt placeret på dag 2. Kunne en senere målsamtale give patienten tid og mulighed for at "lande" og finde ud af, at Sano er andet end fysisk træning? Ville det bringe andre aspekter i spil til målsamtalen? Eller kunne mål "forhandles" over flere mødegange, hvilket kunne give tid til refleksion?
4. Flere patienter har svært ved at se sammenhæng mellem mål og intervention. Medarbejdere kunne med fordel i højere grad synliggøre dette.
5. Nogle patienter famler i blinde i forhold til målformulering. Hvad er det, de vil have mig til at sige? Ville det give mening at være mere direkte i kommunikationen end "hvad vil du bruge det til?"
6. Flere forskere peger på at operere med langsigtete og kortsigtede mål, mens nogle foreslår et ekstra mål, et mellem mål. ICF perspektivet på mål viser, at i flere Sano mål blandes mål og delmål (eller vejen til mål) sammen. Det åbner op for en drøftelse af, hvilken slags mål, der skal arbejdes med på Sano, og ligeledes for en drøftelse af den skriftlige fremstilling af mål. Kunne en større synlighed i målformuleringen omkring "trappetrin" på vej til mål f.eks. lette den usynlighed, der for nogle patienters vedkommende synes at omgive koblingen mellem mål og midler til at nå målet?

Efterskrift:

Antropologers spørgsmål kan påvirke den felt, vi undersøger, og mens vi bearbejder vores data, kan praksis ændres. Antropologen Kirsten Hastrup reflekterer over dette og siger, "mens man søger at forstå sin genstand, skifter den umærkeligt form" (Hastrup 2009: 17). Således også på Sano Middelfart, hvor GAS er afviklet som målredskab.

## Referencer

- Ballinger, C., Ashburn, A., Low, J., & Roderick, P. (1999). Unpacking the black box of therapy ? a pilot study to describe occupational therapy and physiotherapy interventions for people with stroke. *Clinical Rehabilitation*, 13(4), 301-309. doi:10.1191/026921599673198490
- Barnard, R. A., Cruice, M. N., & Playford, E. D. (2010). Strategies used in the pursuit of achievability during goal setting in rehabilitation. *Qualitative Health Research*, 20(2), 239-250. doi:10.1177/1049732309358327
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet : Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brown, M., Levack, W., McPherson, K. M., Dean, S. G., Reed, K., Weatherall, M., & Taylor, W. J. (2014). Survival, momentum, and things that make me "me": Patients' perceptions of goal setting after stroke. *Disability & Rehabilitation*, 36(12), 1020-1026. doi:10.3109/09638288.2013.825653
- Grøn, L., Hansen, J., Region Syddanmark, & Dansk Sundhedsinstitut. (2012). *Sociale forandringsfællesskaber : En guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser*. Kbh.: Dansk Sundhedsinstitut.
- Hansen, E. B., f.1950, & Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning. (2015). *Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering KORA*.
- Hastrup, K. (Ed.). (2009). *Mellem mennesker : En grundbog i antropologisk forskningsetik* (1. udgave ed.). Kbh.: Hans Reitzel.
- Holliday, R. C., Ballinger, C., & Playford, E. D. (2007). Goal setting in neurological rehabilitation: Patients' perspectives. *Disability & Rehabilitation*, 29(5), 389-394. doi:10.1080/09638280600841117
- Holliday, R. C., Antoun, M., & Playford, E. D. (2005). A survey of goal-setting methods used in rehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 19(3), 227-231. doi:10.1177/1545968305279206
- Kvale, S. (1997). *InterView: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview* [Interviews]. København: Hans Reitzel.
- Lauritzen, H. H., Bjerre M., Graff, L., Rostgaard, T., Casier, F., Fridberg, T. (2017): Rehabilitering på ældreområdet: Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner. SFI. København.
- Levack, W. M. M., Weatherall, M., Hay-Smith, E. J. C., Dean, S. G., McPherson, K., & Siegert, R. J. (2015). Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD009727.
- Levack, W. M. M., Weatherall, M., Hay-Smith, E. J. C., Dean, S. G., McPherson, K., & Siegert, R. J. (2016). Goal setting and strategies to enhance goal pursuit in adult rehabilitation: summary of a Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016 Jun;52(3):400-16.
- Marselisborgcentret, & Rehabiliteringsforum Danmark. (2004). *Rehabilitering i Danmark : Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Århus: Marselisborgcentret.
- McPherson, K. M., Kayes, N. M., Kersten, P. (2015): *MEANING as a Smarter Approach to Goals in Rehabilitation*. I Siegert & Levack (eds.): Rehabilitation goal setting : Theory, practice, and evidence. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Plant, S. E., Tyson, S. F., Kirk, S., & Parsons, J. (2016). What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clinical Rehabilitation*, 30(9), 921-930. doi:10.1177/0269215516655856
- Playford, E. D., Siegert, R., Levack, W., & Freeman, J. (2009). Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: A conference report. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 334-344. doi:10.1177/0269215509103506

