



Valg av rehabiliteringstilbud

En eksplorativ studie av hvordan beslutningsprosessen til pasienter/brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten kan beskrives med Theory of Planned Behavior som rammeverk

Reidun Meberg Bulut
Studentnummer 221823
Masteroppgave 2014-2015

Avhandlingen er innlevert som del av studiet EMBA
«Executive Master Business Administration» ved Universitetet i Stavanger



Universitetet
i Stavanger

MASTEROPPGAVE Executive MBA

STUDIEPROGRAM: **Executive MBA**

OPPGAVEN ER SKREVET INNEN FØLGENDE
SPESIALISERINGSRETNING: **MARKEDSFØRING**

ER OPPGAVEN KONFIDENSIELL? **Nei**

TITTEL: **Valg av rehabiliteringstilbud** *En eksplorativ studie av hvordan beslutningsprosessen til pasienter/brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten kan beskrives med Theory of Planned Behavior som rammeverk*

ENGELSK TITTEL: **Selection of rehabilitation programs** *An exploratory study of how decision-making process for patients /users who choose rehabilitation in specialized health services could be described with the Theory of Planned Behavior as framework.*

FORFATTER(E)

VEILEDER:

Studentnummer:

Navn:

221823

Reidun Meberg Bulut

Professor Torvald Øgaard

.....

.....

.....

.....

OPPGAVEN ER MOTTATT I FIRE – 4 – INNBUNDNE EKSEMPLARER

Stavanger,/..... 2015

Underskrift UiS EVU:.....

Innholdsfortegnelse

Forord	4
1. Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Formål og problemstilling	7
1.3 Avgrensing.....	9
1.4 Begrepsforklaringer knyttet til problemstillingen	10
1.4.1 Pasienter/ brukere	10
1.4.2 Rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten	10
1.4.3 Beslutningsprosess	11
1.4.4 Theory of Planned Behavior.....	11
1.5 Oppgavens struktur og oppbygging.....	11
2 Teori	12
2.1 Bransjen, kunden og produktet.....	12
2.2 Teorien om planlagt atferd.....	13
2.3 Holdninger (Attitudes).....	15
2.3.1 Behavioral Beliefs (Atferdsmessige oppfatninger)	17
2.3.2 Holdning til atferd/handling (Attitude Toward the Behavior)	18
2.4 Subjektiv norm (Subjective norm SN) og normative antakelser (normative beliefs) 18	
2.5 Oppfattet atferdsmessig kontroll (Perceived Behavioral Control PBC).....	19
2.6 Intensjon (Intention) og Adferd (Behavior).....	20
3 Metode.....	23
3.1 Design.....	23
3.2 Utvalg	24
3.2.1 Pasienter som informanter - utvalgsramme.....	25
3.2.2 Leger som informanter – Utvalgsramme.....	28
3.2.3 Ansatte v/ <i>Informasjonstelefonen for ReHabilitering</i> som informanter – Utvalgsramme	29
3.3 Innsamling av data.....	30
3.3.1 Forundersøkelse	31
3.3.2 Utarbeidelse av intervjuguiden.....	31
3.3.3 Evaluering av validitet.....	33
3.4 Analyse av data.....	35
3.4.1 Forskningsetiske aspekter	37

4	Gjennomføring og resultater	40
4.1	Datainnsamlingen og det oppnådde utvalg.....	40
4.1.1	Pasienter/brukere, rekruttering og gjennomføring av intervju	41
4.1.2	Leger, rekruttering og gjennomføring av intervju.....	41
4.1.3	Info.telefonen ReHabilitering, rekruttering og gjennomføring av intervju	42
4.2	Resultater	43
4.2.1	Resultater (analyse) pasienter/brukere som informanter.....	44
4.2.2	Resultater (analyse) leger som informanter.....	53
4.2.3	Resultater (analyse) Info.telefonen for ReHabilitering som informanter.....	59
4.2.4	Sammenfatning av analysene	63
5	Tolkning og diskusjon	64
6	Konklusjon	68

Førord

Jeg vil rette en stor takk til min arbeidsgiver Sørlandets rehabiliteringssenter og styret for at jeg fikk muligheten til denne fantastiske faglige reisen MBA-studiet har vært, og som nå avrundes med innlevering av denne masteroppgaven. Kunnskapen har gitt meg nye perspektiver, faglig tyngde og gjort meg mer solid i rollen som leder.

Det har vært en krevende reise både å være student og daglig leder for en bedrift som har vært i stor utvikling den siste tiden med store anbudsrunder, nye kontrakter og ISO-sertifisering for å nevne noe.

Derfor ønsker jeg å rette en spesiell takk til mine fantastiske kollegaer som støtter og motiverer og tar ansvar når jeg har vært litt fraværende på grunn av eksamener, og ikke minst nå i innspurten på masteroppgaven.

Jeg vil rette en stor takk for ypperlig veiledning til min veileder Torvald Øgaard, professor ved Universitetet i Stavanger.

Jeg vil også takke min eldste datter Renate som har hjulpet meg med å lete etter informasjon i «bloggesfæren». Takk til mine støttende foreldre, og ikke minst en hjertelig takk til min kjære støttende og motiverende mann, «nå er jeg endelig i mål».

Reidun Meberg Bulut
Lyngdal, 15. mai 2015

Sammendrag

Bakgrunnen for oppgaven er innføring av den nye helsereformen Fritt behandlingsvalg (Prop. 56 L) og formålet er å kunne benytte funnene fra studien til å forstå «kundene» bedre.

Som en del av rehabiliteringsbransjen ser jeg med nysgjerrighet på hva innføring av den nye reformen og implementering av rehabilitering i Fritt behandlingsvalg vil få av konsekvenser for bedriften jeg leder, og samtidig for hele rehabiliteringsbransjen. Endringer som ligger i reformen betyr økt konkurranse, og ikke minst vil den nye reformen sette pasienten i sentrum og gi pasientene større rett til å velge.

Det overordnede forskningsspørsmålet er følgende; *Hvordan kan beslutningsprosessen til pasienter/ brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten beskrives med Theory of Planned Behaviour som rammeverk?*

For å utdype problemstillingen ytterligere benytter jeg de tre tilleggsspørsmålene; 1) Hvordan beskriver pasienter/brukere egne vurderinger i forhold til deltakelse på rehabiliteringstilbud? 2) Hvordan beskriver de påvirkning av andres anbefalinger? 3) Hvordan beskriver de påvirkning av eksperters anbefalinger?

Jeg benytter modell fra teorien om planlagt atferd (Theory of Planned Behaviour (TPB) som rammeverk og som kan gi en forståelse for hvilke faktorer som bidrar til atferd.

Studien er et eksplorativt design og formålet er økt forståelse gjennom kvalitativ metode. For å få god spennvidde på informasjonen, har jeg valgt å intervju tre informantgrupper; pasienter/brukere som er deltakere på rehabiliteringstilbud, leger og ansatte som til daglig svarer på Informasjonstelefonen for ReHabilitering.

Resultater av studien viser beskrivelse og økt forståelse for hvordan beslutningsprosessen er for pasienter som velger rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, og hvilke faktorer som påvirker denne prosessen.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Fra høsten 2015 planlegges innføring av den nye helsereformen *Fritt behandlingsvalg* som har som intensjon å sette brukere og pasienter mer i sentrum og sikre større grad av reell valgfrihet. Helse- og omsorgskomiteen behandlet i møte 26.3.2015 Prop. 56 L fra Helse- og omsorgsdepartementet om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg). I Helse- og omsorgskomiteens innstilling til Stortinget (Innst.224 L) ble det tatt hensyn til høringsuttalelser fra den åpne høringsrunden. Ordningen *Fritt behandlingsvalg* vil slås sammen med ordningen *Fritt sykehusvalg*, og vil i første runde i tillegg til fritt sykehusvalg og valg av radiologiske tjenester gjelde for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Det beskrives i Innst. 224 L at «Løsningen som foreslås i denne proposisjonen innebærer i utgangspunktet at rehabiliteringsinstitusjoner blir omfattet av den nye rettighetsbestemmelsen». (Innst. 224 L (2014-2015), p. 20). Videre beskriver Innst. 224 L om private rehabiliteringsinstitusjoner:

Det å utvide pasienters rett til å velge fritt blant private rehabiliteringsinstitusjoner har ikke vært på høring. Departementet har kommet til at det bør gjennomføres en høring før disse institusjonene inkluderes i valget. Det foreslås derfor at det i den nye bestemmelsen om fritt behandlingsvalg gjøres et unntak for disse institusjonene. Departementet tar imidlertid sikte på å sende på høring et forslag om at dette unntaket oppheves i 2015. (Innst. 224 L (2014-2015), pp. 20-21). (Prop. 56 L (2014-2015), p. 53).

I min stilling som daglig leder ved et rehabiliteringssenter som omfattes av høringsforslaget over, ser jeg at det vil kunne medføre endringer i arbeidsbetingelser for en hel rehabiliteringsbransje som leverer tverrfaglige spesialiserte rehabiliteringstjenester til de fire regionale helseforetakene; Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord, basert på anbud og lov om offentlig anskaffelse, der det konkurreres på pris og kvalitet i hver helseregion.

Bransjen bestod i 2013 av 49 private rehabiliteringsinstitusjoner fordelt på hele landet, men det er flest i Helse Sør-Øst. Det leveres betydelige tjenester til de regionale helseforetakene, og i følge rapporten fra Helsedirektoratet om aktivitetsdata fra Norsk pasientregister var det til sammen for alle rehabiliteringsinstitusjonene 571 516 oppholdsdøgn, med fordeling på både døgnplasser og dagtilbud. (Rapport IS-2177, 2013).

En stor andel av rehabiliteringsinstitusjonene er medlem av hovedorganisasjonen Virke, og bransjenettverket Virke-rehab. Fra rehabiliteringsbransjens side er det svært ønskelig å bli med under ordningen *Fritt behandlingsvalg*, og i høringsrunden om *Fritt behandlingsvalg* kom Virke 18.2.2015 med innspill til Helse- og omsorgskomiteen der de støtter innføringen av *Fritt behandlingsvalg*, og at «Virke er positiv til at ordningen i første omgang skal omfatte TSB og psykiatri, men at rehabilitering også bør være med fra starten. Virke har forståelse for at ordningen må innføres etappevis, men mener det er naturlig å se rehabilitering i samme tidsløp som TSB og psykiatri». (Virke, 2015, p. 1) (Innst. 224 L (2014-2015), p. 30).

Virke publiserte på nettsiden 8.4.2015 at i tillegg til den åpne høringen som Virke deltok på, har de hatt egne møter med regjeringspartiene, KrF og Venstre på Stortinget. I møtene har de understreket «..det viktige bidraget som ideelle aktører og private rehabiliteringssentre gir til helsetjenesten i Norge». Virke sier videre at *Fritt behandlingsvalg* «..må ta dette innover seg og innrettes på en slik måte at virksomhetene kommer til rette med sin kvalitet». Til slutt i avsnittet seir Virke at de er trygge på at dette nå skjer. (Virke datert 8.4.2015).

Et annet viktig aspekt ved den nye reformen som kan gi endrede arbeidsbetingelser i form av økt konkurranse beskrives i et innlegg på nettsiden til Virke; de virksomhetene som kommer inn under ordningen og som ønsker å delta i ordningen må søke om deltakelse, basert på tilgjengelighet, kvalitet og pris, så blir det opp til pasientene/ brukerne å velge hvor de vil behandles. (Virke datert 8.4.2015). Innst. 224 L beskriver «I utgangspunktet er det tenkt at alle private skal ha anledning til å søke om å få delta i ordningen med fritt behandlingsvalg». «Dette gjelder også private leverandører som har avtale med regionale helseforetak». Departementet foreslår at Helsedirektoratet, eller den de utpeker, skal ivareta oppgaven med blant annet godkjenning av fritt behandlingsvalgleverandør». (Innst. 224 L (2014-2015), pp. 28-29).

1.2 Formål og problemstilling

Som daglig leder ved Sørlandets rehabiliteringssenter og som del av rehabiliteringsbransjen ser jeg med nysgjerrighet på hva innføring av den nye reformen og implementering av rehabilitering i *Fritt behandlingsvalg* vil få av konsekvenser for bedriften jeg leder, og samtidig for hele rehabiliteringsbransjen. Endringer som ligger i reformen betyr økt konkurranse, fordi alle ideelle og private aktører kan søke om å bli med i ordningen, også de som i dag ikke har avtaler med de regionale helseforetakene. Og ikke minst den nye

reformens hovedintensjon; å sette pasienten i sentrum og gi pasientene større rett til å velge. Virke sier følgende i høringsnotatet til Helse- og omsorgskomiteen; «Fritt behandlingsvalg må bidra til at brukerne faktisk bestemmer hva de velger, og at kvaliteten er god og riktig». (Virke datert 8.4.2015).

Dette har fått meg til å undres over hvordan pasienter/ brukere faktisk foretar sine valg. I min masteroppgave er det markedsføringsaspektet som er interessant, å forstå hva slags beslutningsprosesser pasienter/ brukere går gjennom og hva er viktig for dem når de skal foreta valg. Ved økt konkurranse og større grad av valgfrihet, er min intensjon som bedriftsleder å forstå «kundeatferden» best mulig, og sørge for at vår bedrift i størst mulig grad blir pasientens/brukerens førstevalg. For å kunne drive god markedsføring beskriver Supphellen, Thorbjørnsen, and Troye (2014) viktigheten av å forstå hvordan «kunder» søker og bruker informasjon for å foreta valg/ kjøp.

Jeg er på en måte et stykke inn i framtiden med helsereformen *Fritt behandlingsvalg* som enda ikke er iverksatt, der det enda ikke er fattet endelig politisk beslutning om rehabilitering blir en del av *Fritt behandlingsvalg*. Likevel ønsker jeg å belyse og gå inn i dette, for det er en helsereform som i høyeste grad angår vår bransje, og det er strategisk klokt å være i forkant. De fleste i den private rehabiliteringsbransjen driver på ideell basis, og vi konkurrerer i krevende anbudsrunder på «pris og kvalitet». Selv om det i dag praktiseres en viss grad av fritt rehabiliteringsvalg er det ikke nedfestet lovmessig. Med den nye helsereformen får pasientene større grad av lovfestet valgfrihet.

Formålet med studien er på bakgrunn av innføring av den nye helsereformen *Fritt behandlingsvalg*, å få økt kunnskap om pasienters/ brukeres valgprosess, og hvilke faktorer de baserer sine valg på.

I litteratursøk fant jeg lite som omhandlet valgprosess knyttet til rehabilitering. Det styrket min tro på at det kunne være spennende felt å se nærmere på som tematikk i masteroppgaven.

I min vanlige arbeidshverdag har jeg ofte uformelle samtaler med tilfeldige pasienter, og ved noen anledninger spurte jeg hvordan de hadde kommet til oss, var det de selv som hadde ønsket seg hit, var det legen som hadde bestemt det, hadde det betydning hva andre anbefalte. Jeg fikk spennende svar som ledet til mer søking i sosiale media og «bloggesfæren» der det

blogges om erfaringer på godt og vondt. Enkelte «pasienter» legger ut bilder, skildrer hverdagen og beskriver hvordan de opplever «rehabiliteringshverdagen».

Det overordnede forskningsspørsmålet er følgende;

Hvordan kan beslutningsprosessen til pasienter/ brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten beskrives med Theory of Planned Behaviour som rammeverk?

Studien er et eksplorativt design og formålet er å få økt forståelse gjennom kvalitativ metode. For å få god spennvidde på informasjonen jeg innhenter, har jeg valgt dybdeintervju med personer i flere kategorier, både personer som er deltakere på rehabiliteringsopplegg, leger og *Informasjonstelefonen for Rehabilitering*. Theory of Planned Behaviour som jeg ønsker å benytte som rammeverk for å få innblikk i pasienter/brukeres beslutningsprosesser beskrives i neste kapittel.

Ved innføring av den nye helsereformen *Fritt behandlingsvalg* vurderer jeg at mitt bidrag kan være av interesse for rehabiliteringsbransjen generelt, ha overføringsverdi til de andre helsetjenestetilbudene innen ordningen *Fritt behandlingsvalg*, og ellers andre som måtte ha interesser av innsikt i pasienters/ brukeres beslutningsprosess.

1.3 Avgrensning

På bakgrunn av masteroppgavens rammer har jeg valgt å avgrense oppgaven til å ta utgangspunkt i *tverrfaglig spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten* og ikke de andre helsetjenestetilbudene som kommer inn under ordningen *Fritt behandlingsvalg*. (Merknad; rehabilitering kommer inn under *Fritt behandlingsvalg* i løpet av høsten 2015, noe som både antydes i Innst. 224 L og i Virkes politiske møter og høringsnotat til Helse- og omsorgskomiteen).

Jeg har valgt å begrense området til Helse Sør-Øst som er den største av de fire regionale helseforetakene, og den helseregionen vi har avtaler med. En annen begrensning i denne studien er å kun inkludere de som er henvist gjennom fastlege til de private rehabiliteringsinstitusjonene. Henvisninger fra sykehus og rehabiliteringstilbud på sykehus har annen henvisningsrutine, og er derfor ikke inkludert i denne studien.

1.4 Begrepsforklaringer knyttet til problemstillingen

For å tydeliggjøre forskningsspørsmålet velger jeg å forklare begrepne som er benyttet.

