

MÅL OG MÅLOPPNÅELSE I REHABILITERING VED BEITOSTØLEN HELSESPORTSENTER

Obligatorisk skriftlig oppgave ved profesjonsstudiet i medisin, UiO, for Dorte Louise Sagen, kull V-11.

Veileder: Professor Cecilie Røe ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, OUS.

Oslo, mars 2016

ABSTRACT

Objective: To examine what type of goals the patients have in a rehabilitating setting at Beitostølen Health Sport Centre, if they achieve their goals and if having participation goals causes higher achievements than having body function goals.

Design: Material based on a randomized study with waiting list controls.

Subjects: 214 patients aged 18-73 (mean age 51,4), 56% women, 102 with neurological disorder, 64 with muscular/skeletal disease, 48 with others. 175 of these completed the goalsetting procedure, by setting two goals at arrival and two at departure, and specified their achievements.

Methods: Patient questionnaire 1-3 months prior to and interview at arrival to report two rehabilitation goals, questionnaire at departure to specify achievements. International Classification of Functioning, Disability and Health coding of the goals was performed. Patients specified their goal achievement on a Likert-scale from 1 (non achievement) to 10 (full achievement).

Results: The patients' goals concerned body function (45,5%), participation (36,0%) and environmental factors (2,6%). 15,9% of the goals could not be classified. The goals reported the most concerned muscle strength, mobility, fitness, motivation, learning new technics and recreation/leisure. General goal achievement was reported to 8,62 (standard deviation 1,60) out of 10. Achievements in the different groups of goals was 8,67 for body function and 8,27 for participation goals.

Conclusion: The patients mainly reported body function goals. Many goals could not be classified. In general, there was reported high achievements. Patients with body function goals, reported higher achievement than patients with participation goals.

Innholdsfortegnelse

Forside
Abstract

1 Innledning

- 1.1 Bakgrunn for oppgaven4.
- 1.2 Problemstilling4.

2 Bakgrunn

- 2.1 Prosjektet «Effekt av oppholdet ved BHSS»5.
- 2.2 Beitostølen Helseportsenter – BHSS5.
- 2.3 Brukernes problemer6.
- 2.4 Mål og målsetningsprosess i rehabilitering7.
- 2.5 ICF – Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse9.

3 Metode

- 3.1 Innsamling av data11.
- 3.2 Pasientutvalg11.
- 3.3 Målsetningsprosessen ved BHSS12.
- 3.4 Identifikasjon av meningsinnhold i målene12.
- 3.5 Lenking av målene til ICF13.
- 3.6 Analyse av målene13.

4 Resultat

- 4.1 Hvilken type målsetninger setter brukerne seg for oppholdet ved BHSS?14.
- 4.2 I hvor stor grad oppnår brukerne målene sine i løpet av oppholdet?14.
- 4.3 Vil deltakelsesmål gi bedre måloppnåelse enn mål som omhandler kroppsfunksjon?14.

5 Diskusjon15.

6 Konklusjon16.

7 Litteraturreferanser17.

1 Innledning

1.1 BAKRUNN FOR OPPGAVEN

På profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Oslo skal alle studenter skrive en obligatorisk prosjektoppgave. På grunn av min interesse for friluftsliv, rehabilitering og habilitering, og et ønske om klinisk rettet forskning, valgte jeg å skrive en oppgave i samarbeid med Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Beitostølen Helsesportsenter (BHSS). Arbeidet med oppgaven startet med et 3 ukers opphold på Beitostølen i mai/juni 2014.

Oppgaven er skrevet med utgangspunkt i et materiale som ble samlet inn over en 3-årsperiode fra 2010 til 2013. De 3 ukene på Beitostølen ble dermed brukt til bearbeiding av dataene sammen med Line Preede, som går forskerlinjen på profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Oslo. Hun benytter også data fra BHSS i sitt arbeid.

Professor Cecilie Røe ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, OUS har vært veilederen min for oppgaven. Mine kontaktpersoner ved BHSS har vært Astrid Nyquist (avdelingsleder, idrettspedagog, PhD), avdelingsoverlege Håkon E. Dalen og Martin Sæbu (avdelingsleder klinisk virksomhet, idrettspedagog, PhD). Helene Lundgaard Sjøberg (seniorforsker, PhD, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, OUS) og professor emeritus Erik Bautz-Holter ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, OUS har også bidratt i arbeidet med oppgaven.

1.2 PROBLEMSTILLING

Problemstillingen for oppgaven er mål og måloppnåelse i rehabilitering ved Beitostølen Helsesportsenter, med tre hovedfokus:

Hvilke type målsetninger setter brukerne seg for oppholdet ved BHSS?

I hvor stor grad oppnår brukerne målene sine i løpet av oppholdet?

Vil deltakelsesmål gi bedre måloppnåelse enn mål som omhandler kroppsfunksjon?

2 Bakgrunn

2.1 PROSJEKTET «EFFEKT AV OPPHOLDET VED BHSS»

Min oppgave er basert på data fra et større materiale hentet fra prosjektet «Effekt av oppholdet ved BHSS». Prosjektet startet i 2010, og er finansiert av Stiftelsen Sophies Minde. Prosjektet er en randomisert studie med ventelistekontroll, der hovedmålet er å vurdere om et opphold ved BHSS påvirker fysisk og mental funksjon under og inntil 4 uker etter oppholdet. Videre ønsker man å vurdere varighet av effektene og hvilke faktorer som bidrar til bedring i fysisk og mental funksjon. Et systematisk målsettingsarbeid er en integrert del av rehabiliteringstilbudet, der motivasjon for fysisk aktivitet er en særdeles viktig faktor. Man ønsker spesielt å få kunnskap om hva som karakteriserer brukere som har effekt av oppholdet for bedre å kunne selektene brukere til tilbudet og individuell tilpasning. Brukernes mål og måloppnåelse var et ledd i kartleggingen av faktorer som kunne påvirke effekt av oppholdet.

