

MASTERUDDANNELSEN I KLINISK SYGEPLEJE

Navn: Malene Dreier
Studie nr.: 20080581
Modul nr.: Masterprojekt
Måned og år: Maj 2011
Vejleder: Hanne Kronborg
Typeenheder: 95.654

Sygeplejerskers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse

- en kvalitativ undersøgelse

af

Malene Dreier

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Resume`

Formål: At belyse sygeplejerskers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse.

Baggrund: Nationalt er emnet uberørt. Internationalt viser undersøgelser tværprofessionelles perspektiver på, hvad der fremmer/hæmmer apopleksipatienters inddragelse i målplanlægning.

Metode: Kvalitativ med en fænomenologisk hermeneutisk tilgang.

Dataindsamlingsmetode: Fokusgruppeinterview. Der er udført 2 fokusgruppeinterview med 4 sygeplejersker i hver gruppe, fra to rehabiliteringsafdelinger.

Analysemetode: Systematisk tekstkondensering.

Resultater: Ved analyse af data fremkom 5 centrale temaer: holdning til patientinddragelse, forberedelse til målmødet, forhandling af målformulering, at møde patienten, der hvor patienten er og at bevare håbet.

Konklusion: Sygeplejersker motiverer patienter til deltagelse i målplanlægning, når de har modet til at samarbejde om patientformulerede mål. Patient fortællinger, billeder og neuropædagogisk strategi understøtter sygeplejerskers muligheder for at afklare patientens ønsker og grundlæggende behov. Opmærksomhed på tid til målformuleringsprocessen og kompetenceudvikling ift. målformulering med patienter er relevant at undersøge.

Abstract

A qualitative study of nurses' experiences involving stroke patients in setting goals in the rehabilitation process during hospitalization.

Summary

Purpose: To illuminate nurses' experiences involving stroke patients when setting goals in the rehabilitation process during hospitalization.

Background: Nationally, the subject is untouched. International studies show cross-professional perspectives on what promotes / inhibits stroke patients' involvement in setting goals.

Method: A qualitative study with a phenomenological hermeneutic approach.

Data Collection Method: Focus group interviews. Two focus group interviews were conducted with four nurses in each group from two rehabilitation wards

The analytical method: Systematic text condensation.

Results: By analyzing the data, 5 key themes appeared: The attitude towards patient involvement, preparation for goal setting, negotiating a statement of objectives, meeting the patient and remaining hopeful.

Conclusion: Nurses motivate patients to participate in setting goals when they have the courage to collaborate on composing patient goals. Patient narratives, pictures and a neuro pedagogical strategy support the nurses' ability to resolve the patient's desires and basic needs. An awareness of time needed for the process of goal setting and developing the competence in regards to creating a statement of objectives with patients is relevant to investigate.

Indholdsfortegnelse

Resume`	1
Abstract.....	2
Indholdsfortegnelse	3
1.0 Indledning.....	5
2.0 Baggrund	5
3.0 Litteratursøgning	7
3.1 Systematisk bloksøgning	8
3.2 Inklusionskriterier.....	9
3.3 Eksklusionskriterier	9
3.4 Resultatet af litteratursøgning.....	9
4.0 Litteraturgennemgang.....	10
4.1 Målplanlægning forudsætter uddannelse af professionelle og patienter	11
4.2 Organisatoriske rammers betydning.....	11
4.3 Meningsfuldhed for patienten.....	12
4.4 Interaktion mellem patient og professionelle	12
4.5 Redskaber til målplanlægning	12
4.6 Sammenfatning af litteraturgennemgang og afgrænsning af formål	13
5.0 Formålet for undersøgelsen	13
5.1 Begrebsafklaring.....	14
5.2 Forskningsspørgsmål	14
6.0 Metode og materiale	14
6.1 Videnskabsteoretiske overvejelser	15
6.2 Min forforståelse	17
6.3 Udvælgelse af fokusgruppemedlemmer.....	17
6.3.1 Beskrivelse af fokusgruppemedlemmer.....	18
6.4 Ethiske overvejelser i forbindelse med undersøgelsen.....	18
6.5 Interviewsituation	19
6.6 Transskribering.....	21
6.7 Overvejelser i forhold til analysemetode.....	22
7.0 Resultater af fund.....	23
7.1 Tema: Holdning til patientinddragelse	23
7.2 Tema: Forberedelse til målmødet	25
7.3 Tema: Forhandling af målformulering	25
7.4 Tema: At møde patienten, der hvor patienten er	26
7.5 Tema: At bevare håbet.....	28
8.0 Fortolkning og diskussion af fund	28
8.1 Tema: Holdning til patientinddragelse	29
8.2 Tema: Forberedelse til målmødet.....	31
8.3 Tema: Forhandling af målformulering	32
8.4 Tema: At møde patienten, der hvor patienten er	35
8.5 Tema: At bevare håbet.....	38
9.0 Metodekritik	39
10.0 Konklusion	41
11.0 Perspektivering	43

12.0 Referenceliste	44
13.0 Bilagsfortegnelse	48
Bilag 1	49
Bilag 2	53
Bilag 3	59
Bilag 4	60
Bilag 5	61
Bilag 6	62
Bilag 7	63

1.0 Indledning

Det overordnede formål med projektet er at medvirke til udvikling af rehabiliteringsprocesser, som fremmer, at apopleksipatienter inddrages, når der planlægges mål for deres rehabiliteringsproces under indlæggelse. Formålet med undersøgelsen er at belyse sygeplejerskers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse.

I rehabiliteringsafsnittet for apopleksiramte, hvor jeg er ansat som klinisk sygeplejelærer og kvalitetskoordinator, har jeg ofte erfaret, at sygeplejersker og terapeuter evaluerer patientens træning, opstiller mål samt udarbejder patientens rehabiliteringsplan i det tidsrum, hvor patienten holder middagshvil. Efterfølgende gennemgås rehabiliteringsplanen med patienten. Der er praksis, som står i kontrast til afdelingens overordnede "Mission" for rehabilitering, hvori der påpeges, at patientens mål og beslutninger skal være styrende i rehabiliteringsprocessen (SVS Neurorehabiliteringen 2006 - se bilag 1). Endvidere er det i denne sammenhæng relevant at fremhæve, at patienter ifølge eksisterende lovgivning, Sundhedsstyrelsens anbefalinger og de generelle patientforløbsstandarder i Den Danske Kvalitetsmodel skal inddrages i aktuel udredning, behandling og rehabilitering (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008, IKAS 2009, Sundhedsstyrelsen 2002). Patienter har tillid til professionelles kompetencer i at forestå rehabilitering, men de vil inddrages og mødes med værdighed og respekt (Mangset et al 2004).

2.0 Baggrund

I Danmark rammes årligt cirka 12.000 mennesker fra 60 år og opefter af apopleksi. Sygdommen er den tredje hyppigste dødsårsag i den vestlige verden, en lidelse der kan medføre alvorlige funktionsnedsættelser som halvsidig lammelse, tale- og forståelsesproblemer, emotionelle forstyrrelser, reduceret problemløsning, manglende sygdomsindsigt og træthed (Sundhedsstyrelsen 2005, Dansk Selskab for Apopleksi 2009, Gammeltoft 2006, Poulsen et al 2008). Dette har konsekvenser dels for det enkelte menneske med apopleksi og dennes pårørende, men også samfundsøkonomisk (Indenrigs -og Sundhedsministeriet 2002, Borg 2009). Studier tyder på, at tidlig rehabiliteringsindsats, på et udfordrende niveau, med

systematisk plan for motorisk og kognitiv træning kan forbedre patientens prognose og funktionsniveau ved udskrivelsen (Maulden et al 2005, Horn et al 2005).

Rehabilitering har igennem en årrække været sat på dagsorden i et forsøg på at finde frem til en fælles definition og forståelse af begrebet. Rehabilitering findes hverken som medicinsk speciale eller som selvstændigt begreb i den danske sundhedslovgivning. Den faglige og organisatoriske udvikling indenfor rehabiliteringsområdet har stået i stampe bl.a. fordi, der har manglet en fælles national og tværfaglig forståelse af rehabiliteringsbegrebet (Brandt 2009). Hvidbog ” Rehabilitering i Danmark” præsenterer den første definition af rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering defineres som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem patient, pårørende og fagfolk og anskues som en fremadrettet proces med et forandringsperspektiv. Rehabiliteringsprocessen tilrettelægges med udgangspunkt i patientens viden, erfaring, sygdomsforståelse, ønsker og mål (MarselisborgCenteret 2004). Følgerne efter apopleksi kan hindre patientens deltagelse i samtaler. I disse tilfælde har pårørende og fagfolk ansvaret for at støtte op om patienten (Gammeltoft 2006, MarselisborgCenteret 2004). Patientens evne til deltagelse bør dog altid vurderes løbende i processen, da patienten efter endt rehabilitering skal kunne tage styring over eget liv igen (Bredland et al 2002).

Målsætningsprocessen anskues som et led i træningen, hvor patienten opøver evne til at være socialt deltagende og til at eksplicitere egne behov og ønsker (Borg 2004, McGrath et al 1999, Cott et al 2004). Gennem deltagelse i målsætningsprocesser øges patientens motivation, engagement og mod til at indgå i nye opgaver (Wressle et al 2002, McGrath et al 1999, Cott et al 2004, McPherson et al 2009).

Flere studier tyder dog på, at processen med at formulere mål er kompliceret, når patientens perspektiv skal inddrages (Siegert et al 2004, Wressle et al 1999, Kvigne et al 2005). Patienter oplever ofte deres autonomi tilsidesættes og de har sjældent reel indflydelse på valg af mål eller rehabiliteringsaktiviteter (Siegert et al 2004, Wressle et al 1999, Kvigne et al 2005, Wottrich et al 2004). Hvad kan forklare den manglende patientinddragelse i målplanlægning? Kan det skyldes, at målformuleringsprocessen opleves kompleks af sygeplejersker? Kan tid og rum til at disseminere, implementere og adoptere tværfaglige arbejdsgange ligeledes være en faktor, der kan forsinke, at patienter inddrages, når der formuleres mål? (Lauvås 2006,

Fraser 2007). Eller kan manglende patientinddragelse være begrundet i, at sundhedsvæsenet bygger på en biomedicinsk tilgang, hvor sygdomme defineres objektiv på et videnskabeligt grundlag uafhængig af og adskilt fra de samfundsmæssige og kulturelle forhold, som mennesket er en del af, dvs. patientens livsperspektiv, værdier og holdninger (Wackerhausen 2002, Juul Jensen 2009).

Det overordnede mål for rehabilitering er ikke, som tilfældet i behandling, at kurere eller lindre sygdomme, men at patienten ud fra givende muligheder oplever sig rustet til at genoptage hverdagslivet efter udskrivelsen (Brandt 2009). Patientens oplevelse af at få en kronisk sygdom og måden, hvorpå sygdommen griber ind i hverdagslivet, er individuel og bør derfor altid være bestemmende for den professionelles tilgang til patienten (Paterson et al 2001, Benner og Wrubel 2001). På trods af dette viser studier, at patienter ikke inddrages, når der planlægges mål for deres rehabiliteringsproces (Siegert et al 2004, Wressle et al 1999, Kvigne et al 2005, Wottrich et al 2004). Det er derfor aktuelt at foretage systematisk litteratursøgning og afdække eksisterende forskning ift., hvad der fremmer eller hæmmer, at apopleksipatienter inddrages, når der planlægges mål for rehabiliteringen under indlæggelse.

3.0 Litteratursøgning

Idet problemstillingen er af sundhedsfaglig karakter, er den udforsket gennem en systematisk søgning i de sundhedsvidenskabelige databaser, PubMed, CINAHL og PsycINFO.

Min Søgestrategi består af en systematisk bloksøgning og kædesøgning (Kristiansen 2008, Bjerrum 2005, Willman et al 2007, Polit et al 2006).

Den systematiske søgning gennemføres som bloksøgning, hvor 4 blokke med hver deres hovedområde kombineres, jf. figur 1 (Kristiansen 2008).

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
<u>Population:</u> Apopleksi-patienter	<u>Intervention:</u> Målplanlægning	<u>Oplevelse:</u> Hvad kan fremme eller hæmme, at patienter inddrages, når der planlægges mål	<u>Kontekst:</u> Patienter indlagt på rehabiliteringsafdeling på somatisk hospital

Figur 1.

Blokkene er kombineret med de booleske operatører OR internt i blokkene og AND, når blokkene skal forbindes. Da de videnskabelige databaser har forskellige måder at indekserer de kontrollerede emneord på, er søgeordene oversat individuelt til kontrollerede emneord i de respektive databaser. Indledningsvis er der gennemført fritekstsøgninger mhp at finde relevante referencer. Dernæst undersøges, hvilke kontrollerede emneord relevante artikler er indekseret under, og gennem søgeprocessen er de kontrollerede emneord bygget ind i bloksøgningen.

3.1 Systematisk bloksøgning

PubMed

("Stroke" (MesH) OR "Stroke/rehabilitation" (MesH)) AND ("Goals " (MesH) OR "Patient Care Planning" (MesH) OR " Goal Planning (FT) " Goal setting" (FT)) AND (" Attitude of Health Personnel" (MesH) OR " Patient Satisfaction" (MesH) OR "Patient Participation" (MesH) OR "Patient Care Team"(MesH) OR "Professional-Patient Relations" (MesH) OR " Patient Centered Care" (MesH)

CINAHL

("Stroke" (MH) OR "Stroke Patients" (MH) OR "Rehabilitation" (MH)) AND ("Goal planning" OR "Goal setting" (MH) OR "Goals and Objectives" (MH) OR " Patient Care Plans " (MH)) AND (" Consumer Participation" (MH) OR " Patient Attitudes" (MH) OR " Attitude of Health Personnel" (MH) OR " Professional-Patient Relations " (MH) OR " Patient Centered Care " (MH) OR " Patient Satisfaction" (MH) OR " Life Experiences" (MH) OR " Multidisciplinary Care team" (MH))

PsycINFO

(DE="cerebrovascular accidents" or DE="neuropsychological rehabilitation" or DE="rehabilitation") and
(DE="client participation" or DE="client satisfaction" or DE="health personnel attitudes" or
DE="interdisciplinary treatment approach" or DE="client attitudes" or DE="life experiences")
and (DE="goals" or DE="goal setting" or DE="goal orientation" or DE="treatment planning" or
"goal planning")

Figur 2

I den systematiske bloksøgning i PubMed, CINAHL og PsycINFO er blok 1, 2 og 3 kombineret. I PubMed er blok 4 ("Inpatients (MeSH) OR Rehabilitation Centers(MeSH) OR Hospital Units (MeSH)") undladt. Ved kombination af blok 1,2,3 og 4 udvides søgning fra 99 til 884 hits og i den efterfølgende gennemgang af artikler er det tydeligt, at relevante artikler er udelukket, og samtidig fremkommer der ikke nye relevante referencer. I CINAHL fjernes blok 4 (" Inpatients (MH) OR Rehabilitation Centers(MH) OR Hospital Units (MH)"), fordi søgningen er indsnævret for tidligt, og relevante artikler er udelukket. I PsycINFO er der ligeledes fravalgt at kombinere med blok 4 (" Inpatients (MH) OR Rehabilitation Centers(MH) OR Hospital Units (MH) pga., at søgningen indsnævres for tidligt.

Den systematiske bloksøgning er suppleret med en kædesøgning. Dette er valgt, da det med udgangspunkt i relevante artikler kan give mulighed for at finde nye referencer (Bjerrum 2005). Ved kædesøgning er funktionen ” related articles” i PubMed og ”Find Similar Results ” i CINAHL anvendt mhp at finde nye relevante artikler indenfor samme emneområde. Referencer, der har citeret artikler, som er inkluderet til gennemlæsning er gennemgået, og samtidig er relevante artiklers referencer gennemset. Udvælgelse af relevant litteratur til projektet er vurderet ud fra følgende inklusions- og eksklusionskriterier.

3.2 Inklusionskriterier

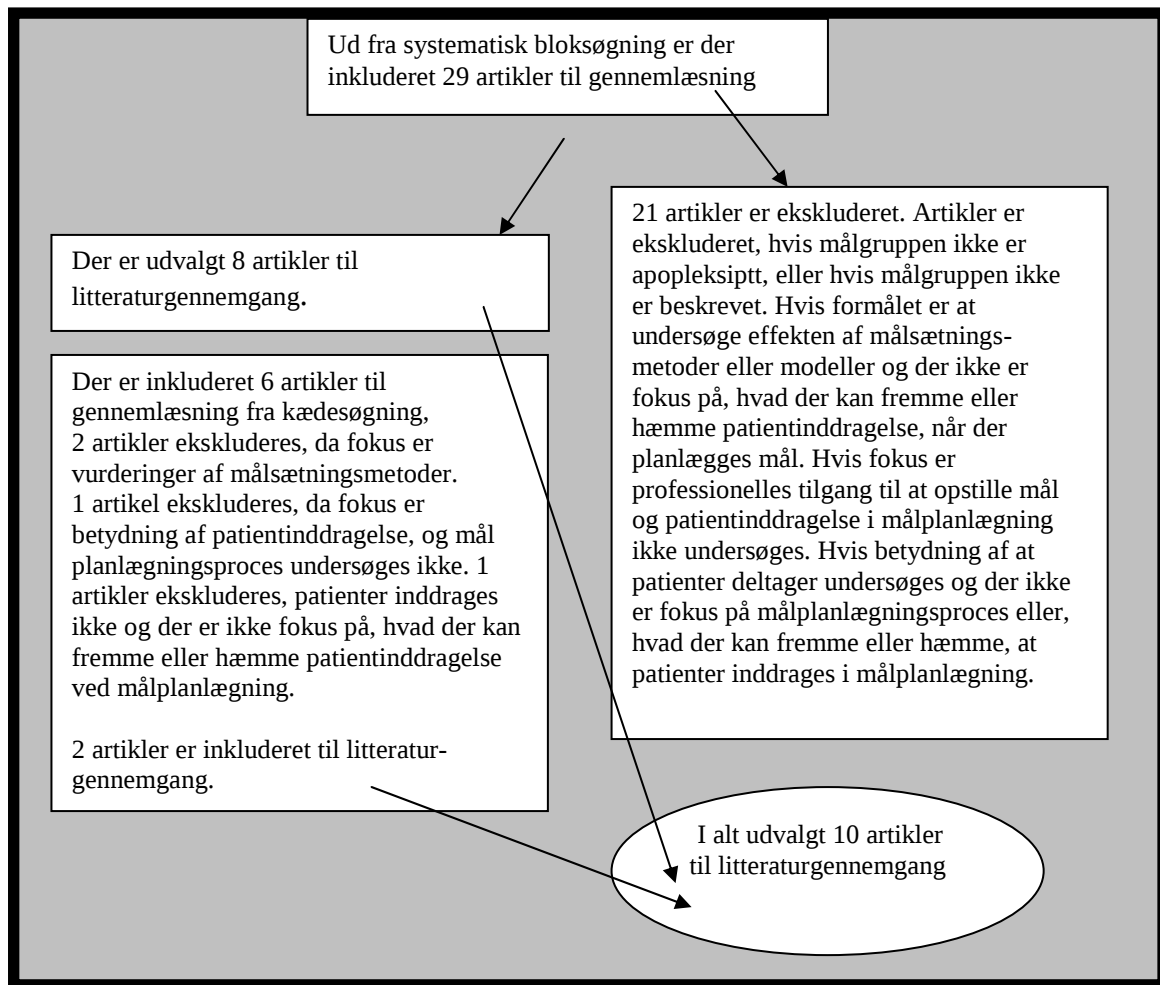
Inklusionskriterier er: engelske og nordiske artikler, og konteksten er rehabiliteringsafdelinger på somatisk hospital. Søgeperioden fra 1995 til 2010 er valgt, da f.eks. England, Norge, Sverige har arbejdet målrettet med at udvikle rehabiliteringsfeltet siden 1995 (Brandt 2009). Der inkluderes artikler, som medtager patienter fra 18 og opefter. Referencerne, som inkluderes, skal indeholde erfaringer med, hvad der henholdsvis kan fremme eller hæmme at patienter inddrages, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen.