1.4.1 Pasienter/ brukere

Pasient defineres i Lov om pasient- og brukerrettigheter i § 1-3 a) som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle». §1-3 f) definerer *bruker* som en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I store medisinske leksikon beskrives at mange personer med kroniske sykdommer ikke benytter pasient-begrepet om seg selv, men de må likevel tre inn i pasientrollen med jevne mellomrom for legekontroller og medisinerer. Behandlere i helsevesenet som leger og fysioterapeuter benytter oftest begrepet pasient. I andre sammenhenger i helsevesenet benyttes gjerne mer nøytrale begrep som klient eller bruker. (Store medisinske leksikon).

Selv om det i vårt daglige virke i rehabiliteringsbransjen benyttes begrep som både brukere og deltakere, velger jeg i denne studien å benytte begrepet *pasient/bruker*, for det er i tråd med begrepsdefinisjonen i loven om pasient- og brukerrettigheter.

I forbindelse med markedsføringsteori som benytter begrepet *kunde*, velger jeg i denne studien å definerte pasienter/brukere som kunder. I oppgaveteksten benytter jeg både begrepet pasient/bruker og pasient.

1.4.2 Rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten

Rehabilitering defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering i § 3 som; «Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet». (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012).

Pasienter/ brukere henvises til *rehabilitering i spesialisthelsetjenesten* gjennom fastlege, og søknaden blir rettighetsvurdert ved koordinerende enheter i hvert helseforetak. I Helse Sør-Øst er det Regional Koordinerende Enhet (RKE) ved Sunnaas Sykehus HF som gjør

rettighetsvurderingene på grunnlag av retningslinjer utarbeidet av Helsedirektoratet, der en av de aktuelle veilederne er; *Prioriteringsveileder fysikalsk medisin og rehabilitering*. Pasienten/brukeren får etter vurdering enten innvilget rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten med tildeling av rehabiliteringsinstitusjon (ofte der pasienten/brukeren ønsker), eller avslag. Det er i mange søknadssaker behov for innhenting av tilleggsopplysninger. (Rapport IS-1712, 2009).

Pasienter henvises også direkte fra sykehus, og da er det sykehuset som har gjort rettighetsvurderingen. Jeg går ikke videre inn på sykehushenvisninger, da studien er avgrenset til å omhandle de som er henvist gjennom fastlege.

I denne studien menes med «*rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten*» henvisning til et rehabiliteringsopphold til en av de 30 private rehabiliteringsinstitusjonene som Helse Sør-Øst har avtale med, og et rehabiliteringsopphold på døgnbasis som har en varighet på to til fire uker. (Helse Sør-Øst RHF, 2015).

1.4.3 Beslutningsprosess

Beskrives i neste kapittel ved gjennomgang av det teoretiske rammeverket Theory of Planned Behavior.

1.4.4 Theory of Planned Behavior

Ifølge teorien om planlagt atferd (Theory of Planned Behaviour, TPB), er intensjoner og atferd en funksjon av tre grunnleggende variabler; *personens holdning til atferd* (Attitude Toward the Behavior), *subjektiv norm* (Subjective Norm) som gjenspeiler sosial innflytelse, og en tredje som håndterer *opplevelse av atferdskontroll* (Perceived behavioral control). Teorien beskrives ytterligere i neste kapittel.

1.5 Oppgavens struktur og oppbygging

Innledningsvis har jeg beskrevet oppgavens tematikk og problemstilling, samt bakgrunnen for valg av tema.

I følgende kapittel 2 tar jeg for meg markedsføringsteori og Theory of Planned Behavior som benyttes som rammeverk for studien om beslutningsprosess til pasienter/ brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten.

I kapittel 3 beskrives metodene jeg har benyttet for å undersøke hvilke faktorer som kan ha betydning for beslutningsprosessen. Kapitlet omhandler også beskrivelse og bakgrunn for valg av design, utvalg, innsamling av data og analyse av data.

Kapittel 4 tar for seg studiens gjennomføring og resultater, og her beskriver jeg hvordan datainnsamlingen har forløpt. Videre i kapitlet beskrives resultatene fra analysen av det innsamlede datamaterialet.

I kapittel 5 tolkning og diskusjon diskuterer jeg funnene relatert til markedsføringsteori og Theory of Planned Behavior.

Kapittel 6 gir en oppsummering av resultatene for studien, og forslag til fremtidig forskning.

2 Teori

På bakgrunn av innføring av den nye helsereformen *Fritt behandlingsvalg* ønsker jeg i denne studien å få innsikt i faktorer som har betydning for hvordan pasienter/ brukere foretar valg av rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Til å belyse dette benytter jeg teori fra markedsføring og sosialpsykologi for å forstå «kundenes» valg.

2.1 Bransjen, kunden og produktet

Levitt (2004) stilte det berømmelige spørsmålet i sin artikkel *Marketing Myopia*; «What business are you really in?» Rehabiliteringsbransjen i spesialisthelsetjenesten er et «markedssegment» innen helsebransjen, og der *kundene* er både de regionale helseforetakene som kjøper tjenester fra oss og pasientene/ brukerne. I studien her tar jeg for meg det som jeg definerer som kundegruppen; *pasienter/brukere*.

Kundeanalyse og spørsmålet om hvorfor *kunder* velger produkter eller tjenester er helt sentralt i markedsføring, og første steget i analyseprosessen er å forstå bakgrunnen for og årsaken til at *kundene* velger et produkt eller en tjeneste. Kundeatferds-modellen til Wells and Preisky (1996) i Winer (2014) beskriver de forskjellige stegene i «valgprosessen»;

identifisere et behov, søke etter alternativer, evaluere alternativene, velge produktet eller tjenesten, evaluere erfaringen med produktet eller tjenesten og tilbakemelding. Erfaringene vil både ha betydning for om *kunden* velger produktet eller tjenesten på nytt, og hvordan produktet eller tjenesten omtales til andre. Et annet moment knyttet til det første steget å identifisere et behov, er hva som motiverer *kunden*, og hva slags verdi produktet eller tjenesten har for den enkelte. Det er ikke produktet eller tjenesten i seg selv som er viktig for *kunden*, men hva produktet eller tjenesten har av fordeler og som kunden verdsetter. (Winer, 2014, p. 127). Anderson, Narus, and Van Rossum (2006) beskriver «Customer Value Propositions» (CVP) som strategisk nøkkelfunksjon der det internt fokuseres på kundens behov, det å forstå kunden og dens behov, og hva er verdifullt for kunden utfra ønsker og behov. Eksternt benyttes det som et middel for å plassere leverandørbedriften i kundens synsfelt, og verdi samt kostnad vurderes av kunden.

For å få belyse problemstillingen og søke ytterligere forståelse for menneskelig atferd, og hvordan kunder resonnerer og anvender informasjon når de foretar valg, ønsker jeg å benytte *teorien om planlagt atferd* (TPB) Theory Planned Behavior. Jeg velger i studien å benytte begrepene *Teorien om planlagt atferd* og forkortelsen *TPB*.

2.2 Teorien om planlagt atferd

Ajzen and Fishbein (1980, p. 5) beskriver det ultimate målet er å kunne forutsi og forstå et individs atferd. Videre sier de teorien er basert på antakelsen om at mennesker vanligvis er ganske rasjonelle og benytter systematisk informasjon som er tilgjengelig for dem. Personer vurderer konsekvenser av sine handlinger før de bestemmer å utføre en handling eller ikke.

Ajzen and Fishbein (1980) utarbeidet i 1975 *teorien om overveid handling* (Theory of reasoned action) som var forløperen til *teorien om planlagt atferd* (Theory of Planned Behavior, TPB). Teoriene beskrives som en sosialpsykologisk modell for å forstå menneskelig atferd. Det handler ikke bare om å forutsi eller predikere, men å forsøke å identifisere de faktorer som bestemmer atferdens intensjoner.

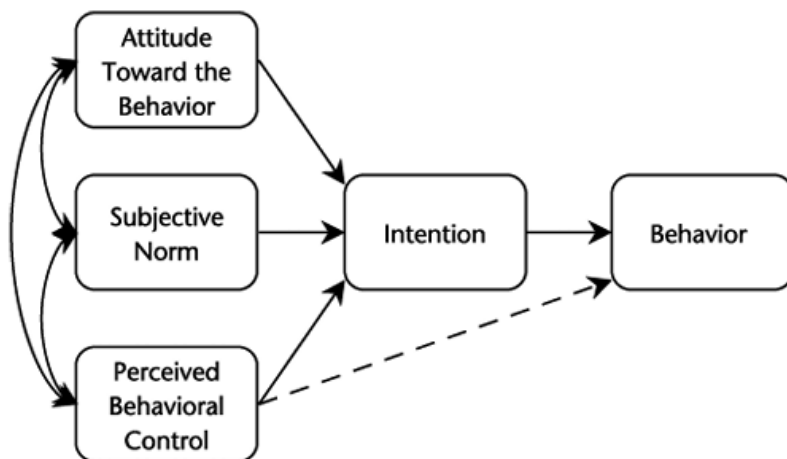
I følge Ajzen (1991) var det en nødvendig utvidelse av den originale modellen som hadde begrensinger i håndteringen av viljestyrt atferdskontroll. En utvidelse av TPB (Ajzen 1985,

1991) løser muligheten for ufullstendig viljestyrt kontroll ved å inkludere variabelen oppfattet adferdskontroll. (Ajzen, 2005, p. 117).

Troye (1999, p. 146) beskriver at i markedsføring er det først og fremst interessant med handlinger, men holdninger og vurderinger er nyttige i den grad de kan gi hjelp til å forstå og forutsi handlinger/ atferd.

Intensjonen om å forutsi atferd antas å fange opp de motiverende faktorene som påvirker en atferd, og som indikerer hvor hardt personer er villige til å prøve, eller hvor mye innsats de er villige til å utøve for å utføre atferden. (Ajzen, 1991) (Christopher J Armitage & Conner, 2001).

Ifølge *teorien om planlagt atferd*, er intensjoner og atferd en funksjon av tre grunnleggende variabler; personens *holdning til atferd (Attitude Toward the Behavior)*, *subjektiv norm (Subjective Norm)* som gjenspeiler sosial innflytelse, og en tredje som håndterer *oppfattet atferdsmessig kontroll (Perceived behavioral control)*. Den personlige faktoren i dette er personens holdninger til atferden. Teorien hevder at en persons intensjon til å utføre, eller ikke å utføre en adferd er den viktigste faktoren i handlingen (Ajzen, 2005, pp. 117-118).



The theory of planned behavior (Ajzen, 2005, p. 118)

Variabelen *oppfattet atferdsmessig kontroll* som kom til ved utvidelse av teorien, er en variabel som har fått mye oppmerksomhet i sosiale kognitive modeller som er designet for å forutse helse relatert atferd. Forskning viser støtte for TBP gjennom flere reviews, og det kan

nevnes Blue, 1995; Conner & Sparks 1996; Godin, 1993; Jonas & Doll 1996; Manstead & Parker 1995; Sparks, 1994, og fire meta-analyser; Ajzen, 1991; Godin & Kok, 1996; Hausenblas, Carron, & Mack, 1997; Van den Putte, 1991. Teorien er anvendt innen en rekke områder, deriblant til å undersøke helseatferd. Til tross for svakheter med teorien som er kommentert i studiene, støttes det at TPB er en nyttig modell for å kunne forutsi en rekke atferd og atferdsmessige intensjoner. (Christopher J Armitage & Conner, 2001). I følge Ajzen (2011) er TPB en av de hyppigst siterte og mest innflytelsesrike modeller for å forutsi menneskelig sosial atferd. På Google Scholar er det økt fra 22 siteringer i 1985 til 4550 siteringer i 2010.

Dette viser at *teorien om planlagt atferd* er en bredt anvendt og anerkjent teori som jeg vurderer hensiktsmessig å benytte som rammeverk til problemstillingen i min studie; *Hvordan kan beslutningsprosessen til pasienter/ brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten beskrives?* I det videre kapittelet vil de forskjellige elementene i teorien bli presentert.

2.3 Holdninger (Attitudes)

Holdninger (attitudes) er et sentralt begrep i TPB og et begrep som har hatt stort fokus innen sosial psykologien opp gjennom årene. Det finnes utallige definisjoner på holdningsbegrepet. En av de første psykologene som presenterte begrepet *attitude* var Herbert Spencer tilbake til 1862. Mange holdninger har vært vurdert i løpet av årene, og etter hvert som nye sosiale problemer dukker opp er flere holdningsdomener utforsket. I følge Armitage & Christian (2003) har holdninger historisk sett vært antatt å være logisk atferd. (Ajzen & Fishbein, 1980) (Ajzen, 2005) (C. J. Armitage & Christian, 2003).

Troye (1999, p. 136) beskriver det store mangfoldet av ulike definisjoner på holdningsbegrepet, og det faktum at det er uenighet om hvilke teorier som best beskriver hvordan holdninger oppstår, hvordan de påvirkes og hvordan de påvirker atferd. De fleste forskere aksepterer at holdninger er tillærte, men det kan herske uenighet om hva som menes med «læring».

Ajzen (2005, p. 3) definerer attitude på følgende måte; “An attitude is a disposition to respond favorably or unfavorably to an object, person, institution, or event.” Videre beskriver Ajzen

(2005) selv om formelle definisjoner av holdning varierer, er de fleste moderne sosialpsykologer enige om at den karakteristiske egenskapen til holdning er dens evaluerende positive eller negative natur.

I følge Ajzen (2005) kan det være nyttig å kategorisere holdningsrelevante responser inn i forskjellige undergrupper, og det mest populære klassifikasjonssystemet går minst tilbake til Plato, og skiller mellom de tre responskategoriene; kognitiv dimensjon, affektiv dimensjon og handlingsdimensjon eller konativ dimensjon. (Troye, 1999) (Ajzen & Fishbein, 1980).

Den kognitive dimensjonen; reaksjoner som reflekterer oppfatninger av, tanker om, og holdningen til objektet. Eksempel kan benyttes til å antyde holdninger til legestanden. Muntlige kognitive reaksjoner er uttrykk for oppfatninger som kobler den medisinske profesjonen med visse egenskaper eller attributter. Oppfatning om at leger er mest interessert i penger, at sykehus er overfylte og at helsepersonell er dårlig kvalifisert, eller at de fleste sykdommer ikke kan kureres ved vanlige metoder kan benyttes som bevis for en negativ holdning til den medisinske profesjon. I motsatt fall vil en positiv holdning være implisert av uttrykk for oppfatninger som tyder på at sykepleiere og leger gjør sitt beste for å hjelpe pasienter, medisin har gjort betydelig fremgang i løpet av årene, mange leger jobber lange og ubekvemme vakter osv. (Ajzen, 2005, p. 4).

Den affektive dimensjonen; Denne kategorien handler om hvilke holdninger som kan utledes, og hvordan evalueringen av følelser overfor holdningen til objektet er. Eller sagt på en annen måte, er det positiv eller negativ vurdering eller hva er den følelsesmessige responsen til holdningsobjektet. Det kan også skilles mellom verbale og nonverbale affektive responser. Ved å benytte eksempelet fra medisinsk profesjon, så kan verbale affektive responser være uttrykk for beundring eller avsky, takknemlighet eller forakt. Dermed vil en person som hevder å beundre leger eller sykepleiere, eller har en god følelse over tilgjengelige helsetjenester, synes å ha en gunstig holdning til legestanden, mens en person som viser at bare tanken på leger og sykehus er motbydelig synes å ha en negativ holdning. Ansiktsuttrykk, samt ulike fysiologiske og andre kroppslige reaksjoner, blir ofte antatt å reflektere påvirkning i nonverbal modus. (Ajzen, 2005, p. 5).

Den konative dimensjonen; refererer til hvilke handlingstilbøyeligheter, intensjoner, forpliktelser og handlinger som utføres i forhold til holdningsobjektet. Ved å benytte det samme eksempelet som over kan det vurderes hva folk sier de gjør, har tenkt å gjøre, eller

ville gjøre under passende omstendigheter. Dermed kan folk med negative holdninger til den medisinske profesjonen indikere si at de ville nekte å bli innlagt på sykehus, at de ser en lege bare når det er absolutt nødvendig, eller at de fraråder barna sine fra å ta medisinstudiet. De med positive holdninger, kan på den annen side uttrykke intensjoner om for eksempel å donere penger til en ny sykehusavdeling, de kan oppmuntre sine barn til å studere medisin, de kan indikere en vilje til å lese om fremskritt innen medisin osv. (Ajzen, 2005, p. 5).

I følge Troye (1999, p. 138) er både Pratkanis og Fishbein & Ajzens definisjoner noe forskjellig fra den tredimensjonale definisjonen av holdninger, og deres definisjoner begrenser seg til den affektive dimensjonen. Dette synet forsvares også av flere andre og beskrives som «det endimensjonale synet på attityde». Ut fra dette synet kan en holdning ha sammenheng med kunnskap og atferd, mens disse ikke oppfattes å være en del av holdningen. Oppsummert kan det endimensjonale synet på holdninger beskrives på følgende måte; «...handlinger som et resultat av holdninger og holdninger som et resultat av kognisjon». Den viktigste forskjellen på de to synene på holdning er det endimensjonale synet gir klarere anbefalinger i forhold til hvordan handlinger kan påvirkes. Kognitive endringer må først finne sted, så følger affektive vurderinger som ledsages av konativ atferd.

