

# På hold med lænderygssmerter

En undersøgelse af holdforløb  
for personer med lænderygssmerter på  
Ortopædisk GenoptræningsCenter, Aarhus Kommune,  
med fokus på deltageres og medarbejderes  
oplevelse af forløb, effekt og målprocessen





# **På hold med lænderygssmerter**

**En undersøgelse af holdforløb  
for personer med lænderygssmerter på  
Ortopædisk GenoptræningsCenter, Aarhus Kommune,  
med fokus på deltageres og medarbejderes oplevelse  
af forløb, effekt og målprocessen**

## **På hold med lænderygsmærter**

### **Kvalitativ undersøgelse af holdforløb for personer med lænderygsmærter på Ortopædisk GenoptræningsCenter, Aarhus Kommune**

© DEFACTUM, MarselisborgCentret, Region Midtjylland, 2016

Emneord: Rehabilitering, personer med lænderygsmærter, kvalitativ analyse

Sprog: Dansk

Udgivet af: DEFACTUM, Region Midtjylland, marts 2016

Rapporten er sat med: Verdana og Calibri

ISBN: 978-87-998653-0-7 (pdf/elektronisk version)

Forfatter: Tonnesen, Merete

Faglig redaktion: Maribo, Thomas og Nielsen, Claus Vinther

Denne publikation citeres således:

Tonnesen M

Titel: På hold med lænderygsmærter

Aarhus: DEFACTUM, MarselisborgCentret, Region Midtjylland, 2016

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

MarselisborgCentret,

P.P. Ørumsgade 11, bygning 1B

8000 Aarhus C

Tlf. 7841 4440

E-mail: Inger.Hornbech@stab.rm.dk

Hjemmesider: [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk) og [www.DEFACTUM.dk](http://www.DEFACTUM.dk)

Rapporten kan downloades fra [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk) under publikationer

# Indholdsfortegnelse

<b>INDLEDNING .....</b>	<b>7</b>
<b>UNDERSØGELSENS FORMÅL OG METODE .....</b>	<b>8</b>
Undersøgelsens formål .....	8
Metoder og datagrundlag .....	8
Efterrefleksion over de valgte metoder og egen rolle i feltarbejdet .....	10
<b>OVERORDNET BESKRIVELSE AF LÆNDERYGHOLDFORLØB PÅ OGC .....</b>	<b>12</b>
Målgruppe og formål med forløb .....	12
Indledende samtale .....	13
Holdforløb og afsluttende samtale .....	16
Opsummering .....	22
<b>REFLEKSIONER OMKRING LÆNDERYGHOLDFORLØB .....</b>	<b>23</b>
Forventninger før opstart og oplevelse af indledende samtale .....	23
Udbytte og oplevelse af at være på hold .....	24
Tanker ift. indhold af forløbene .....	26
Oplevet effekt .....	27
Opsummering .....	33
<b>MÅLPROCESSEN .....</b>	<b>34</b>
Om målprocessen .....	34
Empiriske eksempler på målsamtaler .....	35
Borgeres oplevelse af målsætning .....	40
Medarbejderes oplevelse af målprocessen .....	41
Opsummering .....	44
<b>KONKLUDERENDE BEMÆRKNINGER .....</b>	<b>46</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>49</b>
<b>BILAG 1 .....</b>	<b>50</b>
<b>BILAG 2 .....</b>	<b>51</b>

## Resumé

Denne rapport bygger på en etnografisk undersøgelse af holdforløb for personer med lænderygsmærter i Aarhus Kommunes Ortopædisk GenoptræningsCenter (OGC), hvor to hold er fulgt gennem efteråret 2015 og deltagere interviewet lige efter afslutning af forløb og igen 2-3 måneder efter forløb. Holdforløbet strækker sig over 7-11 uger med to individuelle samtaler i forløbet og holdundervisning. I 2015 var 318 borgere med lænderygsmærter henvist til OGC.

Undersøgelsens fokuspunkter: 1. holddeltageres og medarbejderes oplevelse af forløbet samt hvilken forskel, forløbet skaber. 2. Målsætningsdelen af holdforløbet. Medarbejdere oplever målprocessen som vanskelig, og det ønskes at få mere viden om, hvori det vanskelige består, samt hvordan borgere oplever målsætningsprocessen.

Hovedpointer fra undersøgelsen er:

- **Målprocessen er vanskelig for medarbejdere og utydelig for deltagere.** Mål synes ikke reelt at blive brugt aktivt i forløbet. Praksis er, at der bliver talt om mål og borgers ønsker til forløbet ved den indledende samtale, herefter er det kun sporadisk (hvis overhovedet), at mål inddrages, indtil ved den afsluttende samtale. Det er hensigten, at borger selv skal arbejde med mål i perioden, hvilket dog ikke umiddelbart syntes at ske.
- **At være på hold opleves generelt som udbytterigt.** Det er godt at møde andre i samme situation, og vigtigt, at andre på holdet er samme sted i livet som én selv. Vekselvirkning mellem øvelser/refleksion virker godt for de fleste; enkelte synes, at refleksion er "noget pjat". Alle plukker ud i det, de selv synes er relevant for deres unikke situation. Flere efterlyser mere individuel tid med terapeuter, og gerne en mulighed for kontakt efter afslutning af forløb, hvis behovet opstår.
- **Adspurgte deltagere oplever, at forløbet har haft effekt**, men i forhold til hvad og i hvilken grad varierer fra person til person. Effekt går lige fra at få blod på tanden til at træne (igen), til større accept af egen situation, til at kunne udføre dagligdagsaktiviteter igen. Kun få havde forventninger til forløbet før opstart, hvilket kan henlede opmærksomhed på hvorledes og af hvem, der bliver givet information om forløbet.
- **Tid og rum er betydningsfulde faktorer.** Det er ikke altid let at "styre tiden" ved samtaler, hvilket blandt andet kan influere på kvaliteten af målsætning, eller gøre, at der ikke sættes mål. Samtaler foregår i åbne rum, hvilket for nogle borgere influerer på, hvad de ønsker at drøfte.

- **Medarbejderes tilgang og viden har betydning**; dvs. at OGC medarbejderne opfattes som værende "søde", og at de har et indgående kendskab til lænderygproblematikker.
- **Mange unge mennesker på lænderyghold**, hvilket undrer mange holddeltagere. Der er pt. ikke tilgængelige data til at se andelen af unge på lænderyghold / se en evt. udvikling i andelen.

# På hold med lænderygsmarter

## Indledning

I Danmark lever 880.000 personer med lænderygsmarter. På samfundsplan har lænderygproblematikker en stor indflydelse på forbrug af sundhedsydelser: 10 % af alle besøg hos alment praktiserende læge og 30 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut vedrører personer med lænderygsmarter (Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K.: 2015). På arbejdsmarkedet ses det, at erhvervsaktive personer med lænderygsmarter årligt har 5,5 mio. flere sygedage end erhvervsaktive uden lænderygsmarter, svarende til 20 % af alle sygedage (ibid.). Lænderygsmarter kan føre til store begrænsninger af hverdagsaktiviteter, til problemer med at kunne varetage studier/job, og kan føre til førtidspension. Rygsmarter i en ung alder fordobler risiko for fremtidige lænderygproblemer (Momsen 2010:s.7).

På trods af så store konsekvenser på det personlige såvel som på det samfundsmæssige plan er der ikke formelt accepterede diagnostiske kriterier, der entydigt definerer diagnoser på området. Blandt andet kan lænderygsmarter ikke defineres alene ud fra varighed, da det er karakteristisk, at der er perioder med og uden smerter af varierende intensitet (ibid:5). Hovedparten af hovedparten af tilfælde med lænderygsmerte (80-90 %) er således ikke-specifik (ibid.).

Ortopædisk GenoptræningsCenter (OGC) er ét af Aarhus Kommunes tilbud til borgere med uspecifikke rygsmarter, fra 18 år og opefter<sup>1</sup>. I 2015 var 318 borgere med lænderygsmarter henvist til OGC<sup>2</sup>, via en genoptræningsplan (§140 i Sundhedsloven). OGC er organisatorisk forankret i Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg (MSO). Der er lavet et forløbsprogram for indsatser for borgere med lænderygsmarter i Region Midtjylland, som blandt andet danner ramme om indsatsen for denne målgruppe på OGC. Tilbuddet i OGC regi vil ofte være en del af rækken af forskellige indsatser i et rehabiliteringsforløb. Typisk vil en borger få eller have fået behandling på hospital, af fysioterapeuter, af kiropraktorer, og nogle vil være i kontakt med uddannelsesvejleder eller sagsbehandler i forbindelse med sygemelding. Et forløb på OGC's lænderyghold er således ofte én ud af flere forskellige indsatser.

OGC og Forskning & Udvikling på MarselisborgCentret har indgået en aftale omkring en undersøgelse af OGC's Lænderygholdforløb<sup>3</sup>. Med undersøgelsen ønskes øget viden om:

---

1 De øvrige tilbud leveres af Center for Sundhedsforløb, Globus1 og Sociallægeinstitutionen.

2 Tal fra intern statistik fra OGC

3 Undersøgelsen indgår som del af forsknings- og udviklingssamarbejdet mellem Region Midtjylland og Aarhus Kommune



1. målsætningsdelen af holdforløbet
2. holddeltageres og medarbejderes oplevelse af forløbet samt hvilken forskel, forløbet skaber.

Nærværende rapport indeholder sammenfatningen af resultaterne fra undersøgelsen. Rapporten indledes med en beskrivelse af undersøgelsens formål, metode og datagrundlag. Herefter følger en overordnet beskrivelse af indhold af og struktur omkring OGC's lænderyghold. De to efterfølgende kapitler præsenterer resultater fra undersøgelsen, hhv. holddeltageres og medarbejderes refleksioner om, hvilken forskel forløbet gør, og arbejdet med mål i processen. Rapporten afsluttes med konkluderende bemærkninger.

## Undersøgelsens formål og metode

### *Undersøgelsens formål*

Undersøgelsens overordnede formål er at skabe viden om den oplevede effekt af deltagelse på et lænderyghold i OGC regi, samt at zoome ind på målsætningsdelen af forløbet. Det at sætte mål og arbejde løbende med mål opleves af medarbejdere som værende vanskeligt, og det ønskes med undersøgelsen at få mere viden om, hvordan selve målsætningen foregår, og hvori det vanskelige består, samt hvordan borgere oplever målsætningsprocessen.

Hovedspørgsmålene i undersøgelsen er:

Hvad tænker holddeltagere og medarbejdere overordnet set om lænderygholdforløb?

- hvilke forventninger er der til forløbet, før opstart?
- hvad er oplevelsen af vekselvirkning mellem træning og refleksion?
- hvordan opleves det at være på hold/undervise på hold?
- hvilken effekt opleves forløbet at have?

Hvilke refleksioner gør holddeltagere og medarbejdere sig omkring målsætning?

- hvordan arbejdes med mål?
- hvilke udfordringer oplever medarbejdere i målsætningsarbejdet?
- hvad er holddeltageres oplevelse af målsætningsprocessen?
- opleves målene som brugbare for medarbejdere, for holddeltagere?

### *Metoder og datagrundlag*

Undersøgelsens resultater bygger på et etnografisk feltarbejde, som jeg udførte i andet halvår af 2015, med anvendelse af følgende kvalitative metoder:

- Observation af indledende samtale (indeholdende målsætning), samt afsluttende samtale
- Deltagerobservation på de to forskellige hold
- Fokusgruppediskussion med medarbejdere
- 2 telefoninterviews med deltagere, det første ved afslutning af forløb og det andet 2-3 mdr. efter forløb.

En kvalitativ undersøgelse gør det muligt dels at kunne observere det fulde forløb samt interaktionen mellem de involverede, og dels at lade observationerne forme spørgsmål til de involverede. Der er ikke tidligere lavet kvalitative studier om målprocessen på lænderyghold, og netop observation og deltagerobservation muliggør en beskrivelse af målprocessen.

Jeg lavede **observation** af de indledende samtaler over de første tre uger af september måned, 2015. Udvælgelsen af indledende samtaler foregik arbitrært, ved koordinere planlagte OGC samtaler med ledige tider i min kalender. Det var planlagt, at jeg skulle observere 5 samtaler, der ville munde ud i et holdforløb, men det blev nødvendigt at møde op til 11 samtaler, da der kom fire afbud, mens to samtaler resulterede i visitation til individuelle forløb. De i alt 7 observerede samtaler blev foretaget af fire forskellige fysioterapeuter fra OGC, alle tilknyttet lænderygholdet. Både medarbejdere og borgere indvilligede i, at jeg deltog i samtalen. Desuden har jeg lavet observation ved 6 afsluttende samtaler.

**Deltagerobservation** er foretaget ved to forskellige hold, et om formiddagen, et om eftermiddagen på to forskellige dage, én gang pr. uge ca. 7 gange på hvert hold. Da der løbende er optag på holdene, skifter deltagergruppen. Alle deltagere er blevet forklaret omkring undersøgelsen og min rolle.

Informanterne i **interview**delen af undersøgelsen, er deltagere på de to hold som indenfor de samme 3 uger har gennemført afslutningssamtale (efter 7. gang). I forbindelse med slutsamtalen spurgte jeg, om jeg måtte kontakte dem for et interview, hvilket alle adspurgte indvilligede i. De kvalitative interviews åbner op for at kunne følge holddeltageres og medarbejderes refleksioner og tanker. Interviewene er semistrukturerede, men hvert interview indeholder rum for at følge tråde i samtalen, som synes væsentlige for den interviewede. Enkelte har sagt ja til interview, men fået bevilliget 4 uger mere, og derved interviewet efter 11 gange.

I alt er der foretaget 11 interviews med deltagere, heraf 10 telefoninterviews, ud fra samme interviewguide (se bilag 1). Spørgsmålene er sammensat ud fra medarbejderes ønsker om viden om deltageres holdning til og oplevelse af hele forløbet på OGC, tilsat spørgsmål, som er formet med baggrund i observationsstudiet. Spørgsmålene er herefter drøftet med og kvalificeret af leder af OGC. Interviewene varer fra 25 minutter til 1 time. Svarene er blevet

noteret under samtalen. Et opfølgende telefoninterview med fokus på effekt over tid er foretaget 2-3 måneder efter første interview. 8 af de 11 tidligere interviewede deltog<sup>4</sup>. Der er foretaget et **fokusgruppeinterview** med i alt seks medarbejdere, som er tilknyttet lænderyg holdforløbet (se bilag 2 for interviewguide). Spørgsmålene er udarbejdet i samarbejde med leder af OGC. Interviewet er optaget og efterfølgende transskriberet.

### ***Efterrefleksion over de valgte metoder og egen rolle i feltarbejdet***

De valgte metoder giver adgang til at se, høre og mærke felten, og har derved suppleret hinanden på konstruktiv vis. Observationsdelen af feltarbejdet har dannet grundlag for en beskrivelse af opstarten og målsætningsprocessen af forløbet, og har ligeledes dannet baggrund for at kunne nuancere og perspektivere medarbejderen og holddeltageres udsagn i interviews. Interviews har, foruden at give svar på konkrete spørgsmål, ligeledes rummet holddeltageres fortællinger om deres hjemlige kontekst. Dette er med til at skabe et indblik i en verden som observation og deltagerobservation kun i glimt har åbnet for. Feltarbejdet er foregået i en enkelt del af et rygforløb, og det er således gennem interviews, at billedet af et længere forløb med hospitalsophold, lægekonsultationer, hindringer på arbejde eller uddannelse pga. rygproblemer, funktionsnedsættelse ift. opgaver derhjemme og så videre, toner frem.