3.3 Eksklusionskriterier

Artikler, hvor der ikke redegøres for de inkluderede informanternes diagnoser, er ekskluderet. Referencer, hvor målgruppen ikke er apopleksipatienter, ekskluderes ligeledes. Dette er valgt, da undersøgelsesfund ikke nødvendigvis er overførbare til patienter med hjerneskade.

3.4 Resultatet af litteratursøgning

Ved bloksøgning fremkommer i alt 29 artikler, som udvælges til gennemlæsning, idet de per abstract vurderes indenfor tidligere beskrevne inklusionskriterier og samtidig udvælges 6 artikler til gennemlæsning fra kædesøgningen. Der opnås 99 hits ved bloksøgning i PubMed, heraf vurderes 8 abstracts som relevante. Ved usystematisk kædesøgning findes yderligere 2 relevante abstracts. Ved bloksøgning i CINAHL fås 91 hits, hvoraf 19 abstracts vurderes relevante, heraf genfindes 4 artikler fra tidligere søgning. Ved usystematisk kædesøgning findes yderligere 3 artikler. Resultatet af bloksøgning i PsycINFO er 47 hits, hvor 9 abstracts skønnes relevante, og der findes 3 artikler fra tidligere søgning i CINAHL. Ved kædesøgning fremkommer ingen nye relevante abstracts. Ved kædesøgning i referencelister genfindes allerede inkluderede artikler, og der udvælges 1 til gennemlæsning.



(Figur 3)

Inkluderende referencer 8 fra bloksøgning og 2 fra kædesøgning er vurderet under inspiration fra VAKS, guide til vurdering af kvalitative studier (Høstrup et. al. 2009) og kvantitativ studie er vurderet med inspiration af bogen: Evidensbaseret sygepleje (Willman et al 2007).

Vurdering af inkluderede artikler er vedlagt som bilag (bilag 2).

4.0 Litteraturgennemgang

Fund fremkommet ved tematisering af de inkluderede 10 artiklers indhold beskrives for at give et overblik over eksisterende viden med relevans for projektets overordnede problematik. Der er identificeret 5 centrale temaer omhandlende fænomener, som kan fremme eller hæmme målplanlægning med apopleksipatienter i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse:

Målplanlægning forudsætter uddannelse af professionelle og patienter - organisatoriske rammers betydning - meningsfuldhed for patienten - interaktion mellem patient og professionelle - redskaber til målplanlægning.

4.1 Målplanlægning forudsætter uddannelse af professionelle og patienter

Professionelle oplever, at det er en udfordring at lede målplanlægning, der fremmer patientformulerede mål, især hvis patienten aldrig før har tænkt i mål, de gerne vil opnå (Weyer et al 2010). Studier, der bygger på interviews med professionelle og videooptagelse af målplanlægning, viser, at professionelle har svært ved at stille spørgsmål, der afdækker patientens ønsker og mål for rehabilitering (Parry et al 2004, Barnard et al 2010). Det anbefales, at professionelle tilbydes uddannelse og supervision i praksis ift. kommunikation, der kan fremme, at patienter fremlægger perspektiver, ønsker, mål for rehabiliteringen (Levack et al 2011, Armstrong et al 2007, Parry et al 2004, Barnard et al 2010, Kirschner et al 2005) samt uddannelse i brugen af redskaber og metoder, der kan understøtte, at patienter formulerer mål (Kirschner et al 2005). Desuden foreslås patientuddannelse, hvor patienten øver sig på at fremlægge ønsker og behov samt bliver introduceret til egen rolle i målplanlægning (Kirschner et al 2005 Barnard et al 2010).

4.2 Organisatoriske rammers betydning

Organisatoriske krav til hurtig udskrivelse betyder, at professionelle er styret af at opstille kortsigtede funktionelle mål ift. hverdagsaktiviteter, der kan sikre, at patienten kan klare sig efter udskrivelse. Patientens aktive deltagelse i målplanlægning kan dog fremmes, hvis professionelle er bevidste om, at det er de organisatoriske krav om hurtig udskrivelse, der styrer målplanlægning, eller om det er patientens ønsker og behov (Levack et al 2011). Studier viser, at patienters aktive deltagelse i målplanlægning hæmmes, hvis patientens mål omformuleres, så de efterlever afdelingens standard (Parry et al 2004, Barnard et al 2010). Professionelle oplever, at målplanlægning med patienter tager lang tid, som igen betyder mindre træningstid med patienten (Weyer et al 2010). Grundet tidspres afkortes målplanlægning, hvilket betyder, at patienter ikke formulerer mål for rehabiliteringen (Parry et al 2004, Armstrong et al 2007, Levack et al 2011). Fraværet af ledelsesopbakning og forståelse for ressourcer til målsætningsprocessen kan bremse målplanlægning med patienter (Playford et al 2000).

4.3 Meningsfuldhed for patienten

Patientens mulighed for at deltage aktivt i målplanlægning fremmes, hvis patienten har viden om egen sygdom, modtager feedback på træning og rehabiliteringsmuligheder der kan tilbydes (Holliday et al 2007, Young et al 2008, Armstrong et al 2007). Samtidig skal professionelle understøtte, at der opstilles kortsigtede mål, idet patienter herved kan måle gevinst og udfald af rehabiliteringen løbende (Playford et al 2000, Young et al 2008). Patienters aktive deltagelse i målplanlægning fremmes, når professionelle har mod til at formulere urealistiske mål og støtte patienten frem mod målet (Levack et al 2011, Barnard et al 2010). Patienters aktive deltagelse i målplanlægning inspirerer patienter til at drøfte mål med medpatienter. Patienter oplever, at deltagelse tvinger dem til at forholde sig til, hvad de forventer af rehabiliteringsopholdet, sygdommens følger, deres fremtid frem for fortid (Holliday et al 2007). Professionelle skal inddrage pårørende eller andre ressourcepersoner, som kan fremme patientens mandat, hvis patienten grundet sygdom ikke kan finde overskud og energi til at deltage i målplanlægning (Weyer et al 2010, Kirscher et al 2005).

4.4 Interaktion mellem patient og professionelle

Professionelles forudsætninger for at deltage aktivt i målplanlægningsprocessen fremmes, hvis de har viden om patientens sygdom og træningsforløb, mulighed for at sparre med hinanden og kan vurdere patientens færdigheder forud for samtalen. Patienters aktive deltagelse fremmes, hvis de har viden og forståelse for deres sygdom (Armstrong et al 2007, Holliday et al 2007 C, Young et al 2008). Kommunikation og åben dialog kan fremmes, hvis patienten selv fremlægger egne mål for rehabiliteringen (Barnard et al 2010). Patienter, der har en kontaktperson med vagter, kan opleve, at målplanlægning udsættes, og de kan være frustrerede over, at der ikke er formuleret nye mål. Kontaktpersoner med skiftende vagter oplever samtidig, at det er svært at formulere mål med patienten i målplanlægning, hvis de ikke har deltaget i patientens træning (Weyer et al 2010). Endvidere er det en udfordring at vejlede patienten i samtalen, hvis patientens mål rækker ud over egen faglige kompetencer (Weyer et al 2010).

4.5 Redskaber til målplanlægning

Studier viser, at målplanlægningsmappe med billeder og tekst kan fremme, at patienter kan beskrive mål, de gerne vil opnå. Kontaktpersonen drøfter indholdet i målplanlægningsmappen således, at patienter har mulighed for at beskrive mål og tanker forud for målplanlægning, evt sammen med pårørende (Weyer et al 2010, Holliday et al 2007).

4.6 Sammenfatning af litteraturgennemgang og afgrænsning af formål

Litteraturgennemgang viser, at følger efter sygdom kan hæmme, at patienter kan finde overskud og energi til at deltage i mål planlægningssamtaler (Weyer et al 2010, Kirscher et al 2005). Samtidig tyder undersøgelser på, at organisatoriske krav om hurtig udskrivelse, fastlagt træningstid med patienter samt krav til at professionelle opstiller mål ud fra standard skabelon kan hæmme patienters inddragelse, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen (Levack et al 2011, Weyer et al 2010, Parry et al 2004, Barnard et al 2010). Andre undersøgelser viser, at patienters inddragelse i målplanlægning fremmes, hvis patienter og professionelle er opdateret ift. patientens sygdom, rehabiliteringsforløb og i rehabiliteringsaktiviteter (Young et al 2008, Armstrong et al 2007, Holliday et al 2007). Endvidere peger studier på, at redskaber og metoder, hvor patienter kan identificere genkendelige aktiviteter fra hverdagen, understøtter, at patienter kan udtrykke ønsker og behov i rehabiliteringsprocessen (Weyer et al 2010, Holliday et al 2007). Professionelle oplever, at det er svært at vejlede patienter, hvis mål er urealistiske (Parry et al 2004, Barnard et al 2010, Weyer et al 2010, Levack et al 2011). Studier anbefaler, at professionelle tilbydes uddannelse og supervision i praksis ift. kommunikation, som kan fremme, at patienter fremlægger ønsker og mål for rehabilitering (Levack et al 2011, Armstrong et al 2007, Parry et al 2004, Barnard et al 2010, Kirschner et al 2005). Litteraturgennemgang af udenlandske undersøgelser bidrager med professionelles forskellige perspektiver på, hvad der kan fremme eller hæmme, at apopleksipatienter inddrages, når der planlægges mål i en rehabiliteringsproces, men gennemgangen indkredser ikke nødvendigvis danske sygeplejerskers erfaringer. Da der kan være sociale, kulturelle og økonomiske forskelle, kan resultaterne af de udenlandske artikler ikke ukritisk overføres til danske forhold, hvorfor jeg motiveres til at søge yderligere indsigt i danske sygeplejerskers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabilitering. Projektet skal ses som et pilotstudie, der kan lægge op til en større kvalitativ empirisk undersøgelse.

5.0 Formålet for undersøgelsen

På baggrund af litteraturgennemgang og refleksioner ift. dansk rehabiliteringspraksis er formålet med min undersøgelse: ” At belyse sygeplejerskers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse? ”

5.1 Begrebsafklaring

Apopleksipatienter: Apopleksi er en samlet betegnelse for blodprop og blødning i hjernen, der begge skyldes sygdom i hjernens blodkar. Følgerne efter apopleksi kan give symptomer som halvsidig lammelse, tale- og forståelsesproblemer, emotionelle forstyrrelser, manglende sygdomsindsigt og reduceret evne til problemløsning (Dansk Selskab for Apopleksi 2009).

Målplanlægning: En samtale, hvor patient og sygeplejerske samarbejder om at formulere og aftale mål for rehabilitering. De konkrete mål skal tage udgangspunkt i patientens ønsker og behov. Hvis patienten ikke er i stand til at deltage i processen, kan pårørende inddrages, og er det ikke muligt, har sygeplejersken ansvaret for at sikre, at rehabiliteringen tager udgangspunkt i patientens mål (Borg 2004).

Patientinddragelse: Patienter skal inddrages i beslutninger vedr. mål og valg af rehabiliteringsaktiviteter. Sygeplejerskens forslag til indsatser overvejes og afprøves, men patienten skal altid have det sidste ord i beslutningsprocessen (Borg 2004).

5.2 Forskningsspørgsmål

1. Hvilke erfaringer har sygeplejersker, når de inddrager apopleksipatienter i forbindelse med at planlægge mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse?
2. Hvordan oplever sygeplejersker, at de kan fremme at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse?
3. Hvad oplever sygeplejersker, der kan hæmme, at apopleksipatienter inddrages, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse?

6.0 Metode og materiale

Den kvalitative metode er velegnet til at få mere viden om menneskers erfaringer, tanker, holdninger og forventninger. Samtidig giver den kvalitative metode mulighed for at udforske et ukendt område og gøre nye opdagelser (Polit. et al 2006, Malterud 2003).

Undersøgelsens metode er kvalitativ, idet det er sygeplejerskers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål, der skal undersøges. Litteraturgennemgang i projektet tyder på, at emnet er sparsomt beskrevet, hvilket peger på at vælge en kvalitativ metode.

Kvalitative metoder, der kan anvendes i dette projekt, er; individuelle interviews, fokusgruppinterviews eller feltstudier (Polit. et al 2006). De forskellige metoder har hver deres berettigelse, men af rent pragmatiske grunde, fravælges feltstudie metoden, der er en tidskrævende proces ift. indsamling af data og analyse af data.

I det følgende redegøres for overvejelser ift. fordele og ulemper ved de to interview metoder; individuelt interview og fokusgruppinterview (Kvale 2009, Halkier 2009).

I et individuelt interview har, interviewer mulighed for at gå i dybden og indhente kvalitative nuancerede og ufortolkede beskrivelser af den enkeltes livsverden (Kvale et al 2009).

Interviewperson har mere tid til at tale, og interviewer har større mulighed for at spørge ind til den enkeltes forståelser og erfaringer end ift. fokusgruppinterview (Halkier 2009).

Fokusgruppinterview er velegnet som metode, hvis det er sociale gruppers fortolkninger, interaktioner og/eller normer, der ønskes undersøgt (Ibid.). I fokusgruppinterview produceres data i interaktion mellem deltagere, hvor erfaringer og forståelser sammenlignes. I processen, hvor deltagerne forhandler meninger og forståelser, bliver det samtidig tydeligt, hvad deltagerne er enige og/eller uenige om. Det er en proces, der kan bidrage til at belyse emnet ud fra forskellige perspektiver og til at deltagere kan opnå ny erkendelse (Ibid.).

I denne undersøgelse er fokusgruppinterview valgt som kvalitativt design, da interaktion mellem flere sygeplejersker kan bidrage til, at formålet belyses ud fra flere forskellige perspektiver og eventuelt afdække ny viden, der kan supplere litteraturgennemgang. Ift. undersøgelsens design tages afsæt i ph.d. Bente Halkier og Professor Steinar Kvaless metodeteoretiske tilgang, da de er anerkendt indenfor kvalitativ forskning.

6.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

Undersøgelsen har en fænomenologisk / hermeneutisk tilgang.

De videnskabsteoretiske overvejelser præsenteres med udgangspunkt i Steinar Kvaless udlægning af fænomenologi og forståelsesform i det kvalitative interview og filosof Hans-Georg Gadamer tilgang til hermeneutik, der er læren om fortolkning af tekst og samtale mhp, at opnå en gyldig og almen forståelse af dets mening.

Den fænomenologiske tilgang anvendes mhp at give en korrekt, fordomsfri beskrivelse af undersøgelsens resultater. Dette forsøges ved at eksplicitere egen forforståelse således, at det er muligt at sætte sig ud over den. Ifølge Kvale kan fænomenologien bidrage til at afklare

forståelsesformen i det kvalitative interview. Kvale har udviklet en metode inspireret af fænomenologien, som beskriver tre forståelsesformer, der supplerer hinanden. Disse forståelsesformer er en del af interviewers tilgang i interviewet og ved den efterfølgende behandling af data. De tre forståelsesformer omhandler: beskrivelse, undersøgelse af essenser og reduktion (Kvale 2009). Den første forståelsesform er beskrivelse, dvs. at forstå og beskrive verden så præcist og fuldstændig, som den opleves af den interviewede (Ibid.). Konkret betyder det, at jeg skal forsøge at forstå sygeplejerskernes erfaringer under interviewet og beskrive de meningsbærende enheder i analyse af indsamlet data, præcist som de er udtrykt af den interviewede, og ud fra den antagelse at sygeplejerskers erfaringer er den vigtigste virkelighed.

Den anden forståelsesform er undersøgelse af essenser, dvs. at afdække fænomenets sande væsen. En måde at afdække fænomenets sande væsen på er ved ”fri variation i fantasien”. Det betyder at variere et givent fænomen frit i dets mulige former. Det, der er konstant under de forskellige variationer, er fænomenets væsen (Ibid.). Dvs., hvis det bliver tydeligt i interviewet eller i datamaterialet, f.eks. at sygeplejersker anvender de samme vendinger i deres beskrivelser, så er dét essensen af sygeplejerskernes erfaringer.