2.2 BEITOSTØLEN HELSESPORTSENTER – BHSS

Beitostølen helsesportsenter er en institusjon i spesialisthelsetjenesten, og oppholdet er fullstendig finansiert av det offentlige. Senteret tar imot 700 brukere fra hele landet hvert år. BHSS ble åpnet 7. november 1970 av daværende Kronprins Harald. Det var Erling Stordahl som stod bak ideen om en rehabiliteringsinstitusjon på Beitostølen. Stordahl ble født med synsskader og ble tidlig blind [1]. Han viet mye av sitt liv til tilrettelegging av ulike aktiviteter for folk med funksjonsnedsettelse. Han arrangert blant annet skikurs for blinde og startet Ridderrennet for syns- og bevegelsehemmede i 1964. Erling Stordahl var leder av Beitostølen Helsesportsenter fra senterets åpning i 1970 frem til 1994.

BHSS ligger flott til 2 km fra Beitostølen sentrum, i Oppland fylke, Øystre Slidre kommune. Denne beliggenheten gir brukerne unike muligheter til fysisk aktivitet ute i naturen. Det er skiløyper rett fra døra og slalåmbakke bare 2 km unna om vinteren. Resten av året er det turveier og stier for gåing, sykling og ridning. På området er det også en idrettshall, aktivitetsrom, klatrevegg inne og ute, et styrketreningsrom og en svømmehall med svømmebasseng og varmebasseng. På disse arenaene foregår mye av treningsopplegget ved BHSS, og arenaene kan også benyttes av brukerne utenfor deres fastsatte opplegg. Det arrangeres i tillegg aktiviteter på kveldstid som brukerne kan delta på.

Målgruppene til Beitostølen Helsesportsenter er:

- Barn og unge fra 5 - 17 år med fysiske, psykiske og/eller kognitive funksjonsnedsettelse
- Unge voksne fra 18-30 år med funksjonsnedsettelse
- Voksne over 30 år med nevrologiske-/nevromuskulære sykdommer [2]

Senteret har derfor et tilbud til pasienter med diagnoser som Multippel sklerose (MS), Parkinson sykdom, epilepsi, Huntingtons sykdom (i tidlig sykdomsfase), følgetilstander etter poliomyelitt og til pasienter med skader, blant annet ryggmargskade. En stor gruppe er også pasienter med revmatiske sykdommer

og andre smertefulle tilstander i bevegelsesapparatet. Personer med redusert syn og hørsel omfattes også av tilbudet.

Visjonen til Beitostølen Helseportsenter er «Aktivitet og deltakelse gjennom livet» [3]. Dette forsøker de å oppnå ved tilrettelagt fysisk aktivitet, som er rettet mot den enkelte bruker, eventuelt brukergruppe, ut ifra brukerens forutsetninger og målsetting. Treningsopplegget ved BHSS består av alt fra 2-5 økter om dagen med et bredt spekter av aktiviteter og treningsformer. Aktivitetsutprøving/-tilpassning, ferdighetslæring og selvstendighetsgjøring står svært sentralt. Dette muliggjøres gjennom et bredt utvalg av spesialtilpassede aktivitetshjelpemidler og kompetente instruktører. Oppholdet ved BHSS varer 2,5 uker for barn og 4 uker for voksne. Det meste av treningen foregår i grupper, der det er omtrent 7-8 brukere i barne- og ungdomsgruppene og 15 i voksegruppene.

Sosial-og helsedirektoratet definerer rehabilitering som «tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet» [4]. Målet med rehabiliteringen er dermed at brukeren skal kunne gjenvinne eller utvikle funksjons- og meistringsevne, og dermed være selvstendig nok til selv å kunne leve slik den ønsker, og kunne påvirke sin egen livskvalitet. Rehabilitering omfatter mange sider av et menneskets liv, og for å få et mest mulig helhetlig tilbud, jobbes det på BHSS mye i tverrfaglige team. Disse består av fysioterapeut, idrettspedagog, lege, sykepleier, rideinstruktør, sosionom og hjelpeinstruktør. Studenter fra Norges Idrettshøgskole og ulike fysioterapiutdanningsinstitusjoner er en del av staben.

Da det er mange barn og unge på BHSS som er der over flere uker, blir også oppfølging av skolegang viktig. Brukerne har derfor mulighet til å delta på undervisning på dagtid. Dersom brukeren har utfordringer med dagligdagse aktiviteter, slik som spising, påkledning og hygiene, har de mulighet til å ha med seg en assistent på oppholdet.

2.3 BRUKERNES PROBLEMER

Begrepet funksjonshemning har hatt feste i språket i lange tider, med flere ulike definisjoner. Fra gammelt av, ble funksjonshemning definert som et «avvik fra en norm, ut ifra hvilke funksjoner og aktiviteter det er normalt å mestre, avhengig av tidsepoke og samfunn, og til dels kjønn og alder»[5], og ord som krøpling, vanfør og ufør ble benyttet. Senere har man fått en mer medisinsk årsaksforklaring, der funksjonshemning defineres som en funksjons- og aktivitetsnedsettelse som følge av sykdom, skade eller lyte. Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede fra 1990-93 og 94-97 sier at «funksjonshemning er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlige for etablering og sosial tilstedeværelse» [6]. I denne definisjonen, vektlegges miljøet rundt i stor grad. Og at dette miljøet kan påvirke grad av funksjonshemning i både positiv og negativ retning.