Såvel observation som deltagerobservationen har åbnet op for en forståelse for indholdet af forløbene og skabt adgang til at kunne observere den interaktion, der sker deltager imellem og mellem deltager og terapeut. Disse data har kunnet bruges konkret i efterfølgende interviews, hvor også både deltager og medarbejder har henvist til en fælles oplevelse, vi har haft på holdet eller til indledende/afsluttende samtale.

I rollen som deltagerobservatør er deltagelseskomponenten meget konkret på et lænderyghold. Her et uddrag fra feltnoter: "Jeg sveder, laver navnelege, lærer nye muskler og nye træningsøvelser at kende, opdager at balancen er dårlig og falder ned af den store bold og griber med taknemmelighed de alternative øvelser, som opmærksomme terapeuter giver os, der har svært ved boldøvelser. Jeg mærker virkelig, hvad det vil sige at være på ryghold; godt nok uden rygsmerter". Jeg lytter til og deltager i drøftelser før og efter træning med de øvrige deltagere. Deltagelsen skærper min opmærksomhed på aspekter, jeg ikke nødvendigvis havde bidt mærke i ved observation. I de fastlagte refleksionsstunder på holdet er det imidlertid observationsdelen, der fylder mest. Her stikker jeg ud som den eneste deltager uden rygproblemer: "Har du ikke selv rygproblemer?", er et typisk spørgsmål, som flere spørger til gentagne gange. Dette skaber både en distance til deltagerne, da det er tydeligt, jeg ikke kender til rygsmerter, og hvordan de påvirker hverdagsaktiviteter, men samtidig giver det i

---

<sup>4</sup> Ved første interview indvilligede alle 11 deltagere i at kunne blive kontaktet for et opfølgende telefoninterview. I interviewrunde to er der blevet sendt sms til alle med forespørgsel om passende tidspunkt at ringe for telefoninterview. En afslog pga. alvorlig sygdom, en svarede ikke tilbage hverken på sms eller telefonbeskeder, en var der aftalt tid med, men efterfølgende forsøg på kontakt lykkedes ikke.

nogle tilfælde anledning til, at flere deltagere forklarer indgående om de udfordringer, de oplever pga. lænderygproblemerne, og i andre tilfælde giver rollen som antropolog legitimitet til blot at lytte og observere.

## Overordnet beskrivelse af lænderygholdforløb på OGC

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af holdforløb for personer med uspecifikke lænderygsmærter, herunder målgruppebeskrivelse og en beskrivelse af forløbet fra start til slut. Beskrivelsen er sammensat på baggrund af data fra (deltager)observation.

### ***Målgruppe og formål med forløb***

Målgruppen er borgere med uspecifikke lænderygsmærter, som henvises fra hospitalsregi til OGC, via en genoptræningsplan. Formålet med holdforløb er at præsentere deltagere for redskaber og strategier til håndtering af egen situation, viden til håndtering af smerter og udfordringer i dagligdagen samt forskellige træningsmetoder.

OGC's holdforløb:

- Forløb på 7 uger x en time
- Indeholder to individuelle samtaler med borger: Første samtale er indledende, anden samtale er ved 7. mødegang
- Består af fysisk træning og teori
- 3 forskellige hold, med løbende optag (tirsdag kl. 8.30-9.30, torsdag kl. 8.30-9.30, torsdag kl. 14-15). Deltagere vælger selv tidspunkt; det samme gennem forløbet. Til hver træningsgang er der op til 10 deltagere og to terapeuter.
- Deltagere screenes med Oswestry Questionnaire<sup>5</sup>

I brochuren for forløbet specificeres de forventninger, der er til deltagerne. Det forventes, at de er åbne for ændringer af vaner og praksis ift. deres rygsituation, arbejder bevidst med egen målsætning gennem hele forløbet, selv er ansvarlige for at mærke, om de kan holde til træningen, og overvejer evt. ændringer i hverdagen og træningen efter endt forløb.

Ca. halvdelen af OGC's 14 medarbejdere arbejder med lænderygholdforløb. Den primære faggruppe er fysioterapeuter; en ergoterapeut er med på én af de 7 undervisningsgange i et forløb. Ved behov er der mulighed for at inddrage en sagsbehandler fra Sociale Forhold og Beskæftigelse, Aarhus Kommune, som er tilknyttet OGC.

Holdforløbet er opdelt i 3 etaper. Første etape er den indledende samtale, hvor medarbejdere vurderer, hvorvidt borger skal på holdforløb eller have et individuelt forløb.

Målsætning er en del af den indledende samtale og skitseres i det efterfølgende kort, men præsenteres mere indgående i et efterfølgende kapitel.

Anden etape er holdforløb, og tredje etape er den afsluttende samtale.

---

<sup>5</sup> Oswestry Questionnaire er et spørgeskema, der belyser funktion hos patienter med lænderygbesvær (fysio.dk).

I det efterfølgende skitseres en mere detaljeret gennemgang af holdforløbet.

### ***Indledende samtale***

Den indledende samtale foregår i en bygning på MarselisborgCentret. MarselisborgCentret var tidligere et hospital, men i dag huser de mange røde bygninger kommunale og regionale enheder, samt brugerorganisationer, der alle arbejder med rehabilitering. Det kan være lidt svært at finde frem til rette bygning, så flere borgere har gået rundt et stykke tid, og er måske lidt forsinkede, når de kommer ind til lille receptionsområde, hvor de bliver modtaget af en receptionist eller terapeuten selv. Terapeuten står klar eller kommer, når det er tid til samtalen, med papirer i hånden og en tablet-pc. Borger bliver vist ind i et større lokale og bedt om at sætte sig ved et bord. Terapeuten sætter sig, som oftest på en taburet med hjul på, og forklarer borger, at denne selv skal udfylde et skema på tablet-pc'en.

Lokalet er stort og lyst med vinduer til begge sider og et tilstødende rum med træningsudstyr. I rummet er der motionscykler, en undersøgelsesbriks og to små borde der står tæt sammen, op ad samme væg. På nogle tidspunkter kommer man ind i rummet, og det er roligt, måske med en enkelt anden borger, som cykler på motionscykel, eller en medarbejder der henter skelet eller plancher. På andre tidspunkter cykles der på flere af motionscyklerne, begge borde er optagede til samtaler, og der kan være en gennemgang af både medarbejdere og borgere, som skal til og fra de tilstødende træningslokaler. I forlængelse af træningslokalerne er der et lille lokale, som bliver brugt til undersøgelse, med to brikse, en håndvask og mulighed for at trække et forhæng mellem briksene.

Den indledende samtale varer ca. en time og forløber forskelligt fra person til person og fra terapeut til terapeut. Rent fysisk starter mødet som oftest ved samtalebordet, så er der en undersøgelse i det lille lokale, og samtalen ender ved samtalebordet, inden der bliver fundet en tid til næste gang ude i receptionen. Andre gange afsluttes selve mødet i undersøgelseslokalet. Indholdsmæssigt synes hver terapeut at have sin egen skabelon for gennemførelse af samtalerne.

Analytisk kan følgende komponenter udskilles som indhold af hovedparten af samtalerne:

Komponenter	Uddybende forklaring
Udredning <sup>6</sup>	Terapeuten har en genoptræningsplan som udgangspunkt for samtalen, nogle terapeuter bruger denne aktivt i udredningen: "Du har en genoptræningsplan fra Silkeborg. Jeg kan se at [fortæller fx at der er en diskusprolaps]. Har du læst den? Hvad tænker du om den?" Terapeuterne spørger blandt andet ind til smerter, medicin, og hvordan de klarer hverdagsaktiviteter. De indhenter desuden en samtykkeerklæring.
Indsamling af borgerrapporterede data	Hver borger udfylder et Oswestry spørgeskema på en pc-tablet <sup>7</sup> . Ved borgere, som har læse/skrivevanskeligheder, læser terapeut spørgeskemaet op og noterer borgers svar i skemaet. Oswestry er et skema til at generere viden om, hvordan borgers ryg- og/eller bensmerter påvirker deres evne til at klare sig i hverdagen. Spørgsmålene er opdelt i overskrifterne smerter, personlig pleje, løfte, gå, sidde, stå, sove, sexliv, socialliv og rejse. Respondenten skal graduere, hvordan de enkelte aktiviteter opleves i hverdagen.
Undersøgelse	Der foretages en kropslig undersøgelse af ryg, bevægelighed mv. Det er ofte under og lige efter denne undersøgelse, at samtalen kan komme ind på mere psykiske aspekter af borgers situation. Nogle gange kommer borger direkte eller indirekte ind på psykiske aspekter "det kan godt være svært at bevare humøret", og terapeut kan følge op med f.eks. "oplever du, der er sammenhæng mellem, hvordan du har det psykisk og ondt i ryggen?".
Rådgivning	Eksempler på rådgivning: "Må jeg lave cirkeltræning? Nej, vent med det et par uger og lav i stedet de her øvelser", "jeg tror, du vil have nytte af at bruge en skråpude", "gå ned i knæ i stedet for at lave en foroverbøjning", "her ser du nogle øvelser [viser på papir], lad mig lige se dig lave dem, det er dem du skal lave de næste x uger", "vis mig hvordan du kommer ned fra briksen. Det er bedre du gør sådan her"
Målsætning	Foregår på forskellige måder, se senere afsnit. Ofte noteres målene ned på et skema, som står på bagsiden af brochuren for holdforløbet.
Undervisning i og information om krop og konkret skade	Der er forskel på borgers viden om kroppens funktioner og den konkrete skade, de har. Under flere indledende samtaler bruger terapeuter hjælpemidler som plancher, skelet og metaforer til at forklare borger om eksempelvis hvad en diskusprolaps er. De viser på skelettet, hvor præcis diskusprolapsen sidder; "du kan tænke det som en camembert ost...".
Screening	Der foregår en screening, en behovsvurdering i forhold til, om borger skal tilbydes holdforløb eller individuelt forløb.
Rammesætning / forventningsafstemning ift. forløb	Hver terapeut fortæller om rammerne for forløbet på forskellig vis, ligesom det er forskelligt, hvorvidt og hvordan der laves en forventningsafstemning. Herunder eksempler: "Vi har et holdtilbud 1 x ugentligt, en time ad gangen. Man skal selv lave øvelser derhjemme af forskellig sværhedsgrad, der er altid to fysioterapeuter og ca. 10 på holdet, der er løbende optag. Vi afprøver forskellige former for træning og så er der et kvarters snak til sidst". "Vi skal være helt på det rene med, om du vil det". "Vi har holdforløb, 7 x på hold, det er ikke hårdt, man bestemmer selv". "Du har en diskusprolaps, det varer gerne et år, dvs. dette er en lang proces. Her er vi 7 uger med mulighed for 4 ekstra gange". "Det er både træning og mulighed for individuel sparring og sparring med de andre. Man siger kun det, man selv vil sige. Hvad tænker du om det? [at deltage på holdet]".

<sup>6</sup> Flere af de øvrige punkter i dette skema indgår som del af udredningen. For at vise de mange forskellige komponenter en indledende samtale består af, er det valgt at lave en analytisk fremstilling, hvor hver komponent fremstår for sig.

<sup>7</sup> Ved afslutning af forløbet besvarer borger igen Oswestry spørgeskemaet.

Opstillet i skematisk form kan det fremstå som velafgrænsede komponenter i samtalerne. Det er det ikke i virkelighedens verden. I samtalerne sammenblandes komponenterne, således at f.eks. rådgivning kan forekomme under undersøgelsen, under målsætningsdelen eller i forbindelse med undervisning om krop. Fra observationsstudiet synes det at variere fra borger til borger, hvilken fylde, terapeuten vælger at tillægge de enkelte komponenter. Terapeuterne noterer oplysningerne på et ark papir. På arket er der blandt andet en tegning af et menneske, og herpå indcirkles problemområder.

Som udgangspunkt for samtaler har terapeuterne en genoptræningsplan (GOP) og ingen yderligere oplysninger om borgeren. De har derfor brug for at spore ind på borgeren og dennes problematikker som supplement til GOP'en. I de observerede samtaler spørger medarbejdere ind, kigger i øjnene, smiler, lytter, spørger og synes at skabe et usynligt rum omkring den enkelte. Der skabes således en lille boble omkring samtalen, uagtet hvilken aktivitet foregår i lokalet; terapeuterne lytter intenst og udviser interesse for borgers udsagn. Terapeuterne bruger spejling som integreret redskab; de gentager det sagte, måske med en lille omformulering og afventer så, at borgeren siger mere.

Borger og terapeut indtager forskellige roller i den indledende samtale. De gennemgående og måske vigtigste roller er lytter / fortæller & ekspert / novice.

Terapeuterne og borgere skiftes til at indtage rollen som hhv. lytter og fortæller; terapeuten lytter til borgers fortælling om evt. aktivitetsproblematikker, og fortæller om forløbet på OGC eller om skaden, mens borger indtager rollen som lytter. I samtalen er borger ekspert på eget liv, mens terapeuten er novice i forhold til borgers liv. Hovedparten af borgerne er novicer i forhold til lænderygproblematikken, mens terapeuten er eksperten. Der synes at være markant forskel på borgeres viden om egen krop og de specifikke lænderygsmerter; graden af borgers viden determinerer tiden brugt på undervisning i og information om krop og konkret skade.

Foruden forskel på viden om egen krop og skade er der forskel på borgeres evne til at forklare sig og skabe en fortælling. Nogle er vant til at begå sig i "systemet", de har tydeligvis været igennem mange forskellige behandlingstilbud og ved, hvilke oplysninger, terapeuten sigter efter. De kender fagudtryk og ved f.eks., hvad der menes med begrebet "mål". Andre er mere på glatte og lidt usikre på spørgsmålene, mens andre igen kommer med meget lange forklaringer, lange tankerækker, eller svarer på andet, end det de bliver spurgt om. I de tilfælde påhviler der terapeuten en opgave med en form for "making sense" af en fragmenteret historie.

I tilfælde, hvor borger afventer scanning, eller snart skal opereres, lader terapeuter det være op til borger selv at beslutte, om de ønsker at komme på hold nu eller afvente resultat af scanning/operation.



## ***Holdforløb og afsluttende samtale***

Holdtræningen afvikles efter et fast mønster: opvarmning, øvelser, refleksion og afslutning. Træningen foregår i en gymnastiksal på MarselisborgCentret. I forbindelse med salen er der et lokale med motionscykler, løbebånd, stepmaskine mv. Her samles deltagerne lidt efter lidt og starter opvarmningen, indtil terapeuterne kommer. Da der er løbende optag på holdene, er der altid nogen til stede, som har været i gang med holdtræningen et stykke tid og andre, som har første dag. Det er forskelligt, om der er snak indbyrdes, men da enkelte af maskinerne ikke virker helt optimalt, afstedkommer det ofte noget snak. I observationsperioden er der på tirsdagsholdet, fra kl. 8.30-9.30, flest yngre mennesker. På torsdagsholdet fra kl.14.00-15.00 er gennemsnitsalderen betydelig højere.