Det tredje begreb er reduktion, dvs. ”sætten i parentes”. Interviewer skal bestræbe sig på at se bort fra tidligere erfaringer og teoretiske kundskaber og møde fænomenet, som var det første gang. Interviewer kan herved forsøge at nå frem til en fordomsfri beskrivelse af fænomenets sande væsen (Ibid.). Derfor skal jeg være bevidst om min forforståelse og åben overfor at sætte den i spil i mødet med sygeplejerskerne, således at en ny horisont kan opstå. Dette leder mig frem til den hermeneutiske tilgang, der anvendes i den analytiske del, hvor jeg fortolker indsamlet data med inddragelse af teori mhp at forstå de meningsbærende enheder og sammenfatte essens af disse.

Den hermeneutiske cirkel forklarer den kontinuerlige frem og tilbagegående proces mellem dele og helhed, som foregår, når der skabes en ny forståelse. Forståelsens cirkularitet åbner mulighed for en stadig dybere forståelse af mening. Meningsfortolkning foregår kontinuerlig, indtil meningsenheden ligger mere entydigt fast. Fortolkning er aldrig forudsætningsløs og sker på baggrund af den forståelseshorisont, som verden anskues ud fra, og som det ikke er muligt at frigøre sig helt fra (Gadamer 2004). Gadamer anvender begrebet horisont, der henviser til at det at lære, at se ud over det nære, og derved møde en anderledes mening fordomsfrit. Det er i mødet mellem horisonter, hvor ny delforståelse reviderer

helhedsforståelse, at der, ifølge Gadamer, er tale om horisontsammensmeltning (Ibid.). Det betyder, at jeg som undersøger kan skabe mulighed for at revidere og opnå en ny helhedsforståelse af emnet, hvis jeg er bevidst om min forforståelse og er åben overfor at sætte den i spil og lære nyt af sygeplejerskernes erfaringer under interviewet og i analyse af indsamlet data. En måde at blive min forforståelse bevidst er at eksplicitere den (Ibid., Kvale 2009).

6.2 Min forforståelse

Som forudsætning for enhver forståelse må man besidde en forforståelse af den sag eller det forhold, som man ønsker at forstå. Jeg har som kvalitetskoordinator erfaringer med, at apopleksipatienters målplanlægning ofte foregår uden patienters deltagelse.

Apopleksipatienter vurderes tit som ude af stand til at deltage grundet funktionstab og skader. Samtidig har jeg erfaret, at patienter ikke kender egne mål for rehabilitering og at de virker uforstående, når sygeplejersken introducerer nye rehabiliteringsaktiviteter. Det er min antagelse, at patienter, der har været vant til at træffe beslutninger og handle, måske kan opleve sig sat ud af spillet, hvis sygeplejersker ikke inddrager dem i målplanlægning. Modsat kan patienter, der ikke har energi til at tage del i en samtale opleve det som en hjælp, hvis sygeplejersken tager over og planlægger deres træningsforløb. Mine erfaringer fra egen rehabiliterende praksis og arbejdet med rehabilitering i masterstudiet er medvirkende til at danne min forforståelse. Denne forståelse er jeg bevidst om, og af samme grund sættes den derfor eksplicit over for undersøgelsens resultater, således at en så høj sandhedsværdi som muligt kan opnås. Denne fremgangsmåde anvendes for at forsøge at undgå, at min forforståelse påvirker undersøgelsens resultater og dermed ville opnå en mindre grad af validitet.

6.3 Udvalgelse af fokusgruppedeltagere

Der udføres fokusgruppeinterview på to rehabiliteringsafdelinger på danske hospitaler.

Udvælgelse af deltagere er styret af formålet for undersøgelsen (Halkier 2009). De overordnede kriterier for udvælgelse af fokusgruppedeltagere til undersøgelsen er derfor deltagere, som er sygeplejerske, der har prøvet at planlægge mål med apopleksipatienter i en rehabiliteringsproces under indlæggelse. Derudover udvælges ud fra forskellighed i alder, erfaring som sygeplejerske og erfaring med rehabilitering som speciale. Deltagere i fokusgrupper har lettere ved at deltage i samtalen, hvis de kender hinanden og har en forestilling om, hvordan hinanden reagerer (Ibid.). I denne undersøgelse er fokusgrupperne

sammensat af deltagere fra samme afdeling. Sygeplejersker, der er ansat i samme afdeling, vil have mulighed for at supplere hinandens udtalelser pga. delte erfaringer og oplevelser. Afdelingssygeplejersken kontaktes og udvælger deltagere, idet hun har mulighed for at sammensætte en fokusgruppe ud fra ovennævnte kriterier (bilag 3). Fokusgruppens størrelse kan variere fra 3-12 deltagere. Det er lettere at bearbejde datamaterialet i dybden mht. sociale forhandlinger, sprogligt udtryk og betydningsdannelser, hvis fokusgruppen er på 3-4 deltagere, og samtidig kan større grupper være svære at moderere som interviewer (Ibid.). I denne undersøgelse sammensættes 2 fokusgrupper med 4 deltagere, da det vil give mulighed for at bearbejde datamaterialet i dybden og afdække sygeplejerskernes holdninger og sociale forhandlinger ift. at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål. Endvidere kan der argumenteres for, at jeg som ny i feltet starter ud med at moderere mindre grupper.

6.3.1 Beskrivelse af fokusgruppedeltagere

Fokusgruppedeltagere i første interview	Køn	Alder	Erfaring som sygeplejerske	Erfaring med rehabilitering som speciale
	♀	39	16 år	3 år
	♀	47	17 år	3½ år
	♀	34	5 år	3 år
	♀	56	32 år	6 år

Fokusgruppedeltagere i andet interview	Køn	Alder	Erfaring som sygeplejerske	Erfaring med rehabilitering som speciale
	♀	60	39 år	10 år
	♀	53	29 år	11 år
	♀	31	7 år	4 år
	♀	30	2½ år	2 ½ år

6.4 Etiske overvejelser i forbindelse med undersøgelsen

De etiske retningslinjer, der skal overholdes i forbindelse med en interviewundersøgelse, er: informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskers rolle. Informeret samtykke betyder, at interviewpersoner skal oplyses om formål og designet for undersøgelse, at det er frivilligt, og at deltagere har ret til at trække sig fra undersøgelsen når som helst (Kvale et al 2009, Halkier 2009).

I dette projekt er sygeplejerskerne informeret om, at det er frivilligt at deltage, fået indblik i formål og design for undersøgelsen (bilag 4). Fortrolighed omfatter, at informant skal informeres om, at interviewet vil blive behandlet fortroligt og anonymt (Kvale et al 2009, Halkier 2009). Sygeplejerskerne er oplyst om, at deres identitet sløres, og at ingen udover undertegnede kender deres ansættelsessted. Derudover orienteres informanter om, at interviewet transskriberes af mig, at udskrifter kun er til rådighed for mig samt, at de slettes efter eksamen (bilag 5).

Ved telefonisk kontakt til Datatilsynet i Region Syddanmark oplyses, at der ikke skal ansøges om tilladelse til at udføre undersøgelsen, da der ikke indgår patientdata i undersøgelsen. Ifølge vejledning fra Central Videnskabsetiske Komite er det kun biomedicinsk forskningsprojekter, der skal anmeldes. (Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2008). Halkier fremhæver, at interviewer ikke skal love deltagere mere, end der kan overholdes (Halkier 2009).

Informanterne er oplyst om, at det ikke vil være muligt at læse udskrifter fra interviewet, og i stedet aftales formidling af undersøgelsens resultater på en temaeftermiddag i de 2 afdelinger. Dette er set i lyset af, at deltagere vil reflektere videre over emnet efter interviewet er afgivet og måske ikke genkender udtalelser. Der kræves stor sensitivitet fra interviewers side ift., hvor tæt interviewer kan spørge ind til informantens erfaringer (Kvale et al 2009).

Som moderator skal jeg være opmærksom på den grad af forførelse, der kan ligge i interviewet. Det kræver lydhørhed, empati og respekt fra min side, idet sygeplejerskernes grænser og integritet må bevares. Fordelen ved at deltage er, at sygeplejersker kan opleve det som givende i sig selv, at der er tid til at snakke med ligesindede om et arbejdsrelateret emne. Forskerens rolle omfatter krav om gennemsigtighed i den akademiske proces, hvor det skal fremgå, hvad der danner grundlaget for de konklusioner, der drages (Kvale 2009, Halkier 2009).

6.5 Interviewsituation

Indledningsvis tages stilling til hvilket niveau af moderering og strukturering, som fokusgruppen skal køre efter (Halkier 2009). I undersøgelsen er fokusgruppen struktureret ud fra tragtmodellen, hvor der både er plads til deltagernes perspektiver og interaktion med hinanden, og samtidig kan jeg som moderator starte åbent med få indledende spørgsmål og afslutte med flere opfølgende spørgsmål, der kan sikre svar, som er dækkende for undersøgelsen.

Fokusgruppeinterviews afholdes på sygeplejerskernes arbejdsplads. Fordelen ved at udføre interview på arbejdspladsen er, at fokusgruppedeltagere er i vante rammer som lægger op til, at der kan drøftes arbejdsrelaterede problemstillinger (Ibid.). Interviewet optages på bånd, så jeg har mulighed for at koncentrere mig om emnet og dynamikken i interviewsituationen. Under interviewet vil der være en observatør tilstede, der er opmærksom på interaktion mellem deltagere, herunder stemningsleje, kropssprog og spontane reaktioner fra deltagere. En beskrivelse, der kan være værdifuld i den senere analyse af udskrifter (Halkier 2009, Kvale 2009). Jeg vil sikre, at afdelingssygeplejersken booker lokale, hvor vi kan sidde uforstyrret mhp at skabe en rolig atmosfære for deltagerne og for at forbygge baggrundsstøj, som kan påvirke båndoptagelsen og dermed reliabiliteten af undersøgelsen.

Der er på forhånd udarbejdet en interviewguide, som omfatter i alt 3 forskningsspørgsmål, 4 indledende interviewspørgsmål og enkelte opfølgende spørgsmål (bilag 6). Pilotinterview anbefales, da det giver mulighed for at afprøve spørgeguide, og samtidig har moderator mulighed for at afprøve sig selv i en mere omfattende social interaktion (Halkier 2009). For at sikre at fokusgruppedeltagere forstår og kan svare på udarbejdede spørgsmål og for at blive afklaret på min rolle som moderator, udføres prøveinterview med observatør, der giver tilbagemelding efter interviewet. I prøveinterviewet fandt jeg frem til, at sygeplejerskerne forstod mine spørgsmål, og at de kunne besvare spørgsmålene ud fra deres perspektiver, hvorfor jeg ikke har foretaget nogen rettelser i interviewguiden. I begyndelsen af interviewet var det svært at få interaktionen i gang mellem deltagerne, hvilket kan skyldes, at jeg var for hurtig til at stille opfølgende spørgsmål, når der opstod pauser. Erfaringer jeg vil være opmærksom på i de 2 planlagte fokusgruppeinterview.

Ved briefing fremlægges formålet for undersøgelsen, og moderators rolle gennemgås. Det anbefales at informere om moderators rolle, da deltagere kan forvente, at interviewet foregår på klassisk vis og ikke som en samtale, hvor deltagere taler mest med hinanden og i mindre grad med interviewer. Samtidig anbefales det, at moderator orienterer om, at formålet for undersøgelsen er at lære noget af fokusgruppedeltagerne, da deltagere kan have en forventning om, at moderatoren er ekspert på området og derfor afstå fra at fremlægge egne vurderinger og derfor diskutere mindre (Halkier 2009). Ved briefing orienteres deltagerne om undersøgelsens formål, rammer for interviewet og samtykkeerklæring underskrives af deltagere. I præsentation af rollen som moderator orienteres sygeplejerskerne om, at jeg mest

vil være lyttende mhp at lære af deres drøftelser med hinanden og kun stiller spørgsmål, hvis de løber tør for ting at sige, hvis deltagere har svært ved at komme til orde, eller hvis jeg har brug for at stille et opfølgende spørgsmål.

Der er afsat 1 ½ time til hvert fokusgruppeinterview, 15 min. til introduktion, 60 min. til interviewet og 15 min. til debriefing. Interviewet sættes i gang med et enkelt åbent og bredt spørgsmål. Moderator skal fremme, at gruppen holder søgelyset på interviewemnet og samtidig moderere gruppeeffekten, det skal sikre, at deltagerne oplever en god og tillidsfuld atmosfære under interviewet. Moderators rolle under interviewet er lyttende og spørgende, hvor der skal være en balance imellem indlevelse i gruppen, perspektiver på emnet og en tilbagetrukkethed, som giver plads til interaktion mellem deltagerne (Ibid.). Under interviewet vil jeg stille opfølgende spørgsmål, hvis jeg kan høre samtalen løber af sporet. For at skabe en tryk atmosfære vil jeg være lyttende, imødekommende og sikre, at alle kan komme frem med deres perspektiver på emnet. Ved debriefing er det en god ide at spørge deltagerne om, hvordan de har oplevet at deltage i fokusgruppeinterviewet, dels for at lytte til deres oplevelser og dels for at lære noget om, hvordan fokusgruppen har fungeret metodisk, så det er muligt at revidere, hvis der er noget, som ikke har fungeret optimalt (Ibid.). Efter interviewet er der afsat god tid til, at sygeplejerskerne kan fortælle om deres oplevelser med at deltage i interviewet.

6.6 Transskribering

En kvalitativ analyse forudsætter, at materialet er sammenfattet til tekst på en tilgængelig og håndterbar måde (Kvale 2009). Data fra fokusgruppeinterviewet i form af lydbånd skal transskriberes, før det er muligt at lave en systematisk analyse. Det kan være svært at genkende stemmerne fra hinanden og det, der bliver sagt, hvis den der transskriberer ikke selv har været til stede under interviewet. Det at transskribere selv, at være mellemlid mellem sprog og tekst, hvor erfaringer fra interviewet genopleves, fremmer ny erkendelse, og den første meningsanalyse af det sagte indledes, og materialet anskues ud fra en ny vinkel (Halkier 2009, Kvale 2009, Malterud 2003). Jeg vælger selv at foretage transskribering, da jeg derved får et godt kendskab til datamaterialet bl.a. ved at lytte til båndoptagelserne flere gange. Interviews transskriberes ordret med pauser, ufærdige sætninger, korte udtryk som ja-eh, uhm, latter osv. Hvis tonelejet ændres, skrives det i parentes. Der anføres med prikker i teksten og noteres i parentes, hvis deltagere taler i munden på hinanden, og det er utydeligt, hvad der bliver sagt.

6.7 Overvejelser i forhold til analysemetode

I undersøgelsen anvendes Kirsti Malteruds tilgang til systematisk tekstkondensering, som er inspireret af Giorgis fænomenologiske meningskondensering, der er egnet, hvis der skal foretages tværgående analyse, hvor meningsbærende enheder fra flere informanter skal sammenfattes (Malterud 2003). I processen hvor den indsamlede data fortolkes og sammenfattes, skal undersøger være afklaret omkring egen rolle ift. videnskabsteoretisk ståsted, forforståelse og teoretiske referenceramme, da det er i samspillet mellem disse, at der udvikles viden ud fra data. I Malteruds tilgang foregår analyseprocessen over 4 trin.

1. trin læses interviewudskrifter igennem flere gange, bånd aflyttes, og noter fra interviewet læses igennem mhp at få et helhedsindtryk. Her lægges forforståelse og den teoretiske referenceramme til side for at stille sig åben for de indtryk, som materialet kan formidle. Ud fra den første gennemlæsning dannes temaer, som får et midlertidigt navn. 2. trin identificeres meningsbærende enheder, dvs., at der findes tekst, som siger noget om temaerne. De meningsbærende enheder systematiseres, hvilket Malterud kalder kodning. Kodning foretages med udgangspunkt i de oprindelige temaer fra første analysetrin. Efterfølgende overvejes, hvorvidt koder repræsenterer fænomener af nogenlunde samme art, og der tages stilling til fællesskab samt forskelle mellem temaer og koder. 3. trin kondenseres de meningsbærende, dvs., at informanternes udtalelser kondenseres i mindre udtalelser indenfor hver kodegruppe. Idet teksten tolkes ud fra ens eget ståsted og faglige perspektiv, mener Malterud, at det kan være hensigtsmæssigt i denne fase, at få andre til at vurdere de meningsbærende enheder, således at der kommer flere perspektiver på. Da undersøgelsen indgår i opgavesammenhæng, gøres det af undertegnede. 4. trin sammenfattes betydning af de kondenserede meningsbærende enheder indenfor hver kodegruppe til en beskrivelse. Som afslutning skal de nye beskrivelser valideres ift. de oprindelige interviewudskrifter og egen forforståelse. Fund underbygges med citater af sygeplejerskeudsagn.

For at eksemplificere pålideligheden af analyseprocessen demonstreres i nedenstående skema et eksempel på linket mellem det oprindelige datamateriale og de fremkomne resultater af analysen. Skemaet viser et eksempel på, hvordan en åben kodning af datamaterialet resulterer i dannelsen af indholdsbeskrivelser og et centralt tema.

Meningsbærende enheder	Kodning	Kondensering	Indholdsbeskrivelse	Centralt tema
D: Helt naturligt at de er med forrest, vi har gode erfaringer med at have dem med. H: mødet omkring rehabiliteringsplanen giver dem mulighed for selv at være medbestemmende og de kan selv være med til at sætte mål, de kan ligesom sætte dagsorden for deres rehabilitering. De er rigtig glade for at blive inddraget. E: vigtigt vi har patienten med så de kan se et formål med, hvad det er vi vil og at vi møder dem der hvor de er og hvad de gerne vil. G: du finder meget ud af hvor meget indsigt har de egentlig.	Betydning af at inddrage patienter	Helt naturligt at patienter er med forrest Mødet omkring rehabiliteringsplanen giver patienten medbestemmelse og patienten kan være med til at sætte mål for rehabilitering Vigtigt at patienter deltager, så de kan se et formål med, hvad sygeplejersken vil Sygeplejersken møder patienter der, hvor de er og finder frem til, hvad de gerne vil Sygeplejersken finder ud af, hvor meget indsigt patienter har i sin sygdom	Sygeplejerskerne udtrykker, at det er naturligt at apopleksi-patienter er med forrest, og medbestemmende, når der sættes mål samt at det er vigtigt, at patienterne deltager, så de kan se et formål med, hvad sygeplejersken vil. Sygeplejerskerne er optaget af, at møde patienterne, der hvor de er, hvad de gerne vil og at de finder ud af, hvor meget indsigt patienten har i egen sygdom.	Holdning til patientinddragelse

7.0 Resultater af fund

Den samlede bearbejdning af datamaterialet resulterede i 5 centrale temaer, som belyser sygeplejerskers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen. Følgende centrale temaer er identificeret: holdning til patientinddragelse - forberedelse til målmødet - forhandling af målformulering - at møde patienten, der hvor patienten er - at bevare håbet. Fund underbygges med citater af sygeplejerskeudsagn, og hver sygeplejerske er registreret med et bogstav for at sikre anonymitet. (se s. 18 beskrivelse af fokusgruppedeltagere).