Regjeringens definisjon gjenspeiler problemene som brukerne ved BHSS har i stor grad, problemer knyttet til miljøfaktorer. Dette kan for eksempel være problemer med forflytning, tilgang til offentlige bygninger, personlig hygiene, ADL-aktiviteter (Activity of Daily Living) og problemer tilknyttet deltakelse i skole, utdanning og arbeidsliv, samt fritids- og sosiale aktiviteter [7]. Slike utfordringer kan i stor grad

løses eller i hvert fall forbedres ved å tilpasse de ulike miljøfaktorene. Dette kan være faktorer nært individet slik som spesialtilpassede fremkomst- og hjelpemidler, tilrettelagte bolig-, skole- og arbeidsforhold, samt idretts- og fritidstilbud med nødvendige hjelpemidler. Videre må det tilrettelegges på et høyere nivå, med universell utforming av bygninger og ordninger og tilpasninger som øker deltakelse i arbeidslivet og aktiviteter utenfor hjemmet. Økonomiske støtteordninger til hjelpemidler, og et bredt tilbud i kommunen med hjemmesykepleie, hjemmehjelp, brukerstyrt personlig assistent og støttekontakt, som kan benyttes i hjemmet, på jobb eller fritid er viktig for å hjelpe til i hverdagen.

Videre har brukerne ved BHSS også andre problemer som ikke kan løses ved å endre miljøfaktorer, problemer og utfordringer som ofte er en del av symptom bildet deres. Smerte er nært assosiert med funksjonshemning og er årsaken til størst reduksjon i livskvalitet og funksjon [8]. Smerte kan være et stort problem, spesielt hos enkelte pasientgrupper ved BHSS. Dette er noe man må ta hensyn til i rehabiliteringsopplegget. En annen mye rapportert utfordring er økt tretthet, eller fatigue og belastningsproblemer da mange bruker mye lengre tid på dagligdagse gjøremål, og har lite tid og energi til overs for fritids- og sosiale aktiviteter [7]. Fatigue er definert som «subjektiv mangel på fysisk og mental energi som påvirker vanlig aktivitet» [9]. Det har blitt vist at fatigue kan bidra like mye som smerte på livskvaliteten hos enkelte diagnosegrupper [10].

En del av brukerne ved BHSS sitter i rullestol eller er delvis immobilisert på annen måte. Immobilisering har mange konsekvenser, spesielt dersom den foregår over lang tid, slik som hos kroniske funksjonshemmede pasienter. Immobilisering er en både fysisk og psykisk påkjenning for kroppen. Kortvarig immobilisering gir økt tromboserisiko, tretthet, engstelse, rastløshet, aggressivitet og nedsatt stemningsleie. Mens på lang sikt kan immobilisering medføre redusert koordinasjonsevne og balanse på grunn av redusert antall synapser, svimmelhet og muskelatrofi med redusert muskelstyrke, muskelutholdenhet og koordinasjon. Immobiliseringsosteoporose kan oppstå ved lav vektbelastning på skjelettet. Lite bevegelse gir kontrakturer i ledd og muskler på grunn av endret sammensetning av bindevevet, som sammen med spastisitet som man får ved sentralnervøse tilstander, gir redusert bevegelsesutslag og dermed videre redusert bevegelighet. Dette gir problemer med å stå, gå og å gripe ting. Liten bruk av muskler og dermed redusert venøs tilbakestrømning samt redusert vasokonstriksjon og redusert blodvolum, reduserer hjertets slagvolum og minuttvolum. Dette gjør at selv små aktiviteter kan bli en kraftanstrengelse. Redusert matlyst og redusert tarmperistaltikk gir obstipasjon [11].

Flere av tilstandene disponerer for psykiske utfordringer, slik som redusert arbeidskapasitet, dårligere søvnkvalitet og mindre velvære [11]. Noe som vil bidra til å gjøre det vanskeligere å fungere i et arbeidsforhold eller sosialt.

2.4 MÅL OG MÅLSETNINGSPROSESS I REHABILITERING

Oxford English Dictionary definerer et mål som “the object of a person’s ambition or effort; an aim or desired result” [12]. Denne definisjonen gir mål to viktige karakteristika. Mål (oppnåelse) er en intendert konsekvens av flere intervensjoner, utført av brukeren selv og rehabiliteringsteamet. Og at mål er en fremtidig intendert tilstand, som krever endring fra tilstanden man er i nå.

Målsetningsprosessen og oppfølging av måloppnåelse er en viktig del av all habilitering og rehabilitering, selv om lite forskning konkluderer med noe i forhold til effekten av dette [13]. Ved et rehabiliteringsopphold som går over flere uker, og omfatter brukeren og mange behandlere innenfor ulike yrkesgrupper, er det viktig å sette seg gode mål. Dette for å motivere pasienten, sikre at alle de ulike behandlerne jobber mot samme mål, sørge for at viktige deler av rehabiliteringen mot brukerens mål ikke blir utelatt, og for å sikre at ineffektive behandlingsmetoder fjernes [14]. Det første steget i en målsetningsprosess er å finne ut hvilke mål som er viktig for brukeren selv, eventuelt familien eller andre nærstående personer. Deretter må fagpersoner avgjøre om målet i seg selv er mulig å oppnå, og hvilke aktiviteter og delmål på veien dit som er viktige og gjennomførbare. Videre må dette formidles og diskuteres med brukeren, og til slutt resultere i et sett med mål som bruker og fagpersoner er enige om. Det er også viktig å sette de ulike målene i sammenheng med hverandre, spesielt mål som går på tvers av ulike målkategorier (for eksempel deltakelsesmål og kroppsfunksjonsmål) og tidsaspekt (slik som langtids- og kortidsmål) [14]. Da vil det bli lettere for både brukeren og rehabiliteringsteamet å se at de ulike målene henger sammen og kan medføre en felles måloppnåelse.