Der er lidt flere kvinder<sup>8</sup> end mænd; de er i alderen fra 20-65 år. Størstedelen er i beskæftigelse eller under uddannelse, mens enkelte er på efterløn/førtidspension. Det er forskelligt, hvor længe deltagerne har haft lænderygproblematikker, lige fra nogle få måneder til mange år. Nogle er blevet stillet operation i sigte, men de færreste ønsker operation og håber, at dette forløb kan hjælpe dem til at undgå operation.

Der er næsten altid de samme to undervisere på holdet. De begynder med navneopråb og noterer de tilstedeværende ned. Underviserne taler med hver enkelte, mens de er aktive i maskinerne, hvorefter opvarmningen fortsætter, som regel i gymnastiksal, men det kan også være ved maskinerne.

Et eksempel på undervisning, mens deltagerne bruger maskinerne er en gennemgang af Borg-skala, se herunder.

---

<sup>8</sup> På begge hold har der været en overvægt af kvinder, hvilket er forventeligt ift. undersøgelsesresultater på lænderygområdet som viser, at flere kvinder end mænd har lænderygsmerter (Kjøller, Juel, Kamper-Jørgensen 2007)

# Borg-skala

Borg-trin	Oplevelse	Træningseffekt
6	Hvile	Ingen ☺
7	Det føles meget let Svært at mærke forskel på niveauerne	Opvarmning / nedvarmning
8		
9		
10		
11	Du kan mærke at du træner - men det er slet ikke hårdt	Sundhedseffekt - men kræver lang tid
12		
13		
14	Snakkegrænsen Du kan snakke, men sætninger bliver afbrudt af åndedrag	Kondition og sundhed for de fleste
15		
16	Kraftigt forpustet Du puster kraftigt og kan kun svare med enkelte ord	Effektiv kondition - men hård træning
17		
18	Udmattelse Få minutter eller sekunder til at du må stoppe	Præstations- og sprintevne
19		
20		

Borg-skalaen bruges til at styre intensiteten ud fra, hvor anstrengende man selv oplever træningen. Skalaen går fra 6 til 20, fordi disse tal - med et ekstra nul bagved - nogenlunde svarer til pulsverdierne for en gennemsnitlig ung person. De fleste mennesker bør forsøge at nå mindst 20 minutter på Borg 14-15 to til tre gange pr. uge.

© Motion-online.dk 2008

Nogle deltagere på de observerede hold kender Borg-skalaen, mens det for andre er helt nyt at tænke træningsintensitet i skemaform. Generelt kræver det optimal høreevne for at få udbytte af undervisningen, mens maskinerne er i gang. Flere siger undervejs, at de ikke har hørt det hele.

Opvarmningen i gymnastiksalen er forskellig fra gang til gang, ligesom det er forskelligt, om terapeuterne indleder timen ved at sætte en ramme for, hvad man skal igennem og hvorfor. Så starter øvelserne. Øvelserne er varierede, men synes alle at kredse om opbygning af styrke og stabiliseringsøvelser. Der bliver brugt store bolde, elastikker, måtter og håndvægte, og hvis nogle øvelser er vanskelige at lave, viser terapeuterne alternative øvelser.

Ca. tre kvarter inde i timen er der refleksion. Deltagerne bliver bedt om at gå i grupper af ca. 3 og reflektere ud fra små sedler, de får i hånden.

Herunder eksempler på 4 forskellige refleksionsedler:

### Siddestillinger og arbejdsstillinger

Er der noget du kan gøre bedre/anderledes?

Hvad fungerer godt/mindre godt for dig

Kan du respektere dine egen grænser?

Hvordan vil du udfordre dig selv anderledes til næste gang?

Hvordan blev du udfordret i dag?

### Prioriteter i din hverdag

Hvordan udnytter du dine ressourcer?

Valg "koster" fravalg-hvordan tænker du over dette i din hverdag?

Hvad kan din omgangskreds gøre for dig?

### Balance

Er der balance mellem aktivitet og hvile?

Er der balance mellem det du kan lige nu og de opgaver, du evt. har på arbejde?

Er der balance mellem det du kan lige nu og det du laver hjemme/i din fritid?

Er der balance mellem det du gerne vil og det du rent faktisk kan?

Som eksemplerne viser, er alle spørgsmål formuleret med korte sætninger og letforståelige ord. Underviserne læser spørgsmålene op, hvilket tilgodeser de holddeltagere, som har læsevanskeligheder, enten pga. ordblindhed eller fordi de har dansk som andetsprog.

Der er forskel på, hvor livligt snakken går i de tilfældigt sammensatte grupper; det synes både at bero på spørgsmålene til refleksion og gruppens sammensætning (ift. alder, varighed af rygproblematikker, fortrolighed med at reflektere over spørgsmål i en gruppe med mennesker, man ikke kender godt). Til tider indeholder snakken råd: "Dine børn er da gamle nok til at støvsuge, de må bare i gang!", "Måske skal du prøve akupunktur; det hjalp mig", eller spørgsmål som "Det lyder da, som om det fritidsjob er alt for belastende til ryggen?", eller "Måske skal du have en snak med lægen om en anden form for smertestillende?".

Fra deltagerobservation i refleksionsrunderne fremtræder der tydelige forskelle og ligheder frem blandt deltagerne:

### **Forskel på**

- varighed af rygproblemer, om det er kommet pludseligt eller snigende
- hvordan det påvirker hverdag
- om lænderygproblematikker er det eneste, man slås med
- håndtering af smerter, herunder forskel på indtagelse af medicin
- om rygtræning er inkorporeret som fast del af hverdag
- omgivers forståelse for lænderygsmerter og indflydelse heraf på hverdag

### **Enighed om**

- lænderygsmerter påvirker hverdagen... og humøret
- det er rart at snakke med andre, der ved, hvad lænderygsmerter er
- det er vigtigt at forebygge vha. øvelser
- det er vigtigt at lære at håndtere smerter
- der er hjælpemidler og øvelser, som kan afhjælpe nogle af generne
- det er individuelt, hvad der virker
- det ville være rart at vide, om smerterne er for altid – og helst at der er håb forude
- lænderygsmerter kan påvirke små og store valg i livet

Det er tydeligt, at lænderygsmerter påvirker små og store valg i livet: Skal busturen til Italien aflyses? Skal jeg stoppe uddannelse, fordi ryggen ikke kan holde til det arbejde, jeg uddanner mig til? Skal jeg finde et andet job? Bliver jeg nødt til at stoppe helt på arbejdsmarkedet? Kan jeg passe børnebørnene?

Smerter, smertestillende medicin og operation (for de der har fået stillet dette i udsigt) er noget der fylder i flere af diskussionerne.

Efter refleksionsrunden er der fælles opsamling, typisk ved at terapeuterne siger "Vil I dele noget af det, I har snakket om?". Som regel byder holddeltagerne ind med pointer fra gruppens refleksion, eller spørgsmål i forhold til noget, de har diskuteret "x har haft stor glæde af indlæg til sko – jeg har fået at vide, mit ene ben er længere end det andet, kunne det være

en god idé for mig eller andre osse?", "Vi har snakket om, at det kan være svært at bede om hjælp, også fordi at det man kan den ene dag, kan man pludselig ikke den anden dag". Dette afrunder timen, og terapeuterne minder om, at det er muligt at benytte kantinen til en kop kaffe, hvis man vil fortsætte snakken. Nogle gange uddeler terapeuterne øvelsesark: "her er øvelser, I får forskellige i løbet af forløbet og kan selv plukke ud". Enkelte oplever at få mere ondt i ryggen af øvelserne, og terapeuterne siger med jævne mellemrum: "I skal selv mærke efter, hvad der er godt for jer. Hvis det giver smerter, så finder vi alternative øvelser".

Ingen synes at benytte sig af en kaffetår med øvrige holddeltagere; til gengæld foregår der sommetider en del snak og erfaringsudveksling efter træningen i omklædningsrummet eller i forgangen.

Efter træning opsøger flere deltagere terapeuterne med konkrete spørgsmål; der er som regel rift om individuel tid med terapeuterne. For deltagere på 7. træningsgang er der slutsamtaler. Disse finder sted i gymnastiksalen. Hvis der er flere slutsamtaler, venter man i gymnastiksalen, til det bliver ens tur. Deltagerne bliver bedt om at udfylde Oswestry skemaet i forbindelse med samtalen. Skemaet indgår ikke som del af samtalen.

Der er foretaget observation ved seks slutsamtaler, herunder udvalgte feltnoter fra tre af disse:

#### **Eks. 1**

"Du har haft 7 gange her på holdet.

- Er jeg så færdig?
- Du må få 4 gange mere, men hvis du føler, du har fået det ud af det, du kunne...
- Jeg har fået mest ud af at møde de andre [...], jeg vil gerne afsluttes, for jeg ved ikke, hvad jeg vil få mere ud af ved at være her flere gange. Fysisk har jeg flere spændinger i ryggen, jeg tror, det er de der øvelser på bold. [...] jeg har fået vildt meget ud af stabilitetstræningen og styrketræningen; jeg vil prøve varmtvandsbassinet, det har jeg fået en brochure om".

#### **Eks. 2**

Deltager fortæller, det var gode øvelser, men "de gør det værre, jeg kan ikke holde til at lave dem [...]. Jeg kan ikke tåle medicinen, jeg får dårlig mave, men jeg har brug for medicinen.

- Jeg vil gerne følge op på, hvad der skal ske. Hvad er aftalen med Silkeborg?
- Der er ingen aftale, men de har sagt, jeg kan ringe, hvis det bliver dårligt.
- Jeg synes, du skal ringe og sige, det ikke er blevet bedre. Er du tryk ved selv at ringe? [borger taler dansk, men med megen accent, og er lidt svær at forstå].
- Ja.
- Så synes jeg, vi aftaler en individuel tid, hvor vi følger op."

### Eks. 3

Vi sidder i gymnastiksalen. Borgeren virker mut og opgivende i dag. Terapeuten siger: "Jeg skriver en slutstatus, som blandt andet indeholder, hvad du vil træne videre med og i forhold til mål. Kan du huske målene? [viser de nedskrevne mål].

- Det svinger hele tiden, det er ved at gøre mig sindssyg, smerterne udvikler sig og ændrer sig. Nogen gange går det bedre, nogen gange dårligere.

- Så du har smerte nogle gange. Du scorede ml. 0-8 sidst i forhold til smerte, er det det samme?

- Ja.

- Har du lisså mange gode /dårlige perioder?

- Flere dårlige, men måske er det, fordi jeg er utålmodig, jeg er mere træt i ryggen, jeg sidder mere; det hjælper at gå ture. Efter jeg har snakket med de andre, er jeg begyndt at gå ture.

[Fysioterapeuten spørger til, hvor smerterne sidder + til forbrug af smertestillende medicin. Derefter fortæller borgeren, at x har opsagt fritidsarbejde, fordi det blev for hårdt for ryggen].

- Da vi prøvede maskinerne sidst, hørte jeg de andre snakke om vandbassin.

[Terapeuten siger, at det nok er en god ide og fortæller, at en af de andre fra holdet også vil til at gå til det.

Terapeuten peger igen på papiret med målene].

- Hvad med at gå? Det var 6.

- Gå - det er nu 4.

- Og finde sovestilling?

- Det er bedre = 5.

- Har du fået noget ud af at være her?

- Ja, jeg har fået øvelser, som har været gode og så at høre andres erfaringer ... nu har jeg fået det ud af det, jeg kunne og skal videre".

De observerede slutsamtaler har alle indeholdt borgers vurdering af status på lænderygproblematikker og tanker om, hvad der videre skal ske. I de fleste samtaler har terapeuterne spurgt, hvad borger har fået ud af holdforløbet, og i tre af de observerede samtaler har terapeuten evalueret de mål, der blev sat ved den indledende samtale. Holdforløbene er som standard på 7 uger, med mulighed for 4 ugers forlængelse. Det synes forskelligt, hvorvidt terapeuten åbner mulighed for forlængelse<sup>9</sup>. Hvis borger bevilliges 4 ugers forlængelse bliver den 7. gang til en opsamlende samtale, mens den afsluttende samtale afholdes den 11. gang. Oswestry skemaet bliver udfyldt af borger, men indgår ellers ikke i slutsamtale.

---

<sup>9</sup> I en fokusgruppediskussion giver medarbejdere eksempler på dels faglige, dels pragmatiske bevæggrunde for en forlængelse. Faglige grunde indebærer f.eks. en vurdering af, at forlængelsen vil bringe borger tættere på specifikke mål eller give mere tyngde ift. forståelse af træning, mens pragmatiske grunde kan være, at terapeuterne til den afsluttende samtale oplever, at der er aspekter, der ikke er fulgt op på fra den indledende samtale, eller at dynamikken er god på holdet og da andre har fået forlængelse, beder flere andre om det i slutsamtale.

## ***Opsummering***

OGC's holdtilbud til borgere med lænderygproblemer indeholder tre etaper. En indledende samtale, som blandt andet fungerer som en screening i forhold til, hvorvidt borger skal på holdforløb, samt selve holdforløbet og den afsluttende samtale.

En analytisk opdeling af de forskellige komponenter i forløbet viser, at der er mange forskellige komponenter: udredning, screening, indsamling af borgerrapporterede data, undersøgelse, rådgivning, målsætning, undervisning, rammesætning/forventningsafstemning, træning og refleksion. Målgruppen spænder bredt både i forhold til alder og varighed af lænderygproblemer.

## Refleksioner omkring lænderygholdforløb

Dette kapitel tager udgangspunkt i data fra interviews med borgere, mens refleksioner fra medarbejdere primært bruges til at nuancere og perspektivere borgerudtalelser. Kapitlet er struktureret efter overskrifter i interviews, hvor borgere er blevet spurgt til deres forventninger til forløbet før opstart, deres oplevelse af vekselvirkning mellem træning og refleksion, udbytte og oplevelse af at være på hold, samt hvilken effekt forløbet har haft for dem. Interviewene er påbegyndt med et åbent spørgsmål: "fortæl om dine umiddelbare tanker om det rygforløb, du har haft på MarselisborgCentret. Fra første samtale til holdtræningen og afslutningssamtalen", derudover er interviewene løst struktureret af en interviewguide.

### ***Interviewede borgere - en profil***

De interviewede borgere tæller 4 mænd og 7 kvinder. De er spredt aldersmæssigt, fra 20'erne til 60'erne. To er studerende, fem er tilknyttet arbejdsmarkedet (heraf en i fleksjob og tre sygemeldte på interviewtidspunktet), og tre er stoppet på arbejdsmarkedet. Varighed af deres lænderygproblematikker varierer markant: mellem 6 måneder og 30 år<sup>10</sup>.