2.3.1 Behavioral Beliefs (Atferdsmessige oppfatninger)

Ajzen (2005) beskriver hvordan holdninger dannes innenfor rammene av teorien om planlagt atferd, og viser til hvordan evalueringen av et objekt utføres ut fra hva slags oppfatninger og holdninger personen har til objektet. Oppfatninger om en atferd (Behavioral Beliefs) kan sees på som underliggende holdninger, og knytter sammen den relevante atferden med forventet utbytte. Det kan beskrives som den subjektive sannsynligheten for at hver *oppfatning* knyttet til atferden vil gi et gitt utfall, og selv om en person kan ha mange *oppfatninger* knyttet til hver atferd, vil bare et lite antall være lett tilgjengelig på et gitt tidspunkt.

Det antas at *oppfatningen* av atferden og de underliggende holdningene i kombinasjon med personlige/subjektive verdier av de forventede resultatene, er bestemmende for personens gjeldende/rådende holdning til atferden. Spesifikt betyr dette at evaluering av hvert «utfall» bidrar til holdningen og har direkte sammenheng med personens subjektive tro på at atferden gir det forventede resultat. Et eksempel er en person som tror at å gå på en diett med lite saltinnhold (utfall) vil redusere blodtrykket, endre livsstilen, endring av kostholdet osv.

(atferden). Holdningen til atferden bestemmes av personens evaluering av utfallet assosiert med atferden, og styrken på disse assosiasjonene kan måles som summen av ulike oppfatninger og påvirkningene som er assosiert med disse. (Ajzen, 2005) (Ajzen & Fishbein, 1980).

2.3.2 Holdning til atferd/handling (Attitude Toward the Behavior)

Ajzen and Fishbein (1980, p. 56) beskriver «attitude toward a behavior» som en persons evaluering om konsekvensene av atferden/ handlingen er positive eller negative, og om personen er for eller imot å gjennomføre atferden/ handlingen. Jo mer positiv holdning en person har til atferden/ handlingen, desto mer sannsynlig er det at personen vil utføre atferden/ handlingen, og motsatt; jo mer negativ holdig en person har til atferden/ handlingen, desto større er sannsynligheten for at atferden/ handlingen ikke gjennomføres. Sagt på annen måte så er holdning til atferd/ handling summen av de overbevisningene og holdningene man har om en bestemt atferd eller handling.

2.4 Subjektiv norm (Subjective norm SN) og normative antakelser (normative beliefs)

Subjektiv norm er den andre variabelen i *teorien om planlagt atferd* og reflekterer sosial innflytelse og vilje til å innordne seg andres forventninger. I følge Troye (1999, p. 149) og Supphellen et al. (2014, p. 178) kan det oppfattes som en holdning til å underkaste seg andres forventninger, og kalles av Fishbein & Ajzen for «motivation to comply (MC)».

Ajzen (2005, p. 124) beskriver subjektiv norm som er den andre determinanten/variabelen for intensjon og atferd, og som også antas å påvirkes av holdninger. Men disse holdninger er av en annen art, nemlig personens oppfatning om at spesifikke individer eller grupper «godkjenner» eller «godkjenner ikke» atferden, eller de samfunnsmessige referansene i seg selv engasjerer eller engasjerer ikke. For mange typer atferd/ handlinger inkluderer det personens viktige referansepersoner som; foreldre, ektefelle, nære venner, kollegaer. Avhengig av atferdens art så kan det også være andre referansepersoner, eksempelvis eksperter som leger eller revisor.

Holdningen til atferden reflekterer individets positive eller negative evaluering over en spesifikk atferd, og desto mer fordelaktig holdningen er til atferden/ handlingen, desto

sterkere er personens intensjon til å gjennomføre det. (Christopher J Armitage & Conner, 2001, p. 474).

De antakelser som er underliggende for subjektiv norm kalles *normative antakelser* (normative beliefs) og har sammenheng med en persons antakelser eller forventninger om hva andre forventer personen skal gjøre (Supphellen et al., 2014, p. 178).

Ved måling av subjektiv norm er det gjort sammenligninger med «belief-based» estimater fra subjektiv norm, og korrelasjonen mellom de to målingene viste å være omtrent like store som resultater funnet for sammenhengen mellom *behavior beliefs* og holdning (Ajzen, 2005, p. 125).

Oppsummert og generelt sett kan det sies at *subjektiv norm* er en funksjon av *normative antakelser*. Mens *subjektiv norm* er relatert til oppfatninger av generelt sosialt press, er den underliggende faktoren *normative antakelser* opptatt av personens motivasjon til å etterkomme atferden ut i fra forventningene til viktige referansepersoner eller grupper, om de vil godkjenne eller ikke godkjenne atferden. (Christopher J Armitage & Conner, 2001, p. 474) (Ajzen & Fishbein, 1980, p. 7).

2.5 Oppfattet atferdsmessig kontroll (Perceived Behavioral Control PBC)

Viktigheten av faktisk å ha atferdsmessig kontroll er i følge Ajzen (1991) innlysende. En persons tilgjengelige ressurser og muligheter vil til en viss grad indikere sannsynligheten for oppnåelse av en atferd. Av psykologisk interesse er det viktigere enn selve kontrollen å se på oppfatningen av atferdsmessig kontroll og dens innvirkning på intensjoner og handlinger. Tidligere studier har vist at personers atferd er sterkt påvirket av deres egen selvtillit omkring egen evne til å kunne gjennomføre. Begrepet «self-efficacy beliefs» kan ifølge Bandura (1982, 1991) i tillegg til å indikere mønstre i følelsesmessige reaksjoner, påvirke valg av aktiviteter, forberedelser til en aktivitet, innsatsen som brukes for å gjennomføre en aktivitet. Dette begrepet «self-efficacy» er i TPB plassert i et mer generelt rammeverk relatert til «beliefs, attitudes, intentions and behaviour».

I følge Ajzen (2005, p. 119) antas det i TPB at *oppfattet atferdsmessig kontroll* har motiverende implikasjoner for intensjoner. Personer som tror de verken har ressurser eller muligheter til å utføre en spesiell atferd vil ikke skape sterke atferdsmessige intensjoner for å

engasjere seg i det, selv om de har positive holdninger til atferden og tror at «viktige referansepersoner» ville ha støttende holdning til atferden.

Et annet interessant trekk er en direkte link mellom *oppfattet atferdsmessig kontroll* og atferd. I mange tilfeller avhenger gjennomføring av en atferd ikke bare av bare selve motivasjonen, men også tilstrekkelig kontroll over den gjeldende atferden. Med andre ord så kan *oppfattet atferdsmessig kontroll* ha direkte innflytelse på atferden både gjennom intensjoner, og den kan også benyttes til å forutsi atferd direkte fordi den kan betraktes som et «mellomledd» eller delvis grad av faktisk kontroll. Men i enkelte situasjoner er det ikke helt realistisk med *oppfattet atferdsmessig kontroll*. Det kan være tilfelle der en person har lite informasjon om atferden, når kravet til tilgjengelige ressurser er endret eller når nye ukjente elementer har kommet fram i situasjonen. Dette beskrives med den stiplede pilen i modellen, fra PBC til atferd/ behavior. (Ajzen, 2005, p. 119).

Andre faktorer som også beskrives i forhold til *oppfattet atferdsmessig kontroll* er faktorer som er tilstedeværende eller fraværende, og som forenkler eller kompliserer gjennomføringen av atferden. Det kan være antakelser som delvis bunner i tidligere erfaringer, men de kan også være påvirket av annenhåndsinformasjon om atferden, som ved å observere erfaringer til venner og bekjente, eller andre måter som øker eller reduserer den *oppfattede* utfordringen med å gjennomføre atferden. Jo mer en person tror at vedkommende innehar nødvendige ressurser og muligheter, og desto færre hindringer som observeres, jo større er mulighetene for opplevelse av kontroll over atferden. (Ajzen, 2005, p. 125).

2.6 Intensjon (Intention) og Adferd (Behavior)

En person danner en *intensjon* om å engasjere seg i en viss *adferd*, og denne intensjonen forblir en disposisjon til en bestemt atferd, inntil den på et passende tidspunkt eller ved en passende anledning blir «oversatt» fra intensjon til atferd. Forutsatt at atferden er under viljestyrt kontroll, vil forsøket «produsere» den ønskede handlingen. (Ajzen, 2005, p. 99).

Flere metaanalyser som dekker diverse atferdsmessige områder viser middels korrelasjon mellom intensjon og atferd. Metaanalysene inkluderer mange eksempler på sterk korrelasjon mellom intensjon og viljestyrt atferd. Det kan se ut som om intensjoner kan forutsi en rekke handlingstendenser nokså nøyaktig, alt fra kjøp av aksjer til handlinger av vesentlig personlig

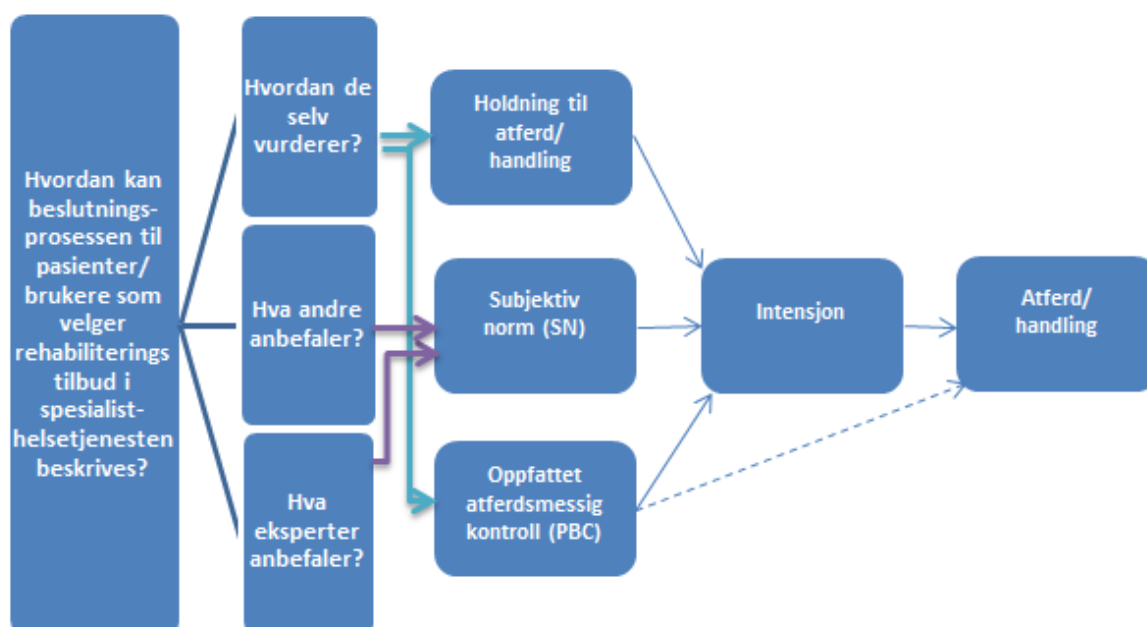
eller sosial betydning som bruk av p-piller, abort, ulovlig bruk av narkotika, gi blod og velge blant kandidater ved valg. (Ajzen, 2005, p. 101).

I følge Ajzen (2005, p. 118) kan det sies at personer har til hensikt å utføre en atferd/handling når de evaluerer den positivt, når de opplever sosialt press til å utføre den, og når de tror at de er i besittelse av de nødvendige ressurser og muligheter til å utføre atferden/ handlingen.

Intensjon og atferd er funksjoner av de tre variablene/determinantene; *holdning til atferd/handling* som er den personlige funksjonen, *subjektiv norm* som reflekterer sosial påvirkning, og *oppfattet atferdsmessig kontroll* som omhandler kontrollperspektivet. Den relative betydningen av disse tre variablene avhenger delvis av intensjonen som kommer fram ved «undersøkelsen». For intensjonen veier atferdsmessige betraktninger i noen situasjoner tyngre enn *subjektiv norm*, mens for andre intensjoner dominerer normative betraktninger. Oppfattet atferdsmessig kontroll er viktigere for noen typer atferd/ handling. I noen tilfeller vil bare en eller to av variablene kunne forklare intensjonen, mens i andre tilfeller er alle tre variablene viktige determinanter. I tillegg vil den relative vektingen av de tre variablene variere fra en person til en annen, og fra en befolkning til en annen.

Modellen under gjenspeiler mitt forskningsspørsmål der jeg ønsker å benytte TPB som rammeverk på dette feltet for å beskrive hele prosessen, og få større innsikt i og beskrivelse av pasienter/brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, hvordan er valgprosessen og hvordan vurderer de egne holdninger og handlinger og påvirkes de av andre. Jeg har i tillegg tre underspørsmål for å utdype problemstillingen ytterligere, og som er satt inn i modellen etter hovedspørsmålet;

- 1) Hvordan beskriver pasienter/brukere egne vurderinger i forhold til deltakelse på rehabiliteringstilbud?
- 2) Hvordan beskriver de påvirkning av andres anbefalinger?
- 3) Hvordan beskriver de påvirkning av eksperters anbefalinger?



Figur 2 Modell som viser forskningsspørsmålet

Min bruk av modellen på dette feltet betyr at jeg i tillegg til pasienten/brukerens egne vurderinger til deltakelse på rehabiliteringstilbud, er interessert i hvilken påvirkning andre og eksperter kan ha på selve atferden/handlingen, som i denne studien *er å velge å delta på rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten*. Med utgangspunkt i modellen er det utarbeidet intervjuguide som er benyttet til intervju av respondentene.

3 Metode

Hovedhensikten med metode er å begrunne, beskrive, og noen ganger forsvare hvorfor du vil gå fram på en spesiell måte når du skal samle inn informasjon. I metoddelen bør du ha følgende underavsnitt: design, utvalg, innsamling av data, analyse av data.

Formålet med denne studien er å få en bredere forståelse og beskrivelse av selve beslutningsprosessen til pasienter/ brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Hvordan er det de selv beskriver sine egne vurderinger i forhold til deltakelse på rehabiliteringstilbud, hvordan beskriver de påvirkning av andres anbefalinger, og hvordan beskriver de påvirkning av eksperter anbefalinger. I følge Neuman (2011 p. 101) er «interpretive social science» (fortolkende samfunnsvitenskap) ofte kalt for kvalitativ forskning fordi opptatt av hvordan mennesker samhandler og omgås hverandre;

Interpretive approach is the systematic analysis of socially meaningful action through the direct detailed observation of people in natural settings in order to arrive at understandings and interpretations of how people create and maintain their social worlds.

I det følgende kapittelet vil jeg beskrive fremgangsmåten som er benyttet for å undersøke studiens forskningsspørsmål. Studiets **forskningsdesign** vil først bli beskrevet. I det neste avsnittet gjøres det rede for **utvalg** og utvalgs kriterier. I de påfølgende avsnittene blir det redegjort for **innsamlingen av studiens datamateriale** og **analyse** av de innsamlede dataene.

3.1 Design

Jeg har valgt å benytte eksplorativt design og fenomenologisk perspektiv som tilnærming i studien, og dette med bakgrunn i forskningsspørsmålets art, og egenskapen til kvalitative metoder som er hensiktsmessige å benytte for å forstå og beskrive menneskelige relasjoner. I følge Neuman (2011 p. 162) fordyper du deg ved kvalitativ studie innen et område, og er svært våken for ny innsikt gjennom datainnsamlingsprosessen. Og spørsmålet som kan stilles er hvordan man best mulig kan «fange» mangfoldet, teksturen og den dynamiske følelsen i samfunnslivet. Videre hevder Neuman (2011 p. 38) at forskere som utfører eksplorativt studie må være kreative, åpensinnede og fleksible, og de må adoptere og undersøke holdninger, samt utforske alle slags kilder til informasjon.

Eksplorativt design benyttes i følge Neuman (2011 p. 38) når fenomenet er forholdsvis nytt, når vi vet lite eller ingenting om fenomenet og når det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før. Som et første trinn vil den eksplorerende studien kunne gi nok kunnskap som kan danne grunnlag for en ny og mer omfattende og systematisk og studie.

I min søken etter forskning på området som omhandler valg av rehabiliteringstilbud fant jeg i litteratursøkene svært begrenset kunnskap om tematikken. På bakgrunn av dette vurderer jeg det som hensiktsmessig med eksplorativt design i denne studien.

Som nevnt over beskriver Neuman en studie i «to trinn», der den første delen av studien innhenter informasjon som danner grunnlag for en mer omfattende og systematisk studie. Det kunne her absolutt være interessant å gjøre en survey-undersøkelse på bakgrunn av kunnskapen som kommer fram i det første eksplorative studiet. Men det er en av avgrensingene i denne masterstudien på bakgrunn av tids- og ressursbegrensinger. Derfor gjennomføres «den første delen» som er informasjonsinnhenting gjennom eksplorativt design, der datamaterialet samles inn gjennom intervjuer fra flere grupper respondenter og der forskjellige grupper informanter kan tilføre forskjellige perspektiver til datainnsamlingen. Neuman (2011 pp. 164-165) kaller det triangulering, for å lære mer ved å observere objektet fra flere forskjellige vinkler eller synspunkter; «..the idea that looking at something from multiple points of view improves accuracy». Dette omtales nærmere i neste avsnitt.