Effekten av å sette mål som en del av rehabiliteringsprosessen, har blitt undersøkt av flere, og resultatene spriker. Coppack et al. 2012 undersøkte mål og målsetningsprosessens effekter på et 3 ukers rehabiliteringsopplegg av nedre ryggsmarter hos militære. De konkluderer med at mål og målsetningsprosess hadde positive effekter på mestring generelt, mestring av behandlingen og deltakelse og innsats i rehabiliteringsopplegget, men hadde ingen signifikant effekt på behandlingens utfall. Mens oppfølging, oppmuntring og forklaring av øvelser fra fagfolk gjennom øktene, kun økte deltakelse og innsats i rehabiliteringsopplegget [15]. Locke et al 2002, fant at det å ha mål, gir en økt endring i oppførsel, trolig gjennom økt motivasjon [16]. Disse resultatene samsvarer med funn i en systematisk oversikt fra 2006, som konkluderer med at det er noe evidens for at målsetting bedrer deltakelse og innsats til behandlingsregimet i et rehabiliteringsopplegg, sterk evidens for at spesifikke mål kan påvirke umiddelbar utøvelse, mens målsetningsprosessen har ingen signifikant terapeutisk effekt i klinisk rehabilitering [13].

Det er funnet at mål i en rehabiliteringsprosess, kan bidra med andre effekter enn å bedre utfallet av rehabiliteringen. Målene blir brukt som grunnlag når man evaluerer effekten hos den enkelte bruker, øker brukermedvirkningen og sørger i større grad for et brukerrettet behandlingsopplegg [17]. Mål i en rehabiliteringsprosess gir også den fordel at man i forskningsøyemed kan gjennomføre en evaluering gjennom kvantifisering via en skala som angir grad av måloppnåelse. Dette kan være nyttig i målsetningsprosessen og i dobbeltblindede RCT-forsøk [14]. Videre er det vist at målsetning gir brukeren økt innsikt i og aksept for begrenset effekt av rehabiliteringen [18]. Det er altså mange grunner til at man ikke uten videre bør avslå hele målsetningsprosessen i et rehabiliteringsopplegg, selv om evidensen for effekt på rehabiliteringsutfallet er inkonsistent.

2.5 ICF- INTERNASJONAL KLASSIFISERING AV FUNKSJON, FUNKSJONSHEMMING OG HELSE

ICF står for International Classification of Functioning, Disability and Health, og ble utgitt av Verdens helseorganisasjon (WHO) første gang i 2001. Klassifikasjonen er en videreutvikling av ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) utgitt av WHO i 1980. Den ble oversatt til norsk og gitt ut i Norge i 2003, i regi av datidens Sosial- og helsedirektorat. ICF er en del av WHO's internasjonale familie av klassifikasjoner, WHO-FIC, som har som hensikt å skape et felles språk om helsetilstander som forenkler kommunikasjon mellom ulike land og helsearbeidere [19]. ICD-10 (International Classification of Diseases), som er mer kjent blant leger enn ICF, er også en del av WHO-FIC. ICD-10 er i større grad årsaksorientert, og beskriver symptomer som et ledd i en diagnostisk tankeprosess når en pasient forbruker helsetjenester, for eksempel oppsøker legen.

«ICF gir en beskrivelse av forhold som har å gjøre med menneskelig funksjon og innskrenkninger i den, og strukturerer denne informasjonen på en meningsfylt, sammenhengende og lett tilgjengelig måte»[20]. ICF beskriver en persons helse og funksjonsbegrensninger, uavhengig av diagnose og årsaksforhold, og gir et mer helhetlig syn da det tas hensyn til både kroppsfunksjon, med eventuelle funksjonsbegrensninger, så vel som deltakelse i aktiviteter og sosiale sammenkomster. ICF omfatter alle mennesker, ikke bare personer med en funksjonshemming. Men dekker ikke enkelte sosioøkonomiske faktorer som har sterk innflytelse på helse, slik som fattigdom og arbeidsløshet.

Et mål er at ICF også skal gi et grunnlag for forskning, statistikk og vitenskapelige undersøkelser av helse og helserelevante tilstander, resultater og årsaksfaktorer.

Funksjonsproblemer blir i ICF-klassifiseringen delt inn i fire hoveddimensjoner. Hver dimensjon består av mange underkapitler, og kapitlene består igjen av mange ICF-kategorier. De fire hoveddimensjonene med eksempler på underkapitler er:

1. Kroppsfunksjoner (delklassifisering b). Her finner man funksjoner som smerte (underkapittel b2) og nerve-, muskel-, skjelett- og bevegelsesrelaterte funksjoner (b7) som mange av brukerne ved BHSS sine mål og funksjonsbegrensninger faller under.
2. Kroppsstrukturer (delklassifisering s), med eksempelvis nervesystemets strukturer (underkapittel s1) og bevegelsesapparatets strukturer (s7).
3. Aktivitet og deltagelse (delklassifisering d). Her finner man handlinger som læring (underkapittel d1), mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner (d7), utdanning og arbeid (d8) og samfunnsliv og sosiale livsområder (d9). Disse er også vanlige kategorier for brukerne ved BHSS.
4. Miljøfaktorer (delklassifisering e), eksempelvis produkter og teknologi (underkapittel e1) og støtte og sosialt nettverk (e3). «Miljøfaktorer utgjør de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser hvor en person eksisterer og utfolder sitt liv» [19], og omfatter både individuelle og samfunnsmessige områder.

ICF-modellen, figur 1, viser de samme hoveddimensjonene på en mer skjematisk måte.



Figur 1. ICF-modellen viser sammenhengen mellom helse, funksjon og funksjonshemming

Figuren viser at alle de ulike dimensjonene i ICF-klassifiseringen virker på hverandre og innvirker på helsen. Personlige faktorer virker også inn, men er ikke en del av ICF-klassifikasjonen. ICF representerer med dette en modell og et rammeverk som setter problemer med kroppsfunksjoner, aktivitet og deltakelse i sammenheng med sykdom og helse, men også med omgivelsesfaktorer og personlige faktorer.

3 Metode

3.1 INNSAMLING AV DATA

Forskningsavdelingen ved BHSS har i forbindelse med forskningsprosjektet «Effekt av oppholdet ved BHSS» (se kapittel 2.1), samlet inn data fra brukere i løpet av en 3-års periode, fra 2010-2013.