Generelt for de interviewede borgere gælder, at jo længere tid med lænderygsmerter jo flere tilbud har de fået / afprøvet. Herunder fysioterapeut, kiropraktor, tilknytning til Reumatologisk afdeling i Aarhus eller Rygcenter/rygafdeling i Silkeborg, akupunktør, kinesiolog og clairvoyant. OGC forløbet indgår således som en del af et rehabiliteringsforløb<sup>11</sup>.

### ***Forventninger før opstart og oplevelse af indledende samtale***

Gennemgående har det været svært for de adspurgte borgere at sige, hvilke forventninger de havde til forløbet, før de startede. "Hvis jeg skal være helt ærlig, så havde jeg vist ingen forventninger" er en typisk bemærkning. Dette begrundes dels med manglende viden om, hvad forløbet gik ud på eller med erfaring fra så mange forskellige forløb/behandlinger, at de ikke har haft forventninger til, at lige dette forløb kunne gøre en forskel.

3 af de 11 adspurgte fortæller, de har haft forventninger til at få vejledning i at bruge ryggen bedre, få brugbare øvelser, og den ene supplerer med forventninger til, at terapeuterne kunne gå i dybden med forklaringer på smerten. Det er interessant, at så stor andel af de adspurgte har svært ved at udtrykke deres forventninger til forløbet. En tanke kan være, at deres svar ville være klarere, hvis de var blevet interviewet i opstarten af forløbet, og således måske

---

<sup>10</sup> Det er ikke muligt at vurdere, hvorvidt interviewgruppen er repræsentativ, da der pt. ikke forefindes opgjorte statistikker i forhold til køn, alder og varighed af problematik blandt lænderygholddeltagere i OGC regi.

<sup>11</sup> I refleksionen over forskellen fra de øvrige tiltag til OGC forløbet, nævner de interviewede borgere særligt tre grunde:

1. det er på hold, med specifikt fokus på lænderygproblematikker. 2. terapeuterne "ved, hvad de har med at gøre" [i betydningen: viden om lænderygområdet]. 3. på holdet er der mange unge



lettere huskede deres tanker om forventninger. En anden tanke kan være, at information om forløbet har været mangelfuld, hvilket kan henlede opmærksomhed på hvorledes og af hvem, der bliver givet information om forløbet, før den indledende samtale på OGC.

### **Oplevelse af den indledende samtale**

Overordnet har praktisk taget alle fået et godt førstehåndsindtryk af stedet/terapeuterne ved den indledende samtale. På spørgsmålet "Hvordan oplevede du den første samtale, før du startede på holdet", svarer de fleste "positivt", "det var rigtig godt". En siger: "jeg følte, terapeuten var grundig", en anden "jeg følte mig tryk" og en tredje "terapeuten var sød, rar og imødekommende". To fortæller, at de var smerteplagede under samtalen, så de husker ikke helt så meget af samtalen. Kun en enkelt af de adspurgte borgere har kritik: "Jeg blev spurgt om de samme ting [som læge og anden fysioterapeut tidligere havde spurgt om], havde de ikke skrevet det ned, eller hvad?".

I to interviews er de fysiske lokaliteter ved den indledende samtale blevet nævnt. En lider af angst og havde svært ved at have andre omkring til samtalen: "Når man snakker om personlige ting kunne det være rart, at der ikke var en ved siden af", en anden siger "nu var det ligegyldigt for mig, at der sad to andre og havde samtaler, men jeg tænkte, det var lidt mærkeligt – men det hindrede mig ikke i at sige noget". Ved observation af de indledende samtaler sker det i to af samtalerne, at borgere, mens de er inde i undersøgelsesrummet åbner op for vanskelige psykiske aspekter af situationen, men afbrydes af at døren åbnes, og andre kommer ind i rummet. I begge tilfælde betyder afbrydelsen, at der ikke tales mere om de psykiske aspekter. I fokusgruppediskussion med medarbejdere, drøftes betydningen af den rumlige kontekst for indledende samtaler, og en terapeut siger: "- selvom vi hver især er rigtig dygtige til, når vi sidder ude i fælleslokalet, at lukke af og bare koncentrere os om borgeren, så er det sjældent, at borgeren er lisså godt til at lukke af og bare koncentrere sig om os. Så at vi måske ikke bliver så forstyrrede, det tænker jeg, at det gør de rigtig meget".

### ***Udbytte og oplevelse af at være på hold***

Alle interviewede borgere har ytret tilfredshed med at være på hold. Primært, fordi det har værdi at møde nogen med samme problematikker, hvor man kan dele erfaringer og lære af hinanden og se, at man ikke er den eneste. Men også fordi det (generelt) er hyggeligt at være sammen med andre. Herunder udvalgte refleksioner omkring oplevelse af at være på hold:

"Det har været positivt at kunne dele gode og dårlige erfaringer, og så det at være sammen med ligesindede, det er enormt positivt"

"Fællesstab er stort ord, men ikke føle sig alene om de problemer, man har"

"Det skifter jo med forskellige mennesker – med nogen har der været god energi, men der har også været nogen jeg ikke har været så vild med, men der skal jo være plads til alle. Det har været godt at træne sammen med mere fysisk stærke unge".

På formiddagsholdet i observationsperioden har der været et flertal af unge mennesker i 20'erne, mens gennemsnitsalderen har været betydelig højere på eftermiddagsholdet. De, der i interviewundersøgelsen har kommenteret på alderssammensætningen, synes det er fint med en aldersspredning, men understreger samtidig vigtigheden af, at der er deltagere på samme alder som én selv, fordi rygproblematikker har forskellig betydning alt efter, hvor man er i livet. Flere kommenterer med forbavselse, at der er så mange unge. En af de yngre deltagere siger i et interview: "Jeg havde en forestilling om, at det kun var ældre, men at se at det er unge, sporty typer - det får mig til at føle mig mere normal".

Andre siger:

"Sammensætningen er fin. Vi, der er lidt ældre, har måske andre erfaringer, som de unge kan trække på".

"Vi er forskellige steder i livet, og pensionisterne, det er selvfølgelig ok, de er der, men de er et helt andet sted i livet".

"Fint også at høre om nogen, der har haft rigtig mange års erfaringer med rygsmerter og stadig kan leve ok liv, men man tænker: shit, bliver det mig? "

I den sidste kommentar rører informanten ved en væsentlig pointe; håb og fremtidsudsigter har sammenhæng med varighed af lænderygproblematikker. Informanter med lænderygsmerter, der må betragtes som kroniske, taler om at det kan være svært at lære at acceptere og leve med det ubehag og eventuelle funktionsnedsættelser, som rygproblematikken medfører. Andre, for hvem det er en forholdsvis ny problematik, udtrykker håb om bedring og om helt at slippe for rygsmerter. Som én siger under et interview:

"Jeg vil jo gerne komme over det. Jeg kan godt lide tanken om, at jeg kan bestige Mount Everest... nogen har haft det [lænderygproblematikker] i 6 år, men det eneste, der opmuntrer mig, er, at det bliver bedre."

Data fra feltarbejdet rummer flere noter og citater omkring håb, håbløshed, psykiske udfordringer og følelsesmæssige udsving i kølvandet på rygproblematikkerne. Citater som "jeg røg sgu' ned med depression, da jeg fandt ud af, jeg ikke kunne arbejde mere"; "smerterne gør mig så hidsig" og "jeg kan bare ikke overskue, at det ikke bliver bedre", "der er så mange ubekendte faktorer i det her, men det værste er nok: bliver jeg rask igen?" vidner om, at det er aspekter, der fylder i manges hverdag. I forløbsprogram for lænderygsmerter, Region Midtjylland (2013:s.7), anføres det, at lænderygforløb ofte er komplekse, samt at flere faktorer, herunder psykiske, kan influere forløbet.

## **Tanker ift. indhold af forløbene**

Informanterne har ganske forskellige holdninger til opbygningen af holdforløbet ift. vekselvirkningen mellem øvelser og refleksion, hvilket ligeledes har været tydeligt ved deltagerobservation på holdene. Forskelligheden i øvelser og individuelle anvisninger på andre måder at træne på ved behov, fremhæves generelt som positivt. Anderledes er holdningen til refleksion. 4 af de 11 adspurgte synes, det er spild af tid eller kan ikke se mening med refleksionen, herunder eksempler på bemærkninger:

"Jeg synes, det er noget pjat med refleksion. De små sedler var svære at tyde, og plancherne fik jeg ikke noget ud af."

"Det virkede lidt kunstigt; altså jeg havde det ikke dårligt med det, jeg kunne bare ikke finde mening med det."

7 af de 11 adspurgte har været positivt stemt ift. refleksion, selvom det tydeligvist er forskelligt fra diskussionsspørgsmål til diskussionsspørgsmål, hvor relevante de finder dem. Men det bærende er, at det er godt at høre andre erfaringer. Dette stemmer overens med billedet fra deltagerobservation på holdene, hvor der var stor forskel på hhv. træghed og lethed i refleksions-flowet. Det synes at hænge sammen med flere ting, herunder sammensætning i den lille gruppe (varighed af egen problematik, lytteevne, diskussionslyst), oplevelsen af emnets relevans (nogle temaer skabte en del debat på begge hold) samt introduktionen til refleksionsøvelsen og medarbejderes opsamling. At dømme ud fra interview- og observationsdata, synes alder og køn ikke umiddelbart at spille ind på lysten til at deltage i refleksion.

De interviewede er desuden blevet spurgt, hvorvidt de føler, deres behov for information vedrørende aspekter af lænderygproblematikken er blevet dækket. Hertil svarer 9 af de 11 at de har fået tilstrækkelig information: "Ja, de har været gode til at sige, man bare kan spørge", "ja, det synes jeg. De har forklaret det fint", "ja, jeg har fået meget mere ud af det, end jeg troede, jeg ville. Jeg har fået gode fif også fra andre", mens to siger: "Nej, gerne mere individuelt, bedre at prøve at gå i dybden med hvad der går godt og fremtidsmæssigt set", "Der var ikke så meget tid til yderligere information efter træning. Ikke rigtig muligt med en samtale".

10 ud af 11 informanter føler sig klædt på til at klare træningen selv efter endt forløb.

9 ud af 11 mener, deres ønsker og behov, inklusiv ønsket effekt, er blevet hørt, eller svarer "det har jeg ikke tænkt over".

To synes ikke deres ønsker og behov for alvor er blevet hørt; de ville begge gerne have haft mere individuel vejledning, og de ser begge tøvende på en fremtid, som de finder uvis og utryk. Begge spørger, hvem de så nu kan henvende sig til? Og føler de står alene med problematikken.

## ***Oplevet effekt***

Borgerne er på forskellig vis blevet spurgt ind til deres oplevelse af effekten af lænderygforløbet. Blandt andet ved spørgsmålene: "Har du lært noget nyt på forløbet?" , "Har forløbet været brugbart i din hverdag? Hvordan?", "Er der noget, du gør anderledes i din hverdag nu?". Disse spørgsmål kredser alle om oplevelsen af effekt, og selvom det i de enkelte interviews har afstedkommet næsten samme svar på de tre spørgsmål, har det i flere interviews frembragt nuancer i svarene at spørge på flere måder. Flere er endvidere kommet med refleksioner omkring effekt ved spørgsmålet: "Hvad er det bedste ved forløbet?".

Alle adspurgte mener, de har haft en effekt af forløbet, men det er forskelligt i forhold til hvad og i hvor høj grad. Herunder opremses de forskellige slags effekter, informanterne har nævnt. De hyppigst nævnte effekter er opstillet først:

- **Nye øvelser og redskaber**, som de kan bruge i hverdagen til at lindre smerte, forebygge smerte eller til at tænke over deres situation med (herunder specifikke plancher, som er brugt i undervisningen, øvelser med maskiner, udstrækningsøvelser, teknik til at komme ud af sengen. Flere har nævnt, at de nu er opmærksomme på at spænde op, træne de dybe mavemuskler).
- **Øget bevidsthed om at passe på sig selv**. Hovedparten nævner, at de er blevet mere bevidste om at passe på sig selv og undgå at provokere lænderyggen unødigt. F.eks. ved at udføre hverdagsaktiviteter i bidder - støvsuge over et par dage, eller få de nære omgivelser til at hjælpe med eksempelvis at bære en tung vasketøjskurv op fra kælderen, eller huske at gå ned i knæ ved løft. Både informanter med lang varighed af lænderygproblematikker og informanter med kort varighed af problematikker nævner, at de har fået en øget bevidsthed.
- **Fornemmelse af ikke at være alene om problematikker**. Praktisk taget alle har nævnt dette direkte eller indirekte
- **Læring** om f.eks. smerter, hjælpemidler og ideer fra andre
- **Et puf til at træne**
- **Mindre forbrug af smertestillende medicin**. To siger, de nu bruger mindre smertestillende medicin

Herunder flere informanternes egne ord omkring effekt:

"Ja, jeg har lært en masse om at passe på mig selv + træne op, sikre god rytme i træning. Jeg har fået redskaber, – og det har måske også med effekt at gøre, at det har været godt at snakke med andre".

"Nej, jo at tænke over egen begrænsning, det har jeg lært at tænke over på grund af diskussioner med de andre på holdet. [Det brugbare har været] i forhold til støvsugning, at begrænse det. Og skitserne gav god mening - af den fysiske og psykiske påvirkning af smerte".

"Jeg har måske ikke lært nyt, men fået mere blod på tanden ift. at få lavet øvelserne. Og jeg er begyndt at lave øvelser, inden jeg står op, det har jeg lært på holdet".

"Jeg har lært at agere i situationen, acceptere at jeg ikke kan, finde noget, der gør glad. Også i forhold til min livsstil, altså hvad er vigtigt, og hvad er ikke så vigtigt - måske behøver alt ikke være så pinligt rent, og måske er det ok, at jeg lægger mig ned også hjemme. [På spørgsmålet om det har været brugbart svarer informanten:] ja, de her valg i hverdagen gør det til at leve med det. Nu kan jeg have dage, hvor det kun gør ondt i 3 timer [...]. Jeg inddrager ungerne ift. rengøring og løfter ikke, og jeg bruger hjælpemidler på job. [...] det bedste ved forløbet har været helheden, og at det har været anderledes øvelser; jeg har piller dem ud, der er gode til mig. Jeg har lært at bruge de små muskler, og ikke blive så bange, hvis det kommer igen. Jeg har fået god information".

"Jeg har lært at tackle smerte, det havde jeg svært ved i begyndelsen. Man tror jo nærmest, man skal dø, men jeg har lært gennem snakke [på holdet], at det jo går over".

"Det har generelt ikke hjulpet. Jo, jeg har lært noget om udstrækning og at komme ud af sengen, uden det gør ondt, ellers ikke. Det meste andet har været noget pjat". [Adspurgte om det så har været spild af tid, svarer informanten nej, det har været rart at komme på holdet og godt nu at kunne komme ud af sengen uden smerter].

"Jeg vidste ikke, at strækøvelserne kunne hjælpe, men det kan de, det giver bedre bevægelse. Og så at det er ok at bruge to dage om at støvsuge, jo, jeg har tænkt mere over de små ting efter dette kursus. Også rent psykisk har jeg fået en bekræftelse på, at jeg gør de rette ting".