7.1 Tema: Holdning til patientinddragelse

Sygeplejerskerne udtrykker, at det er naturligt at apopleksipatienter er med forrest og medbestemmende, når der sættes mål, samt at det er vigtigt, at patienterne deltager, så de kan se et formål med, hvad sygeplejersken vil. Samtidig beskriver sygeplejerskerne, at de er

optaget af at møde patienterne, der hvor de er, hvad de gerne vil og at de finder ud af, hvor meget indsigt patienten har i egen sygdom. Sygeplejerskerne har erfaret, når de sidder i målmødet, at patienterne opdager, at de er nødt til at gøre en aktiv indsats, og at patienter bedre kan se, at hverdagsaktiviteter i afdelingen kan understøtte, at de opnår de bestemte mål, de har sat sig.

E, B, H og G:

”Vigtig, at vi har patienten med, så de kan se et formål med, hvad det er vi vil og at vi møder dem, der hvor de er, og hvad de gerne vil...” mødet omkring rehabiliteringsplanen giver dem virkelig mulighed for selv at være medbestemmende og de kan selv være med til at sætte mål og de kan ligesom sætte dagsorden for deres rehabilitering...” i målmødet opdager patienten, at det kommer ikke ind af en lukket dør, jeg er selv nødt til at gøre en aktiv indsats...” Hvis man ikke har snakket med dem, synes de, at hverdagsaktiviteter som de laver her i afdelingen er formålsløst, hvis man har talt med dem om, at det er for at opnå nogle bestemte mål, som de har sat sig, der kan det godt hjælpe dem at sætte sig ned med teamet.”

Sygeplejerskerne fortæller, at de har gode erfaringer med at have patienter med til målmødet, og hvis patienten ikke vil deltage informeres de om formålet med, at de selv er med, og det afklares, hvorfor patienten ikke vil deltage.

Sygeplejerskerne har forskellige opfattelser af, hvornår apopleksipatienter kan deltage i et målmøde. Nogle af sygeplejerskerne beskriver, at det er svært at inddrage patienter, hvis de er hårdt ramt fysisk, psykisk og kognitivt, mangler sygdomserkendelse, er ramt på motivationen eller har afasi, fordi patienterne har svært ved at modtage viden og omsætte det. I de situationer inddrages pårørende. Andre sygeplejersker fortæller, at det ikke er ret tit, de laver mål uden patienter. Andre supplerer med, at patienter, der har lav udholdenhed eller afasi, oftest deltager i målmødet men i et kortere tidsrum, da de har svært ved at koncentrere sig.

A og C: ”...nogen er så hårdt ramt både fysisk og kognitivt, at det kan være lidt uværdigt at de er med... en blanding af konkurrerende sygdom og selve hjerneskaden, det med at kunne modtage ny viden og omsætte, det er nogen gange meget svært.”

E og H: ”...hvis de har afasi ... lav udholdenhed, har vi dem ikke med så længe, fordi de har svært ved at forstå informationer”

En af sygeplejerskerne siger, at det er uværdigt at sidde og tale om mål, hvis patienten er et fuldstændigt andet sted, og at det ikke er endegyldigt, hvis patienten ikke er med til den første samtale.

7.2 Tema: Forberedelse til målmødet

Sygeplejerskerne mener, at det er vigtigt at introducere patienterne til målmødet og de redskaber, som benyttes i samtalen. De opfordrer patienten til at tænke på, hvad der er vigtigst for dem, og hvad de gerne vil blive bedre til. Samtidig er sygeplejerskerne optaget af, hvordan de selv forbereder sig gennem faglig sparring.

E og H: ” *Vi prøver at klæde hinanden en lille smule på... vi laver en plan lige inden vi går ind til patienten, ligesom en dagsorden ud fra den enkelte patient.* ”

F: ” *Vi siger til dem de kan tænke over om morgnen eller dagen før, hvad det er de synes der er vigtig for dem lige nu og så vil vi komme og snakke med dem.*

7.3 Tema: Forhandling af målformulering

Sygeplejerskerne har erfaringer med, at der kan være forskel på, hvordan patienterne deltager i målmødet. De fortæller, at nogle patienter, forud for samtalen, har skrevet ting ned sammen med pårørende, andre er mere afventende pga. hjerneskaden, eller hvis de ikke forstår situationen. Sygeplejerskerne ser ofte, at patienter tager mere styring, er mere konkrete og realistiske ift. overordnede mål, når de begynder at tage hjem på besøg.

H: ” *... hjemmebesøg og de får en anden styring, bliver mere konkrete og realistiske i forhold til deres overordnede mål og hvad skal jeg så kunne for at være hjemme.* ”

Sygeplejerskerne udtrykker, at de skal have god tid til at spørge ind, så patienterne får lov til at formulere det, der er vigtigst for dem. Sygeplejerskerne oplever, at patienterne kan have andre mål, end de har, og at patienterne tit har mere fokus på fysiske tab, hvor de som sygeplejersker tænker på hele patienten. De fortæller, at de taler med patienterne om, at det ikke er et succeskriterie, at de når alle mål på 14 dage, men at de arbejder hen imod målene. Sygeplejerskerne anskuer det som en forse, at de er i afdelingen hele døgnet og kan se, hvad der er svært for patienten. Det er en viden, som hjælper dem når patienterne skal formulere mål.

B: "...vi bruger rigtig meget at møde ordet så de selv får lov og formulere"

H: "De har tit deres egne mål, nogen gange er det helt andre mål end vi har og det er en udfordring i sig selv, der er rigtig spændende ..."

Sygeplejerskerne udtrykker, at deres vigtigste opgave er at hjælpe patienter frem til de overordnede mål med afsæt i de mange delmål, hvor de kan se nogle succes oplevelser. En af sygeplejerskerne beskriver, at hun syntes det kan være svært at forklare delmålene, så patienterne forstår det er vejen frem mod det mål de gerne vil opnå.

E: "... de siger tit de meget overordnede mål, når vi siger, hvad vil du gerne med det her, jeg vil gerne kunne gå, og så må man sige, hvordan når vi så der hen med mange små delmål, det er en af vores vigtigste opgaver, at få dem på et plan, hvor de vil kunne se nogle succes oplevelser."

Sygeplejerskerne er enige om, at målene skal være konkrete og målbare. Endvidere er de enige om, at det primært er terapeutfaglige mål, der noteres i patientens målskema, og de præciserer, at de skal blive bedre til at synliggøre patienternes grundlæggende behov i skemaet.

B og D: "... vi skriver det alle mulige andre stederi kardex men ikke i målskemaet...men der er det måske også, at vi skal komme ind og få det synliggjort."

7.4 Tema: At møde patienten, der hvor patienten er

Sygeplejerskerne er enige om, at de ikke kommer nogen vegne med rehabiliteringen, hvis patienten ikke kan se mening med en aktivitet og de ser det som en positiv udfordring, når patienten forholder sig kritisk til rehabiliteringstiltag. Flere sygeplejersker fortæller, at patienter motiveres, når de er med til at lave mål og hvis de deltager i aktiviteter, der interesserer dem.

H og F: "... motivationen vigtig og det når man jo rigtig godt, hvis de er med til at sætte de mål og man hjælper med at sætte ord på..." Det er helt afgørende, at vi finder ud af, hvad interesserer de mennesker, og hvordan kan vi ligge træningen op af det de kunne li` tidligere."

Sygeplejerskerne oplever, at weekendbesøg i hjemmet hjælper patienterne til at erkende de problemer, de har og til at formulere mål, som de gerne vil arbejde med. Nogle af sygeplejerskerne beskriver, at de kan hjælpe patienter til at formulere mål, som de gerne vil arbejde med, hvis de tager udgangspunkt i patienternes fortællinger, giver eksempler på træningssituationer, hvor det ikke gik så godt eller hvis de tager fat i patientens følelse af irritation i situationen.

H og F: ” Den der narrativ del det er lidt unikt for os, at vi får det levede liv fortalt af patienten. Vi bruger det for og møde dem, der hvor de er...” Det er meget det med at få deres liv, hvis de nu har fortalt en om det, så kan man jo godt, du fortalt mig i går, sådan og sådan, nå ja men så vil jeg gerne kunne gå på trapper...”

H: ” Jeg kan da huske den samme patient. Hun havde nedsat opmærksomhed til venstre side det var et af punkterne som vi gerne ville arbejde med, men som hun ikke selv synes, at hun havde problemer med. For at komme ned i bassinet, så skulle hun gå til venstre, når hun kom ud fra sin stue. Hun gik til højre, fordi der var jo ingenting til venstre. Hun var irriteret på sig selv over, at hun aldrig kunne finde hen til bassinet. Ved, at vi tog fat i den irritation fra hendes side, gjorde at vi fik hende til at arbejde med en fysarmet strategi, hvor man sådan kigger helt ud til begge sidder hver gang, så fandt hun gangen til venstre og kunne komme ud i bassinet.”

Nogle af sygeplejerskerne udtrykker, at en snak om billeder af familie eller fra patientens liv kan hjælpe sygeplejersken til at finde frem til mål, som afasipatienten gerne vil opnå.

E: ” De kommer med fotoalbum fra deres liv eller deres familie især vores afatikere, vi kan se på billeder med dem og snakke om det vil være dejligt, hvis man kunne blive så god til at kunne gøre det.”

Sygeplejerskerne fortæller, at de udarbejder neuropædagogisk strategi, hvis patienter er kognitivt skadet og mangler sygdomsindsigt. Sygeplejerskerne oplever, at strategien hjælper dem til at møde patienterne, der hvor de er og til at tilrettelægge rehabiliteringen i et samarbejde med patienten.

H og E: ” Vi udarbejder neuropædagogisk strategi, hvordan er tilgangen til den her patient... hvad er mest hensigtsmæssigt i tilgangen for at opnå det bedste samarbejde om rehabiliteringen... mest når det er de kognitive skadet og de har meget dårlig indsigt i egen sygdom...”

7.5 Tema: At bevare håbet

Sygeplejerskerne er enige om, at de ikke kan vide, hvor langt den enkelte patient kan nå og derfor ikke kan fortælle patienter, at de har urealistiske mål. Endvidere udtrykker Sygeplejerskerne, at de godt ved, at der kan være patienter, der ikke opnår deres overordnede mål, men de mener, at her kan tiden hjælpe patienten til at erkende. Sygeplejerskerne er enige om, at håbet kan have en helbredende funktion for patienten. En af sygeplejerskerne fremhæver, at et evt. urealistisk mål kan motivere patienter og måske betyde, at patienter samlet set kommer længere med rehabiliteringen.

C, A, D: ” ...vi skulle ikke lade dem have noget urealistisk at stile efter, så skulle de ha det at vide.....det er jeg dybt uenig i ...det er over måneder, år inden vi kan vide hvordan det ender...forskel på at gå med i en snak og sige at det kommer du helt sikkert til og så måske glide lidt af på den, fordi at tiden også kan gøre noget i erkendelsesprocessen for patienten... håbet skal man have lov til at bevare, det har en helbredende funktion i sig selv... hvis man har en indre motivationsfaktor, der hedder jeg vil op at gå kan det måske være med til at gøre at man kommer lidt længere, selvfølgelig selv om det kunne være urealistisk.”

8.0 Fortolkning og diskussion af fund

Fundene fortolkes ud fra Benner og Wrubels teori om omsorg, stress og mestring af sygdom (Benner og Wrubel 2001) samt Banduras målsætningsteori (Bandura 1986). Fundene fortolkes og diskuteres ud fra de centrale temaer i datamaterialet og sammenfattes efter hvert afsnit. I diskussionen inddrages teori fra baggrund, litteraturgennemgang og nye referencer. Det er aktuelt at inddrage Benner og Wrubel, da de i deres teori beskæftiger sig med samarbejdet mellem patienten og sygeplejersken i relation til rehabilitering. Benner og Wrubels teori kan formodentlig indkredse betydningen af, at sygeplejersken inddrager apopleksipatienten i rehabiliteringsprocessen, da de beskæftiger sig med, hvordan menneskets personlige engagement skaber muligheder for mestring ved sygdom. Banduras teori om målsætning inddrages tillige, da han beskæftiger med, hvordan mennesket motiveres og engageres i at opnå mål, som de har sat sig, og samtidig giver han et bud på, hvordan der kan arbejdes med målsætning i praksis.

8.1 Tema: Holdning til patientinddragelse

I data udtrykker sygeplejerskerne, at det er naturligt, at patienter er med forrest og medbestemmende, når der sættes mål for rehabiliteringen. Bandura fremhæver, at folk, som selv har spillet en væsentlig rolle, når der udvælges mål, er mere engagerede, motiverede og føler sig mere forpligtet til at arbejde med mål og til at evaluere egne fremskridt, frem for når de er fremsat af andre (Bandura 1986). Her tolkes, at patienter, der deltager i at formulere mål for egen rehabilitering, ofte føler sig mere motiverede og ansvarlige for at arbejde frem mod målene og engagerer sig i større grad i selvevalueringen. Undersøgelser dokumenterer endvidere, at apopleksipatienters engagement, motivation og mod til at indgå i nye rehabiliteringsopgaver øges, når de inddrages i målformuleringsprocessen (Wressle et al 2002, McGrath et al 1999, Cott et al 2004, McPherson et al 2009). Sammenfattende udledes, at sygeplejerskens inddragelse af patienter ved målformulering, således at de er medbestemmende ift. mål og aktiviteter, som de skal arbejde med i rehabiliteringen, motiverer patienter til at tage ansvar, til selvevaluering af egne mål samt til at indgå i nye aktiviteter.

Sygeplejerskerne i interviewet udtrykker, at patientinddragelse, når der målsættes, giver dem mulighed for at møde patienten, der hvor patienten er, hvad de gerne vil og samtidig giver det patienterne mulighed for at se, hvad sygeplejersken vil. Benner og Wrubel beskriver i deres teori, at ved sygdom, hvor mennesket oplever tab og skade, kan den ændrede kontekst frembringe stress, hvis patientens hidtidige meninger, baggrundsforståelse og normale funktioner ikke slår til. I mestringsprocessen former og formes patientens meninger og betydninger i relationen med sygeplejersken, hvilket er det ontologiske grundlag for, at patienten kan adaptere og tilegne sig en meningsforståelse af en ny og anderledes kontekst. Endvidere skaber omsorgen grundlag for, at sygeplejersken kan opnå forståelse for, hvad patienten antager som stressende i situationen samt hvilke mestringsmuligheder, der er til stede og acceptable for patienten (Benner og Wrubel 2001). I samarbejdsrelation med patienten opnår sygeplejersken forståelse for patientens oplevelse af sygdommen og de hverdagsaktiviteter eller situationer, som patienten anser som stressende, og som er betydningsfulde at kunne mestre gennem rehabilitering. Samtidig formes patienten af sygeplejerskens faglige anbefalinger, der samlet set skaber udgangspunktet for, at sygeplejerske og patienter kan se på rehabiliteringsmuligheder og formulere nye mål, der er acceptable for patienten. Hvidbog ” Rehabilitering i Danmark” definerer ligeledes, at

rehabilitering skal tilrettelægges med udgangspunkt i patientens viden, erfaring og mål, samt at rehabilitering anskues som en fremadrettet proces, der kommer til udtryk gennem patienters og fagfolks samarbejde (MarselisborgCenteret 2004). Samtidig dokumenterer metaanalyse betydningen af, at professionelle i deres tilgang tager udgangspunkt i patientens oplevelse af sygdommen og patientens forståelse af, hvordan sygdommen påvirker hverdagslivet (Paterson et al 2001). Mødet mellem sygeplejersken og patienten i målplanlægning skaber således forudsætninger for, at sygeplejersken kan opnå forståelse for patientens ønsker og behov, og samarbejdet om målformuleringen kan give patienten mulighed for større viden og forståelse for egen situation. Sygeplejersken kan bringe sin faglighed i spil, og samarbejdet hjælper patienten til at identificere rehabiliteringsmuligheder og formulere mål for rehabiliteringen.

Af data fremgår det, at sygeplejerskerne skelner forskelligt ift., hvornår patienter kan deltage i målmødet. Nogle sygeplejersker udtrykker, at det er svært at inddrage patienter, hvis de er hårdt ramt både fysisk og kognitivt, er i krise, mangler sygdomserkendelse, er ramt på motivationen eller har afasi. Andre sygeplejersker giver udtryk for, at det ikke er ret tit, at de laver mål uden patienten, og at patienter med lav udholdenhed eller afasi deltager men i et kortere tidsrum. Benner og Wrubel præsenterer begreberne sygdom/ disease og lidelse/ illness. Disease er manifestationen af abnormitet på celle-, vævs eller organniveau. Illness er den menneskelige oplevelse af tab og dysfunktion (Benner og Wrubel 2001).

Disease tolkes som det, at patienten med apopleksi af sundhedsvæsenet bliver diagnosticeret med en patologisk sygdom, der ligger indenfor det naturvidenskabelige paradigme. Patientens oplevelse tolkes som illness, dvs. en lidelse, der griber ind i hverdagen og forstyrrer noget, som patienten har omsorg for, der ligger indenfor det humanistiske paradigme. Den diagnose, som sundhedsvæsenet giver patienten, stemmer ikke nødvendigvis overens med patientens oplevelse af lidelse. Det kan diskuteres, om dette skel mellem illness og disease kan give apopleksipatienten problemer, fx hvis hjerneskaden anses af sygeplejersken som mindre (disease) end den lidelse, der opleves af patienten (illness). Dette kan medføre, at sygeplejerskens krav om deltagelse i målmøder bliver uoverkommelige for patienten. Det modsatte kan også gøre sig gældende, hvor skaden anses for at være for stor til, at inddragelsen af patienten giver mening for sygeplejersken, selvom det giver mening for patienten.