Den kvalitative metoden får også kritikk, og det blir stilt spørsmål om kvalitative metoder holder vitenskapelige mål. Kritikken kommer gjerne fra tilhengere av kvantitative forskningsmetoder og på bakgrunn av at kvalitativ metode ikke har statistiske tilnærminger. Forskningsområder der det benyttes kvalitativ metode er gjerne mennesker, situasjoner og meninger som det er vanskelig å gjengi som resultater i form av kalde tall. I følge Neuman (2011 p. 193) vil en hver forsvarlig samfunnsforsker forstå og verdsette hver metode for dens egen styrke og svakheter, og det ultimate målet sier han er å utvikle en bedre forståelse og forklaring på hva hver av metodene kan tilføre av kunnskap om samfunnslivet.

3.2 Utvalg

Et av formålene med denne studien er at kunnskapen kan ha overføringsverdi og nytteverdi for rehabiliteringsbransjen spesielt, men også for alle helserelaterte tilbud som kommer inn

under *Fritt behandlingsvalg*, eller andre som skulle finne kunnskapen interessant. Det er på bakgrunn av dette gjort et strategisk utvalg av informanter, og det er benyttet flere typer informanter for å få størst mulig spennvidde på innhentet informasjon i det eksplorative studiet. Neuman (2011 p. 164) kaller det for «triangulation of observers» og flere forskjellige typer informanter kan tilføre forskjellige perspektiver til datainnsamlingen.

Et stort antall informanter kan utgjøre en risiko for dårlig vitenskapelig kvalitet, men i denne studien anser jeg det vesentlig å få bredde på informasjonen som innhentes, og derfor har jeg valgt å ta med tre forskjellige typer informanter; pasienter/brukere, leger og *Informasjonstelefonen for ReHabilitering* i Helse Sør-Øst.

Populasjonen jeg ønsker å innhente data fra i denne kvalitative studien er personer som på en eller annen måte har relasjon til *rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. I følge Neuman (2011 p. 241) er det hensiktsmessig å prøve å identifisere relevante kategorier i noen få saker fra det sosiale livet, og i kvalitativ datainnsamling er målet å utdype forståelsen for en større prosess, relasjoner eller et sosialt ståsted. Et utvalg vil gi verdifull informasjon eller nye aspekter.

I utvalgsstrategien har jeg ikke valgt et bestemt antall informanter på forhånd, men å samle inn data til det oppnås «metning». Neuman (2011 p. 270) beskriver det som «sequential sampling», og det beskriver prinsippet med å fortsette å samle informasjon til det oppstår en viss diversitet. I det følgende beskrives de tre forskjellige informantgruppene med begrunnelse for hvilke faktorer som er tatt hensyn til i utvalgsrammen.

3.2.1 Pasienter som informanter - utvalgsramme

Første gruppen informanter er pasienter/brukere som er deltakere på rehabiliteringstilbud i Helse Sør-Øst. Denne gruppen er den viktigste informantgruppen som kan beskrive egne holdninger og vurderinger som ble gjort i forkant av deltakelsen på et rehabiliteringstilbud. Det tas utgangspunkt i studiens teoretiske rammeverk *Teorien om planlagt atferd* der holdning til atferd/handling og oppfattet atferdsmessig kontroll er utgangspunktet i forskningsspørsmålene om hvordan pasientene selv vil beskrive hvordan de vurderte egne holdninger til intensjonen og atferden/handlingen som i denne studien er definert som det å velge rehabiliteringstilbud, og om de ble påvirket av andre eller eksperter som for eksempel legen. Følgende utvalg er gjort for informantgruppen pasienter/brukere:

- Pasientene/brukerne er deltakere på samme rehabiliteringssenter, på samme tidspunkt, og intervjuer foregår innenfor en tidsramme på 2 uker. Alle intervjuer finner sted på samme kontor der det er liten risiko for avbrytelser.
- Pasienter/brukere velges ut og blir forespurt av inntakskordinator ut fra kriterier jeg informerer om for å få stor spennvidde (variasjonsutvelgelse); god spredning i alder, både kvinner og menn, henvist fra fastlegen, ikke fra sykehus og deltakere på forskjellige rehabiliteringstilbud. Uvesentlig når i rehabiliteringsforløpet. Konfidensialitet, fritt informert samtykke, anonymitet og frivillig deltakelse i henhold til forskningsetiske retningslinjer ivaretas. Dette beskrives nærmere under og i avsnitt 3.4.1.
- Blanding av pasienter/brukere som har deltatt på rehabiliteringstilbud tidligere og de som ikke har deltatt tidligere.
- Ikke avtalt konkret antall informanter på forhånd, men følger prinsippet «sequential sampling» om uttømmende informasjon. Derfor vil det være løpende dialog med inntakskordinator om behovet for flere informanter.
- Avslutte med gruppeintervju der informanter rekrutteres på samme måte som nevnt over. Bakgrunnen er å teste ut om det tilkommer ny informasjon etter prinsippet med å fortsette å samle informasjon til det oppstår en viss diversitet.

Bakgrunn for og vurdering av pasienter/brukere som informanter

Bakgrunnen for valg av pasienter/brukere som er deltakere på et rehabiliteringstilbud er vurdert til å være hensiktsmessig på grunn av den erfaringen de sitter med, og de allerede har vært gjennom prosessen det er å velge et rehabiliteringstilbud. Jeg har gjort vurderinger om det kan ha betydning for studiet og resultater at alle pasientene er deltakere på samme rehabiliteringssenter eller om jeg burde valgt informanter fra flere rehabiliteringsinstitusjoner. Jeg har gjort følgende reflekteringer rundt dette; alle pasienter/brukere som er henvist gjennom fastlege er godkjent fra samme instans (RKE) ved Sunnaas sykehus. De fleste av de 30 private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtaler med Helse Sør-Øst RHF har liknende rehabiliteringstilbud, og stort sett er det kun differensiering i forhold til diagnosegrupper. Derfor tror jeg ikke svarene som kommer fram i intervjuene ville være annerledes om jeg valgte informanter fra flere rehabiliteringsinstitusjoner. Derfor er min vurdering at å velge

informanter fra samme rehabiliteringssenter og med størst mulig «spennvidde» kan utgjøre et representativt utvalg for informantgruppen pasienter/brukere i denne studien.

Svakheten med informantutvalget kan være jeg har gjort feilvurdering, at det likevel ikke favner stor nok spennvidde hos informantene og den informasjonen de er i besittelse av, og som igjen kan ha påvirkning for resultater for denne studien.

Jeg anser individuelle intervju som mest effektive metode for å få uttømmende informasjon, men jeg er usikker på om pasientene vil svarte helt åpent og ærlig på spørsmålene under intervjuet. Sosial distanse/føringer kan hemme svarene. En vurdering er om informantenes svar påvirkes av meg som intervjuer og selve intervjustedet/ settingen, at de er på rehabiliteringsopphold. Det er et argument for å gjennomføre gruppeintervju i tillegg til individuelle intervju for på den måten få mer uttømmende informasjon fra informantgruppen.

I tillegg er det gjort vurderinger sammen med veileder i forhold til meldeplikt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Under personvernombudet for forskning er det opplyst på nettsiden «hvordan databehandling kan gjennomføres slik at et forskningsprosjekt ikke omfattes av meldeplikt». Svaret fra NSD er følgende; «For at et prosjekt ikke skal omfattes av meldeplikten, må alle elektroniske data som behandles gjennom hele forskningsprosessen være anonyme». Videre sier de; «I tillegg må eventuelle sensitive data på ingen måte knyttes til direkte personopplysninger, heller ikke via kode og koblingsnøkkel. Her er noen fremgangsmåter som kan benyttes: Ved intervju og observasjon registreres data kun i form av notater (ikke opptak). Man må påse at det ikke registreres noen navn eller personidentifiserende bakgrunnsopplysninger i datamaterialet». (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), Udatert).

Det er gjort grundige vurderinger og slik min studie er planlagt mener jeg det ikke er meldeplikt til NSD. Dette på bakgrunn av hvordan datainnsamlingen er planlagt;

- Alle data er anonyme. Et tilfeldig utvalg av pasienter blir plukket ut og forespurt av inntakskoordinator som omtaler dem som P1, P2, P3 osv. De som takker ja til å delta, vil få informasjonsskriv etter mal fra NSD om studien og informert samtykke, samt tidspunkt og sted for intervju avtales. Jeg får kun følgende informasjon fra inntakskoordinator; Intervju med P1, sted og tidspunkt.

- Ingen data kan knyttes direkte til personopplysninger. De som intervjues omtales kun som P1, P2, P3 osv.
- Ved gjennomføring av intervjuene registreres dataene kun i form av notater.
- Det registreres ikke navn eller personidentifiserende bakgrunnsopplysninger i datamaterialet. I forbindelse med intervjuet noteres kun P1, P2, P3 osv øverst på arket, og det skal ikke innhentes noen form for medisinske opplysninger i studien.

3.2.2 Leger som informanter – Utvalgsramme

Den andre informantgruppen er leger i primærhelsetjenesten i Helse Sør-Øst som er henvisere av pasienter/brukere som deltar på rehabiliteringstilbud. Leger som informanter er hensiktsmessig i denne studien fordi de innehar mye informasjon som kan beskrives i intervju omkring hvordan valgprosessen er for pasienter som henvises til rehabiliteringstilbud. Leger er også i henhold til *Teorien om planlagt atferd* en faktor (subjektiv norm) som kan påvirke pasienter/brukeres intensjon og atferd/handling, som i denne studien er å velge å delta på rehabiliteringstilbud. I tillegg kan leger i denne studien kategoriseres som eksperter, og på bakgrunn av dette ha innflytelse og påvirkning på pasienter/brukere. Leger som informanter kan beskrive hvordan de oppfatter pasienter/brukeres vurderinger omkring det å delta på et rehabiliteringstilbud. Følgende utvalg er gjort for informantgruppen leger:

- Leger i stillinger tilknyttet legesentre der de har daglige pasientkonsultasjoner.
- Intervjuene foregår innenfor en tidsramme på to uker som er samme som for pasienter/brukere.
- Leger av forskjellig kjønn og spredning i alder.
- Leger rekrutteres av meg i form av at første informant er kjent, mens andre informant velges gjennom «snøballutvelgelse», det vil si tips fra første legen om andre leger som kan intervjues. (Neuman, 2011 p. 268).
- Avslutte med gruppeintervju der informanter er rekruttert gjennom anbefalinger fra andre. Bakgrunnen er å teste ut om det tilkommer ny informasjon etter prinsippet med å fortsette å samle informasjon til det oppstår en viss diversitet.

Bakgrunn for og vurdering av leger som informanter

Leger er en krevende gruppe å rekruttere som informanter, og dette har bakgrunn i en hektisk og travel «pasienthverdag». På bakgrunn av dette har jeg gjort følgende vurderinger i forhold til rekruttering av leger som informanter; intervjuer med leger er krevende å få avtaler på, så jeg må innse det blir få individuelle intervjuer med leger. Derimot vil et gruppeintervju med flere leger tilstede kunne bidra med uttømmende informasjon, og som kan gi et bilde av hvordan de som leger og rollen som «spesialister» kan gi en beskrivelse av pasientenes vurderinger av å delta på rehabiliteringstilbud. Legene rekrutteres innen samme fylke, men fra tre forskjellige kommuner. Etter samme vurderingsgrunnlag som for pasienter/brukere er leger som henviser til rehabiliteringstilbud underlagt samme henvisningsrutiner i hele Helse Sør-Øst og må forholde seg til samme instans (RKE) ved Sunnaas sykehus. Derfor vurderer jeg utvalget av leger til å kunne være et representativt utvalg.

Svakheten med informantutvalget er at jeg kan ha gjort feilvurdering, og det ikke kommer nok uttømmende informasjon i intervjuene med leger, og at dette igjen kan ha påvirkning for resultater for denne studien.

3.2.3 Ansatte v/ Informasjonstelefonen for ReHabilitering som informanter – Utvalgsramme

Den tredje gruppen informanter jeg har valgt i denne studien er ansatte som daglig betjener *Informasjonstelefonen for ReHabilitering* i Helse Sør-Øst, en tjeneste som er lagt under Regional koordinerende enhet (RKE) ved Sunnaas sykehus HF, og som er enheten som mottar og behandler alle søknader om rehabilitering fra fastleger i hele Helse Sør-Øst.

Ansatte som daglig betjener *Informasjonstelefonen for ReHabilitering* vurderer jeg som hensiktsmessig å ha med som informanter i studien på bakgrunn av breddekunnskapen de innehar om rehabiliteringsbransjen. De har som mandat å ha oversikt over regionens private og offentlige rehabiliteringstilbud og deres innhold, kapasitet/ventetider. Videre er mandatet å ha ansvar for å gi informasjon til pasienter, pårørende og samarbeidspartnere som kan være kommunehelsetjenesten, fastleger, helseforetak, private institusjoner, brukerorganisasjoner med videre. I følge årsrapport for 2013 var flere henvendelser til telefontjenesten spørsmål om henvisninger. Men i økende grad er det henvendelser fra pasienter, pårørende, fastleger og sykehus som ringer med forespørsel om hvor det er rehabiliteringstilbud. Rapporten viser

omtrent 500 henvendelser pr. måned. (Sunnaas sykehus HF Regional koordinerende enhet, 2013).

På bakgrunn av den store kunnskapen de innehar om rehabiliteringsfeltet, vil intervju med ansatte som betjener *Informasjonstelefonen for ReHabilitering* være hensiktsmessig. Det vil kunne gi informasjon omkring valgprosessen til pasienter de snakker med.

I henhold til Teorien om planlagt atferd er subjektiv norm en faktor som kan påvirke pasienter/brukeres intensjon og atferd/handling. I denne studien er *Informasjonstelefonen for ReHabilitering* å betrakte som eksperter og på bakgrunn av kunnskapen vil de kunne ha innflytelse og påvirkning på pasienter/brukere i valg av deltakelse på rehabiliteringstilbud. Følgende utvalg er gjort for informantgruppen ansatte ved *Informasjonstelefonen for ReHabilitering*;

- Ansatte som til daglig betjener *Informasjonstelefonen for ReHabilitering*
- Rekrutteres gjennom leder for RKE, som avtaler passende tidspunkt for intervjuer som må tas pr telefon.
- Flere informanter for å kunne få uttømmende informasjon.

Bakgrunn for og vurdering av ansatte ved *Informasjonstelefonen for ReHabilitering* som informanter

Ansatte som betjener *Informasjonstelefonen for ReHabilitering* har en travel arbeidsdag, og de er lokalisert på Sunnaas sykehus. Det optimale ville være å utføre intervjuene ansikt til ansikt, men på grunn av lang reisevei vurderer jeg individuelt intervju med ansatte pr. telefon som hensiktsmessig.

Svakheten med informantutvalget er at jeg kan ha gjort feilvurdering, og det ikke kommer nok uttømmende informasjon i et telefonintervju med ansatte som betjener *Informasjonstelefonen for ReHabilitering*, samt dette igjen kan ha påvirkning for resultater for denne studien.

3.3 Innsamling av data

«Feltet» jeg har valgt å studere er bakgrunnen for å utføre en eksplorativ studie og velge kvalitativ metode. I følge Neuman (2011 p. 51) benyttes «field research» vanligvis ved

eksplorative studier, og kvalitative data kan forekomme i flere forskjellige former. «Field research» er en av hovedkategoriene og inkluderer det kvalitative forskningsintervju som jeg vil benytte som instrument for datainnsamling i denne studien. Ved å benytte det kvalitative forskningsintervju/ dybdeintervju vil jeg innhente data om menneskelige erfaringer innen rehabiliteringsfeltet og utforske sosiale fenomener slik det oppleves for informantene jeg skal intervjuer, også kalt fenomenologi. Intervjuer vil hovedsakelig foregå «ansikt til ansikt».

Jeg har valgt innsamling av data etter det Neuman (2011 p. 44) kaller «Cross-sectional research» (tverrsnittstudie). Det vil si jeg gjennomfører ett intervju med informantene innenfor en satt tidsramme. Som Neuman beskriver det, samler jeg data fra «et punkt i tiden» og det er en slags «snapshot» av samfunnslivet.

3.3.1 Forundersøkelse

Det ble utført uformelle undersøkelser som en del av forundersøkelser på «feltet». Jeg hadde uformelle samtaler med pasienter om hva som var viktig for dem ved rehabiliteringstilbud og her kom det fram mye interessant informasjon som; «legen min anbefalte det..», «jeg valgte her for andre anbefalte det i bloggen sin..», «jeg skulle egentlig et annet sted, men så fikk jeg avslag der for det var så lang ventetid, og så kom jeg hit..», «jeg hadde sjekket på nettsiden..», «jeg ble sendt hit..», «jeg ville her selv om det var lang ventetid..», «jeg fikk først avslag men så sendte legen min mer informasjon..». Utsagnene var av stor nytte for meg for å gi retning på spørsmålene ved utarbeidelse av intervjuguiden.

Det ble også på bakgrunn av utsagn fra pasienter undersøkt nærmere i «bloggesfæren», der bloggere deler sine erfaringer og gjerne «anbefaler» eller «anbefaler ikke».

I tillegg fikk jeg tilgang til og tillatelse til å benytte informasjon fra en «brukerundersøkelse» med aggregerte data for alle rehabiliteringsinstitusjoner som er medlem av Virke-rehab.