- Prescott, S., Fleming, J., & Doig, E. (2015). Goal setting approaches and principles used in rehabilitation for people with acquired brain injury: A systematic scoping review. *Brain Injury*, 29(13-14), 1515-1529. doi:10.3109/02699052.2015.1075152
- Rauch, A., Scheel-Sailer, A. (2015): Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health to Rehabilitation Goal Setting, I Siegert & Levack (eds.): Rehabilitation goal setting : Theory, practice, and evidence. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Rose, A., Rosewilliam, S., & Soundy, A. (2017). Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 65-75. doi:10.1016/j.pec.2016.07.030
- Rosewilliam, S., Sintler, C., Pandyan, A. D., Skelton, J., & Roskell, C. A. (2016). Is the practice of goal-setting for patients in acute stroke care patient-centred and what factors influence this? A qualitative study. *Clinical Rehabilitation*, 30(5), 508-519. doi:10.1177/0269215515584167
- Sandler, J., & Thedvall, R. (2017). *Meeting ethnography : Meetings as key technologies of contemporary governance, development, and resistance*. New York: Routledge.
- Schwartzman, H. B. (1989). *The meeting : Gatherings in organizations and communities*. New York: Plenum Press.
- Siegert, R. J., & Levack, W. (2015). *Rehabilitation goal setting : Theory, practice, and evidence*. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Tang Yan, H. S., Clemson, L. M., Jarvis, F., & Laver, K. (2014). Goal setting with caregivers of adults in the community: A mixed methods systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 36(23), 1943-1963. doi:10.3109/09638288.2014.884173
- Tonnesen M, Sørensen J, Henriksen K. (2012): Grib hverdagen. Slutevaluering Hverdagsrehabilitering. Sundhed og Omsorg. Aarhus Kommune.
- Tonnesen, M., Maribo, T., MarselisborgCentret, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, & Projekt for Senhjerneskedede i Randers Kommune. (2015). *Evaluering af projekt for senhjerneskedede i Randers kommune* MarselisborgCentret.
- Vermunt, N., Harmsen, M., Westert, G., Rikkert, M., & Faber, M. (2017). Collaborative goal setting with elderly patients with chronic disease or multimorbidity: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 17
- Wade, D. (2016). Rehabilitation ? a new approach. part three: The implications of the theories. *Clinical Rehabilitation*, 30(1), 3-10. doi:10.1177/0269215515601176
- Wade, D. T. (1999). Goal planning in stroke rehabilitation: What? *Topics in Stroke Rehabilitation*, 6(2), 8-15. doi:10.1310/UJ4G-4600-7P36-UHFL
- Wade, D. T. (2001). Research into the black box of rehabilitation: The risks of a type III error. *Clinical Rehabilitation*, 15(1), 1-4. doi:10.1191/026921501675961253
- Wade, D. T. (2005). Describing rehabilitation interventions. *Clinical Rehabilitation*, 19(8), 811-818. doi:10.1191/0269215505cr923ed
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur : En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: Seek.
- Young, C. A., Manmathan, G. P., & Ward, J. C. R. (2008). Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: A qualitative study of patients, carers and staff. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(3), 190-194. doi:10.2340/16501977-0147

## **Bilag**

### **Bilag 1 Patient interviewguide. Sano undersøgelse 2017**

Indledende småsnak om informantens oplevelse af resten af opholdet og det at komme hjem igen.  
Forklaring om undersøgelsens formål, anonymitet, og rammerne for interviewet ift. tid og indhold.

Hvad var dine mål?

Havde du tænkt over mål, før du kom? (Fra forundersøgelse til ophold?)

Hvordan var det at formulere målene?

Var målene for de 4 uger du var på sano, eller strakte de sig ud over perioden?

Har målene været synlige?

Ændrede målene sig undervejs på sano?