I data beskriver en af sygeplejerskerne, at det er uværdigt at sidde og tale om mål, hvis patienten er et andet sted. Dilemmaet kan her være, hvem der skal afgøre og vurdere inddragelse af patienten? Er det sygeplejersken, patienten eller i et samarbejde som Hvidbog angiver? (MarselisborgCenteret 2004). Flere undersøgelser tyder på, at patienter ofte oplever, at deres autonomi tilsidesættes, og at de sjældent har reel indflydelse på valg af mål eller rehabiliteringsaktiviteter, som de skal deltage i (Siegert et al 2004, Wressle et al 1999, Kvigne et al 2005, Wottrich et al 2004). Det er derfor vigtigt, at beslutning om patientinddragelse ved målplanlægning foregår i dialog og samarbejde mellem patient og sygeplejerske. Samtidig sikres det, at sygeplejersken ikke stiller krav om deltagelse til patienter, som ikke ønsker dette, og at sygeplejersken ud fra patientens funktionstab og skader udelukker patienter, der gerne vil inddrages.

8.2 Tema: Forberedelse til målmødet

Fund viser, at sygeplejerskerne forbereder sig til målmødet gennem faglig sparring. Benner og Wrubel introducerer begrebet situationsbestemt frihed, som betyder, at mennesker altid træder ind i situationer med et sæt betydninger, vaner og perspektiver. Det er måden, hvorpå personen deltager i situationen, der skaber handlinger og muligheder (Benner og Wrubel 2001). Sygeplejerskens forudsætninger for at afklare patientens rehabiliteringsmuligheder og formulere mål i et samarbejde med patienten er betinget af at den viden og de betydninger, som hun møder frem med til målmødet. En situationsbestemt frihed kan her give patienten problemer, hvis sygeplejersken ikke er opdateret ift. patientens sygdom og særlige behov, men i stedet for foreslår mål og rehabiliteringsaktiviteter ud fra, hvad der har fungeret i andre lignende patientsituationer. Borg fremhæver, at patientsamtaler og forundersøgelser, hvor patientens aktuelle tilstand og færdigheder vurderes, skaber forudsætningen for, at professionelle kan vurdere patientens rehabiliteringsmuligheder og hjælpe patienten med at formulere mål (Borg 2009). Flere undersøgelser peger ligeledes på, at professionelles forudsætninger for at tage aktivt del i målplanlægningsprocessen fremmes, hvis de har mulighed for at sparre med hinanden og vurdere patientens færdigheder forud for samtalen (Armstrong et al 2007, Holliday et al 2007 C, Young et al 2008). Patientsamtaler og forundersøgelser, hvor patientens færdigheder vurderes, skaber sammen med muligheden for faglig sparring forudsætningen for, at sygeplejersken i målplanlægning kan se patientens rehabiliteringsmuligheder og hjælpe patienten med at formulere mål, dvs., at sygeplejerskens evne til at inddrage patienten er betinget af en viden om patientens aktuelle situation.

I datamaterialet beskriver sygeplejerskerne, at de introducerer patienterne til målmødet, til redskaber som benyttes i samtalen, og at de opfordrer patienten til at tænke på, hvad der er vigtigst for dem, og hvad de gerne vil blive bedre til. Benner og Wrubel præsenterer i deres teori begrebet det personlige engagement / concern, der refererer til, at mennesker involverer sig i situationer, ting eller projekter, som betyder noget, eller som de bekymrer sig om (Benner og Wrubel 2001). Menneskets motivation, engagement og involvering er således styret af det, den enkelte ser som væsentligt at arbejde med, hvilket betyder, at sygeplejerskens information om redskaber og målplanlægning skal tage afsæt i det, der aktuelt er vigtigt for patienten.

Jf. Hvidbogs anbefalinger til rehabiliteringspraksis, som bygger på Borgs beskrivelse af præmisser for deltagelse i målplanlægning (Borg 2002), er det vigtigt, at sygeplejerskens information til patienten omfatter rammerne for og indholdet i målplanlægning, introduktion af målsætningsredskaber, samt at sygeplejersken informerer patienterne om præmisserne for deres deltagelse. Undersøgelser viser, at apopleksipatienters aktive deltagelse i målplanlægning fremmes, hvis patienter har viden om deres sygdom og professionelle har forberedt dem på deres rolle i målplanlægning (Cott et al 2004, Holliday et al 2007, Young et al 2008, Armstrong et al 2007). Patienters motivation, engagement og involvering, når der planlægges mål, kan fremmes, hvis sygeplejersken forud for samtalen informerer patienterne om deres sygdom, rammerne for og indholdet i målsamtalen, målsætningsredskaber, der benyttes samt patientens rolle i samtalen. Samtidig er det vigtigt, at sygeplejersken sikre, at patienterne opnår forståelse for formålet med og betydningen af, at de deltager i målplanlægning, samt at patienterne gør sig overvejelser omkring, hvad de gerne vil opnå med rehabiliteringen.

8.3 Tema: Forhandling af målformulering

Ifølge fund er det sygeplejerskernes erfaringer, at de skal have god tid til at spørge ind til patienternes behov og ønsker, så patienterne får mulighed for at formulere det, der er vigtigst for dem. Benner og Wrubel introducerer begrebet omsorg, der defineres som det, at andre mennesker, ting, arbejde, hobbies og situationer betyder noget og er vedkommende for en som person. Ordet omsorg refererer ikke bare til et forhold mellem personer, men til et værdiladet forhold, som eksisterer mellem personen og det, som for vedkommende er meningsfuldt, hvad enten det drejer sig om andre mennesker, ting eller situationer (Benner og

Wrubel 2001). Når sygeplejerskerne udtrykker, at de skal have god tid til at spørge ind til patientens ønsker og behov, giver det samtidig mulighed for, at sygeplejerskerne får øje på, hvad der aktuelt er meningsfuldt for patienten dvs. rehabiliteringen har fokus på patientens aktuelle behov. Sygeplejerskerne fortæller i interviewet ikke, om de har den fornødne tid til at spørge ind til patienten i målplanlægning. Undersøgelser viser, at tidspres kan hæmme patientinddragelsen i målplanlægning (Parry et al 2004, Armstrong et al 2007, Levack 2011), og samtidig viser undersøgelse, at fraværet af ledelsesopbakning og forståelse for ressourcer, der skal afsættes til målplanlægningsprocessen, kan bremse målplanlægning med patienter (Playford et al 2000). Når sygeplejerskerne bruger god tid til at spørge ind til det, der er vigtigst for patienten, får de bedre mulighed for at tilrettelægge en rehabilitering, der tager udgangspunkt i patientens ønsker og behov og som tager udgangspunkt i de mål og aktiviteter, som patienten anskuer som meningsfulde at beskæftige sig med. Der er undersøgelser, som viser, at inddragelse af patienten i målplanlægning kan hæmmes, hvis sygeplejersker ikke har tiden til. Det fortæller sygeplejerskerne ikke om i interviewet, men det kunne være relevant at undersøge rammer og vilkår for afholdelse af målplanlægning.

Ifølge data udtrykker sygeplejerskerne, at deres vigtigste opgave er at hjælpe patienter frem til de overordnede mål med afsæt i delmål. Bandura fremhæver i sin målsætningsteori betydningen af, at der arbejdes med mange delmål, hvor folks ydeevne gradvist øges frem mod de overordnede mål for fremtiden, da det fremmer folks motivation og aktiv deltagelse. Dermed bliver delmålene motiverende og handlingsvejledende, og de overordnede delmål udtrykker folks ambition (Bandura 1986). Når sygeplejersken i vejledning til målformulering sikrer udarbejdelsen af delmål, der gradvis øges, og som samtidig er afpasset ift. patientens ressourcer og krav, motiveres patienten til at arbejde frem imod sit overordnede mål. Studier dokumenterer ligeledes, at professionelle skal understøtte, at der opstilles kortsigtede mål, da patienterne herved løbende kan måle gevinst og udfald af rehabiliteringen (Playford et al 2000, Young et al 2008). Ift. at forstå betydningen af at arbejde med delmål introducerer Benner og Wrubel begrebet temporalitet, der betyder at patienten er forankret i nutiden på en meningsfuld måde i kraft af tidligere erfaringer, men også i kraft af sine forventninger til fremtiden. Samtidig siger de, at personen i forbindelse med sygdom og indlæggelse ofte mister perspektiv og derfor har svært ved at beskrive forventninger til fremtiden. En måde at hjælpe patienten til at få fremtidsperspektiv er, at sygeplejersken fremhæver aktuelle

fremskridt og samtidig vejleder patienten frem til at forestille sig det næste skridt ift. egne overordnede mål. Denne læreproces styrker patientens evne til at se fremskridt og samtidig til at kunne forestille sig mål for fremtiden (Benner og Wrubel 2001). Sygeplejerskens vejledning, hvor patienten forestiller sig de næste skridt og hvor disse skridt løbende evalueres i samarbejdet, kan understøtte patienternes forudsætninger for at kunne beskrive overordnede mål for fremtiden. Studie viser, at patienter oplever at deltagelse i målplanlægning tvinger dem til at forholde sig til, hvad de forventer af rehabiliteringsopholdet, sygdommens følger og deres fremtid frem for fortid (Holliday et al 2007). Når sygeplejersken i samarbejde med patienten udarbejder delmål, der er afpasset ift. patientens ressourcer og krav, samt at delmålene gradvist øges frem mod patientens overordnede mål, kan hun fremme patienternes motivation til at arbejde frem mod overordnede mål. Hvis sygeplejersken fokuserer på delmål, hjælper hun patienten til at se egne fremskridt, forholde sig til egen sygdom og til at få øje på, hvad patienten kan forvente af rehabiliteringen set i relation til fremtiden. Samtidig er det en forudsætning for patientinddragelsen i målmødet, at sygeplejersken løbende evaluerer delmål og vejleder patienten til at beskrive de næste skridt frem mod sit overordnede mål for rehabiliteringen.

Data viser, at en af de sygeplejersker, som har været ansat i specialet i 3 år finder det svært at forklare delmål, så patienterne forstår de er vejen frem mod det overordnede mål de gerne vil nå under indlæggelsen. Ifølge Benners teori er en kompetent sygeplejerske karakteriseret ved at kunne analysere og forholde sig kritisk til enkeltdele. Hun har en fornemmelse af at kunne kontrollere situationen, og hun tilrettelægger den kliniske sygepleje velovervejet. Hvis situationen kompliceres, har hun brug for vejledning af den kyndige sygeplejerske. Sygeplejersker der arbejder inden for samme speciale i 2-3 år kan opnå det kompetente niveau (Benner 1997). Sygeplejersker, der arbejder med inddragelse af patienter i målplanlægning, kan arbejde sig frem mod at nå det kompetente niveau på 2-3 år. Hvis målplanlægning stiller krav om nye kommunikative kompetencer, har sygeplejersken behov for vejledning af en kyndig sygeplejerske i praksissituationen. Studier, der bygger på interviews med professionelle og videooptagelser af målplanlægning, viser, at professionelle har svært ved at stille spørgsmål, som afdækker patientens ønsker og mål for rehabiliteringen (Parry et al 2004, Barnard et al 2010). Samtidig anbefales, at professionelle tilbydes uddannelse og supervision i praksis ift. kommunikation, der kan fremme, at patienter beskriver ønsker og

mål (Levack et al 2011, Armstrong et al 2007, Parry et al 2004, Barnard et al 2010, Kirschner et al 2005). En af sygeplejerskerne i interviewet beskriver udfordringerne i at forklare, så patienten kan forstå vejen fra delmål til overordnede mål. Patientinddragelse ved målformulering kan her fremmes, hvis sygeplejersken har mulighed for opfølgende supervision af en kyndig kollega i praksissituationer, og studier anbefaler, at professionelle tilbydes uddannelse i målformulering med patienter.

Fund viser, at sygeplejerskerne er enige om, at det primært er terapeutfaglige mål, der noteres i patientens målskema, og de præciserer, at de skal blive bedre til at synliggøre patienternes grundlæggende behov i skemaet. Kirkevold har i et klinisk forskningsprojekt været optaget af at få afklaret sygeplejerskens rolle i rehabilitering og er nået frem til, at sygeplejersken har forskellige terapeutiske funktioner. Sygeplejersken skal være afklarende og lyttende. I funktionen skal sygeplejersken sikre, at patientens basale behov opretholdes og forebygge komplikationer. Samtidig skal sygeplejersken støtte patienten til at integrere nye teknikker i den daglige livsførelse, således at patienten ser mening med deltagelse i aktiviteter (Kirkevold 1997).

Sygeplejersken kan understøtte inddragelse ved målformulering, hvis hun er lyttende og afklarende ift. patientens grundlæggende ønsker og behov, og hvis hun er opmærksom på at synliggøre og integrere patientens grundlæggende behov som en del af hverdagsaktiviteterne i rehabiliteringen. Ved at sætte sin faglighed i spil i målsamtalen kan sygeplejersken inddrage patienten og hun kan via samarbejdet med patienten om målformuleringen hjælpe til, at patientens grundlæggende behov bliver synlige og en del af den tværfaglige rehabilitering.

8.4 Tema: At møde patienten, der hvor patienten er

Nogle af sygeplejerskerne beskriver, at de kan hjælpe patienter til at formulere mål, som de gerne vil arbejde med, hvis de tager udgangspunkt i patienternes fortællinger. Ifølge Benner og Wrubel er personens oplevelse af lidelse afhængig af, hvorvidt sygdommen frembringer symptomer, der virker forstyrrende eller som giver en sundhedsbekymring. Personens oplevelse af lidelse har en logik, som er helt dens egen. De mener, at effektiv behandling hæmmes og ubehag vil tiltage, når behandlingen ikke tager udgangspunkt i personens forståelse (Benner og Wrubel 2001). Kirkevold mener, at sygeplejerskens fokusering på problemløsende processer ikke rækker i et rehabiliteringsafsnit, og at den kliniske praksis i højere grad udfordrer sygeplejerskens narrative forståelse (Kirkevold 2003). Der tolkes og

udledes sammenfattende, at sygeplejersken kan inddrage patienten i målsamtalen og afklare de ønsker og behov, der er vigtige for patienten, ved at fokusere på sygeplejefaglige indsatsområder samtidig med, at hun indfanger og kommer bagom patientens fortællinger. Det er således en forudsætning for at udføre rehabiliterende sygepleje, at sygeplejersken i mødet med patienten har forståelse for patientens oplevelse af egen sygdom og den måde, hvorpå sygdommen griber ind i patientens hverdagsliv.

I data fortæller sygeplejerskerne, at patienterne ofte opnår større erkendelse af egne problemer, hvis de har været på weekendbesøg i hjemmet, eller når sygeplejerskerne giver eksempler, hvor træningssituationen har udfordret patienten. Ifølge Benner og Wrubel bemærkes den kropslige intelligens ikke i velkendte situationer, idet handlinger iværksættes hurtigt, ubevidst og refleksivt. Den kropslige intelligens gør sig først bemærket i situationer, hvor personens hidtidig handlemønstre, grundet tab eller skade bryder sammen, og her vil ændring af handlemønstre og opøvelse af nye færdigheder påkræve bevidst refleksion (Benner og Wrubel 2001). Patienterne kan således inddrages i målsamtalen, når sygeplejersken tager afsæt i de erfaringer, som patienten har fra hverdagsaktiviteter, hvor tidligere mestringsstrategier ikke rækker. Det bliver i disse situationer sygeplejerskens opgave at hjælpe patienten til at se nye muligheder og erkende behovet for at formulere nye mål.

Fund viser, at sygeplejerskerne har erfaringer med, at patienter kan motiveres og inddrages i målformuleringen, hvis sygeplejersken tager fat i patientens følelse af irritation i situationen. Benner og Wrubel introducerer mestringsstrategien involvering og engagement, som betyder, at personen forsøger at finde ud af, hvad der er stressende i situationen og derigennem få øje på nye muligheder og mål. Samtidig påpeger de betydningen af, at følelsesudbrud ikke overhøres, da stærke følelser skaber muligheder for, at mennesket kan forholde sig til det, som opleves stressende og engagerer sig i nye muligheder for mestring af situationen (Benner og Wrubel 2001). Sygeplejersken kan altså involvere patienterne i målplanlægning ved at være opmærksom på følelsesmæssige udbrud i svære situationer for derigennem at motivere patienten til arbejdet med at formulere nye mål. Studie viser, at patienters aktive deltagelse i målformulering reducerer bekymringer og frustration over egen situation (McGrath et al 1999). Sygeplejerskens afsæt i følelsesudbrud giver derfor mulighed for at indkredse og

iværksætte rehabiliteringstiltag med afsæt i det, der er stressende for patienten mhp nye mestringsstrategier.

Ift. hvordan sygeplejersken kan møde og inddrage patienter med afasi i målsamtalen, fremgår det af data, at en snak om billeder af familie og/eller fra patientens liv kan hjælpe sygeplejersken til at finde frem til mål, som patienterne gerne vil opnå. Ift. patienter med kognitiv skade og manglende sygdomsindsigt beskriver sygeplejersker, at den neuropædagogisk strategi hjælper dem til at møde patienterne der, hvor de er og til at kunne tilrettelægge rehabiliteringen i samarbejde med patienterne. Benner og Wrubel introducerer begrebet omsorg, der defineres som det, at andre mennesker, ting, arbejde, hobbies og situationer betyder noget og er vedkommende for en som person. Ordet omsorg refererer ikke bare til et forhold mellem personer, men til et værdiladet forhold, som eksisterer mellem personen og det, som for vedkommende er meningsfuldt, hvad enten det drejer sig om andre mennesker, ting eller situationer (Benner og Wrubel 2001).