Summen av all informasjonen fra forundersøkelser ga meg et bilde, og har vært retningsgivende for studien og utarbeidelse av intervjuguiden.

3.3.2 Utarbeidelse av intervjuguiden

Ved utarbeidelse av intervjuguiden og utforming av spørsmålene er det tatt utgangspunkt i det teoretiske rammeverket *Theory of planned behavior* og forskningsspørsmålene. **Atferden/handlingen** er i denne studien definert til å være deltakelse på rehabiliteringstilbud i

spesialisthelsetjenesten. Ved hjelp av teorien og modellen er det utarbeidet spørsmålskategorier innenfor de forskjellige variablene/faktorene som kan gi beskrivelse av hvilke faktorer som styrer og har betydning for selve atferden/handlingen;

Holdning til atferd/handling: spørsmål i intervjuguiden går på pasientens/brukerens egne vurderinger/ holdninger knyttet til rehabiliteringstilbud. På bakgrunn av deres erfaringer er spørsmålet hvordan de selv kan beskrive egne vurderinger. Her er spørsmål fra intervjuguiden; *Kan du fortelle om hvordan du kom hit på rehabiliteringsopphold, og si gjerne litt om søknadsprosessen. Hva visste du om rehabiliteringstilbud før legen henviste deg? Kan du fortelle om dine tanker og forventninger omkring det å komme hit på rehabiliteringsopphold? Kan du si noe om du spesielt vurderte et rehabiliteringstilbud her hos oss og eventuelt hvorfor? Kan du si noe om hva du mener er de viktigste årsakene til at du deltar på rehabiliteringsopphold her?*

Subjektiv norm (SN): her er spørsmålene rettet mot pasientens/brukerens opplevelse av påvirkning fra andre, eksperter og sosialt press, også kalt subjektiv norm. Her er spørsmål fra intervjuguiden; *Hvordan vil du si at legens holdning var til at du skulle delta på rehabiliteringstilbud? Kan du si noe om det var forventninger fra legen om at du skulle delta på rehabiliteringstilbud? Var det andre rundt deg som hadde tanker om rehabiliteringstilbud? Kan du si noe om legens oppfatning påvirket deg i dine valg om rehabiliteringstilbud? Kan du si noe om andres forventninger påvirket deg i dine valg av rehabiliteringstilbud?*

Oppfattet atferdsmessig kontroll (PBC): Spørsmålene her er rettet mot faktorer som kan påvirke pasientens/ brukerens opplevelse av atferdsmessig kontroll. Her er spørsmål fra intervjuguiden; *Hva tenker du om din egen tro på å gjennomføre rehabiliteringstilbudet? Hva tenker du at du vil oppnå etter at du er ferdig med rehabiliteringstilbudet?*

Intensjon: Summen av de ovenstående punktene leder til intensjon til atferden, og som en generell regel; jo mer fordelaktig holdning til handlingen og subjektive norm, og jo større den oppfattede kontroll, desto sterkere er personens intensjon om å utføre den gjeldende atferden. (Ajzen, 2006). I intervjuguiden har jeg kun valgt følgende spørsmål på denne variabelen; *Fikk du tildelt rehabiliteringstilbud der du ønsket?*

Avslutningsvis på intervjuet har jeg valgt et oppfølgingsspørsmål; *Hva vil du si var de viktigste tingene for deg når du vurderte rehabiliteringstilbud?*

I intervjuguiden (se vedlegg) er det gjort forsøk på å utarbeide gode og åpne spørsmål, og for å innhente tilleggsinformasjon benytter jeg oppfølgingsspørsmål som for eksempel; «...det var interessant, kan du si noe mer om det...». Det vil bli foretatt testing av intervjuguiden gjennom et prøveintervju. Svarregistreingene av data vil kun foregå i notatform ved at jeg noterer underveis. Ved avsluttet intervju gjøres det en oppsummering og gjennomgang sammen med informanten for å sikre validitet, at det som noteres under intervjuet er det som informanten har sagt. Det blir en sikting på at det noteres ned riktig forståelse av informasjonen.

I intervjuguiden gjøres det små justeringer for å tilpasse spørsmålene i de forskjellige informantgruppene. Intervjuguiden er først utarbeidet for individuelle intervjuer med pasienter/brukere, og med utgangspunkt i den er det gjort minimale justeringer på spørsmålene for gruppeintervjuet med pasienter. Det ble for eksempel endret fra «.. hvordan vurderer du... til hvordan vurderer dere...». Det gjøres tilsvarende tilpasninger til informantgruppen leger og ansatte ved Informasjonstelefonen for ReHabilitering, men det etterstrebes å holde intervjuguiden så lik som mulig.

3.3.3 Evaluering av validitet

(Kirk & Miller, 1986) beskriver følgende om reliabilitet og validitet; «reliability is the extent to which a measurement procedure yields the same answer however and whenever it is carried out, and *validity* is the extent to which it gives the correct answer».

I følge Neuman (2011 p. 456) kommer validitet i forskningen fra analyse av data som viser nøyaktige gjengivelser av den sosiale verden innen forskningsfeltet. Å gjenskape data er ikke et kriterium fordi «feltarbeid» er nesten umulig å gjenskape. Det er hele tiden vesentlige endringer i «feltet»; sosiale hendelser og kontekster endrer seg, medlemmene er forskjellige og forskere varierer. Neuman sier videre det er fire typer validitetstester for forskningsnøyaktighet. Jeg vil i det følgende benytte de fire validitetstestene for å gjøre en evaluering av validiteten i denne studien.

- 1) **Ecological validity** er i hvilken grad den sosiale verden som beskrives sammenfaller med «informantenes» verden. Videre spørsmål i testen er om den «naturlige settingen» som er beskrevet er relativt uforstyrret av din tilstedeværelse eller «prosedyrer». En studie har *Ecological validity* når hendelsene ville funnet sted uten din tilstedeværelse. Evaluering av denne studien ut fra det første punktet i validitetstesten; den settingen jeg beskriver og tar utgangspunkt i er pasienter/brukere som er på rehabiliteringsopphold, leger på legekantor og telefonintervju med ansatte ved *Informasjonstelefonen for rehabilitering*. Mitt møte med pasienter/brukere er mens de er på et rehabiliteringsopphold, og den «hendelsen» er helt upåvirket av min «tilstedeværelse». Leger intervjuer jeg på legekantorene og ansatte ved *Informasjonstelefonen for rehabilitering* har jeg telefonintervju med, og jeg vurderer det er naturlige settinger som er uforstyrret av min tilstedeværelse. Ut fra dette vurderer jeg min studie til å være valid ut fra det første punktet i testen.
- 2) **Natural history** er en detaljert beskrivelse av hvordan du gjennomfører prosjektet, og om det er en full og ærlig utlevering av dine handlinger, forutsetninger og prosedyrer som er åpen for andre til å vurdere. En studie er gyldig i form av *Natural history* hvis utenforstående ser og aksepterer feltet/området og dine handlinger. Evaluering av denne studien ut fra det andre punktet i validitetstesten; det er forsøkt etter beste evne å gjøre en så fullstendig og ærlig dokumentasjon som mulig på hvordan studien gjennomføres, og det er sterkt fokus på at studien utføres etter riktige prosedyrer og retningslinjer. Det er ikke mulig for meg å evaluere validitet etter dette punktet, men det er med stor ydmykhet jeg trår inn i dette forskningsfagfeltet og har høy bevissthet på å gjennomføre studien med så stor grad av validitet som mulig. Prosedyrer og analyser som er gjennomført er åpen for vurdering dersom det skulle være behov for det.
- 3) **Member validation** inntreffer når en tar forskningsresultater tilbake til «informantene» og de bedømmer resultatene. Det er en metode som «field researchers» bruker for å demonstrere ekthet og troverdighet av en studie ved å be folk som ble studert, lese og bekrefte som sannhet det forskerne har rapportert. Evaluering av denne studien ut fra det tredje punktet i validitetstesten; det vil ikke være mulig å kontakte informantene igjen etter studien er ferdig, men det gjøres validering av de innsamlede dataene umiddelbart etter intervjuene. Det gjøres ved at jeg sammen med informanten går gjennom det som er notert under intervjuet, og som da blir en validering

på det som er notert ned er riktig forståelse av informasjonen fra informantene. De håndskrevne notatene blir umiddelbart etter intervjuet transkribert, skrevet inn på elektronisk skjema som er lagret som P1, P2 osv.

- 4) *Competent insider performance* er muligheten for et «ikke-medlem» å samhandle effektivt som medlem. Det beskrives som en handling «field researchers» bruker for å demonstrere ekthet og troverdighet av en studie ved at forskeren passerer som et medlem av gruppen som studeres. Det er ikke relevant å benytte denne valideringsmetoden for denne studien.

Andre etiske prinsipper i forbindelse med innsamling av data er beskrevet under avsnitt 3.4.1 om Forskningsetiske aspekter.

3.4 Analyse av data

I følge Neuman (2011 p. 507) starter analysen i kvalitativ forskning allerede ved selve datainnsamlingen. I denne studien ønsker jeg å analysere de innsamlede kvalitative dataene ved systematisk å organisere, integrere, og undersøke dataene, og samtidig som jeg gjør det søker jeg etter mønstre og sammenhenger mellom de konkrete detaljene.

Jeg vil analysere de forskjellige informantgruppene pasienter/brukere, leger og ansatte ved *Informasjonstelefonen for ReHabilitering* hver for seg, og foreta en samskriving etter analysene.

For å analysere det transkriberte datamaterialet vil rådataene bli kodet og organisert i begrepsmessige kategorier, og det som er målet med analysen er å kunne få en mer helhetlig forståelse for pasienter/brukeres beskrivelser og refleksjoner rundt rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten.

Jeg ønsker i denne studien å benytte det Strauss (1987) beskriver i Neuman (2011 p. 511) som tre forskjellige typer av kvalitativ datakoding, som da sikrer en gjennomgang av datamaterialet tre ganger ved å benytte forskjellig koding hver gang. De tre typene betegnes som; 1) *åpen koding* (open coding), 2) *aksial koding* (axial coding) og 3) *selektiv koding* (selective coding).

Åpen koding beskrives som den første kodingen av kvalitative data som undersøker dataene for å dra dem sammen inn i foreløpige analysekategorier eller koder. (Neuman, 2011 p. 511).

Jeg ønsker å benytte *åpen koding*, som Neuman beskriver, i mitt første forsøk på å trekke sammen data-massen inn i kategorier og for å finne temaer og tilordne innledende koder. Ved grundig gjennomlesing av dataene vil jeg se etter spesielle temaer, utsagn, hendelser, personer eller andre interessante kategorier. For å være åpen til nye kategorier vil jeg benytte et fargekodingssystem for å markere kategorier, dette for ikke å låse, men være åpen for endringer av de første kodene i påfølgende analyse. Jeg vil forsøke å benytte det teoretiske rammeverket på en fleksibel måte. Ved å benytte åpen koding ønsker jeg å få temaer fra datamaterialet opp til overflaten, og temaene kommer i utgangspunktet fra den opprinnelige problemstillingen min, fra begreper i litteraturen, begreper som brukes av informanter i den sosiale settingen eller nye tanker som kommer fram etter en fordypning i dataene.

Neste steg i dataanalysen er *aksial koding* som Neuman (2011 p. 512) beskriver som andre fase av koding av kvalitative data, hvor forskeren organiserer kodene, lenker begrep, og oppdager viktige analytiske kategorier.

Mens jeg i første kodingen med åpen koding er opptatt av å fokusere på de faktiske data og tildele kode-kategorier, og ikke så opptatt av sammenhenger. Som Neuman beskriver er det nettopp sammenhengene som er interessante i aksial koding.

Jeg planlegger å starte den aksiale kodingen med utgangspunkt i kode-kategoriene jeg finner fram til under åpen koding, og jeg er i denne fasen ikke så opptatt av de innsamlede dataene, men de kodede temaene fra den første kodingen.

Jeg ønsker også å se etter nye tilleggs-koder eller nye ideer som kan dukke opp når jeg går gjennom kodingene, men den primære oppgaven er å gjennomgå og undersøke innledende koder. Jeg vil se etter årsaker og konsekvenser, spesielle forhold og interaksjoner, strategier og prosesser. I tillegg vil jeg være observant på kategorier eller begrep som kan slås sammen. Jeg kan benytte spørsmål som for eksempel; Kan jeg dele eksisterende konsepter i undermapper eller underkategorier? Kan jeg kombinere flere nært beslektede begrep inn i en mer generell kategori? Kan jeg organisere kategorier inn i en sekvens?

Aksial koding stimulerer ikke bare tenkning omkring sammenhengen mellom begreper eller temaer, men reiser også nye spørsmål. Det kan foreslås å droppe noen temaer eller undersøke

andre tema mer i dybden. Det forsterker også sammenhengen mellom bevis og konsepter. Etter hvert som det samles koder, kan jeg søke etter bevis for temaene og lete etter støtte for kodene i de kvalitative dataene.

Den tredje typen kvalitativ datakodning er *selektiv koding* som Neuman (2011 p. 514) beskriver som det siste kodingsnivået av kvalitative data, og som undersøker tidligere koder for å identifisere og velge data som vil støtte de konseptuelle kodings- kategoriene som ble utviklet.

Når jeg har identifisert de store temaene er jeg klar for en tredje gjennomgang av dataene, og det innebærer å gå gjennom alle dataene og tidligere koder på nytt, se selektivt etter saker som illustrerer temaer, og gjøre sammenligninger etter at datainnsamlingen er gjennomført. Selektiv koding bør begynne etter konsepter har blitt godt utviklet og flere kjerne generaliseringer eller ideer er blitt identifisert.

3.4.1 Forskningsetiske aspekter

De etiske problemstillingene er bekymringer, dilemmaer og konflikter som oppstår i løpet av en forskningsprosess som drives på den «riktige» måten. I min studie er det gjennom hele prosessen vært stort fokus på etiske refleksjoner over beslutninger som må tas, og mye er diskutert sammen med veileder, både ved planlegging av studien og ved gjennomføring. Etikken definerer hva som er og hva som ikke er legitimt å gjøre, og hva «moralske forskningsprosedyrer» involverer. Det er få etiske «absolutter» men det er mange prinsipper det er enighet om. Disse prinsippene kan skape konflikter i praksis. Flere etiske prinsipper krever balansering av to verdier; jakten på vitenskapelig kunnskap og rettighetene til dem det blir studert på i samfunnet. Profesjonelle samfunnsforskere krever at den som forsker både kjenner til riktige forsknings teknikker og er følsom overfor etiske spørsmål i forskningen. (Neuman, 2011 p. 143). I denne markedsføringsstudien har fokuset på etiske prinsipper vært høyt gjennom hele studien, og flere dilemmaer er blitt diskutert underveis med veileder. Det er spesielt gjort viktige vurderinger i knyttet til personvernet, og ivareta informantenes anonymitet og konfidensialitet.

Anonymitet defineres av Neuman (2011 p. 152) som den etiske beskyttelse der deltakere forblir «navnløse», og der deres identitet fortsatt er ukjent og beskyttet mot offentliggjøring.

Konfidensialitet beskriver Neuman (2011 p. 153) som etisk beskyttelse av dem som er studert ved å holde forskningsdata i fortrolighet, og ikke publisere informasjon på måter som kan spores tilbake eller linkes til spesifikke individer i spesifikke situasjoner. For å forhindre dette presenterer forskere data bare i en samlet form.

Et annet viktig etisk prinsipp som jeg har vurdert høyt i denne studien er det som i forskning kalles *prinsippet om frivillig samtykke*, og det går ut på aldri «å tvinge» noen til å delta. Personer skal aldri delta i forskning, med mindre de eksplisitt og helt av egen fri vilje velger å delta. I følge Neuman (2011 p. 149) er det ikke nok å innhente tillatelse, personene skal også vite hva de blir spurt om å delta på. Først da kan de gjøre et *informert samtykke* som kan beskrives som en «avtale» mellom forskeren og den personen det forskes på. Informert samtykke er en «skriftlig avtale» der personen det forskes på gir sin tillatelse til forskeren, og forskeren sier noe om hva slags informasjon som skal innhentes, hvordan og når dette skal skje og hvordan informasjonen skal benyttes i ettertid.

Datainnsamlingen i denne studien følger etter beste evne de «generelle forskningsetiske retningslinjer» som har gjeldende hovedprinsipper respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Hvordan hovedprinsippene anonymitet, konfidensialitet og fritt informert samtykke ivaretas i forbindelse med datainnsamling i denne studien beskrives i de forskjellige fasene av datainnsamlingen.

Før intervjuet:

Et tilfeldig utvalg av pasienter/brukere plukkes ut av inntakskoordinator utfra inkluderingskriterier jeg har gitt beskjed om, og som er beskrevet under utvalgsramme i avsnittet 3.2.1. Alle som takker ja blir får utdelt et informasjonsskriv der det informeres om hensikten med studien, hva som er tematikken for intervjuene, hvordan de innsamlede dataene blir publisert. Videre informeres det om ivaretagelse av anonymitet, konfidensialitet og om *fritt informert samtykke* som betyr frivillig deltakelse og rettigheter til når som helst å trekke seg fra studien. (Se vedlegg: Informasjonsskriv). For de informantene som takker ja til å delta på studien, avtales tidspunkt og sted og omtrentlig hvor lang tid det er beregnet på intervjuet. Det tas hensyn til informantens dagsprogram og intervjuet legges til et tidspunkt utenom dette. Alle informanter som takker ja blir anonymisert i form av kun å omtales som P1, P2, P3

osv. Den eneste informasjon om informanten jeg får fra inntakskordinator er; Intervju med P1, sted og tidspunkt, og ingen data kan knyttes direkte til personopplysninger.