Har det givet mening for dig at have mål?

Har du tænkt over målene, mens du var på Sano?

Har du oplevet, at medarbejdere kendte dine mål, og brugte dem?

Har du delt mål med pårørende?

Hvad så nu - har du mål lige nu?

Er der noget, du mener, jeg burde have spurgt til?

## **Bilag 2 Medarbejder interviewguide. Sano undersøgelse 2017**

Indledende rammesætning: baggrund for undersøgelsen og oplysninger om interview ift. tid, indhold og praksis for citater.

### **Grundlæggende om målsætning**

Hvad er et mål?

Hvorfor sætter I mål?

Hvordan sætter I mål her i x? (herunder brug/ikke-brug af redskaber, og evt. fordele/ulemper herved; italesættelse af "mål")

Hvordan "rejser" målet videre i den enkeltes rehabiliteringsforløb? (Hvordan inddrager I patientens mål i forløbet på Sano; har patienten mål fra tidligere, før Sano opholdet, som I forholder jer til; hvordan rejser det mål der er sat i forbindelse med Sano forløbet videre efter endt forløb?)

### **Refleksioner, udfordringer og dilemmaer i hverdagen omkring målsætning**

Hvad betyder mål for den enkeltes forløb på Sano?

Hvad er det svære ved målsætning?

Hvilke dilemmaer oplever I ift. det at sætte og arbejde med mål?

Jeres refleksioner omkring skriftliggørelse af mål?

Er der forskel mellem faggrupper ift. målsætning?

### **Patientdifferentiering og -oplevelse i forbindelse med målsætning**

Har alder, køn, etnicitet mv. betydning for, hvordan I griber målsætningssamtalen an? Hvis ja, giv gerne eksempler på hvordan.

Hvordan tror I, patienter oplever at blive spurgt om mål (hvordan bruger de målet undervejs, og oplever de målene som brugbare?)

**Patientinterviews** Hvilke spørgsmål vil I gerne have svar på fra patienter ift. målsætningspraksis?

**Og** Er der noget, I mener, jeg burde have spurgt til?



### Bilag 3 Analyse af 33 patienters mål

I de indledende fokusgruppediskussioner med medarbejdere på Sano, blev det fremført, at mange mål formodes at være på kropsniveau. For at efterprøve dette, er mål fra i alt 33 patienter blevet grupperet efter ICF terminologi<sup>17</sup>. Målene er fra patienternes behandlingsplan.

#### ICF kodning: en tolkning og en forhandling

En ICF kodning er ofte en forhandling mellem de personer, der koder. Bør et mål som "jeg vil gerne gå herfra styrket på krop og sjæl" kodes som personlige faktorer, som Varetage egne sundhed (d570), som Muskelstyrke (b730) og/eller Energi og handlekraft (b130)? Det er valg, der er tolket, drøftet og besluttet ift. hvert enkelt mål.

I analysen af mål er der fremkommet flere opmærksomhedspunkter og truffet valg om kodning:

- Det har til tider været vanskeligt at vurdere, hvorvidt der er tale om mål eller midler (veje til mål). Tag f.eks. følgende sætning om mål:  
"Få en stærkere krop så jeg kan holde til mere og derved få mere energi - blive gladere og få en mere aktiv hverdag fx komme ud og gå, klare de daglige aktiviteter derhjemme (rengøring, madlavning)".  
Her kan det argumenteres, at "få en stærkere krop" er et middel til at opnå målet: en mere aktiv hverdag med forskellige aktiviteter. Det kan også argumenteres, at det at få en stærkere krop er et mål i sig selv. I flere tilfælde har det været en vanskelig vurdering at skelne mål og middel, og vi har derfor valgt at kode begge dele. Sætningen er kodet således:  
"Få en stærkere krop (b730) så jeg kan holde til mere og derved få mere energi (b130) - blive gladere og få en mere aktiv hverdag fx komme ud og gå (d450), klare de daglige aktiviteter derhjemme (rengøring (d640), madlavning (d630))".
- Flere patienter har som mål at "finde den bedste træning". Disse mål har vi valgt at gruppere under Varetage egen sundhed: b570.
- Et mål som "Få det bedre med fødderne" er svært at kode, for hvad præcist er det vanskelige med de fødder? I dette tilfælde har vi valgt at bruge en kode fra Anatomi: Kapitel 7 Bevægeapparatet, underekstremiteter, Få det bedre med fødderne (s750).