Målsetningsdelen av dette er gjennomført ved at brukeren har fått følgende spørsmål i inntakssamtalen ved ankomst:

1. Kan du skrive ned de to viktigste målsetningene for ditt opphold ved BHSS?
2. Hvor sikker er du på at du når disse målene (på en skala fra 1-10)?

Ved avreise får brukeren beskjed om å evaluere måloppnåelsen, og sette seg nye mål for tiden fremover, etter hjemkomst:

1. I hvilken grad ble dine målsetninger for oppholdet ved BHSS innfridd (på en skala fra 1-10)?
2. Kan du skrive ned de to viktigste målsetningene for oppfølging etter oppholdet?
3. Hvor sikker er du på å nå disse målsetningene (på en skala fra 1-10)?

Målene ble deretter anonymisert, satt inn i en SPSS- og en Excel-fil med mål og linket til grad av måloppnåelse.

Som en del av dette forskningsmaterialet har også brukerne svart på et spørreskjema med de samme spørsmålene 5 ganger i løpet av rehabiliteringsprosessen der de svarer på spørsmål om egenopplevd helse, aktivitetsbegrensninger, mestring, motivasjon, hvor mye tid de bruker på fysisk aktivitet, arbeidsrelatert aktivitet og dagligdagse gjøremål hver uke, og hvor mye de er plaget med tretthet og smerte. Dette materialet har jeg ikke brukt i min oppgave.

3.2 PASIENTUTVALG

Brukerne som ble inkludert i studien, var de som hadde fått tilbud om et 4 ukers rehabiliteringsopphold ved BHSS, fullførte dette, og som sa seg villig til å være med i studien. Alle hadde en kronisk funksjonsnedsettelse. Eksklusjonskriterier var at brukeren ikke hadde god nok norskkunnskap til å fylle ut spørreskjemaer som var en viktig del av prosessen eller hadde en alvorlig kognitiv sykdom. 321 fikk tilbud om rehabilitering og var i utgangspunktet aktuelle, etter eksklusjon var det 304 igjen. Av disse, sa 246 ja til å være med, og 32 falt ut før eller i løpet av intervensjonen, som gir 214 som fullførte rehabiliteringen og ble inkludert.

De inkluderte omfattet menn og kvinner i alderen 18-73 år. Gjennomsnittlig alder var 51,4. 119 (56%) var kvinner. 102 (48%) hadde en nevrologiske lidelser, 64 (30%) en muskel-/skjelettlidelse og 48 (22%) hadde andre lidelser.

175 av de inkluderte brukerne, har fullført målsetningsarbeidet, ved å sette seg to mål før ankomst og ved avreise, samt oppgitt grad av måloppnåelse, og er dermed inkludert i mine data.

3.3 MÅLSETNINGSPROESSEN VED BHSS

Mange av brukerne som får et opphold på BHSS, har mer eller mindre bevisst ett eller flere mål for oppholdet. Det kan være at de ønsker å lære seg en ny aktivitet, bruke et nytt hjelpemiddel, bli sterkere eller bli kjent med folk i samme situasjon.

1-3 måneder før oppholdet mottar brukeren et skjema i posten der den blant annet skal sette opp noen mål. Ved ankomst, har hver bruker en inntakssamtale med legen. Der finner bruker og legen sammen frem til 1-3 målsetninger, basert på skjemaet brukeren har fylt ut på forhånd og samtalen med legen. 1 uke ut i oppholdet, blir målene tatt opp i et tverrfaglig møte, evaluert og eventuelt endret. Ved avreise blir oppholdet ved BHSS og graden av måloppnåelse evaluert av både brukeren selv og fagteamet som har vært rundt brukeren. Dette er den vanlig målsetningsprosessen ved et rehabiliteringsopphold ved BHSS.

Forskningsmaterialet består av målsetninger fra 175 brukere. To mål som settes ved ankomst og gjelder for oppholdet ved BHSS, som brukerne etter endt rehabiliteringsopphold angir grad av måloppnåelse på. Og ytterligere to mål som settes ved hjemreise. I min oppgave har jeg kun fokusert på målene for oppholdet. Hjemreisemålene brukes av Line Preede, som går forskerlinjen på profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Oslo.

3.4 IDENTIFIKASJON AV MENINGSINNHold I MÅLENE

For å kunne bruke målsetningene til brukerne ved BHSS i kvantitativ forskning, må målene som er formulert av brukerne selv og ofte upresise, kvantifiseres og generaliseres. Dette gjøres ved å kode om målsetningene til ICF-kategorier. Da kan målene grupperes og brukes i analyser.

Det første som ble gjort var å gå gjennom alle brukernes mål og finne den meningsbærende enheten, meaning unit. Et eksempel: Målet til brukeren er «få bedre kondisjon», her er meningsbærende enhet *kondisjon*. Dersom målet er «lære å bruke sitski», er meningsbærende enhet i slike type mål *å lære*. Det er ikke alltid like lett å definere den meningsbærende enheten i en målsetning, og det ble derfor gjennomført konsensus, slik det er beskrevet i avsnitt 3.6.

Dersom det var flere meningsbærende enheter i ett mål, eller et mål inneholdt flere delmål, ble alle de meningsbærende enhetene kodet. Derfor er det brukere som har flere enn to meningsbærende enheter og dermed flere enn to ICF-koder, som igjen gir høyere antall ICF-koder enn antall brukere som ble inkludert. Det er kun kodet én ICF-kode per meningsbærende enhet. Det betyr at der den meningsbærende enheten har flere ICF-koder som kunne passet, ble den som passet best benyttet.