Når sygeplejersken i samarbejdet forsøger at nå patienter med afasi og kognitiv skade ved at anvende redskaber, henholdsvis billedmateriale og neuropædagogisk strategi, giver det sygeplejersken mulighed for at møde patienten og afdække, hvad der er meningsfuldt for patienten mhp at tilrettelægge en individuel rehabilitering. Studier anbefaler, at professionelle tilbydes uddannelse i brugen af redskaber og metoder, der understøtter at apopleksipatienter kan formulere mål, f.eks. billeder og tekst (Weyer et al 2010, Kirschner et al 2005). Studier tyder ligeledes på, at tidlig rehabiliteringsindsats, på et udfordrende niveau, med systematisk plan for motorisk og kognitiv træning kan forbedre patientens prognose og funktionsniveau ved udskrivelsen (Maulden et al 2005, Horn et al 2005). Når sygeplejersken kender til og kan inddrage redskaber og metoder, kan det give mulighed for at igangsætte en tidlig indsats i mødet med afasipatienten og den kognitivt skadede patient. Følgerne efter apopleksi f.eks. træthed, funktionstab med tale- og forståelsesproblemer samt kognitive skader kan forhindre patientens deltagelse i målplanlægning. I disse situationer har sygeplejersken ansvaret for at involvere pårørende og sikre, at samarbejdet om rehabiliteringen tager afsæt i patientens behov og ønsker (MarselisborgCenteret 2004, Gammeltoft 2006, Borg 2009). Studier anbefaler ligeledes, at professionelle inddrager pårørende eller andre ressourcepersoner, der kan fremme patientens mandat, hvis patienten grundet sygdom ikke kan finde overskud og energi til at deltage i målplanlægning (Weyer et al 2010, Kirschner et al 2005). Når

sygeplejersken anvender redskaber og metoder f. eks billeder og tekst samt neuropædagogisk tilgang, kan hun få større forståelse for, hvilke mål patienten finder væsentlige, for derigennem at kunne inddrage afasipatienter og/eller patienter med kognitive skader i målplanlægning. Følgerne efter apopleksi kan forhindre patientens deltagelse i målplanlægning, og i de situationer har sygeplejersken ansvaret for at etablere et samarbejde med pårørende eller andre ressourcepersoner, der sikrer, at planlægningen af rehabiliteringen sker med afsæt i patientens ønsker og behov.

8.5 Tema: At bevare håbet

Fund viser, at flere sygeplejersker er enige om, at de ikke kan vide, hvor langt patienten kan nå og derfor ikke kan fortælle, at de har urealistiske mål. Bandura fremhæver, at undersøgelser viser, at jo højere mål jo mere arbejder folk og jo bedre er deres præstation. Folk bestræber sig på at opfylde mål, og de er vedholdende i at arbejde med mål, som andre anser for ikke opnåelige, og han mener, at gevinsten ved at arbejde med urealistiske mål kan være personlige og sociale fremskridt. Dog påpeger Bandura, at målene skal afpasses folks ydeevne, da arbejdet med alt for høje mål kan give folk skuffelser, som påvirker selvværdet negativt og motivationen videre frem mod målopnåelse (Bandura 1986). Benner og Wrubel mener, at sygeplejersken skal være i stand til at hjælpe patienterne med at forholde sig til sygdommen, og hun skal fremme patienternes bedring bedst muligt og samtidig holde døren åben for de uventede muligheder i patientsituationen (Benner og Wrubel 2001). Patienter motiveres og engageres i arbejdet med at nå egne mål, selv om sygeplejerskerne måske mener de er urealistiske. Patienters arbejde med urealistiske mål vil uanset om målene nås realisere personlige og sociale fremskridt. Det er patientens muligheder i den konkrete sygdomssituation, der er afgørende for, hvilke mål der kan realiseres, men sygeplejersken kan fremme patientens bedring ved at være opmærksom på de uventede muligheder. Hvis målene er for urealistiske, kan det resultere i skuffelser, der påvirker patienters selvværd og troen på egen mestring af nye udfordringer. Studier dokumenterer, at professionelle oplever, at det er svært at vejlede patienten, hvis patientens mål er urealistiske (Parry et al 2004, Barnard et al 2010, Weyer et al 2010, Levack et al 2011). Samtidig viser studier, at patientens aktive deltagelse fremmes, hvis professionelle har mod til at formulere urealistiske mål og støtte patienten frem mod målet (Barnard et al 2010, Levack et al 2011). Sygeplejersken kan inddrage patienten i målplanlægning, hvis hun har mod til at godkende urealistiske mål, hvis hun kan støtte og vejlede patienten frem mod målet og hvis hun er opmærksom på uventede

muligheder trods patientens funktionstab og skader. I målplanlægningsprocessen kan sygeplejersken fremme, at patienter ikke skuffes, mister motivationen og engagementet i rehabiliteringsprocessen, hvis målene gradvist øges og afpasses til patientens ydeevne.

9.0 Metodekritik

Ifølge Kvale er det vigtigt, at undersøger forholder sig kritisk vurderende i alle faser af undersøgelsen for at skabe størst mulig validitet, reliabilitet og generalisering af resultater (Kvale 2009). Halkier påpeger den særlige opmærksomhed, der skal være ift. strukturering, moderering, interaktion og spørgeguide, når undersøgelsen vurderes (Halkier 2009). Malterud anviser en systematisk og struktureret analysemetode, som hjælper novicen til at fastholde og synliggøre analyseprocessen i undersøgelsen (Malterud 2003). Med afsæt i ovenstående teoretikere vurderes masterprojektet.

Formålet med undersøgelsen har vist sig at være relevant for rehabiliterende sygeplejersker i praksis. Sygeplejerskerne i interviewet fandt formålet interessant, og spørgsmålene skabte baggrund for en livlig refleksion. Kvalitativ metode og fokusgruppeinterview som design har vist sig at være anvendelig til at undersøge formål (Kvale 2009). Interviewformen gav mulighed for at skabe dynamik og interaktion i interviewsituationen og resulterede i svar på formål og nye fund ift. litteraturgennemgang. Jeg var i interviewene opmærksom på min forforståelse og forsøgte at være åben for, at lære af sygeplejerskernes erfaringer.

Efterfølgende kan jeg se, at konsekvensen nogle steder er, at jeg undlader at stille uddybende spørgsmål for at undgå, at lægge min forforståelse ned over interviewsituationen. Det betyder f.eks. at sygeplejerskers erfaringer ift. at have tid og rammer for målplanlægning ikke afdækkes i interviewet. Efterfølgende individuelle interviews kunne have afdækket dette, og det bør derfor overvejes som supplement til fokusgruppeinterviewet. Kriterier for udvælgelse af fokusgruppedeltagere styrker dataindsamlingen, da gruppernes sammensætning ift. variation i alder, erfaringer som sygeplejerske og rehabilitering som speciale resulterede i, at alle deltog aktivt i produktion af viden. Det er ligeledes en styrke, at alle 8 sygeplejersker deltog, og at afdelingssygeplejersken havde fundet et roligt lokale. Det var dog ikke ubetinget en fordel at afholde interviewet på arbejdspladsen, da deltagerne kan have været optaget af tidligere gøremål. I begge interviews kom deltagerne direkte fra andre arbejdsopgaver, hvorfor jeg brugte de første minutter til at skabe afstand til arbejdsopgaverne.

I det første interview var der straks interaktion, men i det andet interview var der brug for, at jeg omformulerede spørgsmål for at få gang i dynamikken mellem deltagerne. Nogle af spørgsmålene viser sig i datamaterialet at være ledende, hvilket kan have påvirket reliabiliteten (Kvale 2009, Halkier 2009). Ift. moderatorrollen var det min erfaring fra prøveinterviewet, at jeg skulle give deltagerne mere tid til at reflektere i interaktionen. I det første interview var jeg derfor opmærksom på at trække mig tilbage og lade deltagerne tale. Dette resulterede i at jeg nogle steder ikke får stillet opfølgende spørgsmål, f. eks. der hvor én sygeplejerske fortæller, at det er svært at forklare patienter, så de kan forstå vejen fra delmål til overordnede mål. Efterfølgende har jeg overvejet, om der evt. kunne være flere sygeplejersker med samme erfaring, hvilket ville styrke generaliserbarhed af fund. I det andet interview havde jeg overvejelser om, hvor jeg skulle placere mig, da bordet var meget bredt. For at sikre at deltagerne kunne høre mine spørgsmål, valgte jeg at sætte mig tættere på deltagerne end planlagt. Konsekvensen var, at deltagerne henvendte sig meget til mig i starten af interviewet, og at jeg blev udfordret i at skabe mulighed for interaktion mellem deltagerne.

Ifølge Kvale falder reliabiliteten ved oversættelse fra talesprog til skriftsprog. Lydkvaliteten i begge båndoptagelser var god. Jeg valgte selv at transskribere, da det giver mulighed for genkendelighed. Muligheden for at sammenholde lydbånd, egen tilstedeværelse og noter fra observatør kan styrke reliabiliteten.

Arbejdet med at analysere data var en udfordring, og det har ofte været nødvendigt at gå tilbage til bånd og transskribering for at være åben overfor det, sygeplejerskerne har sagt, og et forsøg på at undgå, at jeg får lagt min forforståelse ned over data. Overvejelser om validiteten i undersøgelsen er forsøgt styrket ved at anvende Malteruds systematiske og strukturerede analysemetode. Citater underbygger fund for at styrke validitet og gennemsigtighed. Citater, som er brugt som argumentation i bearbejdning af data, er anonymiseret i rapportering af fund (Malterud 2003, Kvale 2009).

Fortolkning med Benner og Wrubel og Bandura har givet nye teoretiske perspektiver på fund. Benner og Wrubel giver mulighed for større forståelse for kompleksitet i samarbejdsprocessen mellem sygeplejersker og patienter. Bandura har især udfoldet fund ift. betydning af, hvordan sygeplejersker kan motivere patienter til at arbejde med delmål i målplanlægning. Fortolkning af fund kan med fordel suppleres med læringsteori.

10.0 Konklusion

Med baggrund i undersøgelsens formål: ” At belyse sygeplejerskers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse ” konkluderes følgende ud fra analyse, fortolkning og diskussion af fund.

Sygeplejersker kan inddrage og motivere patienter til at tage ansvar, til at evaluere egne mål og til at indgå i nye aktiviteter, hvis de sikrer, at patienter er medbestemmende, når mål og rehabiliteringsaktiviteter besluttet. Beslutningen om patienters deltagelse i målplanlægning skal foregå i dialog og samarbejde mellem patient og sygeplejerske, da sygeplejersken herved kan sikre, at hun ikke stiller krav om deltagelse til patienter, der ikke ønsker det eller udelukker patienter ud fra funktionstab og skader, som gerne vil inddrages. Erfaringer viser, at sygeplejerskers forberedelse til målmødet sker gennem faglig sparring, patientsamtaler og forundersøgelser af patienters færdigheder. Forberedelserne er vigtige for, at sygeplejersker kan se patienters rehabiliteringsmuligheder og hjælpe patienter med at formulere mål. Samarbejdet, hvor sygeplejersker bringer deres faglighed i spil, hjælper patienter til at identificere rehabiliteringsmuligheder og patienters motivation, engagement og involvering kan fremmes, hvis sygeplejersker forud for samtalen informerer patienter om deres sygdom, rammer for og indhold i målmødet, målsætningsredskaber samt patienters rolle i samtalen.

Det er endvidere sygeplejerskernes erfaring, at tiden til at spørge ind til og få patienter til at formulere ønsker og behov, har betydning ift. at formulere mål og tilrettelægge aktiviteter, som er meningsfuld for patienter at beskæftige sig med. Sygeplejerskerne beskriver ikke, om de har de tidsmæssige rammer og vilkår for afholdelse af målplanlægning, hvilket kunne være relevant at undersøge. Sygeplejerskerne har gode erfaringer med at formulere delmål med patienter, der afpasses patienters ydeevne, som gradvist øges mod deres overordnede mål, og som evalueres løbende. Derigennem motiveres patienter til at arbejde med deres mål, og de har lettere ved at se egne fremskridt, forholde sig til sygdommen og til at få øje på og formulere mål for fremtiden.

Det er sygeplejerskernes erfaringer, at patienter ofte har fokus på de overordnede mål, og i disse situationer beskriver en af sygeplejerskerne, at det er en udfordring at forklare delmål for patienter, så de forstår, at delmål er et skridt på vejen frem mod overordnede mål. I de

situationer, hvor sygeplejersker udfordres i målplanlægning, kan kollegial supervision understøtte sygeplejerskers læring i praksis. Samtidig anbefaler studier, at sygeplejersker tilbydes uddannelse i at formulere mål med patienter. Det er sygeplejerskernes erfaringer, at de skal blive bedre til at synliggøre patienters grundlæggende behov i målplanlægning. Sygeplejersker kan understøtte inddragelse af patienter ved at afklare og integrere patienters grundlæggende behov i den tværfaglige rehabilitering.

Sygeplejerskernes erfaringer viser, at det at møde patienter, der hvor de er, dvs., hvad der giver mening for patienterne, er afgørende for sygeplejerskers muligheder for at inddrage patienter, når der planlægges mål. Nogle af sygeplejerskerne har erfaringer med, at de kan hjælpe patienter til at formulere mål, som de gerne vil arbejde med, hvis de tager udgangspunkt i patienters fortællinger. Fortællinger som beskriver patienters oplevelse af egen sygdom og den måde, hvorpå sygdommen griber ind i patienters hverdagsliv. Sygeplejerskerne har også erfaringer med, at patienter får større erkendelser af egne udfordringer og mål, som de kan arbejde med, når de er hjemme eller i træningssituationer i afdelingen, hvor tidligere mestringsstrategier ikke rækker. Andre sygeplejersker fortæller om muligheden i at motivere og inddrage patienter i målplanlægning, når de er opmærksomme på at tage udgangspunkt i de situationer, som opleves stressende, og hvor patienter udtrykker en følelse af irritation.

Yderligere er det sygeplejerskernes erfaringer, at de ved brug af billeder i samarbejde med afasipatienter og en neuropædagogisk strategi i målplanlægning sammen med kognitivt skadede patienter har mulighed for at møde disse patienters egne ønsker og behov. I de situationer, hvor sygdommen hindrer patienter i at deltage i målplanlægning, inddrager sygeplejerskerne pårørende mhp. at sikre en individuel rehabilitering.

Sygeplejerskerne er enige om, at det er vigtigt, at patienter bevarer håbet i rehabiliteringsprocessen og, at de ikke kan vide, hvor langt patienter kan nå i forløbet. Sygeplejersker kan inddrage patienter i målplanlægning, hvis de har mod til at formulere urealistiske mål sammen med patienter og de støtter og vejleder patienten frem mod målet.

11.0 Perspektivering

Ifølge lovgivning og Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal patienter inddrages i planlægning af rehabiliteringsindsatsen. Rehabiliteringsafdelingen, hvor jeg er ansat som kvalitetskoordinator, skal akkrediteres i efteråret 2011 og herunder opfylde kriterier om patientinddragelse i pleje og rehabilitering (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008, IKAS 2009, Sundhedsstyrelsen 2002). Praksis viser, at patienter sjældent deltager i målplanlægning, hvorfor afdelingen står overfor at skulle videreudvikle praksis, implementere nye arbejdsgange, herunder instruks for mål- og evalueringssamtalen (bilag 7). Konklusioner fra denne undersøgelse kan kvalificere processen.

I opstart af proces er det aktuelt at afdelingen drøfter, hvordan beslutningen om patienters deltagelse i målplanlægning træffes. Samtidig skal det vurderes om afdelingens patientinformation om målplanlægning skal videreudvikles, og om sygeplejerskerne skal ændre arbejdsgange ift. egen forberedelse og patienters forberedelse. Arbejdet med selve målsætningsprocessen med patienten kræver, at sygeplejerskerne reflekterer over egen rolle, samt hvilke kompetencer de har brug for ift. at kunne lede processen. Det skal endvidere afklares, hvordan sygeplejerskerne kan sætte egen faglighed i spil, f. eks. hvordan de kan bidrage til, at patienten bliver opmærksom på egne grundlæggende behov i rehabiliteringen. Desuden skal sygeplejerskerne være opmærksomme på, hvordan der tilrettelægges arbejdsgange som sikrer, at der er tid og rammer til at afdække patientens ønsker og behov.

Implementeringen kunne være inspireret af Sara W. Frasers "Model for spredningsaktivitet" (Fraser 2007). Argumentet for at anvende denne model er, at den er handlingsrettet, overførbar til det danske sundhedsvæsen samt, at modellen inddrager forskningsbaseret viden fra eksempelvis Everett M. Rogers, der arbejder med spredning af ny innovation.