#### ICF linkning af 33 patienters mål

For at danne et overblik over, hvorvidt der er særlige kategorier (domæner i ICF terminologi), som synes væsentlige for patienterne på Sano, er alle mål splittet op og analyseret i skemaet herunder, med brug af ICF klassifikationen som reference ramme. Flere steder i skemaet er farven nedtonet: I sætninger, hvor der nævnes flere forskellige aktiviteter, er sætningen taget med i fuld længde, men de aktiviteter, der ikke hører til ICF kategorien er nedtonet i farven.

---

<sup>17</sup> De 33 er patienter på de hold, jeg som antropolog har fulgt og interviewet.

Linkning af udsagn fra 33 patienternes mål på behandlingsplanen til ICF kapitler	
ICF kapitler ICF kategorier på 2. niveau	Udsagn fra "Mål" på behandlingsplan
<b>AKTIVITET OG DELTAGELSE</b> <b>Kapitel 4: Bevægelse og færden</b>	
Ændre kropstilling (d410)	Komme ned på gulv og op igen  Sætte sig på en stol og rejse sig fra en stol  Blive bedre til at bevæge nakken, så jeg har nemmere ved at orientere mig, når jeg kører bil og går på gaden.
Fastholde kropstilling (d415)	Arbejde med min fleksibilitet i ryggen, så jeg bedre kan klare de daglige huslige aktiviteter såsom at stå op og vaske op, generelt stå op i længere tid.  Jeg ønsker at blive stærkere i min krop, så jeg kan gennemføre mit studie (bla at kunne sidde ned).  Forbedre balancen.  Kunne stå i længere tid, så jeg bedre kan lave mad og vaske op.  At kunne sidde ned i længere tid  At stå til køkken aktivitet  Stå ved madlavning og bagning. Kunne stå i mere end 30min om dagen, så jeg kan deltage i madlavning sammen med ægtefælle
Løfte og bære (d430)	Gå længere og bedre og kunne have rygsæk med.
Håndens fine bevægelser (d440)	Stærkere hænder, så det bliver lettere for mig at åbne fx mælk, tage ved noget, lave mad i længere tid.  Jeg træner mine hænder og lærer om kompenserende adfærd og hjælpemidler, således at jeg får lettere ved at bruge mus på computer, åbne låg og generelt bruge mine hænder i dagligdagen.
Brug af hånd og arm (d445)	Gode råd til hvordan jeg ikke overbelaster mine hænder.  Øge styrke og bevægeligheden i begge arme, for at kunne deltage i rengøring, bære indkøb, nå op og tage genstande i fx. overskabe.
Gå (d450)	Opretholde min gangfunktion med rollatoren længst muligt Forsat at kunne trække mig op i traktoren og køre et par timer  Få en stærkere krop så jeg kan holde til mere og derved få mere energi - blive gladere og få en mere aktiv hverdag fx komme ud og gå, klare de daglige aktiviteter derhjemme (rengøring, madlavning).

Linkning af udsagn fra 33 patienterne mål på behandlingsplanen til ICF kapitler	
	<p>Kunne gå længere, så jeg kan gennemføre en 6min gangtest ved opholdets afslutning. På sigt kunne gå 5km. 10.000-12.000 skridt på en dag i april 2018.</p> <p>Gang/gå ture: Jeg kan gå ca. 400 meter på 6 min, når mit ophold slutter på Sano.</p> <p>Bedre og længere gangfunktion med stok - kunne gå ____m/km ved opholdets slutning.</p> <p>Øget gangdistance og gangkvalitet (balance og svimmelhed)</p> <p>Kunne gå sikkert på gaden, så jeg ikke er nervøs for at falde.</p> <p>Gå længere med rollator. Forbedre 6 min. gang-testen.</p> <p>Gå længere og bedre og kunne have rygsæk med.</p> <p>Opnå længere gangdistance</p> <p>At gå længere</p>
Bevæge sig omkring (d455)	<p>Jeg vil gerne prøve at komme igang med at løbe korte ture igen, så jeg evt kan løbe 1 km om et år, og på sigt komme til at løbe længere ture igen</p> <p>Håber at kunne komme ud og løbe igen, (da naturen er vigtigt for hende og sanser.)</p> <p>Vil gerne kunne danse standard dans til min 80'års fødselsdag i november, samt kunne have sko med en lille hæl på.</p>
Færdes i forskellige omgivelser (d460)	<p>Arbejde med mine ben, så jeg ikke oplever at blive så hurtigt træt, og bedre kan holde til at gå ture, passe mit arbejde og lave øvelser derhjemme.</p> <p>Tage på vandre ture i fjeldene.</p> <p>Kunne gå sikkert op ad en trappe.</p> <p>Blive bedre til at bevæge nakken, så jeg har nemmere ved at orientere mig, når jeg kører bil og går på gaden.</p>
Bruge transportmidler (d470)	Forsat at kunne trække mig op i traktoren og køre et par timer
Køre (d475)	<p>Kunne køre bilen til sommerhus ca. 1time, ok med 20min intervaller, så der også er plads til pauser. Vedligeholde kørsel og øge udholdenheden ved bilkørsel.</p> <p>Øge styrken og bevægeligheden i ryggen - mere fri i bevægelserne. Evt. komme igang med at cykle igen.</p>