3.5 LENKING AV MÅLENE TIL ICF

Videre ble de meningsbærende enhetene brukt til å finne en ICF-kode som passet. Til dette arbeidet ble den norske ICF-boken, utgitt av sosial- og helsedirektoratet i 2003, brukt. For å forenkle og effektivisere prosessen ble det benyttet et kjernesett, et sett med ICF-koder som passer for en bestemt gruppe av pasienter, brukere eller diagnosegruppe [21]. Dette kjernesettet var utarbeidet for barn ved BHSS, så mange problemstillinger var like, men det var også en del mål hos de voksne brukere som ikke var med i kjernesettet for barn. Cieza's 8 ICF linking rules [22] ble benyttet for å kode mål på bakgrunn av meningsbærende enheter. Nivå 2-kategorier (koder bestående av én bokstav og tre siffer) ble benyttet, da disse er ansett til å gi beste kompromiss mellom bredde og dybde på klassifiseringen [23].

Et eksempel på lenking fra meningsbærende enhet til ICF-kode er den meningsbærende enheten kondisjon, som er en kroppsfunksjon, altså delklassifisering b. Videre under kapittel b4 som omhandler kretsløps-, blod-, immun- og respirasjonsfunksjoner finner man koden b455 fysisk kondisjon. Altså kodes målet «få bedre kondisjon» b455.

Meningsbærende enheter som var for upresise til å finne riktig ICF-kode, fikk betegnelsen nd (not definable). Der den meningsbærende enheten refererte til fysisk helse eller livskvalitet, fikk målet henholdsvis betegnelsen nd-ph eller nd-qol. Dersom meningsbærende enhet refererte til helsetilstanden alene eller personlige faktorer ble henholdsvis betegnelsene hc og pf gitt. Betegnelsen nc (not covered by ICF) ble brukt dersom den meningsbærende enheten ikke var omfattet av ICF-systemet. [22]

3.6 ANALYSE AV MÅLENE

Linkingen av brukernes målsetning til ICF-kode ble utført som beskrevet i avsnittene ovenfor. Alle de 175x4 målsetningene ble kodet til ICF-koder av to uavhengige parter. Det ble kommet frem til to lister med koder som ble sammenliknet. Der det var uenighet i ICF-koden, ble tilhørende mål og meningsbærende enhet tatt opp, og eventuelt endret på, i et konsensus-møte med professorer nevnt i starten av oppgaven. Kodingsprosedyren fra mål til ICF-kode er vist å ha moderat til god reliabilitet mellom 10 personer som kodet separat [24].

Microsoft Excel ble brukt for å finne resultatene. For å finne ut hvilken type målsetninger brukerne setter seg ved ankomst BHSS, ble alle målene telt opp innenfor de ulike delklassifiseringene. Videre er det sett på i hvilken grad brukerne har oppnådd målene sine i løpet av oppholdet. Dette er egenoppgitte data, der brukerne etter endt rehabiliteringsopphold oppgir i hvor stor grad de mener at de har oppnådd målene som de satte seg ved ankomst. Grad av selvopplevd måloppnåelse ble angitt på en Likert-skala fra 1-10, der verdien 1 tilsvarer måloppnåelse i ingen grad, mens verdien 10 tilsvarer full måloppnåelse. Alle verdiene som tilhørte en eller flere ICF-koder ble telt opp, og det ble funnet gjennomsnittsverdier for hele materialet, og innad i de ulike hoveddimensjonene.

4 Resultater

4.1 HVILKEN TYPE MÅLSETNINGER SETTER BRUKERNE SEG FOR OPPHOLDET VED BHSS?

Bruker 6 hadde som et av sine ankomstmål «Komme i generelt bedre form, få mer muskelstyrke, bedre kondisjon og mer overskudd». Dette målet er sammensatt av flere delmål, og gir fire meningsbærende enheter: bedre form, muskelstyrke, kondisjon og overskudd. Disse ble videre kodet til følgende ICF-koder: d5701 Ta hånd om kosthold og mosjon, b730 Muskelstyrke, b455 Fysisk kondisjon og b1300 Energinivå.

Bruker 17 ønsket «å prøve ut nye aktiviteter». Innlæring ble meningsbærende enhet her, og målet ble klassifisert som d155 Tilegne seg ferdigheter.

Bruker 101 sitt mål var «å tørre og glede meg i slalåmbakken igjen». Meningsbærende enhet ble glede på ski, og ble klassifisert som b152 Emosjonelle funksjoner og d920 Rekreasjon og fritid. Disse tre kasuistikkene illustrerer typiske utsagn og hvordan de ble omsatt til ICF kategorier.

Samlet satt anga den største andelen av brukerne (45,5%) ved BHSS kroppsfunksjonsmål. Videre hadde 36% av brukerne satt seg aktivitetsmål, mens 2,6% av målene omhandler miljøfaktorer. Ingen av brukerne hadde satt seg mål som omhandler kroppsstrukturer. Hele 15,9% av brukernes mål var ikke mulig å klassifisere.

Innenfor kroppsfunksjonsmålene var bedre muskelstyrke (b730), leddbevegelighet (b710), fysisk kondisjon (b455), motivasjon (b1301) og energinivå (b1300) de mest brukte. De mest brukte deltakelsesmålene omhandlet å lære seg noe nytt/tilegne seg ferdigheter (d155), ta vare på helsen – ta hånd om kosthold og mosjon (d5701), gå (d450) og rekreasjon og fritid (d920).

4.2 I HVOR STOR GRAD OPPNÅR BRUKERNE MÅLENE SINE I LØPET AV OPPHOLDET?

Måloppnåelsen varierte fra ingen (1) til fullstendig (10). De fleste brukerne anga god måloppnåelse (8-10). Gjennomsnittlig selvrapportert måloppnåelse var 8,62 (std.av. 1,60).