Under intervjuet:

Jeg treffer informanten på avtalt møtested til avtalt tidspunkt. Jeg har høyt oppe i bevisstheten det forskningsetiske prinsippet om å behandle informanten med respekt. Før intervjuet starter går jeg gjennom det utdelte informasjonsskrivet og spør informanten om det er noen uklarheter rundt dette. Intervjuguiden er skrevet ut på forhånd og merkes med det nummeret jeg har fått fra inntakskordinator, for eksempel informant P1. Jeg informerer om at jeg kun kommer til å ta notater under intervjuet, og ikke gjøre opptak av noen som helst slag. Det kommer heller ikke til å bli notert medisinske opplysninger av noen som helst slag, og studien omhandler ingen sensitive temaer. Intervjuet innledes med litt uformell prat, og holdes i en uformell men respektfull tone. Ved avslutning av intervjuet rettes det en hjertelig takk til informanten for at vedkommende vil la seg intervjuet.

Etter intervjuet:

Ved tolking av data fra intervjuene vil jeg være bevisst på og lese selvkritisk gjennom egne tolkinger, og la det gå klart fram hva som er mine tolkinger og hva som er informantens tolkinger av sine handlinger/ utsagn. Eventuelle gjenkjennelige detaljer anonymiseres.

De samme prinsippene som beskrevet over gjelder også for gruppeintervju med pasienter/ brukere som informanter.

Intervju med leger som informanter, både individuelle intervjuer og gruppeintervju følger også de etiske prinsippene ved intervju som beskrevet over. Det som skiller seg ut i forhold til leger er måten de er rekruttert på. Det er beskrevet tidligere i avsnitt 3.2.2 under leger som informanter - utvalgsramme. Leger betegnes som L1, L2 osv.

Intervju pr. telefon med ansatte ved *Informasjonstelefonen for ReHabilitering* følger også de samme etiske prinsippene for intervju som beskrevet over, og det ble gitt tidspunkt for telefonintervjuer av leder for telefontjenesten. De betegnes som RKE1, RKE2 osv. Det som

skiller seg ut i forhold til denne informantgruppen er rekrutteringsmåten som er beskrevet tidligere i avsnitt 3.2.3.

4 Gjennomføring og resultater

I dette kapittelet vil jeg beskrive hvordan datasamlingen har forløpt og beskrive det oppnådde utvalget. Videre vil resultatene fra analysen bli presentert. Analysen er tredelt, først vil resultater fra informantgruppen pasienter/brukere bli presentert, så resultater for informantgruppen leger, og deretter resultater fra den tredje informantgruppen som er ansatte ved Informasjonstelefonen for ReHabilitering. Til slutt i dette kapittelet gjøres det forsøk på samskriving av de tre analyseresultatene.

4.1 Datainnsamlingen og det oppnådde utvalg

Datainnsamlingen foregikk over en periode på tre uker, og rekrutteringen av respondenter gikk over all forventning. Samtlige som ble kontaktet takket umiddelbart ja til å delta. Intervjuene foregikk i henhold til de forskningsetiske prinsippene anonymitet, konfidensialitet og frivillig samtykke som beskrevet i avsnitt 3.4.1 om forskningsetiske aspekter. Intervjuguiden ble testet gjennom et prøveintervju, og jeg var ikke fornøyd. Spørsmålene var for lukkede og jeg fikk ikke den ønskede informasjonen og heller ikke «god flyt» i intervjuet. Spørsmålene ble justert og fungerte bra på de neste intervjuene. Jeg endret intervjuguiden for å tilpasse til de to andre informantgruppene. Intervjuguiden er forsøkt holdt så lik som mulig for å kunne sammenlikne de innsamlede dataene. (Se vedlegg).

Rekrutteringen av informanter er beskrevet i avsnittene 3.2.1, 3.2.2 og 3.2.3 om utvalgsramme. Det oppnådde utvalget og type intervju for alle informantgruppene vises i tabellen under;

Informantgruppe	Individuelle intervju	Gruppeintervju	Telefonintervju
Pasienter/brukere	5	4	
Leger	2	9	
Informasjonstlf. ReHabilitering			2

Jeg vil her si litt om min erfaring med rekruttering og gjennomføring av intervjuene for de tre informantgruppene.

4.1.1 Pasienter/brukere, rekruttering og gjennomføring av intervju

Pasienter/brukere ble rekruttert av inntakskordinator. Det var god spredning i alder og kjønn på informantene. Jeg hadde ingen informasjon om pasientens personlige data som navn eller alder, men enkelte av dem fortalte sin alder uten at jeg spurte om det. Jeg hadde bare betegnelsen P1,P2, P3 osv. på pasientene. Jeg møtte den enkelte informant til avtalt tidspunkt. Et par ganger ventet jeg litt fordi det var forsinkelse i pasientens program. Vi gikk til et uforstyrret samtalerom, og jeg bød på kaffe, ønsket velkommen og takket for at vedkommende ville stille til intervju. Jeg gikk gjennom informasjonsskrivet som informanten hadde fått utdelt ved rekrutteringen, og informerte om formålet, hva slags informasjon som innhentes og hvordan informasjonen skal benyttes og at ingen informasjon blir tatt opp, men blir notert underveis. I tillegg gikk jeg gjennom de forskningsetiske prinsippene anonymitet, konfidensialitet og fritt informert samtykke. Jeg informerte også om at ingen medisinsk informasjon blir notert eller skal benyttes, og at jeg som «forsker» også forholder meg til taushetsplikten. Det var stor variasjon i lengden på intervjuene, fra ca. 40 minutter til det lengste intervjuet på ca. 90 minutter. Gruppeintervjuet foregikk etter samme mal som de individuelle intervjuene og informantene ble rekruttert på samme måte. Intervjuguiden var utarbeidet til å kunne benyttes både til individuelle intervju og gruppeintervju. Samtlige intervju hadde god flyt og fungerte som en uformell samtale. Ved flere av intervjuene kom pasienten inn på diagnosetematikk, men jeg «styrte tilbake» etter beste evne og på en respektfull måte. Etter intervjuet gikk jeg sammen med informanten gjennom det jeg hadde notert under intervjuet som på den måten ble en validering på at det jeg hadde notert var riktig forståelse av informasjonen fra informanten. (Henviser også til avsnitt 3.3.3 om evaluering av validitet, punkt 3.) Så takket jeg hjertelig for at personen hadde stilt opp til intervju. De fleste informantene ga uttrykk for at de synes det var «kjekt å kunne bidra».

4.1.2 Leger, rekruttering og gjennomføring av intervju

Leger er en krevende gruppe å rekruttere som informanter, så jeg forventet ikke å få til mange intervjuavtaler med leger. Utfordringen ble diskutert med veileder, og vi konkluderte med at få leger er bedre enn ingen. Legene kan gi nyttig informasjon til problemstillingen, og derfor viktige som informanter. Jeg henvendte meg først til en kjent lege som takket ja til å stille til

intervju. Etter intervjuet med denne legen spurte jeg om vedkommende kjente andre leger det kunne være hensiktsmessig å intervju. Jeg fikk en liste med navn og kontaktinformasjon og ut fra den fikk rekruttert en lege. Jeg benyttet en annen kontakt og fikk til en avtale med et legesenter. I forbindelse med legenes «driftsmøte/fagmøte» var jeg heldig og fikk en avtale på 30 minutter for å *intervjue dem som en gruppe*. Legene er rekruttert fra tre forskjellige kommuner i Hele Sør-Øst, og intervjuene foregikk på legesentre. Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet er det gjort litt endringer i intervjuguiden for å tilpasse til denne informantgruppen. Samme intervjuguide benyttes til de individuelle intervjuene og gruppeintervjuene, og er utarbeidet til å kunne gjelde for begge. Intervjuguiden er samtidig forsøkt holdt så lik som mulig til den utarbeidet for pasienter/brukere. Jeg traff legene på avtalt sted, og startet intervjuene med å presentere meg og takke for at de ville stille til intervju. Så gikk jeg gjennom informasjonsskrivet som legen hadde fått tilsendt på forhånd, og informerte om formålet, hva slags informasjon som skulle innhentes og hvordan informasjonen skal benyttes og at ingen informasjon blir tatt opp, men blir notert underveis. I tillegg gikk jeg gjennom de forskningsetiske prinsippene anonymitet, konfidensialitet og fritt informert samtykke. Både de individuelle intervjuene og gruppeintervjuet med legene bar preg av presset tidsramme, og jeg måtte være effektiv i innsamlingen av dataene. Den ene legen hadde «ny pasientavtale», den andre legen hadde også arbeid som ventet og gruppeintervjuet med legene, der hadde stramt program og nytt tema på programmet etter «mine 30 minutter». Til tross for tidspresset fungerte det bra, og jeg fikk mye nyttig informasjon fra legene som informanter. Valideringen etter intervjuene ble ikke så grundig som jeg skulle ønsket på grunn av tidspresset. Etter intervjuene rettet jeg en stor takk for at legene hadde satt av tid for å la seg intervju i forbindelse med min studie.

4.1.3 Info.telefonen ReHabilitering, rekruttering og gjennomføring av intervju

Den tredje informantgruppen som jeg har vurdert hensiktsmessig å ha med som informanter i denne studien er ansatte som til daglig svarer på telefonhenvendelser til *Informasjonstelefonen for Rehabilitering*. Jeg gjorde en henvendelse til leder for Regional Koordinerende Enhet (RKE) ved Sunnaas sykehus som telefontjenesten er organisert under, og som i tillegg til telefontjenesten har ansvar for vurdering av alle henvisninger fra fastleger til rehabiliteringstilbud i Helse Sør-Øst. Lederen ved RKE var positiv, og jeg fikk tilsendt

kontaktinformasjon på mail for to personer som kunne stille til *telefonintervju*. Jeg kontaktet personene og avtalte tidspunkt for telefonintervju. Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet, har jeg endret intervjuguiden litt for å tilpasse til denne informantgruppen. Intervjuguiden er samtidig forsøkt holdt så lik som mulig som den som benyttes til pasienter/brukere. Jeg ringte opp informantene til avtalt tidspunkt, og satte telefonen på høyttaler, for å ha god mulighet til effektiv notering. Det var god lyd kvalitet, så det fungerte bra. Jeg innledet med å presentere meg og takke for at de ville stille til intervju. Så gikk jeg gjennom informasjonsskrivet og informerte om formålet, hva slags informasjon som skulle innhentes og hvordan informasjonen skal benyttes og at ingen informasjon blir tatt opp, men blir notert underveis. I tillegg gikk jeg gjennom de forskningsetiske prinsippene anonymitet, konfidensialitet og fritt informert samtykke. Disse intervjuene bar også litt preg av presset tidsramme, og jeg måtte være effektiv i innsamlingen av dataene. Den ene jeg intervjuet skulle i et møte så vi hadde 30 minutter til disposisjon. Mot slutten av det andre intervjuet ble det «litt pågang» på linjen inn, så vi gjorde en avrundning på intervjuet. Jeg hadde da allerede fått mye nyttig informasjon. Jeg avsluttet telefonintervjuene med å takke for at de ville stille opp til intervju.

4.2 Resultater

I dette kapittelet blir resultater fra analyser av de tre informantgruppene intervjudata presentert. Resultater fra analysene blir først presentert hver for seg; pasienter/brukere, leger, Informasjonstelefonen for ReHabilitering og til slutt blir det en sammenfatting av alle resultatene fra analysene.

Intervjudata fra de tre informantgruppene er analysert etter samme framgangsmåte, og analysen har bestått av de tre trinnene som beskrevet i avsnitt 3.4 om analyse av data; åpen koding, aksial koding og selektiv koding. Gjennom denne metoden er datamaterialet grundig gjennomgått og resultater fra hver av analysene består av fire utvalgte kodekategorier. Hver av kategoriene tar for seg forskjellige aspekter ved valgprosessen til pasienter/brukere som rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, og sitater fra intervjuene benyttes for å beskrive dette. Kapittelet vil følge inndelingen i de fire kodekategoriene, og ikke spørsmålsrekken i intervjuguiden.

Den første kategorien har jeg kalt *veien til rehabiliteringstilbudet* og det tar for seg forskjellige aspekter med hvordan pasienten/brukeren kom inn på rehabiliteringstilbud, der

pasientene beskriver om sine erfaringer og vurderinger, og hvordan legens påvirkningsrolle kan se ut blir belyst her.

Den andre kategorien er *kjennskap til rehabiliteringstilbudet*, og det tar for seg både pasienter/brukeres kjennskap og holdninger, legens kjennskap og holdninger samt andres kjennskap og holdninger der andre er beskrevet som familie, venner, helsepersonell m.v. Hva som er andres kjennskap, holdninger og anbefalinger, samt hvordan det framkommer er også gjort rede for.

Tredje kategori kaller jeg for *motivasjon/forventninger* og her tar jeg for meg pasienten/brukerens motivasjon og hvilke vurderinger de har gjort og hvilke forventninger de selv har i tilknytning til rehabiliteringsopphold. Denne kategorien gjør også rede for hvilke andre som også kan ha forventninger og påvirke pasienten.

Den fjerde kategorien har jeg kalt *egne erfaringer* og her kommer det fram faktorer som pasientene/brukerne selv vurderer som viktige elementer i forbindelse med deltakelse på rehabiliteringsopphold.

4.2.1 Resultater (analyse) pasienter/brukere som informanter

Ved intervju av pasienter/brukere ble det foretatt fem individuelle intervju og et gruppeintervju med fire deltakere. Til sammen ni intervju som er inkludert i dataanalysen.

Gruppeintervjuet fulgte samme framgangsmåte som de individuelle intervjuene og etter samme felles utarbeidede intervjuguide. Det er begrunnelsen for at gruppeintervjuet også tas med i datagrunnlaget for analysen.

Det ble stilt tre innledende spørsmål til informantene;

Har du deltatt på rehabiliteringsopphold tidligere? 2 personer svarte at de har deltatt på tidligere, 7 personer svarte de ikke har deltatt på rehabiliteringsopphold tidligere.

Måtte du vente lenge på tilbud? 3 svarte de måtte vente lenge (uttalelser som noe/litt/lenge defineres som lenge), 6 personer svarte de ikke ventet lenge og 1 person svarte ikke.

Bor du langt herfra? 2 personer svarte de bor i nabokommunen, 4 personer svarte 1-2 timers kjøring, og 3 personer svarte 2-6 timer å kjøre.

4.2.1.1 Pasienter – veien til rehabiliteringstilbudet

I den første kodekategorien *veien til rehabiliteringstilbudet* som omhandler spørsmål fra flere kategorier i intervjuguiden; Atferdsmessige oppfatninger, Egen evaluering, Normative antakelser og Motivasjon til å innordner seg. Det er det 8 uttalelser som omhandler søknadsprosessen. Jeg har forsøkt å kategorisere svarene etter uttalelser. Av de 8 sitatene var det 4 uttalelser som gikk på positiv egenmotivasjon der pasienten selv har henvendt seg til legen og har bedt om å bli søkt til rehabiliteringsopphold;

Jeg ba legen min om å søke meg her, fordi jeg vet hva jeg går til og jeg kjenner plassen.

Jeg følte meg så «utkjasa» så jeg tenkte at jeg skulle søke på å komme her. Men så sa andre at jeg heller skulle søke på en annen plass, og så søkte legen min for meg på en plass østenfor... Men så datt jeg og brakk.. (diagnose). Så jeg ble sendt til...senteret... Jeg spurte legen på ...senteret om hun kunne søke.. Legen på ...senteret søkte her og jeg fikk ja.

Fra gruppeintervju: En person sa hun hadde fått brosjyre om tilbudet her, og etter operasjonen søkte legen og så kom jeg hit.

Fra gruppeintervju: personen fortalte at da hun fikk sykdommen for (flere).. år siden, så husker hun at en eller annen lege hadde snakket om det med rehabilitering... men «da hadde jeg små unger og sånn, og jeg var ikke klar»... Så dette lå i bakhodet mitt, og jeg hadde vært innom en ny lege, og en lege som var vikar for vikaren... og da sa jeg at «jeg vil dra et sted», «noe må jeg gjøre».. «jeg måtte få hjelp». Legen visste at det var noe tilbud her...

I kategorien påvirkning fra legen er det 3 uttalelser som går på positiv påvirkning av legen og 1 som går på en negativ påvirkning i form av å føle forpliktelse. I disse sitatene er påvirkningen fra legen gjerne situasjoner der legen foreslår et rehabiliteringstilbud for pasienten, og det er 5 uttalelser om at legen hadde kjennskap til rehabiliteringstilbudet;

Og hun nye legen var nok skeptisk til å sykemelde... og hun ringte og spurte om jeg kunne tenke meg å inn på et rehabiliteringstilbud her, og da sa jeg ja... Jeg følte forpliktelse fra NAV og legen og jeg er sykemeldt..

Legen min sa at hun ikke kunne gjøre noe mer for meg og min.. (diagnose)...., så hun lurte på om jeg kunne tenke meg et rehabiliteringsopphold her .. jeg tenkte at siden legen sa det... Og

at legen mente jeg kunne ha noe ut av dette.. Det var legen som mente det kunne være til hjelp for meg.