Linkning af udsagn fra 33 patienterne mål på behandlingsplanen til ICF kapitler	
	<p>Det at kunne komme til at cykle noget mere igen.</p> <p>Blive bedre til at bevæge nakken, så jeg har nemmere ved at orientere mig, når jeg kører bil og går på gaden. (s710)</p> <p>At komme ud og cykle</p>
<b>Kapitel 5 Omsorg for sig selv</b>	
Vaske sig (d510)	Kunne klare hårvask og hårtørring selv - ok med en pause imellem.
Af- og påklædning (d540)	Lukke og åbne BH
Spise (d550)	Skære min egen mad ud især når jeg er ude og spise sammen med familie/veninderne.
Varetage egen sundhed (d570)	<p>Finde ud af at træne og derved lære at skelne smerter fra ømhed i forbindelse med træningen.</p> <p>At få styrket min krop (og derved få overskud til tilberedning af sund mad).</p> <p>Jeg vil gerne vedligeholde mit fysiske niveau (jeg har det godt med mig selv når jeg bruger min krop). Det er vigtigt for mig at jeg træner, så jeg forsat kan rejse</p> <p>Få nogle gode instrukser og vaner ift. at træne rigtigt og fortsætte min træning efter opholdet.</p> <p>Jeg vil gerne kunne mærke en glæde ved at træne igen</p> <p>Arbejde med mine ben, så jeg ikke oplever at blive så hurtigt trætet, og bedre kan holde til at gå ture, passe mit arbejde og lave øvelser derhjemme.</p> <p>Fokusere på at tænke på mig selv.</p> <p>Jeg skal blive bedre til at prioritere mig selv, så jeg kan arbejde hen imod et øget funktionsniveau.</p> <p>Finde en træningsform og øvelser der passer til mig - træning der kan styrke min muskulatur i hele kroppen.</p> <p>Træning: komme i gang med træning igen. Blive mere bevist om mine fysiske begrænsninger.</p> <p>Finde ud af hvad jeg kan træne, hvad jeg kan holde til samt hvad jeg skal passe på med.</p> <p>Vil gerne kunne træne hjemme med øvelsesprogram og få supervision af lokal fys. Træning af styrke og udholdenhed, evt balance.</p> <p>Hvad er den bedste træning for mig</p>