"Det eneste er, at jeg kan mærke er, at acceptmæssigt er jeg kommet langt [i betydningen ikke så frustreret som andre på holdet]. [...] om det har været brugbart? Det ved jeg sgu ikke rigtigt - nej, jeg har jo prøvet meget før; jeg laver stabilitetsøvelser, dem har jeg lavet før, men nu er jeg gået i gang med det igen. Det gode har været at vide, man ikke er den eneste i verden med de her problemer, og så at der har været supersøde fys'er".

Bemærkningen om "de supersøde fys'er" er gengivet i mange interviews.

### **Oplevet effekt 2-3 måneder efter afsluttet forløb**

8 af de 11 interviewede er blevet interviewet 2-3 måneder efter 1. interview. Interviewet er indledt med et spørgsmål om, hvordan det er gået med rygproblematikken siden første interview og derefter spørgsmålet: "Jeg er interesseret i at høre om den mere langvarige effekt af lænderygforløbet på MarselisborgCentret. Bruger du noget af den viden, du fik, i din hverdag nu?". Undervejs i interviewet er de blevet mindet om, hvad de nævnte i første interview omkring oplevet effekt og spurgt, om det stadig holder.

Fem af de 8 interviewede har fået det bedre. To af de fem har haft rygsmarter gennem mange år. Den ene er blevet anbefalet og har fået hjælp fra OGC til at søge om et støttekorset ved kommunen. Støttekorsettet "har hjulpet gevaldig, jeg tager også færre smertestillende nu. Og jeg skal ikke tigge og bede om hjælp, min stolthed er hævet lidt, for nu kan jeg klare mere selv". En anden siger "jeg har fået det bedre i ryggen, men det er uvist, om det skyldes MarselisborgCentret eller andet. Men jeg har ikke så mange smerter som før". Tre, som begge har haft rygsmarter i mindre end et år fortæller: "Jeg fik råd fra læge om at holde mig i ro, men jeg lærte på holdet, at man jo skal bevæge sig. Nu er jeg kommet ud af smertestillende, og det er rigtig godt, for jeg havde det, som om jeg befandt mig i en underlig boble, når jeg tog pillerne. Jeg var ellers blevet tilbudt operation, men nu mærker jeg stort set ikke til rygsmarterne" og den anden siger: "Det går fint, jeg er ude af pillerne og jeg har fået min hverdag igen. Jeg kan løfte mine børnebørn nu; jeg er ikke 100 % tilbage, men jeg kan meget", mens den tredje siger: "Det går helt sikkert bedre, men jeg er stadig ikke helt tilbage. Men det går den rigtige vej. Jeg havde satset på, at det gik helt over. Nu ved jeg, at jeg skal have pauser, lave mine øvelser, og jeg har lært at prioritere mine aktiviteter – jeg støvsuger én dag og vasker gulv en anden".

Tre de 8 interviewede har ikke oplevet bedring eller forskel. De har alle haft smerter i flere år, og svarer "Det er det samme", på spørgsmålet om, hvordan det går nu. To af de tre laver øvelser, både øvelser de fik fra lænderygholdet og andre, de har kendskab til fra andre steder, mens én ikke laver øvelser. To af de tre har fået tilbudt operation, en har takket ja, mens den anden har takket nej. Én er kommet til en ny rygspecialist og har (igen) fået nye øvelser.

Alle adspurgte holder stort set fast i det, de fremhævede som effektivt ved første interview, hvad enten det drejer sig om effektfulde øvelser, bevidsthed om at passe på sig selv og eksempelvis opdele rengøring i mindre bidder eller spænde op i bækkenbunden ved løft mv. Således synes hovedparten af deltagerne at have inkorporeret de aspekter fra holdforløbet, de hver især finder hjælpsomme for at mindske deres smerter, i dagligdagen. Enkelte nævner, at det dog er nemt at glemme de gode takter i hverdagen, men at man så bliver mindet om det, hvis smerterne indfinder sig.

## **Borgeres anbefalinger**

Tre af de 11 interviewede har ingen anbefalinger til ændringer af forløbet og mener, det fungerer fint. De øvrige har følgende anbefalinger:

### **Individuel tid**

"Tid alene med fys/ergo, dvs. vekselvirken mellem samtale en til en og holdforløb"

"Mere individuel kommunikation + råd i forhold til, hvad man kan gøre efter de 7 gange"

### **Stratificering – Alder, antal år m smerte**

"Måske aldersbaseret hold: under 35-40 år og over".

"Måske lave hold for dem, der har haft ondt i mange år, og dem der ikke har haft ondt i så mange år"

### **Øvelser**

"Måske få øvelser for hjemme"

"Åndedrætsøvelser"

"Fortsæt med forskellige øvelser, man kan få med hjem"

### **Kommunikation / information**

"Fint de skriver, at hvis man udebliver, er det slut"

"Gerne noget om det at få børn og have rygproblemer"

"Information om, hvad der sker, når man bliver sygemeldt. Måske kan sagsbehandleren komme ind på holdet"

### **Varighed /tidsperspektiv**

"Måtte godt vare længere, mere end en time, måske et kvarter med dem der har lyst til noget pingpong. Helst struktureret for ellers smutter folk bare"

"Flere gange end de 7 havde været godt, eller et forløb senere, måske bedre på hold med folk i egen situation. Måske 8-12 gange, sagtens med egenbetaling"

"Måske henvise noget før til dette hold"

### **OBS på akustikproblematik**

"Hvis man ikke har optimal høreelse er det svært at høre både i træningsrum og gymnastiksal; det er vigtigt at huske på"

### **Modsatrettede anbefalinger ift. undervisere**

En informant anfører, at det er af stor kvalitet det er de samme undervisere, mens en anden siger, at det har været meget givende at prøve forskellige undervisere.

## Godt at der er sagsbehandler tilknyttet OGC

To af de interviewede har været i kontakt med den sagsbehandler, der er tilknyttet OGC.

Begge har fremhævet kvaliteten af sagsbehandleren arbejde og tilgang.

”Det er rart at få en sagsbehandler, som kender noget til rygproblemer. Der er så meget at sætte sig ind i, så mange regler, og så mange møder, hvor man bliver konfronteret med, at man ikke er god nok. Men [nævner navn på sagsbehandler tilknyttet OGC] skylder jeg alt”.

I interviewrunde to er disse anbefalinger blevet præsenteret for deltagerne. Deres respons cementerede relevansen af anbefalingerne. Dog med tilføjelse af en anbefaling mere:

**En livlinje – mulighed for telefonisk rådgivning med OGC 3-5 mdr. efter afslutning.**

## ***Medarbejderes refleksioner om effekt og opbygning af forløb***

I de indledende snakke med OGC om undersøgelsens indhold blev det nævnt, at nogle borgere kan have en forventning om, at OGC er specialister, der skal ”fikse dem”, mens der for nogle medarbejdere kan opstå en fornemmelse af, at forløbene ikke gør den store forskel på borgeres fysiske formåen.

Medarbejdere er derfor i fokusgruppeinterview blevet spurgt til deres refleksioner omkring effekt af forløb. De svarer, at effekten af forløb indebærer:

- viden om fysiske øvelser som kan styrke kroppen
- større grad af accept om egen situation
- øget bevidsthed om at passe på sig selv, finde balance i hverdagen og indrette den, så smerter mindskes og mestring højnes.

Der er således overensstemmelse mellem medarbejderes forhåbning om effekt af forløb og den effekt, som holddeltagere selv fremhæver. Til gengæld er der ikke blandt de interviewede borgere forventninger om at ”blive fikset”.

Forløbene er lagt an på en dobbeltkomponent; hhv. genoptræning og refleksion. Tanken er, at genoptræning, dvs. udførelse af fysiske øvelser, sikrer viden om, hvilke forskellige former for fysisk træning kan mindske smerter, genoptræne lænderyggen og/eller minimere risiko for fald i funktionsevne. Refleksion er tænkt som en mestringskomponent med det rationale, at refleksion om egen lænderygsituation og strategier i hverdagen kan give et ”bredere syn” på problematikkerne, som kan være med til at ændre på hverdagsliv, tanker og vaner. ”Måske sår vi nogle frø, som kan høstes senere”, som en medarbejder udtrykker det. I medarbejderes diskussion synes det tydeligt, at de tillægger det betydning, at refleksionen sker med andre i en lignende situation.



En terapeut udtrykker det således:

”Uden accept sker der ingenting. Nogen af dem har måske været igennem en masse ting, så det er vigtigt at have den her refleksion ind over, fordi det løser sig ikke ved genoptræning [i betydningen der er tale om kronisk problem]”.

Diskussionen bevæger sig over i balancefeltet mellem at have fokus på den primære grund til, at borgere kommer på OGC, nemlig rygproblemet, og samtidig have blik for at det levede liv er større og bredere, samt have blik for at rygproblematikken influerer på forskellige livsarenaer, og at disse kan influere på rygproblematikken.

”De bærer præg af at have cyklet rundt i hele manegen og systemet og mangler lidt tillid, og de er lidt forvirrede.

- De er frustrerede over deres situation, over at de ikke kan mere – der er meget på spil for dem, eller også er de utålmodige.

-De har meget historie med sig. De har været igennem mange udredningsforløb, nogle har depression, andre tunge ting med eller andre operationer og andre ting med sig, det er ikke bare lige ud ad landevejen.

- Man oplever nogen gange, at bægeret lige præcis blev fuldt, og så puf væltede det ud over det hele, og så står man der og tænker, hvor meget af det kan jeg hjælpe med at få rede på, og hvor meget skal du ha' hjælp andre steder fra. Det er måske logistik i familien, inddrage venner og bekendte. Hvis folk bare kunne se, jeg er syg! Nogen dage kan jeg noget, og andre dage kan jeg bare ikke, og den forståelse fra omgivelsernes side og forståelse fra en selv – den accept er også noget, vi skal hjælpe dem med at sige, det er et livsvilkår lige nu, men det er jo ikke sikkert, det fortsætter”.

I ovenstående citat bliver det tydeligt, at rygproblematikken skaber eller forstærker følelser af frustration, håbløshed og tristhed, for nogen grænsende til depression, hos nogle af de borgere, som medarbejderne er i kontakt med. I afslutningen af diskussionen siger en medarbejder: ”Det er jo et ryghold”, og rører med den sætning ved det dilemma, medarbejdere kan stå i. Borgere er på holdet på grund af lænderygproblematikker, og det er dét, medarbejderne er specialister i. Men i udredningen og samarbejdet i forløbet kan medarbejdere blive bekendt med andre problematikker, herunder psykiske, eller familiemæssige vanskeligheder, som påvirker borgers hverdag og måske også rygproblematikkerne negativt. Dilemmaet er, hvad medarbejdere kan og bør gå ind i eller rådgive omkring, og hvad de kan og bør lade ligge eller hvornår de bør opfordre til inddragelse af en anden fagperson.

Medarbejdere understreger, at nogle holddeltagere hurtigt får det bedre på holdet, mens det for andre går trægt med fremgang. Ligeledes er der forskel på, hvor deltagerne er i processen, og hvor modtagelige de er for input i forhold til egen situation. Disse forskelligheder indvirker på tilgangen til den enkelte, særligt i forhold til information:

”- En, der har en akut prolaps og ikke er kroniker, skal måske tilbydes noget andet end den, som står i et kronisk forløb. [Fortæller de overvejer en stratificeringsmodel]... Det tænker jeg vil gi’ god mening og måske gi’ mig mindre frustration, når jeg står derovre. Det her vil jeg sige til dig, for du har stået med det i 20 år, og det her vil jeg sige til dig, for du har haft det i tre mdr. og skal faktisk måske heller ikke have samme information”.

### ***Opsummering***

De interviewede borgere havde kun få forventninger til forløbet før opstart. Derved synes medarbejderes opfattelse af, at borgere kommer med en forventning om at ”blive fikset” ikke at holde stik.

De interviewede borgere har oplevet den indledende samtale som positiv, og de har fået et godt førstehåndsindtryk af OGC. Generelt mener de, at de har fået udbytte af at være på hold, særligt fordi det har værdi at møde andre i samme situation. Hovedparten af de adspurgte er positive over holdundervisningens vekselvirkning mellem øvelser/refleksion, mens enkelte synes, at refleksion er ”noget pjat”. Langt de fleste af de adspurgte føler, de har fået tilstrækkelig viden gennem forløbet, og at de er klædt på til selv at varetage den videre træning. Alle oplever, at forløbet har haft effekt, men i forhold til hvad og i hvilken grad varierer fra person til person. Effekten synes at vare ved, også 2-3 måneder efter forløbets afslutning. Pointen om variation i oplevet effekt understøttes af medarbejdere, som i en fokusgruppet Diskussion drøfter mulighed for stratificering af holdene, således at hold inddeles efter hvor kronisk lænderygproblematikken er. Medarbejdere drøfter endvidere at det ikke nødvendigvis kun er selve lænderygproblematikken, der fylder, men at der kan være andre aspekter i borgers liv, som influerer på forløbet.

## Målprocessen

Dette kapitel handler om målprocessen på lænderygforløb. Som beskrivelsen af forløbene viser, er der mange komponenter i arbejdet. Forud for undersøgelsens opstart har medarbejdere nævnt "mål" som en vanskelig komponent i arbejdet. Et ønske for undersøgelsen er derfor at generere viden om, hvordan medarbejdere arbejder med mål, medarbejderen og holddeltagerens oplevelse af målprocessen, samt hvorvidt målene opfattes som brugbare for de involverede.

Kapitlet indledes med et afsnit om den generelle målproces i et rehabiliteringsforløb, herefter følger empiriske eksempler på målsamtaler for borgere med lænderygproblemer i OGC-regi med data fra observation og interviews med deltagere og medarbejdere, og kapitlet afsluttes med et afsnit med hhv. borgere og medarbejderen oplevelser af målprocessen.

### *Om målprocessen*

Målprocessen i rehabiliteringsforløb kan analytisk opdeles i tre faser: Første fase, hvor mål formuleres og forhandles, anden fase, hvor der arbejdes med målopfyldning, og tredje fase som indeholder evaluering af effekt/grad af målopfyldelse.

Begrebsmæssigt skelner rehabiliteringsforskere mellem målsætning og mål (Levack&Siegert 2015). Målsætning er formulering af eller forhandling om mål (ibid.:s.11), mens et rehabiliteringsmål kan defineres som:

"en ønsket fremtidig tilstand, som en person med nedsat funktionsevne kan opnå som resultat af rehabiliteringsaktiviteter. Rehabiliteringsmål vælges aktivt, skabes bevidst, har formål og er fælles (hvor muligt) for de personer, der deltager i de aktiviteter og interventioner, som sættes i værk for at arbejde med konsekvenserne af den erhvervede funktionsevnenedsættelse" (ibid., min oversættelse). Målene er typisk aktivitets- og deltagelsesorienterede, f.eks. gå en tur eller kunne deltage i arbejdet som murer.