4.3 VIL DELTAKELSES MÅL GI BEDRE MÅL OPPNÅELSE ENN MÅL SOM OMHANDLER KROPPSFUNKSJON?

For mange av brukerne ved BHSS er det å lære seg å delta i en aktivitet en svært viktig motivasjonsfaktor for oppholdet og treningsopplegget. Som nevnt tidligere, hadde de fleste brukerne mål innenfor ICFs hoveddimensjon B – kroppsfunksjon eller D – aktivitet og deltakelse. Selvrapportert grad av måloppnåelse viser at det er lite forskjell i de ulike gruppene. Blant brukerne med kroppsfunksjonsmål var gjennomsnittlig måloppnåelse 8,67. Mens den var 8,27 hos brukerne med deltakelsesmål. I gruppene med de ikke klassifiserbare målene og mål som omhandlet miljøfaktorer, var gjennomsnittlig måloppnåelse henholdsvis 8,69 og 8,40.

Det viser seg altså at det å ha et deltakelsesmål, ikke gir bedre måloppnåelse i løpet av rehabiliteringsoppholdet. Det ser ut til å ha en motsatt tendens, men grad av måloppnåelse er svært lik i de ulike gruppene. Tallene viser i midlertid at den generelle graden av måloppnåelse er veldig høy.

5 Diskusjon

Den største andelen av brukerne setter seg kroppsfunksjonsmål. Det er kanskje lettere og mer konkret å sette seg et kroppsfunksjonsmål, slik som å bli sterkere, få bedre kondisjon eller bedre balanse, enn å sette seg et deltakelsesmål, slik som å lære å kjøre sitski eller ri, forbedre gangfunksjon eller gå Besseggen. Allikevel synes jeg det er rart at ikke flere har deltakelsesmål ved et 4 ukers rehabiliteringsopphold på et helsesportsenter, der det er så enorme muligheter både med tanke på eventuelle hjelpemidler og nødvendig opplæring av dyktige instruktører. Deltakelsesmålene burde være lettere å motivere seg til å gjennomføre da de omfatter aktiviteter som er viktige for individet. Samtidig er mange av kroppsfunksjonsmålene muligens mer kortsiktige og oppstykket som et delmål mot et større mål i fremtiden. Brukeren trenger kanskje å bli sterkere for å komme seg opp av rullestolen, bli mer selvstendig og til slutt kunne delta i sosiale aktiviteter eller på en arbeidsplass. Sjøberg et al. 2008, så på om det var forskjell i målene som ble satt av brukerne selv og helsepersonellet (i hovedsak fysioterapeuter) som var en del av rehabiliteringsteamet. Resultatene viste at brukerne selv satt seg flest deltakelsesmål, mens helsepersonellet på vegne av brukerne satt flest kroppsfunksjonsmål [25]. Dersom helsepersonell har vært en aktiv del av målsetningsprosessen kan det trolig påvirke brukerne til å oppgi flere kroppsfunksjonsmål.

Det er forholdsvis mange av brukerne (15,9%) som har satt seg mål som man ikke klarte å klassifisere i ICF-systemet. Sjøberg et al. 2008 hadde samme utfordring. I forsøket nevnt i avsnittet over, fant de at hele 39% av brukernes målsetninger ikke kunne klassifiseres, og tilsvarende 11% av helsepersonellens målsetninger [25]. Eksempler på mål hos brukerne i mitt materiale som man ikke klarte å klassifisere var: «Fortsette å trene når jeg kommer hjem», «Trening.», «Fysisk aktivitet.», «Basseng daglig», «Å trene for å holde sykdommen min stabil», «Få hjelp med ledd og opptrening» og «Komme i gang med gode treningsrutiner». Disse målene er for uspesifikke til å kodes, de sier lite om hva brukeren ønsker å få ut av oppholdet, og vil dermed være dårlig egnet som utgangspunkt i en rehabiliteringsprosess. En mulig tolkning er at brukerne benytter uspesifikke mål fordi de ikke vet hva de ønsker. Det kan også tyde på at fagpersoner ved BHSS burde delta mer aktivt i målsetningsprosessen for at brukerne kan sette seg mer definerte mål som igjen gjør det lettere å motivere seg, følge et strukturert opplegg og måle effekten av rehabiliteringen. En annen mulig tolkning er at ICF ikke er et godt nok klassifiseringsverktøy for å omfatte brukernes faktiske problemer og målsetninger. Det eneste målet som ble klassifisert nc (not covered by ICF) var «Oppnå bedre kroppsholdning». Dette er spesifikt nok til å kodes, men det var ikke mulig å finne en kode i ICF-klassifikasjonen som passet.

Når det kommer til spørsmålet om i hvor stor grad brukerne har nådd målene sine i løpet av det 4 ukers lange rehabiliteringsoppholdet, ble dette rapportert på en Likert-skala fra 1-10. Alle verdier på skalaen fra 1 til 10 ble benyttet, men tallene 8,9 og 10 var de som brukerne benyttet hyppigst. Brukerne oppga i veldig høy grad at de hadde oppnådd målet sitt. Det ble rapportert en gjennomsnittlig måloppnåelse blant brukerne på 8,62 (std.av. 1,60) av 10. Dette kan tyde på flere tendenser. Enten at brukerne sammen med personalet er veldig flinke til å sette seg mål som er mulig å oppnå i løpet av de fire ukene, at de muligens setter seg for enkle mål og har for lave forventninger til seg selv og rehabiliteringsoppholdet. Det som taler imot dette er de mange brukerne som hadde satt seg mål som ikke kunne klassifiseres. En annen årsak kan være at personalet ved BHSS er veldig dyktige og jobber så

målrettet at såpass mange brukere kan oppnå målene sine i så høy grad. Til slutt kan det hende at verdien ikke er representativ, at det er en overrapportering av måloppnåelse. Dette kan være dersom brukerne ikke er sikre på at svarskjemaene er anonyme, og tror at svaret kan ha påvirkning på fremtidig inntak ved BHSS. Det kan hende de tenker at dersom de ikke rapporterer god effekt av oppholdet, vil de kanskje ikke få tilbud en annen gang de søker. Det kan også hende at de er veldig fornøyd med oppholdet og opplegget ved BHSS som helhet, og at dette innvirker på rapporteringen. At brukerne graderer oppholdet og ikke i hvor høy grad de har oppnådd rehabiliteringsmålene sine.