Linkning af udsagn fra 33 patienterne mål på behandlingsplanen til ICF kapitler	
	<p>Vil lære at træne (bedre funktion af nakke og skulder)</p> <p>Mere bevidst om kroppen og smerterne for at få en øget livskvalitet</p> <p>Vil stoppe med at ryge</p>
<b>Kapitel 6: Husførelse</b>	
Skaffe sig varer og tjenesteydelser (d620)	Øge styrke og bevægeligheden i begge arme, for at kunne deltage i rengøring, bære indkøb, nå op og tage genstande i fx. overskabe.
Lave mad (d630)	<p>At få styrket min krop (og derved få overskud til tilberedning af mad sund mad).</p> <p>Stærkere hænder, så det bliver lettere for mig at åbne fx mælk, tage ved noget, lave mad i længere tid.</p> <p>Få en stærkere krop så jeg kan holde til mere og derved få mere energi - blive gladere og få en mere aktiv hverdag fx komme ud og gå, klare de daglige aktiviteter derhjemme (rengøring, madlavning).</p> <p>Stå ved madlavning og bagning.</p> <p>Kunne stå i mere end 30min om dagen, så jeg kan deltage i madlavning sammen med ægtefælle</p> <p>Kunne stå i længere tid, så jeg bedre kan lave mad og vaske op.</p> <p>At stå til køkken aktivitet</p> <p>Kunne lave varm mad</p>
Lave husligt arbejde (d640)	<p>Arbejde med min fleksibilitet i ryggen, så jeg bedre kan klare de daglige huslig aktiviteter såsom at stå op og vaske op, generelt stå op i længere tid.</p> <p>Stærkere hænder, så det bliver lettere for mig at åbne fx mælk, tage ved noget, lave mad i længere tid.</p> <p>Få en stærkere krop så jeg kan holde til mere og derved få mere energi - blive gladere og få en mere aktiv hverdag fx komme ud og gå, klare de daglige aktiviteter derhjemme (rengøring, madlavning).</p> <p>Rengøring: støvsugning/vaske gulv: Jeg får bedre styrke i ben og ryg, så jeg kan varetage støvsugning samt får gode råd vedr. rengøring.</p> <p>Øge styrke og bevægeligheden i begge arme, for at kunne deltage i rengøring, bære indkøb, nå op og tage genstande i fx. overskabe.</p> <p>Kunne stå i længere tid, så jeg bedre kan lave mad og vaske op.</p> <p>At kunne lave almindelige gøremål – uden for mange smerter (alternativt: d6)</p>

Linkning af udsagn fra 33 patienterne mål på behandlingsplanen til ICF kapitler	
	Generelt mere styrke i kroppen, så jeg føler mig mere selvstændig og tryk i min dagligdag, og har mod på at gå på gaden alene, for at handle små-indkøb, få mere socialt liv.
Passe ejendele (d650)	Havearbejde: Jeg kan slå græsset derhjemme, når opholdet slutter.  Arbejde i haven
Hjælpe andre (d660)	Jeg vil gerne have mere overskud til min børn.  Passe mine børnebørn  At kunne arbejde og samtidig være noget for familien.
Kapitel 7: Interpersonelt samspil og kontakt	
Basalt interpersonelt samspil (d710)	Mestringssamtaler; være sammen med veninder, vil ikke være til besvær sammen med veninder, samtidig holde fast i veninderne og vigtigheden i have dem, giver energi, vil gerne kunne give tilbage.
Kapitel 8: Vigtige livsområder	
Videregående uddannelse (d830)	Jeg ønsker at blive stærkere i min krop, så jeg kan gennemføre mit studie (bla at kunne sidde ned).  På lang sigt: Have muligheden for at kunne læse videre
Have lønnet beskæftigelse (d850)	At kunne komme tilbage på arbejdsmarked. og bedre kan holde til at gå ture, passe mit arbejde og lave øvelser derhjemme. Jeg vil gerne slippe for, eller lære at abstrahere fra de daglige smerter i ryggen, så de opleves mindre, så jeg kan holde til arbejdsopgaverne At kunne varetage et arbejde mhp. kreativitet og socialrelationer At kunne arbejde og samtidig være noget for familien.
Kapitel 9: Samfundsliv, socialt liv og medborgerskab	
Deltage i fællesskaber (d910)	Tilbage til livet i forhold til det sociale, (kunne noget efter kl. 18) (med det kræver noget ift. det fysiske.) (Et godt liv er at have noget at stå op til, et social liv, være noget for andre.)  Jeg vil gerne have styrket min krop, så jeg bliver stærkere, og kan holde til mere, samt blive mere social igen  At kunne varetage et arbejde mhp. kreativitet og sociale relationer  Jeg fortsætter med at tage på ture med rejseklub samt højskoleophold.  Kunne være social igen, ved at få mere energi og styrke.