Hvorfor sætter vi mål? Ifølge Levack & Siegert (ibid. s.10) er der flere formål:

- for at forbedre de kliniske resultater
- for at kunne evaluere effekt af indsatsen
- for at styrke patientens/borgerens selvbestemmelse
- for at imødekomme kontraktmæssige krav, lovkrav og/eller professionelle krav

Rationalet bag det første punkt er, at de kliniske resultater forbedres fordi:

1. arbejdet med mål indebærer, at borgers motivation kommer i spil, hvilket opfattes som en vigtig faktor for fremdrift.
2. en fælles forståelse for mål kan styrke samarbejdet i processen
3. det at sætte mål skaber rum for psykisk at tilpasse sig en ny situation
4. mål er med til at fokusere på specifikke punkter i træningen

Umiddelbart kan det at sætte mål virke simpelt, men ofte sætter vi ikke mål, som vi gerne vil det. I bogen "Rehabilitation Goal Setting. Theory, Practice and Evidence" fra 2015 er en af pointerne netop, at der er stigende evidens for, at målsætning i den ideelle verden ikke modsvarer den praksis, der er i den virkelige verden (Levack & Siegert 2015: s. 7). Det er, med andre ord svært at sætte mål. En anden pointe er, at der er store forskelle i tilgange til målsætning (både i forhold til faggrupper, patient/borgergruppe), selve processen hvor mål sættes, hvilke karakteristika og indhold man mener, mål bør have og formålet med at sætte mål (ibid.: s.8). Forskningsresultater viser, at der hersker et komplekst forhold mellem mål og personlighed, motivation, humør, tidshorisont mv. (Levack, Dean, McPherson & Siegert, 2015:s.21). Tidshorisonten er væsentlig at hæfte sig ved i sammenhæng med nærværende undersøgelse, idet OGC's genoptræningsforløb oftest er en del af et længere rehabiliteringsforløb, som også foregår i andre regier.

### ***Empiriske eksempler på målsamtaler***

En del af den indledende samtale på lænderygforløbene er at sætte mål for forløbet. Feltnoter fra observationsstudiet viser en stor forskel på, hvorledes målsætningsdelen gribes an. Blandt andet synes der at være forskel i forhold til:

- hvordan mål italesættes
- hvilken tid, der bliver brugt på at sætte mål
- hvordan rammen for mål forklares

Følgende uddrag fra feltnoter fra tre forskellige målsamtaler kan eksemplificere ovenstående.

#### **Eksempel 1. En mand i 50'erne**

"Kan du nævne noget, som du ikke er tilfreds med, som du gerne vil have bliver bedre?"

- Ja, mindre smerte.

- I forhold til?

- Ja, så min ryg bliver bedre, så jeg f.eks. selv kan tømme min opvaskemaskine.

- Andre ting, du ønsker bliver forandret?

- Ja, jeg vil gerne have flere kræfter i kroppen, jeg føler mig sgu' så sølle, i forhold til hvad jeg kunne engang".

I dette eksempel bliver begrebet mål ikke brugt, men i stedet "ønsker til forandring".

## Eksempel 2. Kvinde i 20'erne

” - Det er noget med at acceptere...

- Det er der mange, der har prøvet – at få mig til at acceptere!
- Præcis, det er en proces.
- Jeg skulle så mange ting med mit liv.
- Hvad vil du gerne opnå?
- Nogle mål?
- Ja.
- Færre smerter, kunne arbejde mere.
- Det kan godt være, det skal snævres ind. Arbejde mere... måske skal vi kigge på det hjemlige. Noget at blive bedre til.
- Kunne sidde mere, men det var også det mål, jeg satte sidst.
- Kan det være noget andet, noget du gør i din dagligdag?
- Det er svært, det der.
- At sætte mål, ja!
- Der er masser af ting.
- Bare sig en ting, hvad vil du gerne have ud af det her?
- Træne ordentligt, vide at det, jeg gør, er rigtigt. Det er vigtigt, for der har været så mange behandlere, så mange fysioterapeuter ind over.
- Så det er at finde en god træningsform.
- Men kan du forstå, det er svært, for så kan man holde til det og så kan man ikke?
- Men det behøver jo ikke være det mål, det kan også være lave mad, det huslige, gå en længere tur.
- Du kan godt skrive vaske tøj, lave mad....ellers kan du skrive køre bil, gælder det?
- Kan du sætte tal på, hvor 0 det er du slet ikke kan køre bil, og...
- I hvor lang tid?
- Måske 45 minutter.
- Lige nu kan jeg køre i 10-15 minutter”

Denne borger interviewes efter endt forløb, ca. 3 måneder efter målsamtalen. Ved spørgsmålet om hvorvidt hun erindrer de mål, der blev sat, reflekterer hun:

”- jeg kan huske, [terapeuten] sagde, hvad er dit mål – nu er tiden ved at rinde ud og hvad er dit mål...kan vi så ikke bare sige, at det er at køre bil? Det det vidste jeg godt, jeg ikke ville komme til. Det med mål gad jeg godt have mere tid til at tænke over. Det er fint med mål, men ellers har vi ikke snakket om det; det blev først taget op igen til sidst, bare to minutter”.

Der er flere interessante aspekter ved citaterne i eksempel 2.

For det første, så viser bemærkningen ”nogle mål?”, at borgeren er vant til at snakke om mål og kender fagterminologien. Netop fordi hun er vant til at tænke i mål, er det tankevækkende, at hun finder det nødvendigt at have mere tid til refleksion omkring mål. Det kan tyde på, at det at sætte mål ikke kun er vanskeligt for fagprofessionelle, men også for borgere. Og det kan overvejes, om andre, som ikke er vant til at tænke i mål, også har brug for mere tid til

refleksion? For det andet, så er det tydeligt, at samtalen hurtigt kan køre ud ad andre tangenter– det kræver standhaftighed for terapeuten at fastholde målperspektivet. Og samtidig ses det, at terapeutens eksempler: "det kan også være lave mad, det huslige, gå en længere tur" gribes af borger og påvirker svar: "du kan godt skrive vaske tøj, lave mad". Terapeuters eksempler på mål er potentielt definerende for de mål, som borger nævner. For det tredje, husker denne borger, at det er terapeuten, der foreslår et mål omkring bilkørsel. Men ifølge feltnoter, som er nedskrevet under målsamtalen, er det borgeren selv, der bringer dette på banen. Denne borger fortæller, at hun havde smerter under samtalen, hvilket kan have blokeret hukommelsen. Samtidig vidner bemærkningen om, at mål "blev først taget op igen til sidst, bare to minutter" om, at mål ikke er blevet inddraget løbende i processen.

### Eksempel 3. Kvinde i 60'erne

"Her på bagsiden er der et skema. Skriv et par aktiviteter op, som er svært for dig eller som du gerne vil kunne, så scorer vi dem. For det tager vi op næste gang.

- Kunne komme til at gå længere
- Hvor langt er du vant til at gå?
- Og jeg savner at komme på cyklen igen.
- Skal vi sætte mål på?
- Ja.
- Hvis vi siger 2 km gang.
- Det kan jeg slet ikke.
- Så det er 0 [borger nikker].
- Og 5 km på cykel?
- Det kan jeg slet ikke, det er 0.
- Du snakkede om at tage strømper på?
- Ja, men det går bedre.
- Nu har jeg lagt ord i munden på dig. Men på en skala fra 0-10?
- Der er jeg nok på en 3-4'er".

I et interview efter forløbet husker borgeren målene således:

"Jeg ville gerne selv kunne tage strømper på, kunne cykle og virke lidt herhjemme. Jeg har tænkt over det: hov nu kan du stå og vaske op, ta' sokker på. Jeg har fået 90 % tilbage af livet, det har hjulpet".

Fire ting kan fremhæves. 1. Terapeuten giver pennen til borgeren, som selv skal skrive mål ned; i situationen virker det næsten symbolsk, at det således bliver borgers egne, nedskrevne mål. Spørgsmålet er, hvorvidt det skaber en forskel på betydningen af mål, at pennen, bogstaveligt talt, er i hånden på borger? 2. Denne borger har brugt målene aktivt undervejs i forløbet til at se fremskridt. 3. Terapeuten siger: " nu har jeg lagt ord i munden på dig". Observationer viser, at flere terapeuter bruger oplysninger, borger har givet til at komme med ideer til målsætning, hvis borger ikke lige selv kan komme på nogle mål. 4. "Det følger vi op

på næste gang”, siger terapeuten om målet. Men på baggrund af feltarbejdet kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt der følges op ”næste gang”?

#### Eksempel 4. Mand i 20'erne

Vi er i det bagerste undersøgelseslokale. Emil<sup>12</sup> er blevet undersøgt og sidder nu på briksen, mens fysioterapeuten tager brochuren for lænderygholdet frem, og siger ”Det vi kan tilbyde er et forløb over et par måneder, 7 gange i alt, det er holdforløb. Erfaringen er, at det er godt at snakke med andre, nå, gør de det sådan osv. Det er i bygning 20”, fysioterapeuten peger på papiret, og læser op, hvad kurset indeholder. På bagsiden af brochuren er der opsat et skema med mulighed for at nedskrive funktionsmål<sup>13</sup>:

#### Funktionsmål

Udvælg 3 vigtige aktiviteter i din hverdag som du ikke kan udføre, eller som du har vanskeligt ved at udføre på grund af dit aktuelle rygproblem – fx støvsuge, tage strømper på, køre bil, osv. Vurder herefter, hvor vanskeligt du har ved at udføre disse aktiviteter på en skala på 0-10, hvor 0 er at være ude af stand til at udføre aktiviteten og 10 er at være i stand til at udføre aktiviteten, som før problemet opstod.

#### Scoringsskala

Ude af stand til at udføre aktiviteten	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	I stand til at udføre aktiviteten som før problemet opstod
--	------------------------	--

  

Dato	Aktivitet	Scoring	Kommentar

Fysioterapeuten viser skemaet og siger: ”- Vi skal have nogle funktionsmål, som vi kan måle på efter forløbet, nogle aktiviteter, som du gerne vil blive bedre til, og som vi kan måle på”. Emil tøver og siger, han bare gerne vil kunne gå og stå uden smerte.

”- Ja, men hvis du skal tænke aktiviteter ind?

- ?”

Emil forstår tydeligvis ikke, hvad terapeuten mener, så terapeuten læser eksempler op fra skemaet og tilføjer vaske op som eksempel. ”Jamen, det kan vi godt skrive”, siger Emil og fortæller, han bor med kæreste og tit tager opvasken, det varer mellem 10-20 min, men det gør ondt til sidst, når han står bøjet over opvasken. Emil og terapeuten bliver enige om, at der skal stå ”at kunne stå i 20 minutter”.

Terapeuten beder ham score, hvor ondt det gør på en skala fra 0-10, når han vasker op. Emil svarer og terapeuten fortsætter:

”- Er der andre aktiviteter?

- Jo, at kunne sidde i længere tid, f.eks. til personalemøder, der er hele tiden personalemøder, men jeg kan ikke sidde så længe, det er ca. en time.

- Har du mulighed for at sidde omvendt på stolen, gå lidt rundt til mødet?”

<sup>12</sup> For at sikre anonymitet er navnet ændret.

<sup>13</sup> Deltagere vælger tre vigtige aktiviteter i hverdagen, som de ikke kan gennemføre. Disse skrives ind i skemaet med scoring på, hvor vanskeligt det er for dem at udføre aktiviteterne, på en skala fra 0-10.

De laver det til mål, at kunne sidde i et konkret tidsrum. Emil går lidt i stå, det er som om han glider lidt ud af samtalen, og mister tilstedeværelsen en smule. Terapeuten siger, at det ikke er for at putte ham ord i munden, men at han nævnte noget omkring sportsaktiviteter?

”- Joeh”, Emil trækker på det og kigger lidt væk.

Terapeuten foreslår, at der kan være et mål omkring at kunne gå i fitness træne en halv time, og spørger om hans venner og kæreste går i fitness. Emil svarer bekræftende og tilføjer: ”Min drøm er at kunne bevæge mig uden det gør ondt, være aktiv igen og løbe, men hver gang jeg har haft gode perioder over de sidste 3-4 år, så er det går ned ad bakke, så jeg ved ikke rigtig”. Det er terapeuten, der fører pennen og skriver ½ times fitness på aktivitetsmål. Emil har svært ved at skelne de scoringer, han bliver bedt om at foretage, hvilket terapeuten anerkender, og forklarer igen, hvad tallene står for. Det er stadig svært for Emil, og terapeuten forklarer igen, at målene skal bruges som noget konkret, de kan måle på efter forløbet, om der er sket en bedring.

”- Hvis du nu kommer hjem og tænker, at der er andre aktivitetsmål, du vil have står på papiret, så laver vi dem bare om”. Terapeuten spørger, om han mener, der er sammenhæng mellem, hvordan han har det psykisk og ondt i ryggen. Ja, det er der! Man fornemmer, at terapeuten her har fat noget betydningsfuldt - og så går døren op og en kollega kigger ind og vil have den anden briks, jeg bliver bedt om at gå andet sted i rummet, en anden borger kommer ind, og en undersøgelse starter bag det hennullede forhæng, øjeblikket til fortrolighed er vist forpasset?

Terapeuten samler op på det ved at sige, at det også er noget, man kan drøfte på holdet. Og hvis der er behov for andre indsatser, end det de kan tilbyde (nævner mere psykologisk), så kan man snakke med undervisere. Emil virker, som om han bare vil videre nu.

Terapeuten spørger, om han sover ok om natten, det gør han. Terapeuten fortæller om konkrete tider for holdtræning. Emil vælger det tidspunkt, der passer bedst med jobbet. Terapeuten siger: ” det er ikke mig der har det hold, men to af mine kolleger. Find mig, hvis du har spørgsmål til noget af det, jeg har sagt i dag.”

Vi forlader rummet. Terapeuten laver en plan til Emil på computeren, printer den ud til ham og slutter ved at give ham hånden og sige, at det er muligt at træne sig op igen.

I dette tilfælde er terapeuten tydelig omkring ramme for forløb, og hvad mål skal bruges til. Borger har imidlertid svært ved at tænke i mål, og særligt svært ved at score på en skala fra 0-10, og griber som i eksempel 3, hvad terapeuten giver som eksempel ”jamen det kan vi godt sige”. Som observatør ved samtalen er det tydeligt, at der er væsentlige aspekter omkring det psykiske velbefindende, som har relevans for borgeren – og måske for de mål, der bliver sat. Men afbrydelsen gør, at fortrolighedsrummet bliver lukket i.

I en fokusgruppediskussion med medarbejdere bringer den pågældende terapeut eksemplet frem, hvilket skaber debat om betydningen af rum og tid for målsamtaler.

” Han var lige ved at åbne sig op, for han havde en klump i maven omkring noget, og så banker en kollega på døren [...] så kan jeg bare se, så sagde det svup og så var den lukket igen, hvor jeg sådan tænkte, fint, jeg kan notere, der var noget der, vi var ved at åbne op for der. Tidspunktet kan man også diskutere, for vi var ved at skulle slutte. Jeg kunne godt have fanget og grebet den lidt før, men den blev i hvert fald helt sikkert lukket, nu, hvor der kom en kollega og skulle bruge noget, og den fortrolighed, vi lige havde opbygget, så kunne han ikke



være i det mere. Så der er noget med de her lokaler, hvor vi har de her samtaler henne, og det har vi selv diskuteret før”.