12.0 Referenceliste

Armstrong Jonathan (2007): *The benefits and challenges of inter-disciplinary, Client-centred, goal setting in rehabilitation*. I New Zealand Journal of Occupational Therapy, Vol 55, No 1, 20-25 (6)

Bandura, Albert (1986): *Social foundations of thought & action, A social cognitive theory*, 472-479 (8)

Barnard, Rachel A, Cruice, Madeline N, Playford Elisabeth D (2010) *Strategies Used in the Pursuit of Achievability During Goal Setting in Rehabilitation*. I Qualitative Health Research, 20(2) 239-250 (12)

Benner, Patricia, Wrubel, Judith (2002): *Omsorgens betydning i sygepleje*. Munksgaard s. 9-128, 343-395, (173)

Benner, Patricia (1997): *Fra novice til ekspert*. 1 udgave, 2 oplag, Munksgaard 29-47 (19)

Bjerrum, Merete (2005): *Fra problem til færdig opgave*. Akademisk Forlag, s. 9-115 (107)

Borg, Tove (2004): *Livsførelse i Hverdagen under rehabilitering*. HF- trykkeriet s. 13-44 (32)

Borg, Tove (2009): *Rehabiliteringsprocessen i borgerens og de nærmestes perspektiv*. I: Rehabilitering for sundhedsprofessionelle. Nielsen, Claus (red). Gyldendals Bogklubber, s.107-123, 157-171 (32)

Brandt, Åse (2009): *Centrale begreber og definitioner*. I: Rehabilitering for sundhedsprofessionelle. Nielsen, Claus (red). Gyldendals Bogklubber, s. 49-59, (11)

Bredland, Ebba, Linge, Oddrun, Vik, Kjersti (2002): *Det handler om verdighet*. Gyldendal Norsk Forlag, s. 23-49 (27)

Cott, A, Cheryl (2004): *Client-centred rehabilitation: client perspectives*. I: Disability and Rehabilitation, Vol: 26, No. 244, pp1411-1422 (12)

Dansk Selskab for Apopleksi (2009): *Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi*. København (100)

Datatilsynet, Persondataloven. Lov nr. 429 af 31. maj 2000.

http://www.datatilsynet.dk/fileadmin/user_upload/dokumenter/Persondatalovspjece/Persondat lovspjece.pdf

Fraser, S.W (2007): *Fremskynde spredning af god praksis. En arbejdsbog*, 1. Udgave, Kingsham Press, United Kingdom, pp.1-138 (138)

Gadamer, H.G (2004): *Grundtræk af en hermeneutisk erfaringsteori i Sandhed og Metode - Grundtræk af en Filosofisk Hermeneutik*, 1. udgave, Gyldendals Bogklubber 253-309 (56)

- Gammeltoft, Birgitte (2006): *Skjulte Handicaps*. Forlaget Sct. Eligius s. 6-24 (19)
- Halkier, Bente (2009): *Fokusgrupper*, 2 udgave, 2. oplag, Samfundslitteratur (114)
- Holliday, R.C, Ballinger, C, Playford, E.D (2007): *Goal setting in neurological rehabilitation: Patients' perspectives*. I *Disability and Rehabilitation*, 29(5): 389 – 394 (6)
- Holliday, Rosaline C, Cano, Stefan, Freeman Jennifer A, Playford E Diane (2007): *Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit*. I *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*, Vol.78:576–580 (5)
- Horn, Susan, De Jong, Gerben, Smout, Randall, Gassaway, Julie, James, Roberta, Conroy, Brendan (2005): *Stroke rehabilitation patients, practice, and outcomes: is earlier and more aggressive therapy better?* I *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation Elsevier Science*, Vol: 86, pp 101-S114 (14)
- Høstrup, H, Schou, L, Poulsen, I, S. Larsen, S, Lyngsø, E (2009): *Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS*, (8)
- Indenrigs -og Sundhedsministeriet, 2002, Sund hele livet. – de nationale mål og strategier for folkesundheden.
- Institut for Kvalitet og Akkreditering I Sundhedsvæsenet (2009): 1. version Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse. Århus
- Jensen, Juul, Uffe (2009): *Sygdoms -og sundhedsbegreber i rehabiliteringspraksis*. I: Rehabilitering for sundhedsprofessionelle. Nielsen, Claus (red). Gyldendals Bogklubber, s. 63-79 (17)
- Kirkevold, Marit (2003): *Videnskab for praksis*. Gads Forlag s. 35-69 (35)
- Kirkevold, Marit (1997). The role of Nursing in the rehabilitation of Acute Stroke Patients : Toward a Unified Theoretical Perspective. I: *Recovery And rehabilitation* 1997. Vol 19 No 4 pp 55-64 (12)
- Kirschner, Kristi L., Colleen, McClain (2005): *Collaborative Rehabilitation Goal Setting*. I *Journal Stroke Rehabilitation*, 12 (4):56-60 (5)
- Kristiansen Munch, Hanne, Buus, Niels (2008): *Litteratursøgning i praksis: begreber, strategier og modeller*. Sygeplejersken nr. 10: 2-8 (7)
- Kvale, Steinar, Brinkmann, Svend (2009): *Interview, introduktion til et håndværk*. 2. udgave., 1. oplag, Hans Reitzel Forlag, København K (342)
- Kvigne, Kari, Kirkevold, Marit, Gjengedal, Eva (2005): *The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses*. I: *Journal of clinical Nursing*, Vol:14, pp 897-905 (9)

Lauvås, Per, Lauvås, Kirsti (2006): *Tværfagligt samarbejde*. 2. udgave Klim, 34-62 (29)

Levack, M.M William, Gerard Dean, Sarah, Siegert, Richard John, McPherson, Margaret Kath (2011): *Navigating patient-Centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: How clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities*. I Patient Education and Counseling, Vol: 10, 1-8 (8)

Malterud, Kirsti (2008): *Kvalitative metoder i medicinsk forskning*. I: Universitetsforlaget, 2. Udgave, 4. oplag, s.31-40, 57-67, 77-82, 93-113, 169-187 (59)

Mangset, Margrete, Dahl, Erling, Tor, Wyller, Bruun Torgeir (2008): " *We`re just sick people, nothing else`*: .. *factors contributing to elderly stroke patient`s satisfaction with rehabilitation*. Clinical Rehabilitation 2008; 22: 825-835 (11)

Maulden, Sarah, Gassaway, Julie, Horn, Susan, Smout, Randall, DeJong, Gerben (2005): *Timing of initiation of rehabilitation after stroke*. I Archives of Physical Medicine and Rehabilitation Elsevier Science Vol: 86, pp 34-S40 (7)

McGrath, Joanna, Adams, Louise (1999): *Patient-centered goal planning: a systemic psychological therapy?* Journal of Stroke Rehabilitation, 6(2): 43-50 (8)

McPherson, Margaret Kath, Kayes, Nicola, Weatherall, Mark(2009): *A pilot study of self-regulation informed goal setting in people with traumatic brain injury*. Clinical Rehabilitation Vol 23, pp 296–309 (14)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): Sundhedsloven. LBK nr. 95 af 7/2 2008. København, kapitel 5

Parry, R H (2004): *Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions*. I Journal Clinical Rehabilitation England Vol:18, pp 668-682

Paterson, Barbara (2001): *The Shifting Perspectives Model of Chronic Illness*. I: Journal of Nursing scholarship, Vol: 33, pp 21-26, (6)

Playford, ED, Siegert, R, Levack, W (2000): *Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report* : Clinical Rehabilitation 2009; 23: 334–344 (11)

Polit, Denise F.; Beck, Cheryl Tatano (2006): *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. 6.th ed. Lippincott Williams &Wilkins. 50-82, 133-147, 210-230, 258-279, (85)

Poulsen, Ingrid (2008): *Træthed efter apopleksi*. I klinisk Sygepleje, nr. 4, s. 46-55 (10)

Rehabiliteringsforum Danmark (2004): *Hvidbog om rehabilitering*. MarselisborgCenteret (72)

Siegert, Richard J; Taylor, William j. (2004): *Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation*. I: Disability and Rehabilitation 2004. Vol. 26, No. 1, s. 1-8 (9)

Sundhedsstyrelsen (2002): *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. København. (32)

Sundhedsstyrelsen (2005): *Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi*. København. Sundhedsstyrelsen (103)

Wackerhausen, Steen (2002): *Det sundhedsprofessionelle felt og humanismen*. I: Humanisme, professionsidentitet og uddannelse – i sundhedsområdet, Hans Reitzel, København (25)

Weyer De Van, R.C, Ballinger, C, Playford, E.D (2010): *Goal setting in neurological rehabilitation: staff perspectives*, Disability and Rehabilitation 2010; 32(17):1419-1427 (9)

Willman, Ania, Stoltz, Peter, Bathsevani, Christel (2007): *Evidensbaseret sygepleje – en bro mellem forskning og den kliniske virksomhed*. 2. udgave, Gads Forlag København K, s. 65-101, (35)

Wottrich AW, Stenstrøm C, Engardt M (2004): *Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and the therapist's perspective*. Disability and Rehabilitation 2004; 26 (20): 1198–2005.
(8)

Wressle, Eva, Öberg, Birgitta, Henriksson, Chris (1999): *The rehabilitation proces for the geriatric stroke patient and interventions*. Disability and Rehabilitation, Vol 21, No 2, pp80-87, (8)

Wressle, Eva, Eeg-Olofsson, Marcusson, Jan, Henriksson, Chris (2002): *Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure*. I: Journal Rehabilitation Medicine, Vol 34, pp 5-11, (7)

Young, C, Manmathan, G, Ward, J (2008): *Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: A qualitative study of patients, carers and staff*: Journal Rehabilitation Medicine, 2008; 40: 190-194 (5)

13.0 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Mission, Sydvestjysk Sygehus, Afdeling 300, neurorehabiliteringen

Bilag 2: Vurdering af inkluderede artikler

Bilag 3: Skriftlig information til ledelsen

Bilag 4: Samtykkeerklæring

Bilag 5: Skriftlig information til fokusgruppedeltagere

Bilag 6: Interviewguide

Bilag 7: Instruks Mål- og evalueringssamtale

Bilag 1

Mission og efterfølgende begrebsfortællinger er udarbejdet på grundlag af to fokusgruppe interview med deltagelse af i alt 9 medarbejdere fra ”alle faggrupper”. Fokusgruppernes overvejelser blev dokumenteret i form af mind-maps, som kan findes på I:\CARF\Arbejdsgrupper\Fokus Mission.

Dokumentet der foreligger her er tænkt som udgangspunkt for formidling af missionen til patienter, samarbejdspartnere og personale. Den kan bearbejdes til præsentation fx på hjemmeside eller i folder, men enhver præsentation må være tro mod teksten i både mission og fortællinger.

Mission

Sydvestjysk Sygehus

Afdeling 300, neurorehabiliteringen

Vi yder rehabilitering med det formål at fremme patientens livskvalitet og selvværd. Vi understøtter det fælles ansvar, patientens egne beslutninger og pårørendes inddragelse som grundlag for effektive målrettede og sammenhængende forløb præget af naturlige og meningsfulde aktiviteter.

Begrebsfortællinger fra vores egen verden

Selvværd

Vi ved det godt. Øget selvværd og sygdom er ikke to begreber man lige forbinder med hinanden – faktisk snarere modsat.

Og vi oplever dagligt patienter der netop føler deres selvværd truet når de pludselig ikke længere kan være det de plejer for andre og sig selv.

Faktisk er der også forskel på hvordan og hvor meget selvværdet påvirkes. Rigtig mange patienter har ingen selvværdsproblemer at slås med. Der er forskel på at komme til rehabilitering efter en selvvalgt hofteoperation og en hjerneblødning.

Selvværdet kan øges, men det tager tid. Ofte ser vi at det først er efter indlæggelsen, når hverdagen – den nye hverdag – er i gang at selvværdet for alvor bygges op. Derfor, og fordi netop selvværdet betyder meget for den vellykkede rehabilitering, lægger vi vægt på at følge patienten hele vejen hjem.

I øvrigt har vi også en opgave med, personalet imellem, at tage hensyn til hinanden og at tage vare på vores fælles virksomhed. Ligesom på alle andre arbejdspladser ☺

Patienter

Patienter, borgere, medmennesker, klienter, kunder, de betjente personer...

Hvad skal det hedde – vi siger ”patient”. Og vi mener det på den gode måde. Patienten der også er borger, medmenneske og kunde i én person. Patienten som her og nu er afhængig af omgivelserne på en ny måde. Patienten der har rettigheder, krav på respekt, som er centrum for rehabiliteringen, har del i samarbejdet og giver os noget at arbejde med.

Vi har ikke fundet en mere dækkende betegnelse, og vi taler også om ”patienten” efter indlæggelsen når vi mødes på hans eller hendes hjemmebane.

At være patient i et rehabiliteringsforløb er noget andet end at være patient på et operationsbord eller i en ambulance på vej mod sygehuset. Den første fase er overstået, diagnosen er stillet, bedringen i gang, og det handler nu om at skabe alle forudsætningerne for den bedst mulige tilværelse fremover.

Sådan skal det opleves at være patient hos os ☺

Fælles ansvar

Det fælles ansvar spænder vidt. Det gælder tilrettelæggelsen af hvert enkelt patientforløb, og det gælder tilrettelæggelsen og udvikling af vores aktiviteter i al almindelighed. Det deles mellem medarbejdere, og det deles mellem patient og personale.

Når det fungerer, letter det vejen mod aftalte mål, skaber inddragelse af alle, giver medbestemmelse og en oplevelse af at tiden bruges bedst muligt.

Sommetider er det svært at løfte, og så bliver det til fornemmelser af ansvar ”de andre” ikke tager, til afmagt, konflikter og oplevelse af tidsspilde.

Vi tager ansvaret for skabe rammerne for opbygning af det vidtgående fælles ansvar ☺

Patientens egne beslutninger

At det er patientens egne beslutninger, der er udgangspunktet for tilrettelæggelsen af hele rehabiliteringsforløbet hos os, står ikke til diskussion.

Af og til oplever vi at befinde os i grænselandet mellem beslutninger taget af personale og af patient. Når fx rutinerne i forbindelse med hjælp til træning og personlig pleje eller døgnets gang i afdelingen kommer på tværs af den enkeltes behov. Eller hvor der ikke er en fælles forståelse af muligheder og fremgangsmåder i rehabiliteringen.

Også i disse situationer skal patientens egne beslutninger respekteres.

At begynde eller fortsætte sit rehabiliteringsforløb hos os er selvfølgelig en beslutning der giver os adgang til at komme med bud på hvordan vi kan hjælpe til under vejs. Vi bestræber os på at give patienten et tilfredsstillende grundlag for herudfra at træffe egne beslutninger om tilrettelæggelsen af forløbet ☺

Pårørende

At inddrage de pårørende er et værdifuldt led i rehabiliteringen. Vi ser de pårørende som samarbejdspartnere og som væsentlige resurser for patienten og for os. De pårørendes tilstedeværelse giver patienten tryghed, og skaber forbindelse til livet fremover. Vi bestræber os derfor på at inddrage de pårørende både i arbejdet med at sætte mål for rehabiliteringen, og i træningsaktiviteterne.

Oftest oplever vi at de pårørende melder sig på banen helt af sig selv. Enten med masser af overskud til at bidrage, eller forståeligt påvirkede af den pludseligt opståede situation og sygdom. Vi ser det som vores opgave at støtte de pårørende i deres medvirken til gennemførelsen af et vellykket rehabiliteringsforløb.

Vi vil at de pårørende skal opleve os som tilgængelige og i stand til at forstå også deres situation. Lykkes det ikke skabes grobund for konflikter der kan vanskeliggøre rehabiliteringsforløbet. Vi gør hvad vi kan for at rede trådene ud når samarbejdet knager, både af hensyn til patienten, de pårørende og os selv ☺

Målrettede

Vi sætter mål for rehabiliteringsforløbet, og vi gør det sammen med patient og pårørende. Målene giver rammer for fælles planlægning, opfølgning og forventninger. Mål giver mening – noget at arbejde med.

Indrømmet, vi kan ind imellem også selv have lidt svært ved det med at sætte mål. Særligt meget tidligt i et rehabiliteringsforløb. Men så hjælper det at gå systematisk til værks, at tale

om ”næste mål”, ”mål for indlæggelsen” og ”langsigtede mål efter udskrivelsen”. Mål skal være af praktisk betydning, f.eks. selv at kunne klare et bad, selv at kunne ordne daglige indkøb eller at kunne genoptage erhvervsarbejde.

Vi bruger vores erfaring til at hjælpe med at formulere målene. Det kan give en risiko for at ”vores mål” sætter dagsordenen. Men det dur ikke, såfremt patienten oplever at målene ikke er egne. Af og til er det en balanceakt mellem det ønskelige og det forventelige når målene skal aftales ☺

Sammenhængende

Sammenhæng mellem forventninger og mål, mellem mål og indsats, fra dag til dag, døgnet rundt. Sådan ser vi det sammenhængende rehabiliteringsforløb, og vi mener at patienten har krav på sammenhæng i forløbet.

Oplevet sammenhæng giver tryghed, og kan skabes når alle trækker i samme retning. Det handler blandt andet om kommunikation, om at følge op på aftaler og om at holde sig orienteret. Vi arbejder i team for at have de bedste muligheder for at skabe sammenhængende forløb.

Det er ikke nogen nem opgave at skabe sammenhæng. Vi øver os hver dag, og vi bliver bedre og bedre til det ☺

Naturlige og meningsfulde aktiviteter

Vi foretrækker træning der tager afsæt i naturlige og meningsfulde aktiviteter som f.eks. at indtage et måltid, at komme ud af sengen eller at føre en samtale. Særligt gerne ser vi at træningen foregår i de hjemlige vante omgivelser, men også under indlæggelse bruger vi de naturlige aktiviteter i træningsøjemed.

På den måde bliver træningen centrum for alle aktiviteter – ikke aktiviteten i sig selv. Det handler altså ikke om at komme ud af sengen i en fart ved andres hjælp, men om at gøre det netop sådan at man selv bidrager mest muligt og samtidig lærer og udvikler nye færdigheder ☺

Bilag 2

Oversigt over studier til litteraturgennemgang

Forfatter, årstal, land og titel	Studie	Kommentarer
R H Parry, 2004, England “Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions” Journal Clinical Rehabilitation	Formål: At bidrage til forståelsen af kommunikationsmæssige udfordringer forbundet med opstilling af mål. Design: Videooptagelse af målplanlægningsamtalen mellem patient og terapeut. Analysemetode: Samtaleanalyse Informanter: 21 patienter, med apopleksi 10 fysioterapeuter	Formål, metode, inklusions- og eksklusionskriterier, analysemetode beskrives og begrundes Etiske krav overholdt Fund underbygges med sekvenser fra videooptagelse Fund og konklusioner stemmer overens. Forsker forholder sig kritisk til egen undersøgelse
Kristi L. Kirschner et al, 2005, Chicago, ”Collaborative Rehabilitation Goal Setting” Journal Stroke Rehabilitation	Metode: Litteraturstudie Formål: At afdække hvordan sundhedsprofessionelle kan inddrage patient i fælles mål planlægning.	Formålet beskrives samt diskuteres op imod relevant teori og forsknings- undersøgelser. Der er ikke redegjort for søgestrategi eller søgeord. Referenceliste omfatter inkluderede artikler

William M.M. Levack et al, 2011, New Zealand “Navigating patient-Centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: How clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities” Patient Education and Counseling	Formålet: At undersøge, hvordan der planlægges mål i rehabiliteringsafdelinger for patienter med apopleksi Metode: Grounded Theory Design: Observationsstudie Individuelle interviews, Rehabiliteringsplaner Analysemetode: Indholdsanalyse, induktiv tilgang Informanter: 9 patienter (apopleksi) 7 pårørende Klinikere (28) 6 læger, 11 sygeplejersker, 4 fysioterapeuter, 3 ergoterapeuter, 1 tale-og sprogpædagog, 1 kulturel rådgiver, 2 social arbejder	Formål, metode, inklusions- og eksklusionskriterier samt analysemetode beskrives og begrundes. Etiske krav overholdt Der er anvendt forskertriangulering i analysefase. Forsker forholder sig kritisk til egen undersøgelse Fund er underbygget af informantudsagn og diskuteres med relevant teori. Fund og Konklusioner stemmer overens.
Rachel A. Barnard et al, 2010, London “Strategies Used in the Pursuit of Achievability During Goal Setting in Rehabilitation” Qualitative Health Research	Formål: At undersøge, hvordan der planlægges mål for rehabilitering Design: Båndoptagelse, suppleret med videooptagelse. Analysemetode: Samtaleanalyse Informanter: patienter med rygmarvsskade (2), apopleksi (1), sclerose (3) fysioterapeut (4), ergoterapeut (4), sygeplejersker(4), neuro-psykolog(1), tale- og sprogpædagog (1).	Formål, metode, inklusions- og eksklusionskriterier samt analysemetode beskrives og begrundes. Etiske krav opfyldt. Der er anvendt forsker-triangulering i analysefase. Forsker forholder sig kritisk til egen undersøgelse Fund er underbygget af informantudsagn og diskuteres med relevant teori. Fund og Konklusioner stemmer overens.