Fastlegen min sa at det var et rehabiliteringssenter nær Kristiansand som skulle være det beste i landet.. Legen min visste ikke om tilbudet, men hun hadde forhørt seg. Det var flere som sa at det var det beste stedet. Så hun var veldig positiv. Det er vanskelig å være hjemmefra i 4 uker og så har jeg et barn med (diagnose)... Og jeg tenkte «å nei, det blir ikke lett, men det er det det beste stedet å få hjelp»... , jeg føler at legen ville mitt beste.

Fra gruppeintervju: ..personen fortalte at det var legen som anbefalte og sendte søknaden..., og at legen visste om plassen her.

4.2.1.2 Pasienter - kjennskap til rehabiliteringstilbudet

Denne kodekategorien omhandler spørsmål fra flere kategorier i intervjuguiden; Atferdsmessige oppfatninger, Egen evaluering, Normative antakelser og Motivasjon til å innordne seg. Det er det sortert inn 20 sitater som omhandler kjennskap på forhånd til rehabiliteringstilbudet de var deltakere på. Det er også tatt med sitater som omhandler positive og negative rykter. Det er 5 sitater som omhandler at pasienten hadde kjennskap/ god kjennskap til rehabiliteringstilbudet de var deltakere på.

Jeg har vært her (x) ganger og jeg har sett utviklingen siden første gang jeg var her i 20xx. Både bygningsmessig og treningsmessig. Jeg har ikke sjekket på nettet, men har bare fulgt med selv... Rykte om plassen her, det gamle sitter i... det er vanskeligere å forandre et rykte enn å begynne noe fra bunnen av. Og legesekretæren hun hadde en sånn nedlatende holdning. Det er viktig med det derre med «fra munn til munn» og rykter fra folk som har vært her er tidligere, og noen har lagt ut på facebook og sånn.

Jeg visste for så vidt det for jeg var her for 3-4 år siden.

Andre mente at jeg ikke kunne her, og at her måtte du være selvhjulpent.. .. Ei annen venninne hadde vært på annet sted, og der fikk hun massasje, og det trengte jeg.. og derfor ville jeg også der og ba legen min søke. Og så fikk jeg plass østpå, men kunne ikke dra der fordi jeg brakk xxxxx Ja, venninnen min påvirket meg til å søke østpå der hun hadde vært.

Det er 7 pasientsitater som omhandler at pasienten *ikke* hadde kjennskap/ god kjennskap på forhånd til rehabiliteringstilbudet de var deltakere på. Viser eksempler på uttalelser her;

Jeg hadde hørt om xxxxxx, men hadde ikke tenkt at det var noe for meg. Jeg visste egentlig ikke at det var noe der for meg, trodde det bare var hofter og kne, og bare opptrening generelt. Jeg tenkte «hva gjør de der», jeg hadde ikke anelse. Jeg leste på nettet (nettsiden). Ble altså.... følte ikke at jeg ble klok på hva jeg skulle inn på... for å være helt ærlig.

Jeg visste om xxxxxx... og tenkte at der var det var noen gamle «tanter»... Men jeg visste ikke at dere drev på med sånne ting. Den vanlige mann vet lite om det. Jeg gikk på nettet for å se, men det var ikke så mye der. Dere bør ut med mer reklame sånn at folk vet om sånne tilbud. Jeg ringte et par ganger... men det var så dårlig telefonlinje...

Fra gruppeintervju: En person svarte at hun hadde hørt fra andre at det var greit der. En annen person sa at hun nok trodde at det var sånn eldre med hofter og kne her... Tredje person sa at hun ikke visste noe om her... men hun hadde snakket med mange andre som hadde vært på rehabilitering andre steder, og da tenkte jeg «jeg håper det er sånn her også».. Fjerde person sa at «jeg visste ikke hva jeg gikk til».. og tenkte «nei, jeg kan ikke».. Men det var ikke så galt allikavel.. «jeg søkte på nettsiden men det stod ikke så mye»..

Det var 1 uttalelse om leger som hadde liten kjennskap til rehabiliteringstilbud her;

Legen min visste nok ikke så mye om dere.

Det er 6 uttalelser som går på positive og negative holdninger og rykter. Sitatene viser leger som har positiv holdning, andre fagpersoner som har positiv holdning og uttalelser om positive og negative rykter fra «andre»;

Legens holdning var veldig positiv. Det er mange nye leger nå i byen, og de virker ivrige. Og det var meg som ba legen søke.

Fysioterapeuten min i kommunen sa at han ikke kunne gi meg nok, og at det var helt topp at jeg skulle inn på rehabiliteringsopphold.

Og det er folk som jeg kjenner, og de er positive. Og så er det både den ene og den andre som sier «skal du sitte der å se på gamle damer som har operert hofter»...

Det overrasket meg at kollegaer på jobb spurte meg om «hva skal du der». Og det var arbeidskollegaer og både sykepleiere og andre. Jeg ble skuffet. Jeg følte det var nedlatende holdning fra kollegaer.

Barna mine mente at «du blir så mye bedre» fordi de hadde tro på xxxxx, for de hadde hørt om andre som hadde vært der og det ryktes.

4.2.1.3 Pasienter – motivasjon/ forventninger

I den tredje kodekategorien *motivasjon/ forventninger* omhandler spørsmål fra flere kategorier i intervjuguiden; Egen evaluering, Normative antakelser og Motivasjon til å innordne seg, Oppfattet atferdsmessig kontroll. Det er sortert inn 27 sitater som omhandler motivasjon/ forventninger. Det var mange og forskjellige forklaringer på motivasjon og forventninger, så derfor har jeg valgt å gjøre en undergruppering for å forenkle oversikten og forståelsen. De 6 underkategoriene jeg har valgt er; *motivasjon* (positivt/negativt, andres motivasjon, støtte som påvirket motivasjon), *bedre funksjon* (forventning om.. tro/håp om.. , bli bedre, bedre hverdag), *mestring* (...av livet/hverdagen/smerter, forventninger om..), *trygghet*, *nærhet til hjemmet* og *kjent sted*.

For *motivasjon* var det 6 sitater som beskrev positiv motivasjon, 2 sitat beskrev negativ motivasjon, to sitater beskrev andres motivasjon (legen) og to sitater beskriver støtte som påvirket motivasjonen positivt. Sitater om motivasjon som viser dette;

Jeg var veldig positivt innstilt når jeg først kom opp. Jeg var så innstilt før jeg kom opp, at dette skal jeg gjennomføre.

*Jeg hadde gått i stå med alt egentlig. Så å komme i gang igjen... med fysisk aktivitet og sånn..
...jeg sa at jeg skal gjøre så godt jeg kan, og ha en positiv innstilling til det.*

Fordi jeg ville bli frisk/ friskere. Jeg tenkte jeg måtte ta imot all hjelp jeg kunne få, og her var fagpersoner med kunnskap om min diagnose, så ikke bedre sted å søke om hjelp enn her.

Negativ motivasjon;

Noen dager før jeg skulle opp fikk jeg panikk.. Jeg skulle vekk i 4 uker, og hva skulle jeg vekk til...

Jeg grudde meg fryktelig. Jeg lurte på hva det var for noe.

Legens motivasjon;

Jeg kommer til å gå av med xxxxxxxx. Jeg følte at legen ville at jeg skulle tilbake på jobben igjen... og jeg følte at legen forventet at jeg fulgte opp med å delta på rehabiliteringstilbudet.

Den første legen hadde nok forventning om at jeg skulle på rehabiliteringsopphold, hun var nok redd for å sykemelde...

Støtte som påvirket motivasjon;

...så støttet samboeren meg. Og hvis han ikke hadde støttet meg så tror jeg at jeg hadde tenkt meg om..

Fra gruppeintervju: En person gledet seg, men ringte her på forhånd og lurte på «tror dere at dere vil ha meg der».. på grunn av (xxxx)... og fikk til svar at det var kanskje nettopp derfor hun skulle komme. «Det gjorde godt at hun i telefonen sa at jeg skulle komme».

Den andre underkategorien som jeg har valgt å kalle for *bedre funksjon* har 8 siteringer som omtaler dette. I sitatene omtales forventning som bedre funksjon, tro/ håp om bedre funksjon, bli bedre, få en bedre hverdag mv. Her er sitater som beskriver dette;

Og så var det en dyd av nødvendighet. Før jeg kom var «bestillingen» min bassentrening, trening på balanse og ernæring.

Men balansen er bedre, og jeg har større tro og er blitt sterkere... og da ønsker jeg å kunne gå bedre.

Ja forventninger... tror ikke jeg hadde så store forventninger. Men jeg håpte.. for å si det sånn... at jeg kunne gå ut med noe... så lenge jeg skulle være i 4 uker.

Jeg hadde jo som forventning at jeg skulle bli bedre. Og jeg kjenner at kroppen har bygd seg opp...

Jeg ville lære å gå bedre, bli sterkere i beinet og vite hvordan jeg skal gå... Jeg trodde på det. Det ga meg mot.

Det som er viktig for meg er at når jeg kommer hjem så kan jeg kjøre bil igjen og rundt å besøke venner. Jeg ønsker at jeg blir sånn tålrig i form.

Fra gruppeintervju: En person forventet hjelp til å trene seg opp etter operasjonen. Og lære å «være her og nå, å leve i situasjonen, å være åpen omkring sykdommen»..

En person hadde forventninger om å få en bedre hverdag, og var frustrert fordi de ikke kunne hjelpe henne... Jeg trodde de(teamet) skulle sette rammer for meg og si hva jeg skulle og ikke gjøre.. en slags oppskrift. Men det var ikke sånn.. «jeg måtte begynne å tenke sjæl»... og det var en prosess, og jeg brukte da tre uker på å finne ut av det...

Den tredje underkategorien som jeg har valgt å kalle for *mestring* har 3 beskrivelser i intervjuene som omtaler dette, og *mestring* omtales i intervjuene blant annet som *mestring* av livet/hverdagen/smerter og forventning om *mestring*;

..det måtte være en grunn... Legen sa ikke så mye om det. Det var å mestre livet og hverdagen og smerter og sånn. Det måtte jo være noe..

I begynnelsen tenkte jeg «de vet hvordan de skal kurere meg, så blir jeg frisk igjen når jeg kommer hjem». Jeg ønsket meg en oppskrift. Og så ringte jeg til dere flere ganger for jeg lurte på så mye. Og det var alltid så hyggelig måte å bli møtt på i telefonen. Og den ene gangen jeg ringte og snakket med en fra teamet så sa den personen på en så diplomatisk og mild måte... at du skal lære å leve med.. og jeg tenkte... ja, selvfølgelig... hun har helt rett i det. Så forventningene mine ble etter hvert at jeg skulle lære meg å leve! Jeg ville få tilbake litt livsglede, litt overskudd. Jeg ville aldri klart å lære det selv.

En person var bare så glad for å komme til en plass der hun kunne få hjelp..

De tre siste underkategoriene som jeg har valgt å kalle for *trygghet, kjent sted og nærhet til hjemmet* har 4 beskrivelser i intervjuene.;

En person sa at det å være sammen med andre mennesker gir trygghet, særlig rett etter operasjonen.

Det har med trygghet å gjøre, det er det ikke tvil om! Betjeningen er spesiell. Og sykepleierne, det er de samme ansatte, det er kjente ansikter og de er trivelige. Det er stor trivselsfaktor å være her. Og så er det varmtvannsbasseng.

Og når jeg kommer her så kjenner de meg igjen, de er så imøtekommende og jeg blir tatt på alvor, det er ikke tvil om det. Og så er det unik beliggenhet her.

Det er nærme til kona, familie venner og hjemme.

4.2.1.4 Pasienter- egne erfaringer

Den fjerde kodekategorien *egne erfaringer* omhandler avslutningsspørsmålet i intervjuguiden; Alt i alt, hva vil du/ dere si var de viktigste tingene når du/dere vurderte rehabiliteringstilbud. Svarene i intervjuene er farget av pasientenes erfaringer med å være deltakende på rehabiliteringsopphold, mens spørsmålet er formulert i fortid/ tenke tilbake til før de kom på rehabiliteringsopphold. Det er innsortert 15 sitater fra intervjuene, og det er mange faktorer som er nevnt. Jeg har valgt å dele inn i to underkategorier; *ervertet kunnskap/erfaring* og *kommentarer til rehabiliteringstilbudet*.

Ervertet kunnskap/erfaring er erfaringer, erkjennelser, kunnskap eller annet som pasientene beskriver i intervjuene, og det er 6 beskrivelser fra intervjuene som viser dette;

Jeg har lært at det er helt greit at jeg kan gjøre i mitt eget tempo. Mange aha-opplevelser. Jeg er himla flink til å fortelle andre.. og ikke gjøre selv. Jeg har fått mye nyttige input.

..jeg har blitt bevisst på en del ting. Kutte ut litt på en del ting, dempe meg en del og lære å kjenne etter på følelser.

ser i ettertid at å ikke reise hjem i helgene har vært godt, å kunne fokusere på meg selv, å kunne fokusere på undervisning, meg selv... det er så bra. Hvis jeg hadde reist hjem hadde jeg tenkt på å forberede hjemreise hele uken.. og så hadde jeg ikke klart å fokusere på det som jeg skulle fokusere på.

...vi en sammensveiset gjeng. Og vi har lært så mye av hverandre.

Jeg har fått et verktøy som kan forandre livet mitt.

«jeg har fått verktøy som jeg kan bruke».. «jeg har blitt mer bevisst»..

Det var mye greiere enn jeg hadde trodd.

Kommentarer til rehabiliteringstilbudet er den andre underkategorien der jeg har samlet intervjudata som er konkrete kommentarer om hva som er viktig for pasienter ved rehabiliteringstilbudet (jf. intervju spørsmålet). Det er 9 beskrivelser i intervjudataene om denne kategorien;

Basseng, kjennskap og nærhet og at jeg vet mye om stedet.

Noe jeg savnet en gang og noe jeg har observert... og erfart...

At det kommer en slags reaksjon 3. dagen....Første dagen er man nysgjerrig, utålmodig, og det blir mye «kakling» i gangene...Tredje dagen kommer det en reaksjon, «hva er det som skjer, hva er det jeg holder på med»... De individuelle samtalene blir ofte å gjenta seg selv. Og så lurer jeg på om det er terapeutens forventninger og ikke mine.. Så det kunne være en «nøytral» samtale – ikke behandlere.. den tredje dagen som kunne ha noe å prate med om de behovene du har, om «mannen/ kona» og familien, om det økonomiske aspektet.

Teamet har en enkel og uhøytidelig holdning til hver andre.

Undervisningen har vært på en enkel og grei måte sånn at alle kan følge med, og greide oppgaver. Men savnet mer strukturert trening i treningssalen.

Det har vært mye mat og god mat.

Kunnskapen. Teamet og fagfolkene har så enorm kunnskap. Måten de formidler kunnskapen på. De er så positive og omsorgsfulle hele tiden. De vil vårt beste, som gir meg lov til å fokusere på meg selv – absolutt alle! De i resepsjonen, de som vasker her, og jeg har fått et sånn xxxxx-kort som jeg kan henge på døra når jeg hviler, og de som vasker skynder seg å vaske når det ikke henger på døra, og det er fantastisk.. Og kjøkkenpersonale... Alle sammen, hun som tok meg i mot... og alle andre hvis jeg har glemt noen. Maten er kjempegod. Hun som tar telefonen, jeg ringte så mange ganger før jeg kom, og hun svarte alltid like hyggelig. Lokalene er veldig komfortable. Det er veldig flott her. Bare en positiv opplevelse.

Og så har jeg blir behandlet som «et ordentlig menneske» her. Å ikke føle at du er i veien... Det har jeg dårlig erfaring på fra andre steder, å ikke bli behandlet på en verdig måte.

Fra gruppeintervju: en person sa at det var viktig å vite at hun kunne kjøre hjem i helgene hvis hun ønsket det.

De viktigste årsakene er nærhet til hjemme og kona, og så kan jeg ta en tur hjem når jeg ønsker.

4.2.2 Resultater (analyse) leger som informanter

Datamaterialet i forbindelse med intervju med leger er gjennomgått og resultater fra denne analysen består de samme utvalgte kodekategorier som for analysen av intervjudata for pasienter/brukere. Dette anser jeg for hensiktsmessig fordi leger er intervjuet med utgangspunkt i hoved forskningsspørsmålet om beskrivelse av beslutningsprosessen til pasienter/brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Hver av kategoriene tar for seg forskjellige aspekter ved valgprosessen, og sitater fra intervjuene benyttes for å beskrive dette. Kapitlet vil følge inndelingen i de fire kodekategoriene, og ikke spørsmålsrekken i intervjuguiden. Henviser også til intervjuguide for leger i vedlegg.

De fire kodekategoriene er veien til rehabiliteringstilbudet, kjennskap til rehabiliteringstilbudet, motivasjon/forventninger og egne erfaringer.

Ved intervju av leger ble det foretatt to individuelle intervju og et gruppe- intervju med ni deltakere. Til sammen tre intervju som er inkludert i dataanalysen. Gruppeintervjuet fulgte samme framgangsmåte som de individuelle intervjuene og etter samme felles utarbeidede intervjuguide. Det er begrunnelsen for at gruppeintervjuet også tas med i datagrunnlaget for denne analysen.