Det konkrete rum for målsamtaler synes således at have direkte indflydelse på indholdet af den indledende samtale for nogle borgeres vedkommende, ligesom tid kan spille ind. Hvis borger nævner væsentlige aspekter på et fremskredent tidspunkt i samtalen, oplever medarbejdere, at de af hensyn til overholdelse af dagens tidsplan, foretager en vurdering af, hvorvidt der er en reel mulighed for at gå ind i de nødvendige aspekter. Det var observerbart ved de indledende samtaler. Samtalerne starter ofte med et åbent spørgsmål, men snævrer ind til mere og mere lukkede spørgsmål, efterhånden som tiden går, og der opstår en fornemmelse af, at der er punkter, der skal nås før afslutning. Hvis borger er gået i stå i forhold til de mål, de ønsker at arbejde efter, vil terapeuten på dette tidspunkt hente inspiration frem fra det, borger har sagt tidligere ”du sagde... kan vi så skrive...”. Når klokken nærmer sig, siger terapeuten typisk ”nå, men så...” og starter en afrunding.

### ***Borgeres oplevelse af målsætning***

Observation fra de afsluttende samtaler viser, at flere borgere ikke kan huske de specifikke mål, der blev opstillet ved den indledende samtale, hvis de bliver spurgt til dem. Dette går igen ved interviews, hvor det kræver lidt tid enten at huske målene eller gætte sig til, hvad de nok var. Herunder svar på interviewspørgsmålet ”kan du huske, hvilke mål, du havde; altså hvad du ville opnå med forløbet?”:

”Nej, jeg tror – blive smertefri og kunne fungere som før. Det med at rate smerte på endimensionel skala er svært, fordi det skifter jo, så er det værre, så er det bedre. Når man har sagt ”uændret” nogle gange, får man lyst til at sige noget andet, det tænkte jeg over”.

”At kunne gå igennem arbejdsdagen uden så mange smerter. Der var ikke andre mål fra min side”

”Jeg tror, det var noget med at kunne løfte mit barn + daglige gøremål. Det har gjort en stor forskel det med at spænde i bækkenbunden, det har virkelig hjulpet, nu kan jeg holde til meget mere. Jeg er kommet langt, fra stort set ikke at kunne løfte mit barn”.

”Klare hverdagsopgaver bedre ift. vasketøj og støvsugning. Jeg har tænkt over det efterfølgende, blandt andet ift. støvsugning. Jeg gør det kun, når det er nødvendigt, og børnene får nu lommepege for at støvsuge. Og jeg beder om hjælp, hvor muligt f.eks. med at løfte vasketøj fra kælder”.

”Mine mål var at komme godt tilbage på job, det fyldte mest, kunne dyrke sport igen, blive mig selv igen, psykisk og socialt. Jeg havde glemt målene indtil afslutningssamtalen, hvor jeg var så glad for, at jeg var kommet længere”.

"Det kan jeg ikke huske, jeg er jo ikke 20 år længere, men jeg ville nok gerne finde balance mellem, hvad jeg vil, og hvad jeg kan, så jeg ikke overgår tingene".

Overordnet set tyder data fra undersøgelsen på, at mål ikke bliver brugt aktivt gennem forløbet, dvs. der synes at være en tendens til, at mål bliver sat ved den indledende samtale og måske, måske ikke reflekterer borger over målene undervejs, men typisk bliver de først mindet om målene ved den afsluttende samtale. I et enkelt af citaterne herover var det en glædelig overraskelse, jævnfør bemærkningen "jeg var så glad for, jeg var kommet længere". Bemærkningen om, at det er "vanskeligt at rate på en endimensionel skala" understøtter observationen fra eksemplet med Emil, som ligeledes havde svært ved at rate. Utydeligheden omkring mål fordrer at vi stiller spørgsmålstejn ved følgende:

- giver det mening at sætte mål, hvis de ikke bliver brugt aktivt?
- for hvem sættes der mål?
- hvad bruger medarbejdere og borgerne målene til?
- borgere udfylder et Oswestry skema, men hvad bruges det til?

Flere af disse spørgsmål blev drøftet af medarbejdere i en fokusgruppediskussion.

## ***Medarbejderes oplevelse af målprocessen***

I medarbejderes drøftelse af arbejdet med mål, giver flere udtryk for, at det er en vanskelig proces. Drøftelsen understøtter observationer fra målsamtaler, som viser, at målprocessen gribes forskelligt an fra terapeut til terapeut, og som tydeliggør, at det kan være svært at arbejde med mål.

### **Dilemmaer og udfordringer i målprocessen**

Pointer fra medarbejderes drøftelser om dilemmaer og udfordringer i målsætningsprocessen er, at det kan være svært at sætte mål, automatisk målopfølgning er ikke en del af praksis og der er et dilemma mellem realistiske og drømme mål for fremtiden.

#### **1. Det kan være svært at sætte mål**

Der toner fire forskellige udfordringer frem i medarbejderes fortællinger, som alle kan influere negativt på en målsætningsproces.

*a. Der er forskel på, hvor skolede borgere er i at sætte mål.* Som en terapeut siger: "nogen skal jeg trække mål ud af, andre kommer det lidt lettere". Flere terapeuter nævner, de ikke bruger begrebet mål, for det er svært for nogle borgere at forstå.

*b. Det kan være vanskeligt at holde fokus i samtalen.* En forklarer det således: "Sommetider,

i en samtale med en ny borger, er der meget de snakker om, og man ender måske med at gå ind i [et emne], og så ender man med: shit mand! Nu er der to-tre minutter tilbage, og jeg har lige hørt nogle mål, jeg har ikke været inde at diskutere dem, men jeg har hørt ham sige..."

*c. Det kan være svært at sætte meningsfulde mål.* Her fortæller en terapeut: "men jeg synes også tit, jeg har oplevet, det bliver sådan nogle fesen meningsløse mål for borger, for de står måske i en situation: jamen, jeg vil gerne kunne det og det, så skriver jeg noget ned. Nå ja, hvad var det mine mål var? Nå ja, det vil jeg også gerne". En anden mener, at borgere kan finde det meningsløst at spørge om mål: "Hvorfor spørger du? Jeg skal bare have det bedre med ryggen".

*d. Dilemmaet: hvem sætter mål: borger eller os?* Med baggrund i både punkt 1 og 2 oplever flere terapeuter, at målene bliver uklare, ikke bliver sat eller bliver sat "med ført hånd", og stiller således spørgsmålstejn ved, hvorvidt nogle mål snarere er stillet af terapeuten end borgeren.

En terapeut fortæller "Nogen gange kommer jeg i hus med at sige: "ud fra det jeg har hørt i dag, så lyder det til, du gerne vil sådan og sådan. Er det noget af det, vi skal skrive ned her, eller er det noget andet, du hellere vil prioritere?" Og nogen gange kommer jeg ikke i hus med det. Men det sværeste er at skulle udfylde noget mål på noget skrift herinde, hvis det kun er mig selv, der har tænkt det, og jeg ikke har italesat det for borger! [Flere griner, og en kommenterer: ]

- Det er sådan set lidt unfair"

## **2. Vi følger ikke løbende op på mål**

Målprocessen er en tredeling, hvor 1. mål formuleres og forhandles 2. der arbejdes med målopfyldning og 3. evaluering af effekt/grad af målopfyldelse. Medarbejdere anfører, at del to ikke altid sker i praksis på OGC's lænderyghold:

"Ja, det er ikke altid man har fulgt op på mål, det kommer jo tilbage til os, eller til mig, har vi fulgt op på det, eller sidder man 7. gang: ups, der er vist noget, jeg skal ha' fulgt op på".

"Jeg synes, det er vigtigt, men det er også der, jeg kommer meget til kort, når jeg står med et borgerforløb, jeg skal afslutte. Åh, nu fik jeg ikke sat de skide mål, så kan jeg ikke hægte det op på det".

## **3. Dilemmaet mellem realistiske og fremtidsdrømme mål**

I fokusgruppediskussionen kommer flere medarbejdere ind på udfordringer med at sætte realistiske mål. Medarbejderne oplever, at borgere "bare vil have det bedre, vil slippe for smerter", mens terapeuter er opmærksomme på, at der sjældent sker mirakler indenfor mellem 7-11 uger. Så skal mål være fremtidsmål (jeg vil gerne bestige Mount Everest), eller realistiske, i forståelsen opnåelige indenfor forløbsperioden? Én siger: "Jeg synes, det er rigtig svært at stille de her mål. Samspillet mellem at de skal være realistiske, og man ikke skal tage modet fra borgeren, og så prøve at sige: nu er du i det her forløb, hvad er det, du vil opnå indenfor det her tidsperspektiv, og så kan det godt være, du har mål, der ligger længere

fremme. Det er svært". En anden reflekterer over dette: "Der er selvfølgelig kort- og langsigtede mål, men stadigvæk, [jeg siger ofte til borger] det er afhængig af, hvor du er henne. Vi kan godt sætte det nu, men det kan ændre sig."

### **Men det er vigtigt at sætte mål**

På trods af dilemmaer og udfordringer i målsætningsarbejdet, understreger flere terapeuter vigtigheden af at sætte mål. Argumenterne er primært, at mål er med til at sætte gang i en refleksionsproces, og at mål er vigtig ved afslutning af forløb for at vurdere effekt. Data fra nærværende undersøgelse viser, at begge argumenter, hvor korrekte de end kan være i teorien, ikke i praksis er en integreret del af hverdagen på OGC holdforløbene.

I overvejelserne omkring mål kommer en del af diskussionen til at dreje sig om borgers ansvar for eget liv og træning, kontra terapeutens ansvar. Der synes at være den gennemgående tanke med holdforløbet, at borger får viden sammen med og af de øvrige deltagere, og ud fra dette selv skal arbejde med de fastsatte mål. Der er mulighed for at søge sparring og råd hos terapeuterne, men, som følgende meningsudveksling viser, ligger ansvaret især hos borgerne:

"- Jeg tænker, det er min opgave at gøre dem mere ansvarlige overfor eget liv og egen udvikling. Det er jo dem, der skal hjælpe sig selv ved at lytte til deres krop.

- Altså, det er jo virkelig faglighed, hertil og ikke videre: nu skal du bare selv... for vi skal jo ikke skubbe dem helt fra os; vi skal jo ikke lade dem falde ned ad en skrænt.

- Hvis vi skal kunne afslutte og få dem til at se, det er deres eget ansvar, er det jo næsten kun mål at gå efter.

Det er nemt at sige, jeg vil gerne kunne gå, være smertefri, have min hverdag igen. Det ved vi alle sammen, det kommer vi ikke til at gøre for dem

- Det er vigtigt at få en dialog i gang, få dem til at tage det [ansvar] og erkende, at det er dem selv, der kan sætte det mål. Det er ikke mig, der sætter det for dig..."

Der synes således at være en forventning til deltagerne på holdforløb om, at de selv tager mål til sig, reflekterer over dem, og arbejder med dem. Som tidligere vist, virker dette dog ikke efter hensigten for langt de fleste informanter i denne undersøgelse, og at dømme efter terapeuters egne refleksioner, inddrager de selv kun sporadisk - eller slet ikke - borgers mål undervejs i processen. Derved må der stilles spørgsmål ved, hvorvidt selve målsætningsprocessen ved den indledende samtale automatisk sætter gang i en refleksionsproces, sådan som medarbejdere håber, eller hvorvidt refleksionen først for alvor kommer i spil ved løbende påmindelse om og specifikt arbejde mod mål i samspil mellem terapeut og borger? Ligeledes kan der stilles spørgsmål ved, om det har betydning for medarbejders arbejde med den enkeltes mål, at de selv har foretaget den indledende samtale med den pågældende?

De konkrete mål inddrages ikke konsekvent i alle slutsamtaler, og derved synes argumentet om, at "mål er vigtig ved afslutning for at vurdere effekt" snarere at være en hensigtserklæring end en reel praksis i alle forløb. En medarbejder rammer dette ind ved at

sige: "For *nogen* af os er det rigtig vigtigt at sætte mål, for *nogen* af borgerne er det vigtigt, og for processen *kan* det være vigtigt, men nogen gange så er det dialogen og refleksionen, der kommer til at fylde og er vigtig, uden der måske står et eller andet med, at jeg skal støvsuge".

I samme forbindelse er det tankevækkende, at borgere udfylder et Oswestry skema til start og til slut, men de indsamlede oplysninger i skemaet har ikke været inddraget i de observerede samtaler

## ***Opsummering***

Dette kapitel zoomer ind på målprocessen af OGC's holdtilbud til borgere med lænderygproblematikker. Pointerne viser, at praksis på OGC afspejler den virkelighed, som også international forskning påviser: der er forskel på målprocessen i den ideelle kontra den reelle verden. Undersøgelsens resultater stiller skarpt på adskillige udfordringer indenfor målprocessen, som de opleves af borgere og medarbejdere på lænderygholdforløbene.

### *Utydelighed i målprocessen*

Der er utydelighed omkring arbejdet med mål i alle tre faser af målprocessen, både for medarbejdere og for borgere. Utydeligheden kan for borgeres vedkommende have sammenhæng med selve forståelsen af begrebet "mål", samt manglende forståelse dels for hensigten med at sætte mål, dels for eget ansvar for at arbejde med målene. For medarbejderes vedkommende synes en faldgrube i arbejdet med mål at være, at det ofte kræver en standhaftighed at fastholde den indledende samtale på målsætning. Da samtalen kan springe rundt mellem enkeltkomponenter, kan det blive utydeligt, hvilke mål der er sat (og af hvem). Undersøgelsen viser endvidere, at der er divergerende praksis blandt terapeuter i forhold til rammesætning af mål. I nogle observerede samtaler forklarer terapeuterne, at der skal sættes mål (evt. ved brug af andre begreber end "mål"), og hvad de skal bruges til. I andre observerede samtaler er der ingen rammesætning. Endelig åbner citatet "For *nogen* af os er det rigtig vigtigt at sætte mål" i sidste afsnit op for, at ikke alle principielt mener, det er nødvendigt at sætte mål.

### *Idealet for mål*

Der er blandt de interviewede terapeuter overvejelser og til tider forvirring omkring idealet for mål. Skal det være realistiske mål, dvs. kortsigtede mål, som kan nås indenfor holdforløbsperioden eller kan det være drømmemål i betydningen langsigtede mål (som kan synes urealistiske)? Skal målene kun vedrøre fysiske aspekter, eller er det også "tilladt" at inddrage mål af eksempelvis psykisk karakter, når nu statistikker viser, at mange personer med længerevarende lænderygproblematikker sideløbende har psykiske problemstillinger?

### *Ansvarsforhold for mål*

Ansvarsforholdet mellem terapeut og borger i forhold til arbejdet med mål er ligeledes et fokuspunkt. I udgangspunktet udtrykker de interviewede terapeuter en forventning om, at borgere selv arbejder med og forholder sig til mål. Denne forventning afspejles blandt andet også i brochuren for holdforløbet, hvor i det står:

”For at du får mest muligt ud af forløbet, forventer vi at du arbejder bevidst med egen målsætning gennem hele forløbet”. Det synes ikke helt at holde stik i virkeligheden; data viser, at borger ikke lever op til de forventninger. Samtidig tydeliggør flere citater, at medarbejdere mener, de også selv har ansvar for det løbende arbejde med mål, og oplever til tider, at de burde have bragt borgers mål på banen tidligere i forløbet. Der synes at være sporadisk, nærmest arbitrær opfølgning på mål igennem forløbet.