Videre viser resultatene at det er liten variasjon i måloppnåelse mellom brukerne som har satt seg mål i de ulike kategoriene. Hypotesen var at brukere med deltakelsesmål ville ha høyere grad av måloppnåelse en brukerne i gruppa med kroppsfunksjonsmål. I følge resultatene er det motsatt, men differansen er veldig liten. Årsaken til dette kan være overrapportering som nevnt tidligere, men det er mange brukere i begge grupper, så det er ikke noen grunn til å tenke at den ene skal overrapportere mer enn den andre. En annen mulig årsak kan for eksempel være at brukerne som satt seg deltakelsesmål tilhører en annen diagnosegruppe som har en dårligere forutsetning for å nå målene sine, eller at det kan være en ulik fordeling mellom kjønn og alder i de ulike gruppene.

6 Konklusjon

De fleste brukerne setter seg kroppsfunksjonsmål for oppholdet på BHSS, men mange setter seg også deltakelsesmål. En forholdsvis stor andel av målene kunne ikke klassifiseres, men dette er en vanlig problemstilling i slik type forskning.

Det ble generelt rapportert en veldig høy måloppnåelsesgrad på 8,62 (std.av. 1,60) av 10, med lite variasjon ut ifra hvilken type mål brukerne hadde satt seg. I motsetning til hypotesen, anga brukerne med kroppsfunksjonsmål litt høyere måloppnåelse enn brukerne med deltakelsesmål.

7 Litteraturreferanser

1. Wikipedia. *Erling Stordahl*. 2016, 7.januar [cited 2016 2.februar]; Available from: https://no.wikipedia.org/wiki/Erling_Stordahl.
2. Beitostølen Helse- og idrettsenter. *Behandlingstilbudet*. 2015 [cited 2015 12.mars]; Available from: <http://bhss.no/brukere/behandlingstilbudet.aspx>.
3. Beitostølen Helse- og idrettsenter. *Brukere*. 2015 [cited 2015 12.mars]; Available from: <http://bhss.no/brukere.aspx>.
4. *St. Meld. 21 Ansvar og meistring*. 1998-99, Sosial- og helsedirektoratet: Oslo.
5. Wekre, L., K. Vardeberg, and A. Skogan, *Kapittel 2 Funksjonshemning og rehabilitering - ideologi og virkelighet*, in *Lærebok i rehabilitering, når livet blir annerledes*. 2004.
6. *Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede 1990 - 1993 og 1994 - 97* Oslo.
7. Wekre, L., K. Vardeberg, and A. Skogan, *Kapittel 20 Når livet skal leves - med en funksjonshemning*, in *Lærebok i rehabilitering, når livet blir annerledes*. 2004.
8. Chandratre, P., et al., *Health-related quality of life in gout: a systematic review*. *Rheumatology (Oxford)*, 2013. **52**(11): p. 2031-40.
9. Dobkin, B.H., *Fatigue versus activity-dependent fatigability in patients with central or peripheral motor impairments*. *Neurorehabil Neural Repair*, 2008. **22**(2): p. 105-10.
10. Rombaut, L., et al., *Musculoskeletal complaints, physical activity and health-related quality of life among patients with the Ehlers-Danlos syndrome hypermobility type*. *Disabil Rehabil*, 2010. **32**(16): p. 1339-45.
11. Wekre, L., K. Vardeberg, and A. Skogan, *Kapittel 9 Konsekvenser av immobilisering*, in *Lærebok i rehabilitering, når livet blir annerledes*. 2004.
12. Oxford English Dictionary. *Goal*. 2016 [cited 2016 17.februar]; Available from: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/goal>.
13. Levack, W.M., et al., *Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review*. *Clin Rehabil*, 2006. **20**(9): p. 739-55.
14. Wade, D.T., *Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how*. *Clin Rehabil*, 2009. **23**(4): p. 291-5.
15. Coppack, R.J., J. Kristensen, and C.I. Karageorghis, *Use of a goal setting intervention to increase adherence to low back pain rehabilitation: a randomized controlled trial*. *Clin Rehabil*, 2012. **26**(11): p. 1032-42.
16. Locke, E.A. and G.P. Latham, *Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey*. *Am Psychol*, 2002. **57**(9): p. 705-17.
17. Levack, W.M., et al., *Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: the need for a critical distinction*. *Disabil Rehabil*, 2006. **28**(12): p. 741-9.
18. Playford, E.D., et al., *Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report*. *Clin Rehabil*, 2009. **23**(4): p. 334-44.
19. Verdens helseorganisasjon, *ICF Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. 2003: Sosial- og helsedirektoratet,.
20. Verdens helseorganisasjon, *Innledning*, in *ICF Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. 2003, Sosial- og helsedirektoratet: Trondheim.
21. Dalen, H.E., et al., *Implementation of ICF in goal setting in rehabilitation of children with chronic disabilities at Beitostølen Healthsports Centre*. *Disabil Rehabil*, 2013. **35**(3): p. 198-205.
22. Cieza, A., et al., *ICF linking rules: an update based on lessons learned*. *J Rehabil Med*, 2005. **37**(4): p. 212-8.

23. Stucki, G. and G. Grimby, *Applying the ICF in medicine*. J Rehabil Med, 2004(44 Suppl): p. 5-6.
24. Soberg, H.L., L. Sandvik, and S. Ostensjo, *Reliability and applicability of the ICF in coding problems, resources and goals of persons with multiple injuries*. Disabil Rehabil, 2008. **30**(2): p. 98-106.
25. Soberg, H.L., et al., *Identification and comparison of rehabilitation goals after multiple injuries: an ICF analysis of the patients', physiotherapists' and other allied professionals' reported goals*. J Rehabil Med, 2008. **40**(5): p. 340-6.