Linkning af udsagn fra 33 patienterne mål på behandlingsplanen til ICF kapitler	
	<p>At deltage i et socialt arrangement</p> <p>Generelt mere styrke i kroppen, så jeg føler mig mere selvstændig og tryk i min daglidag, og har mod på at gå på gaden alene, for at handle små-indkøb, få mere socialt liv.</p>
Deltage i rekreative aktiviteter og fritidsaktiviteter (d920)	<p>Jeg vil gerne vedligeholde mit fysiske niveau (jeg har det godt med mig selv når jeg bruger min krop). Det er vigtigt for mig at jeg træner, så jeg forsat kan rejse</p> <p>At kunne deltage i børnenes fritidsaktiviteter bl.a. bowling, rundbold etc.</p> <p>Finde motivationen til at være mere aktiv fx at begynde at strikke igen, finde en hobby/interesser der gør mig glad.</p> <p>Tage på vandre ture fjeldene.</p> <p>Male. Begynde at male igen (sidde, stå bedre, bedre styrke og stabilitet i nakken).</p>
<b>KROPSFUNKTIONER</b> <b>Kapitel 1: Mentale funktioner</b>	
Energi og handlekraft (b130)	<p>Jeg vil gerne blive bedre til at prioritere, lytte til kroppen, og acceptere at et hvil kan være nødvendig i løbet af dagen.</p> <p>Få en stærkere krop så jeg kan holde til mere og derved få mere energi - blive gladere og få en mere aktiv hverdag fx komme ud og gå, klare de daglige aktiviteter derhjemme (rengøring, madlavning).</p> <p>Finde motivationen til at være mere aktiv fx at begynde at strikke igen, finde en hobby/interesser der gør mig glad.</p> <p>Kunne være social igen, ved at få mere energi og styrke.</p> <p>Handleplan for videre træning og prioritet af daglige gøremål Få overskud til at træne mere</p> <p>Begrænse sig på gode dage (disponering)</p> <p>Blive stærkere i kroppen. Kunne holde en hel dag. Disponere over min energi</p> <p>Jeg vil gerne gå herfra styrket på sjæl og krop</p> <p>Jeg ønsker at få noget gejst både fysisk og psykisk</p> <p>At bedre kunne indgå i hverdagen. Få større overskud til bl.a. at lave sunder aftenmad.</p>

Linkning af udsagn fra 33 patienterne mål på behandlingsplanen til ICF kapitler	
Søvn (b134)	<p>Få en bedre søvn.</p> <p>Få råd for at prøve at hjælpe min søvn.</p> <p>At være i stand til at skyde tankerne til sidde (fx. i forbindelse med søvn)</p> <p>Forbedre søvnen (sover nu ca 4 timer afbrudt af flere opvågninger)</p> <p>Opleve mere ro i hovedet, når jeg skal sove</p>
Kapitel 2 Sanser og smerte	
Opfattelse af smerte (b280)	<p>Jeg vil gerne slippe for, eller lære at abstrahere fra de daglige smerter i ryggen, så de opleves mindre, så jeg kan holde til arbejdsopgaverne</p> <p>Det er 10 vigtigt at slippe for smerterne</p> <p>- Få min ryg stabiliseret, for at få mindre smerter.</p> <p>Få redskaber til at smertelindre, og kunne holde dette vedlige derhjemme.</p> <p>Blive bedre til at acceptere og takle mine smerter og min sygdom.</p> <p>At kunne lave almindelige gøremål – uden for mange smerter</p> <p>At blive smertelindret</p>
Andre specificerede funktioner relateret til sanse- eller smerteopfattelse (b298)	<p>Finde ud af at træne og derved lære at skelne smerter fra ømhed i forbindelse med træningen.</p>
Kapitel 5 Fordøjelse, stofskifte og hormonelle funktioner	
Vægtregulering (b530)	<p>Opnå et vægttab via sund kost.</p> <p>At tabe mig igen og komme omkring de 72-74 kg. (Sådan at jeg føler at jeg har det godt igen med min krop.)</p> <p>Ønske om vægttab</p> <p>Vægtøgning - få motioneret og øget sulten, få proteindrik under opholdet. Kontrol vejes midt i opholdet og sidst i opholdet.</p> <p>At tabe mig</p> <p>Begynde vægttab på Sano - hvor jeg har fokus på energi indtag, og blive motiveret til fortsat vægttab efter Sano</p>