### *Betydning af tid og rum*

Faktorer som tid og rum kan have betydning for selve målsætningsprocessen. De fysiske lokaliteter kan sætte begrænsning for indholdet af målsamtalen i de tilfælde, hvor borgere finder visse emner for private til at tage op i rum med andre mennesker. Tiden er en faktor, som kan sætte en begrænsende ramme. Målsætningsprocessen kan blive afkortet eller gennemført med mere ”ført hånd”, end terapeuter umiddelbart mener, er fagligt korrekt, fordi den afsatte tid kan være ved at rinde ud. Alternativt kan terapeuten indlægge tid til at tænke over mål efter den indledende samtale, som citatet tidligere, hvor en terapeut siger: ”hvis du nu kommer hjem og tænker, at der er andre aktivitetsmål, du vil have står på papiret, så laver vi dem bare om”. I den sammenhæng er det vigtigt at spørge, om det er sandsynligt, at borger af sig selv vender tilbage med nyt aktivitetsmål, hvis terapeuten ikke bringer det på banen?

Ovenstående giver anledning til at stille følgende spørgsmål:

- Giver det mening at sætte mål, hvis de ikke bliver brugt aktivt?
- For hvem sættes der mål?
- Hvad bruger medarbejdere målene til?
- Hvad bruger borgerne målene til?
- Skal målene være realistiske at nå indenfor den tidshorisont, borgeren er tilknyttet OGC?
- Handler målene primært om den fysiske del af genoptræningen?
- Videreformidles målene og arbejdet med målene til øvrige aktører, for at sikre sammenhæng i det overordnede rehabiliteringsforløb?

## Konkluderende bemærkninger

Undersøgelsen omkring lænderygholdforløb på OGC handler om holddeltagere og medarbejderes oplevelser af holdforløbene, med særligt fokus på målprocessen.

Holdforløbet er lagt an med forskellige komponenter, som tilsammen skaber et samlet tilbud for målgruppen. Der er to individuelle samtaler i forløbet, en indledende og en afsluttende samtale, resten er holdundervisning, som vekselvirker mellem fysiske øvelser og refleksion. Målgruppen spænder bredt både i forhold til alder, varighed af lænderygproblemer, samt viden om og kapacitet til at arbejde med egne rygproblematikker. For flere holddeltagere er OGC forløbet blot ét tilbud i en lang række af tilbud og indsatser, der kan involvere fysioterapeut, socialrådgiver, kiropraktor, læge eller psykolog. For andre er genoptræningen på OGC et skridt på vej mod bedring, uden der er behov for at inddrage andre faggrupper. Det er dog ikke altid muligt at vurdere fremtidsudsigterne hos den enkelte – bliver det bedre, bliver de helt kureret for rygsmerter, er dette starten på et længere rehabiliteringsforløb eller ej? Lænderygproblemer har for mange holddeltagere en stor indvirkning på livet og fremtidsudsigterne.

I undersøgelsen er målprocessen i lænderygforløbet sat under lup. Målprocessen kan ses fra to niveauer, hhv. det organisatoriske og det enkelte borgerforløb. I nærværende rapport fokuseres primært på borgerniveau. På det organisatoriske niveau er holdforløbet blevet bygget op af byggeklodser, som tilsammen forventes at skabe en positiv effekt på tværs af forløb. Der har ikke tidligere været indlagt målinger af effekt, men data fra Oswestry skemaet bliver i foråret 2016 analyseret i et samarbejde mellem OGC og MarselisborgCentret.

Herunder trækkes hovedpointer og refleksionspunkter frem.

**Interviewedes oplevelse af holdforløb.** De adspurgte holddeltagere mener generelt, det er udbytterigt at være på hold, særligt pga. mødet med andre i samme situation. Det har betydning, at der er andre på holdet, som ligner en selv – dvs. er samme sted i livet. Hovedparten af de adspurgte er positive over holdundervisningens vekselvirkning mellem øvelser/refleksion, mens enkelte synes, at refleksion er "noget pjat". Det er tydeligt, at hver holddeltager plukker ud i det, de selv synes er relevant for deres unikke situation. Hvor én deltager finder det demotiverende høre på deltagere, som har haft rygproblematikker i årevis, fordi det pirrer til frygten om, at smerterne bliver permanente, finder en anden deltager det positivt at høre, at man godt kan leve med rygproblematikker, og at det går op og ned over årene.

**Få forventninger før opstart.** De interviewede borgere fortæller, at de kun havde få forventninger til forløbet før opstart. Dette begrundes med manglende viden om, hvad forløbet gik ud på, eller at de ikke havde forventninger til, at lige dette forløb, én indsats ud af mange, kunne gøre en forskel. Ingen eller få forventninger til forløbet kan henlede opmærksomhed på hvorledes og af hvem, der bliver givet information om forløbet, før den indledende samtale på OGC.

**Viden.** Langt de fleste af de adspurgte føler, de har fået tilstrækkelig viden gennem forløbet, og at de er klædt på til selv at varetage den videre træning. To af de interviewede, som i første interview mener de har fået tilstrækkelig viden, er dog mere usikre i andet interview. De har fået det bedre i ryggen, men føler de usikre på og mangler viden om, hvor meget de må lave, uden det har negativ effekt på lænderygproblemerne.

**"One size fits all"?** Medarbejdere underviser alle deltagere i samme temaer, og de reflekterer i et fokusgruppeinterview over, om "one size fits all" tilgangen er den rette, eller hvorvidt det er relevant at arbejde med en stratificering af målgruppen. Datagrundlaget i undersøgelsen er ikke tilstrækkeligt til at kunne vurdere dette set fra holddeltageres side. Men flere af de interviewede efterlyser mere individuel tid med terapeuterne, hvilket giver anledning til den forsigtige konklusion, at "one size fits all" tilgangen måske burde suppleres med større mulighed for en til en snak med terapeuterne. Eventuelt med en mulighed for at kunne kontakte terapeuterne også efter afslutning af forløb, hvis behovet opstår.

**Effekt.** Alle oplever, at forløbet har haft effekt, men i forhold til hvad og i hvilken grad varierer fra person til person. Effekt går lige fra at få blod på tanden til at træne (igen), til større accept af egen situation, til at kunne udføre dagligdagsaktiviteter igen. Flere nævner, at det er svært at sige, om det lige er lænderygforløbet, der har givet effekt. Ved opfølgende interview, 2-3 måneder efter første interview, synes hovedparten af deltagerne at have inkorporeret de aspekter fra holdforløbet, de hver især finder hjælpsomme for at mindske deres smerter, i dagligdagen. Dog oplever enkelte, at de gode takter kan blive glemt i hverdagen, men så dukker de op, hvis smerterne indfinder sig.

To af de interviewede har haft samarbejde med sagsbehandler tilknyttet OGC, og begge understreger, at det er givtigt at have en sagsbehandler, der kender til rygproblematikker og de affødte gener heraf.

**Betydningen af tid og rum for samtaler.** Ved interviews og observation fremgår det, at tid og rum har en betydning for nogle samtaler. Både indledende og afsluttende samtale foregår i åbne rum, hvor der ofte vil være andre tilstede. Disse fysiske lokaliteter kan have en indflydelse på, hvilket indhold samtalerne kan have, og hvilke muligheder der er for at skabe et fortrolighedsrum. Ikke alle ønsker at udstille sårbarhed offentligt. Tid er ligeledes en faktor, som medarbejdere selv fremhæver. Observation viser, at der er mange komponenter i



samtaler. For terapeuterne gælder det om at komme omkring de væsentlige ting, men det er ikke altid til at "styre" tiden, og det kan betyde, at eksempelvis målsætning bliver forhastet.

**Betydning af terapeuternes tilgang og væremåde.** I deltagerobservation og gennem interviews med deltagere ses det, at det har betydning, at OGC medarbejderne opfattes som værende "søde", og at de har et indgående kendskab til lænderygproblematikker.

**Mange unge mennesker på lænderyghold.** Det er bemærkelsesværdigt, udtrykker holddeltagere på begge observerede hold, hvor stor andel af deltagerne er unge. Der foreligger ikke data fra OGC, hvor det er muligt at se en eventuel udvikling i aldersgrupper over år, men det kunne være interessant at se en sådan udviklingskurve. Er der mon en udvikling i retningen af, at flere unge dør med lænderygproblemer, eller har vi blot generelt et standhaftigt billede af, at unge i 20'erne ikke rammes af lænderygproblemer?

**Målprocessen** Selvom medarbejdere på lænderygholdforløb på OGC er enige med forskere i, at mål er med til at sætte gang i en refleksionsproces, medvirkende til at forbedre den kliniske effekt, og vigtige for at kunne evaluere effekten af indsatsen, så synes mål ikke reelt at blive brugt aktivt i forløbet. Praksis er, at der bliver talt om mål og borgers ønsker til forløbet ved den indledende samtale, herefter er det kun sporadisk (hvis overhovedet), at mål inddrages, indtil ved den afsluttende samtale. Det er hensigten, at borger selv skal arbejde med mål i perioden, hvilket dog ikke umiddelbart syntes at ske. Målprocessen forekommer således vanskelig for mange medarbejdere og utydelig for mange deltagere.

**Refleksion om målprocessen.** I forkortelsen OGC er ordet "genoptræning". Måske er der en pointe i at kigge nærmere på dette. For gør det en forskel på både indhold af forløbet og målprocessen, om medarbejdere ser på forløbene som et enkeltstående genoptræningsforløb, eller som genoptræning, der er en del af et længere rehabiliteringsforløb?

I MSO's forløbsmodel fra 2016 beskrives typiske kendetegn ved genoptræning som: moderat nedsat funktionsevne, hvor fremtidsperspektivet ofte er afklaret, et flerfagligt samarbejde med indsatser fra én sektor, hvor interventionen fra en eller få faggrupper er målrettet en enkeltstående nedsat funktion. Modsat er interventionen i rehabilitering typisk målrettet funktionsevne og omgivelser, med flere faggrupper involveret<sup>14</sup>. Der er gråzoner og uvisheder i lænderygforløb, hvilket kan gøre det vanskeligt at skelne skarpt mellem genoptræning og rehabilitering. Måske det ikke er nødvendigt med en skarp skelnen. Men måske kan en øget bevidsthed om, hvor præcis man sætter luppen i det enkelte forløb: ved ryggen med den nedsatte funktion eller ved funktionsevne og omgivelser, være med til at lette eksempelvis målprocessen.

---

14 Typiske kendetegn ved rehabilitering er endvidere ifølge forløbsmodellen (med afsæt i definitioner i Hvidbogen): Betydelig nedsat funktionsevne, tværfagligt team omkring borgeren, ofte tværsektorielle indsatser, fremtidsperspektivet er ofte uklart

## Litteraturliste

Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L & Juel K. (2007): Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København: Sundhedsstyrelsen.

Momsen, AM (2010): Muskel- og skeletlidelser – litteraturstudie af rehabiliterende indsatser til indarbejdelse i forløbsprogram. Århus: MarselisborgCentret.

Levack WMM, Siegert, RJ (2015). Challenges in Theory, Practice and Evidence. I: Levack WMM, Siegert, RJ (eds.) Rehabilitation Goal Setting. Theory, Practice and Evidence. Boca Raton: CRC Press/Taylor & Francis Group.

Levack WMM, Dean SG, McPherson KM & Siegert JS (2015): Evidence-Based Goal Setting: Cultivating the Science of Rehabilitation. I: Levack WMM, Siegert, RJ (eds.) Rehabilitation Goal Setting. Theory, Practice and Evidence. Boca Raton: CRC Press/Taylor & Francis Group.

## Bilag 1

### Interviewguide borgere

Start med at fortælle om **dine umiddelbare tanker om det rygforløb** du har haft på MarselisborgCentret. Fra første samtale til holdtræningen og afslutningssamtalen

#### Forventninger

Hvad var dine forventninger til forløbet, før du startede?

#### Opbygningen og oplevelser af målsætningsdelen

Hvordan oplevede du den første samtale, før du startede på holdet?

Du blev spurgt til hvilke mål, du gerne ville opnå gennem forløbet, husker du det? Hvis ja, har du tænkt over de mål efterfølgende?

Hvad får du ud af at være på hold? Tanker omkring alderssammensætning på hold?

Hvad tænker du om vekselvirkning mellem træning og refleksion? (refleksionen – altså når du til træningen får små sedler og skal drøfte spm. med de andre på holdet).

#### Effekt

Har du lært noget nyt på forløbet?

Har forløbet været brugbart i din hverdag? Hvordan?

Er dine behov for information og træningsvejledning blevet dækket gennem forløbet?

Er der noget, du gør anderledes i din hverdag nu?

Hvad er det bedste, du tager med dig fra forløbet? Hvorfor?

Føler du dig klædt på til selv at klare træningen?

Har du modtaget **andre tilbud** i forbindelse med din lænderygproblematik?

Oplever du dette træningsforløb anderledes end andre tilbud, du har modtaget– evt. på hvilken måde?

Oplever du overordnet set, at dine **ønsker og behov** for forløbet er blevet hørt?

Har du **anbefalinger** til dem, der planlægger forløbene?

## Bilag 2

### Interviewguide fokusgruppediskussion medarbejdere

#### Helt overordnet:

Hvordan oplever I lænderyggholdforløbene (fra målsamtale til afslutning af forløb, det positive, det mindre gode, eller det svære)

#### Målgruppe

Hvilke særlige kendetegn er der for målgruppen?

Hvilken betydning har alder, køn, socialgruppe, uddannelsesbaggrund, etnicitet?

Forskel på kronikere / nyskadede i den måde, I griber det an på?

#### Første målsamtale

Hvilke refleksioner gør I jer omkring målsætning?

Hvordan synes I den skabelon, I bruger ved målsamtalen, fungerer?

Hvordan bliver borgerens ønsker og behov omdrejningspunktet?

Hvilke parametre bruger I for at finde ud af, om borger skal på hold eller ej?

Borgerne er forskellige, gør denne forskellighed noget ift. de strategier I bruger, rent kommunikationsmæssigt?

Hvilken betydning har de fysiske rammer / de tidsmæssige rammer?

#### Holdene

Hvad er bevæggrunden for denne opbygning af forløbet med hhv. vekselvirkning mellem øvelser og refleksion og blandede grupper både aldersmæssigt og i forhold til varighed af problematik?

Hvilken betydning har de fysiske rammer? Og de tidsmæssige rammer?

#### Afslutningssnak gang 7

Hvad indeholder denne snak?

Har I en fælles skabelon for samtalen og i så fald hvilken betydning har det for samtalen?

Hvordan bliver borgers mål omdrejningspunktet?

Hvordan vurderer I, om der er behov for at tilbyde borgeren 4x mere?

Er der noget, I mener, jeg skulle have spurgt til?

**Borgerinterviews:** Hvilke spørgsmål vil I gerne have svar på fra borgere på lænderygforløb?

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