C, Young et al (2008). Liverpool “Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: A qualitative study of patients , carers and staff “ Rehabilitation Medicine	Formål: At beskrive patient, pårørendes og personalets perspektiver på målsætningsprocesser Design: Semistruktureret interviews Analysemetode: Indholdsanalyse. Informanter: Indlagt pt. (10), Pt. udskrevet (10), Pårørende (10), Personale: læger, sygeplejersker, ergoterapeut, psykolog talepædagog. (10).	Formål, metode, analysemetode, inklusions- og eksklusionskriterier beskrives og begrundes. Etiske krav overholdt. Der er anvendt forskertriangulering i analysefase. Fund og konklusioner stemmer overens. Forsker forholder sig kritisk til egen undersøgelse
ED Playford et al (2000) Nottingham “Goal-setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals’ perceptions of goal-setting” Journal of Clinical Rehabilitation	Metode: Workshop Deltagere (16) Formål: At beskrive terapeuter, sygeplejersker og lægers perspektiver på, hvordan der kan planlægges mål for rehabiliteringen.	Artiklen bygger på referat fra workshop Proces, hvor der udvælges temaer til drøftelse på workshop begrundet. Artiklen er godkendt af deltagere på workshop, der omfatter flere forskere indenfor feltet. Resultater fra workshop diskuteret med relevant teori

Jonathan Armstrong, 2007 New Zealand “The benefits and challenges of interdisciplinary, Client-centred, goal setting in rehabilitation” Journal of Occupational Therapy	Metode: Litteraturstudie Formål: At redegør for fordele og udfordringer ved tværfaglig klient-centeret mål planlægning i rehabilitering	Formål beskrives, og undersøges ud fra forskningsundersøgelser og undersøgerens egen erfaring fra rehabiliteringspraksis. Der er ikke redegjort for søgestrategi eller søgeord.
R. C Van De Weyer et al (2010), London “Goal setting in neurological rehabilitation: staff perspectives” Disability and Rehabilitation	Formål: At beskrive personalets perspektiver i fht mål-planlægningsprocesser, herunder holdning til 2. målsætningsmetoder 1. målsætningsmetode, hvor personalet står for at udforme pt. mål. 2. målsætningsmetode, hvor mål opstilles i et samarbejde mellem pt. og kontaktperson. Informanter: Sygeplejerske (3) læge (1), ergoterapeut (4) talepædagog (2), fysioterapeut(4) ergoterapeutstuderende (1) Design: Fokusgruppe interviews Analysemetode: Tematisk analyse	Formål, metode og analysemetode beskrives og begrundes. Inklusions- og eksklusionskriterier ikke tydelig Etiske krav overholdt. Der er anvendt forsker-triangulering i analysefase. Fund og Konklusioner stemmer overens ift. personalets perspektiver på målsætning, men konklusion ift. holdning til de 2 målsætningsmetoder er ikke tydelig.

Rosaline C Holliday et al, 2007, London “Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit” Journal Neurol Neurosurg Psychiatry	Formål: At undersøge effekten af øget deltagelse i mål planlægning for indlagte patienter i rehabiliteringsafdeling Metode: Kvantitativ Design AB-optimeret balance blok design Dataindsamlingsmetode: patient deltagelses skema (Patient Participation Scala) A (100 ptt) deltaget i mål planlægning – styret af professionelle B(101ptt) deltaget i mål planlægning med patient deltagelse, hvor patient, pårørende og kontaktperson i fællesskab formulere mål med støtte af redskab. (patienter inkluderet med slagtilfælde, sclerose, rygmærskade og andre neurologiske sygdomme)	Formål, metode, inklusions - og eksklusionskriterier og analyse af data uddybet og begrundet Randomiseringsprocedure godt uddybet. Deltagere er ikke blindede Det fremgår ikke om patientdeltagelses skema er valideret Resultater synliggøres i tabeller. Undersøgelsens resultater og konklusioner stemmer overens.
---	---	---

R. C. Holliday et al, 2007, London “Goal setting in neurological rehabilitation: Patients perspectives” Journal Disability Rehabilitation	Formål: Hvordan har patienter oplevet mål planlægningsmetoder: 1. mål planlægning uden patientdeltagelse 2. mål planlægning i fællesskab med patienter Design: Fokusgruppe interview Analysemetode: Tematisk analyse Informanter: 28 patienter (sclerose, apopleksi, rygmærskade eller hjerneskade efter trauma).	Formål, metode og analysemetode beskrives, inklusions- og eksklusionskriterier er tydelige. De 2 mål planlægningsmetoder beskrives og der argumenteres for, hvordan patienter får tildelt mål planlægningsmetode. Etiske krav overholdt. Der er anvendt forskertrianglering i analysefase. Fund og Konklusioner stemmer overens. Informanter er indlagt med forskellige diagnoser. Nogle sygdomme er progredierende og andre ikke. Dette kan have påvirket fund.
--	--	--

Bilag 3

Til afdelingssygeplejerske

XXXX

Dato xx

Idet jeg takker for din interesse for og tilladelse til, at jeg kan udføre fokusgruppeinterview med sygeplejersker fra afdelingen, sender jeg lidt orientering til dig om, hvad det er, jeg gerne vil.

Fokusgruppeinterviewet skal udgøre en del af min afsluttende opgave i uddannelsen; Master i Klinisk Sygepleje fra Århus Universitet. Formålet med undersøgelsen er at belyse sygeplejerskers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse. Jeg forventer, at undersøgelsen kan bidrage med forskellige perspektiver på, hvordan der kan arbejdes med patientinddragelse, når der planlægges mål for rehabiliteringsprocessen.

Jeg har et ønske om at interviewe 4. sygeplejersker, der har prøvet at planlægge mål med apopleksipatienter. Derudover må der gerne være variation i alder, erfaring som sygeplejerske og erfaring med rehabilitering som speciale.

De etiske retningslinjer for god undersøgelsespraksis vil blive overholdt.

Efter at min eksamen er overstået, vil jeg gerne, hvis Du / I er interesseret, komme og give et oplæg om resultaterne af min undersøgelse.

For yderligere afklarende spørgsmål kan jeg kontaktes på tlf. 29 84 91 36

Med venlig hilsen

Malene Dreier

Klinisk sygeplejelærer

Neurorehabiliteringen, afdeling 300, Sydvestjysk Sygehus Grindsted
Jasminvej 24, 6740 Bramming.

Bilag 4

Samtykkeerklæring

Masterprojektets titel:

” Sygeplejerskers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse – en kvalitativ undersøgelse”.

Erklæring fra fokusgruppedeltagere:

Jeg har modtaget skriftlig og mundtlig information om formålet for undersøgelsen, rammerne for interviewet og om, hvordan min anonymitet sikres. Jeg ved, at jeg til enhver tid, uden begrundelse, kan trække mig ud af undersøgelsen. Deltagelse omfatter, at jeg bliver interviewet om mine erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse.

Undertegnede giver hermed samtykke til at deltage i et fokusgruppeinterview, der udgør en del af Malene Dreiers afsluttende projekt i uddannelsen: Master i klinisk sygepleje

Deltagerens navn:

Dato: _____ Underskrift: _____

Bilag 5

Kære _____

Jeg vil gerne invitere dig til et fokusgruppeinterview, der skal udgøre en del af min afsluttende opgave i uddannelsen: Master i klinisk sygepleje fra Århus Universitet.

Jeg er interesseret i at høre din og dine kollegers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål for rehabiliteringen under indlæggelse.

Som deltager i interviewet har du nogle rettigheder, som det er vigtigt, at du er informeret om:

- Det er frivilligt at deltage og naturligvis uden konsekvenser for videre samarbejde, hvis du alligevel vælger at takke nej til invitationen.
- Interviewet vil strække sig over 1½ time. Interviewet optages på bånd, transskriberes og vil kun blive set af undertegnede. Bånd og udskrifter fra interviewet slettes efter eksamen. Deltagere under interviewet vil være 4. sygeplejersker fra din afdeling, observatør, der vil tage noter under interviewet og undertegnede. Der serveres kaffe, te og kage.
- Interviewet vil blive behandlet fortroligt og anonymt. Det betyder i praksis, at jeg vil sløre, hvor i Danmark interviewet er foregået (Der vil stå en afdeling på et hospital i Danmark). Der anvendes fiktive navne, når udsagn fra interviewet behandles. Således vil dine udtalelser i opgaven kun være genkendelige for dig, gruppen og undertegnede, men altså ikke for udenforstående.
- Når interviewet er overstået, er der tavshedspligt i forhold til de andre gruppemedlemmers bidrag. Det betyder, at du kan referere mine spørgsmål, egne overvejelser og bidrag, men altså ikke de øvrige gruppemedlemmers.
- Når interviewet er gennemført, vil der ikke være mulighed for at gennemlæse interviewet i skriftlig form - er af hensyn til mig som opgaveskriver, der har en tidsbegrænset periode til at gøre opgaven færdig i.
- På dagen, hvor interviewet afholdes, vil du få udleveret en samtykkeerklæring, hvor du skriver under på, at du har modtaget mundtlig og skriftlig information og gerne vil deltage i undersøgelsen.
- Efter eksamen vil jeg meget gerne, hvis du er interesseret, komme og give et oplæg om resultaterne af min undersøgelse.

For yderligere afklarende spørgsmål kan jeg kontaktes på tlf. 29 84 91 36

Med venlig hilsen

Malene Dreier

Klinisk sygeplejelærer

Neurorehabiliteringen, afdeling 300, Sydvestjysk Sygehus Grindsted
Jasminvej 24, 6740 Bramming

Bilag 6

Interviewguide:

Formål for undersøgelsen:

” At belyse sygeplejerskers erfaringer med at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse?

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
1. Hvilke erfaringer har sygeplejersker, når de, inddrager apopleksipatienter i forbindelse med at planlægge mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse?	Hvordan finder I ud af, hvilke mål patienten har? Hvad er jeres erfaring med at have patienter med, når der planlægges mål?	Hvordan syntes I patienten deltager i processen? Hvordan oplever I det er at planlægge mål med patienter?
2. Hvordan oplever sygeplejersker, at de kan fremme at inddrage apopleksipatienter, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse?	Hvad har I erfaret der virker, når patienter skal være med til at planlægge mål?	Hvordan får I patienten med i processen? Kan i give nogle eksempler på hvordan I har planlagt mål med en patient?
3. Hvad oplever sygeplejersker, der kan hæmme, at apopleksipatienter inddrages, når der planlægges mål i rehabiliteringsprocessen under indlæggelse?	Hvad mener I der kan forklare, at patienten ikke altid er med til at planlægge mål?	Har I eksempler på hvor det ikke kunne lade sig gøre at inddrage patienten?

Sydvestjysk Sygehus - Neurologi, SVS - 2 Kerneydelser - 2.10 Neurorehabiliteringen

 Sydvestjysk Sygehus Region Sjælland		Neurologi, SVS Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret. Mål- og evalueringssamtale			Niveau: Instruks 
Dokumentbrugere: SVS/Neurologi/neurorehab Læseadgang: Alle	Forfatter: md	Dokumentansvarlig: SVS/Neurologi/Afd. led/Læge	DokumentID / Dokumentnr. 70707 / I.2.10	Version: 1	Godkendt af: MJR 04.02.2011

- 1) Formål
 - 1.1) Definition
 - 1.2) Ansvarsfordeling
- 2) Fremgangsmåde
 - 2.1) Mødehyppighed, tidspunkt og mødested
 - 2.2) Deltagere til samtalen
 - 2.3) Forberedelser til mødet
 - 2.4) Mål- og evalueringssamtalen.
 - 2.5) Efter samtalen.
 - 3.0) Dokumentation
 - 4.0) Referencer og litteratur

1) Formål

At patienten og pårørende oplever at kunne bidrage med ønsker og behov i processen, hvor mål og handleplan besluttet.

At patientens rehabiliteringsforløb koordineres, evalueres og justeres fra indlæggelse til udskrivelse.

At patienten og det tværfaglige personale er velinformeret om mål og handleplan, der arbejdes med frem til næste samtale.

At patienten oplever rehabiliteringsforløbet som en forberedelse til at kunne håndtere hverdagen efter udskrivelsen.

1.1) Definition

Mål- og evalueringssamtalen, en samtale, hvor patienten, pårørende og tværfagligt personale beslutter mål, lægger handleplan samt evaluerer rehabiliteringsforløbet.

1.2) Ansvarsfordeling

Patientens kontaktpersoner har ansvaret for at arrangere samtalen fra gang til gang og informerer patienten og pårørende om formålet, tidspunktet for samtalen samt udleverer informationsmateriale mål- og evalueringssamtale.

Kontaktpersonerne er samtidig ansvarlige for at vurdere, om patienten har behov for tolkebistand eller døvetolk til samtalen.

2) Fremgangsmåde

2.1) Mødehyppighed, tidspunkt og mødested

Samtalen afholdes Min. hver 14 dag, f.eks. i tidsrummet fra kl. 14.00 til 14.30. Mødet afholdes enten på patientstuen eller i et møderum i afdelingen.

2.2) Deltagere til samtalen

Patienten og, hvis patienten samtykker hertil, pårørende samt 1-2 repræsentanter fra det tværfaglige team.

Det sundhedsfaglige personale vurderer fra gang til gang, hvorvidt patienten kan deltage i samtalen. Hvis patienten er ude af stand til at varetage sine interesser, og dermed ikke i stand til at modtage en information og tage stilling til samtykke, så kan videregivelse af oplysninger til pårørende tillades, hvis det vurderes at være i patientens interesse og varetagelse af dennes tarv.

Det er sundhedspersonalet, der afgør, om videregivelse af oplysninger til de pårørende er berettiget varetagelse af patientens tarv, og hvilke oplysninger, der er nødvendige at videregive.

2.3) Forberedelser til mødet

Den dag, hvor samtalen afholdes, mødes det tværfaglige team omkring patienten eksempelvis fra kl. 10-10.30 eller fra kl.13.00-13.30. Der laves FIM-scoring, rehabiliteringsforløbet evalueres og der drøftes forslag til, hvilke mål patienten kan arbejde videre med. Samtidig afklares ud fra patientens situation, hvem der er mødeleder og hvor mange, der skal deltage.

2.4) Mål- og evalueringssamtalen.

Patienten og pårørende orienteres indledningsvis, hvis bærbar computer anvendes til at dokumentere aftaler under selve samtalen.

Mødelederen kan anvende skemaet "mål- og evalueringssamtale" som redskab til at strukturere samtalen. "Mål-og evalueringsskemaet" er lamineret og opbevares på teamkontoret.

Under samtalen aftales dato for næste samtale.

2.5) Efter samtalen.

Efter samtalen er mødelederen ansvarlig for at aftaler, patientens ønsker, behov og mål for rehabiliteringen bliver dokumenteret i EPJ samt at der bliver udleveret kopi til patienten.

3.0) Dokumentation

Dokumentation i EPJ. Journalaudit x 4 det første år og herefter 1 gang årligt. Arbejdsgangen i fht. mål- og evalueringssamtaler evalueres, udvikles gennem drøftelser på tværfaglige personalemøder

Udarbejdet af Hanne Moesgaard, Hanne Haagenzen, Anette Mouritsen, Birthe Nørkær Sørensen, Vivi Lund Jacobsen og Malene Dreier.

4.0) Referencer og litteratur

Cott, A, Cheryl (2004): *Client-centred rehabilitation: client perspectives*.I: Disability and Rehabilitation, Vol: 26, No. 244, pp1411-1422.

Hansen, M.N (2003): *Omsorg I mellem menneskelige relationer I sundhedsvæsenet*. Kvalitetsudviklingsperspektiv, Århus kvalitetsafdeling, Århus Amt, s. 9-65

<http://infonet.regionssyddanmark.dk/d4doc/book/RSDdokument.asp?DokID=54791>. Tværgående SVS retningslinje Vigtige samtaler med patienten

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (2009) 2.2.1. Vigtige samtaler med patienten.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (2009) 2.1.2. Patientinddragelse i beslutninger vedrørende behandlingen.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (2009) 2.1.3. Pårørendes inddragelse i patientbehandlingen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): *Sundhedsloven*. LBK nr. 95 af 7/2 2008. København kapiten 5

McGrath, Joanna, Adams, Louise (1999): *Patient-centered goal planning: a systemic psychological therapy?* Topics in Stroke Rehabilitation, 6(2): 43-50

McPherson, Kathryn, Kayes, Nicola, Weatherall, Mark (2009): *A pilot study of self-regulation informed goal setting in people with traumatic brain injury*. Clinical Rehabilitation Vol 23, pp 296-309

Paterson, Barbara (2001): *The Shifting Perspectives Model of Chronic Illness*. I: Journal of nursing scholarship, Vol: 33, pp 21-26

Rehabiliteringsforum Danmark (2004): *Hvidbog om rehabilitering*. MarselisborgCenteret

Sundhedsstyrelsen (2002): *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. København. Sundhedsstyrelsen,

Wressle, Eva, Eeg-Olofsson, Marcusson, Jan, Henriksson, Chris (2002): *Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure*. I: Journal Rehabilitation Medicine, Vol 34, pp 5-11

Tværgående SVS - I.2.5 Tolkebestand