Linkning af udsagn fra 33 patienterne mål på behandlingsplanen til ICF kapitler	
	<p>Taber mig væggtab</p>
<b>Kapitel 7 Bevægeapparatet</b>	
Ledbevægelighed (b710)	<p>Arbejde med min fleksibilitet i ryggen, så jeg bedre kan klare de daglige huslige aktiviteter såsom at stå op og vaske op, generelt stå op i længere tid.</p> <p>Få en bedre stabilitet over håndleddene (fx med skinner)</p> <p>Øge styrken og bevægeligheden i ryggen - mere fri i bevægelserne. Evt. komme igang med at cykle igen.</p> <p>Vil lære at træne (bedre funktion af nakke og skulder)</p> <p>Bedre bevægelighed i arme, skuldre og hænder</p> <p>Bedre bevægelighed i nakken</p>
Ledstabilitet (b715)	- Få min ryg stabiliseret, for at få mindre smerter.
Muskelstyrke (b730)	<p>Vil gerne have en stærkere krop</p> <p>Jeg ønsker at blive stærkere i min krop, så jeg kan gennemføre mit studie (blå at kunne sidde ned).</p> <p>At få styrket min krop (og derved få overskud til tilberedning af mad sund mad).</p> <p>- jeg vil gerne have styrket min krop, så jeg bliver stærkere, og kan holde til mere, samt blive mere social igen</p> <p>At blive fysisk stærkere</p> <p>Finde en træningsform og øvelser der passer til mig - træning der kan styrke min muskulatur i hele kroppen.</p> <p>Få en stærkere krop så jeg kan holde til mere og derved få mere energi - blive gladere og få en mere aktiv hverdag fx komme ud og gå, klare de daglige aktiviteter derhjemme (rengøring, madlavning).</p> <p>Rengøring: støvsugning/vaske gulv: Jeg får bedre styrke i ben og ryg, så jeg kan varetage støvsugning samt får gode råd vedr. rengøring.</p> <p>Øge styrken og bevægeligheden i ryggen - mere fri i bevægelserne. Evt. komme igang med at cykle igen.</p> <p>Blive stærkere i kroppen. Kunne holde en hel dag. Disponere over min energi</p> <p>Generelt mere styrke i kroppen, så jeg føler mig mere selvstændig og tryk</p>

Linkning af udsagn fra 33 patienterne mål på behandlingsplanen til ICF kapitler	
	i min dagligdag, og har mod på at gå på gaden alene, for at handle små-indkøb, få mere socialt liv.
Muskulær udholdenhed (b740)	Arbejde med mine ben, så jeg ikke oplever at blive så hurtigt træt, og bedre kan holde til at gå ture, passe mit arbejde og lave øvelser derhjemme.
<b>ANATOMI</b> <b>Kapitel 7 Bevægeapparatet</b>	
Hoved og hals (s710)	Blive bedre til at bevæge nakken, så jeg har nemmere ved at orientere mig, når jeg køre bil og går på gaden.
Underekstremiteter	Få det bedre med fødderne (s750)
<b>OMGIVELSESMÆSSIGE FAKTORER</b> <b>Kapitel 1 Produkter og teknologi</b>	
Produkter og teknologi til personligt brug i hverdagen (e115)	Jeg træner mine hænder og lærer om kompenserende adfærd og hjælpemidler, således at jeg får lettere ved at bruge mus på computer, åbne låg og generelt bruge mine hænder i dagligdagen.
<b>PERSONLIGE FAKTORER</b>	
	<p>Blive bedre til at acceptere og takle mine smerter og min sygdom. Er kommet ind i en ond cirkel, og vil gerne ud af den.</p> <p>Jeg vil gerne slippe for, eller lære at abstrahere fra de daglige smerter i ryggen, så de opleves mindre, så jeg kan holde til arbejdsopgaverne</p> <p>Jeg vil gerne lære at håndtere min nye identitet, så jeg lærer at acceptere mig selv</p> <p>Jeg håber på at komme længere i min accept af min situation</p> <p>At være i stand til at skyde tanker til side (fx. i forbindelse med søvn)</p> <p>Jeg vil gerne have værktøjer til hverdagen, evt noget mindfulness eller meditation.</p> <p>Opleve mere ro i hovedet, når jeg skal sove</p> <p>Jeg bliver bedre til at håndtere mine smerter, så det ikke bliver så stor en begrænsning i min hverdag.</p> <p>Jeg får redskaber til at håndtere ændring i identitet og arbejdsliv.</p> <p>Arbejde med accept og balance</p>

Linkning af udsagn fra 33 patienterne mål på behandlingsplanen til ICF kapitler	
	<p>Lære at tackle mine dårlige dage</p> <p>At finde dig selv, i en ny rolle</p> <p>Lære at leve med smerter/ anerkendelse af situation</p>
<b>Ikke definerbart</b>	<p>Finde et generelt niveau i dagligdagen</p> <p>At bedre kunne indgå i hverdagen. Få større overskud til bl.a. at lave sundere aftensmad.</p>

[www.defactum.dk](http://www.defactum.dk)