4.2.2.1 Leger – veien til rehabiliteringstilbudet

I den første kodekategorien veien til rehabiliteringstilbudet som omhandler spørsmål fra flere kategorier i intervjuguiden; Atferdsmessige oppfatninger, Egen evaluering, Normative antakelser og Motivasjon til å innordne seg.

Det er det 11 uttalelser fra leger som omhandler *veien til rehabiliteringstilbudet*. For å få bedre oversikt har jeg foretatt en underkategorisering og har valgt tilsvarende underkategorier som ved analysing av pasientintervjuene; positiv egenmotivasjon (pasienten ber om å bli henvist), legens holdning, positiv eller negativ påvirkning.

Av de 11 sitatene var det 5 uttalelser som gikk på positiv egenmotivasjon der pasienten selv har undersøkt selv, henvendt seg til legen og ønsker å bli søkt til rehabiliteringsopphold;

Tenker at de (pasientene) har kjennskap innen visse felt, og der det er tilgang til rehabiliteringstilbud i nære omgivelser. Og visse grupper som ofte undersøker, for eksempel fibromyalgi.

Så er det de som ønsker å «komme vekk», og noen som ønsker avlastning fra hjemmesituasjon.

Oftest pasienter og pårørende som tar det opp. Eller hvis en ikke kommer i mål med pasienten.

Så er det noen som vil inn på et spesielt sted..

Hvis de har funnet informasjon selv så vil de gjerne der, til en konkret plass.

Om legens holdning, positiv eller negativ påvirkning er det 9 beskrivelser i intervjudataene, 7 positive og 2 negative;

Oftest pasienter og pårørende som tar det opp. Eller hvis en ikke kommer i mål med pasienten.

Det kan være at spesialisten har sagt... for eksempel ortopedisk pasient som skal på rehabilitering etter operasjonen. Det kan være i forbindelse med arbeidsavklaringspenger, at det skal bli avklart. Tunge snevre diagnoser.

Så er det nye arenaer, for eksempel ME. Og mer fokus på kreftrehabilitering etter operasjon og kreftbehandling.

Jeg tenker at for visse grupper er det viktig, et lite puff for å klare en hverdag, og spesielt med den tverrfaglige tilnærmingen som benyttes i rehabiliteringstilbudene.

det er veldig greit.. som lege kommer en ofte til kort her med ting, men da ha noe å bygge mot, en plan for pasienten. Noe å kunne se fram til. Mulighet for pasienten med framdrift på noe.

Leger mener at rehabilitering er viktig. At pasienter har ofte urealistiske forventninger til opphold.

Jevnt over så er ikke kjennskapen så stor.

Ikke den aller største delen av det vi holder på med... første delen av dette året; 8-9 leger har henvist i snitt 1-2 pasienter hver.

4.2.2.2 Leger - pasientens kjennskap til rehabiliteringstilbudet

Kodekategorien kjennskap til rehabiliteringstilbudet omhandler spørsmål fra flere kategorier i intervjuguiden; *Pasientens Atferdsmessige oppfatninger, Om pasientens Egen evaluering, Pasientens Normative antakelser og Pasientens Motivasjon til å innordne seg.* Det er det sortert inn 9 sitater som omhandler pasientens og legens kjennskap til rehabiliteringstilbud.

For å få bedre oversikt er det foretatt en underkategorisering og jeg har valgt tilsvarende underkategorier som ved analysing av pasientintervjuene; legens, pasientens eller andres kjennskap eller ikke kjennskap til rehabiliteringstilbud og positive/negative holdninger og rykter.

Fra intervjudataene med legene var det 3 uttalelser som går på at legen mener pasienten har kjennskap til rehabiliteringstilbud., og spesielt unge voksne som søker mest på nett, blogg med videre;

Veldig mange av de med kroniske ting som opplever stagnasjon og som søker informasjon selv, og kanskje mest de unge voksne.

Noen pasienter har lest om steder og ringt dit selv før de kommer til meg.

Nettet/ blogger. Fra munn til munn. Andre i familien, for eksempel min mor hadde vært der... Interesseorganisasjoner/ foreninger, de har «blader» der det er informasjon om tilbud.

Videre i intervjudataene med legene er det 3 uttalelser som går på legens kjennskap til rehabiliteringstilbud.;

Sånn midt på treet. Jeg er ikke den som søker opp, men leser gjerne om tilbud i tidsskrifter. Jeg er ikke aktivt oppsøkende, men hvis jeg henviser så undersøker jeg tilbudet. For eksempel «ung plan» som jeg hadde lest om i et tidsskrift, og der jeg henviste en ung pasient til det tilbudet.

Nei altså, kunne nok visst enda mer på området her. Jeg vet litt.

På en skala fra 1-10 vil jeg si 1-2.

Intervjudataene med legene viser også 3 uttalelser som går på legens kjennskap til om andre rundt pasienten hadde tanker om rehabiliteringstilbud, og her er nevnt andre som helsepersonell, fysioterapeuter, pårørende og andre familiemedlemmer;

Helsepersonell, fastlegen og andre som familien.

Det kan være pårørende. Det er ofte det. Fysioterapeuter.

Ja, fysioterapeuter. Og det er spesielt i forhold til ortopediske pasienter og pasienter med fibromyalgi. Så er det foreldre som henvender seg og ønsker tilbud for sine barn med spesielle utfordringer. Psykisk helse er en annen instans, og jeg var med på et samarbeidsmøte for det var en pasient med flere diagnoser. Og her foreslo personen fra psykisk helse å søke pasienten inn på rehabiliteringstilbud.

4.2.2.3 Leger – pasientens motivasjon/ forventninger

I intervjudataene med legene er den tredje kodekategorien pasientens motivasjon/ forventninger og omhandler spørsmål fra flere kategorier i intervjuguiden; Egen evaluering, Normative antakelser og Motivasjon til å innordne seg, Oppfattet atferdsmessig kontroll. Det er sortert inn 13 sitater som omhandler motivasjon/ forventninger og det er flere underkategorier i enkelte av sitatene.

Det er forskjellige forklaringer på motivasjon og forventninger fra legeintervjuene sammenliknet med intervjudataene for pasientene. Legene uttaler seg om pasientens motivasjon, og i flere utsagn beskriver legene at pasienten ikke sier noe om motivasjon, det må legene spørre om. Dette tas med inn i underkategorien motivasjon.

Et annet moment som også tas med inn i underkategorien motivasjon er legens påvirkning på pasienten, om pasienten blir påvirket av det legen forteller/ anbefaler.

Underkategoriene er da; motivasjon (positivt/negativt, andres motivasjon, støtte som påvirket motivasjon – inkludert legens spørsmål om motivasjon), bedre funksjon (forventning om.. tro/håp om.. , bli bedre, bedre hverdag), mestring (...av livet/hverdagen/smerter, forventninger om..), trygghet, nærhet til hjemmet og kjent sted.

For motivasjon var det 9 uttalelser som kommer inn under motivasjon. Her er det tatt med både leger som spør pasienten om motivasjon, og legers uttalelser at de tror pasientene blir påvirket av det legen sier/anbefaler. Spørsmålet i intervjuguiden knyttet til dette er *Kan du/dere si noe om pasientene som kommer til dere, hvordan blir de påvirket av hva dere forteller/anbefaler?* Her vises enkelte av uttalelsene i forhold til motivasjon;

...jeg spør om det (motivasjon). For jeg må fylle ut det på søknadsskjema. Jeg tror ikke de har det klart for seg på forhånd hva de tenker og forventer.

Tenker at de (pasientene) blir det. Jeg har en informativ rolle overfor pasienten.

Håper det, sier ja når de sitter der. Hvis de har enkelte bestillinger. Jeg hører ofte på pasienten. Jeg er sjelden uenig med pasienten.

Ja, får håpe det. Nesten i for stor grad, og det henger litt igjen.. at leger velger for pasienter... Og det er mest eldre leger.. Det er forskjell på yngre og eldre, både leger og pasienter. Eldre pasienter er mer vant til at legen «bestemmer»..

...vi snakker om det for i søknadsskjemaet må det skrives noe om mål. Så de blir bevisst på hva de har som intensjon for rehabiliteringsoppholdet.

De fleste er godt motivert og har evne til å trene...

Så kan det være uførhet/ sykepengen, der det er «ufrivillig» og at de er umotivert. For eksempel pasienter som må dokumentere å ha vært gjennom et opphold for å få arbeidsavklaringspenger.

Intervjudataene med legene viser 1 uttalelse legens kjennskap til pasientens motivasjon/forventning som går på bedre funksjon, og 3 uttalelser som går på mestrings;

(Pasienter)Forventer å bli bedre/ slankere/ mindre smerter/ få grundig undersøkelse.

Klare seg bedre i dagliglivet! Få mer informasjon om sykdommen.

For eksempel en ung pasient hos meg som har xxxxxxx og ville på opphold, og for å lære mer om seg selv.

Håper de får mindre smerter. De med muskel/ skjelettplager – opptatt at det er basseng.

Fra intervjudataene med legene var det 1 uttalelse om nærhet til hjemmet, 2 uttalelser om kjent sted, og en uttalelse om fasiliteter som pasienter spør legene om.

4.2.2.4 Leger – pasientens egne erfaringer

Den fjerde kodekategorien egne erfaringer omhandler avslutningsspørsmålet i intervjuguiden; *Hva vil du/dere tro er de viktigste tingene ved rehabiliteringstilbud for pasientene?*

Det er innsortert 3 sitater fra intervjuene, og det er mange faktorer som er nevnt i hvert av sitatene. Jeg har valgt å dele inn i to underkategorier; kunnskap/erfaring og fasiliteter.

Intervjudataene viser 3 uttalelser om kunnskap/erfaring, ingen uttalelse om fasiliteter og en uttalelse om ventetid. Legeuttalelser vurderer forutsigbar ventetid/så fort som mulig/ kort ventetid som de viktigste tingene. Videre viser uttalelser om kunnskap/erfaring;

Det kan være forskjellige ting. Det kan være vitamininnsprøytning, en ny måte å meste hverdagen. Det kan være bedre funksjonsnivå, og klare hverdagen videre. Ikke så mange store endringer som trenges, men mange små endringer kan føre til en fryktelig bedre situasjon.

Treffe andre i samme situasjon. For noen er det miljøskifte. Se egne muligheter og finne egne ressurser.

Å bli mer bevisst på sin egen situasjon.

Legene refererte i intervjuene også om sine egne erfaringer om rehabiliteringstilbud som var et uventet moment, og som jeg har valgt å ta med;

Enklere henvisningsrutiner. Derfor kan en ikke forvente at pasienten skal sette i gang...

Det er håpløse runder der RKE ber om gammel epikrise fra gammelt opphold, gjerne to år tilbake..

Dette er tungt for oss.

Når det er snakk om å henvise til rehabilitering så tenker vi «å nei...» fordi det er så håpløst.

Og det er forskjellige tilbud hele tiden.

Skjema som ikke kan åpnes, og «jeg måtte ha en kode for å åpne skjemaet, og til slutt ga jeg opp»...

RKE, å sende søknader der er i utgangspunktet vanskeligere enn det var før. Det oppleves vanskeligere å få pasienter inn... Oftere avslag.

4.2.3 Resultater (analyse) Info.telefonen for ReHabilitering som informanter

Datamaterialet i forbindelse med telefonintervju med ansatte som til daglig svarer på henvendelser på *Informasjonstelefonen for ReHabilitering* er gjennomgått og resultater fra denne analysen består de samme utvalgte kodekategorier som for analysen av intervjudata for pasienter/brukere og leger. De ansatte på opplysningstelefonen er intervjuet med utgangspunkt i hoved forskningsspørsmålet om beskrivelse av beslutningsprosessen til pasienter/brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Hver av kategoriene tar for seg forskjellige aspekter ved valgprosessen, og sitater fra intervjuene benyttes for å beskrive dette. Kapittelet vil følge inndelingen i kodekategoriene, og ikke spørsmålsrekken i intervjuguiden. Henviser også til intervjuguide for leger i vedlegg.

De fire kodekategoriene er veien til rehabiliteringstilbudet, kjennskap til rehabiliteringstilbudet, motivasjon/forventninger og egne erfaringer.

Det er kun hensiktsmessig å benytte to av kodekategoriene på analysering av intervjudata for ansatte ved informasjonstelefonen. Dette på bakgrunn av det innsamlede datamaterialet fra intervjuene.

Det ble foretatt to telefonintervju med ansatte som til daglig svarer på henvendelser på *Informasjonstelefonen for ReHabilitering*.

4.2.3.1 Kjennskap til rehabiliteringstilbudet – Info.telefonen for ReHabilitering

Kodekategorien *kjennskap til rehabiliteringstilbudet* omhandler spørsmål fra flere kategorier i intervjuguiden; Pasientens Atferdsmessige oppfatninger, Om pasientens Egen evaluering, Pasientens Normative antakelser og Pasientens Motivasjon til å innordne seg. Det er det sortert inn 13 sitater som omhandler pasientens og legens kjennskap til rehabiliteringstilbud.

For å få bedre oversikt er det foretatt en underkategorisering og jeg har valgt tilsvarende underkategorier som ved analysering av pasientintervjuene; legens, pasientens eller andres

kjennskap eller ikke kjennskap til rehabiliteringstilbud og positive/negative holdninger og rykter.

Intervjudataene fra ansatte som til daglig svarer på henvendelser på *Informasjonstelefonen for ReHabilitering* viser 8 uttalelser som beskriver at pasienter har god kjennskap til rehabiliteringstilbud. 4 uttalelser viser at leger har liten kjennskap til rehabiliteringstilbud. 5 uttalelser fra datamaterialet er kategorien *andre* som har kjennskap til / og anbefaler rehabiliteringstilbud. «Andre» er beskrevet til å være andre pasienter, bekjente, familie venner. Det var 1 uttalelse om reklame som kilde til kjennskap til rehabiliteringstilbud, og en uttalelse om fasiliteter som pasienter spurte om. «Reklame» og fasiliteter er ikke kategorisert, men jeg tar det med som en ny faktor i det store bildet. En uttalelse gikk på lege som hadde positive holdninger, og en lege som hadde negative holdninger til rehabilitering.

Sitater fra datamaterialet som viser *god kjennskap til rehabiliteringstilbud*;

Jeg vil nok kategorisere; for eldre har nok en erfaring fra rekreasjon fra før, og tenker det er det de trenger. For de som er yngre så sier de gjerne at legen har bedt pasienten om å sjekke om hva det finnes av tilbud. Og da er vi gjerne litt runde i svarene, for det kommer an på hva som er pasientens mål, og hvilken diagnose de har. Ofte geleider vi dem til nettsiden vår som har oversikt over hvilke institusjoner som har forskjellige tilbud. Mange har nettsiden oppe når de ringer til oss.

Det er ikke uvanlig at de er godt orienterte på nettet for informasjon. Mange har god evne til å orientere seg selv.

Jeg synes at flere er orientert mot nett og finner informasjon der. Nå er det linket mot «kortversjonene» som er mer detaljert beskrivelse av de forskjellige rehabiliteringstilbudene, og at pasientene dermed er godt forberedt.

alderen.... Jeg har inntrykk av at de i yrkesaktiv alder i større grad søker informasjon på internett.

Pasienter.. jeg antar at de googler etter de forskjellige rehabiliteringstilbudene.

Utdrag fra datamaterialet som tar for seg uttalelser viser at leger har liten kjennskap til rehabiliteringstilbud;

Leger vet ofte ikke hvilke tilbud de forskjellige institusjonene har, og det kommer ofte søknader til feil institusjoner, og det vil si at institusjonen ikke har det tilbudet som pasienten er søkt inn til. Da er det ofte pasientene som ringer her etter at de har fått brev, og ikke legekantorene.

De vet veldig lite om det. Det er en umulig oppgave at legene skal vite alt om alle tilbudene. Det er derfor vi er der og at legene kan ringe oss for informasjon.

Utdrag fra datamaterialet som viser legens positive holdning til rehabiliteringstilbud, og negativ holdning;

...noen er opptatt av å finne et bra tilbud for en pasient. Det virker som om noen er aktive på søk.

Så er det noen som slenger inn en søknad, og når vi ofte tar kontakt for å få mer informasjon så sier de direkte at de sendte søknaden fordi pasienten ville det, at pasienten insisterte. Og da forklarer det gjerne «dårlige søknader».

Utdrag fra datamaterialet som tar for seg uttalelser viser andre som har kjennskap til / anbefaler rehabiliteringstilbud;

Jeg opplever at mange blir tipset fra andre pasienter, bekjente og familie.

Gjerne gjennom familie og bekjente, og noen sier «der vil jeg ikke, fordi der er de sånn eller sånn». De er veldig opptatt av, og kommer ofte med direkte spørsmål om institusjonen. Og da er det bra at vi fra RKE har vært rundt og sett på fasilitetene.

4.2.3.2 Pasientens motivasjon/ forventning - Info.telefonen for ReHabilitering

Kodekategorien *pasientens motivasjon/ forventning* omhandler spørsmål fra flere kategorier i intervjuguiden; Pasientens Atferdsmessige oppfatninger, Om pasientens Egen evaluering, Pasientens Normative antakelser, Pasientens Motivasjon til å innordne seg og Pasientens Oppfattede atferdsmessige kontroll. Det er det sortert inn 12 sitater som omhandler pasientens motivasjon/ forventning.

Jeg har benyttet samme underkategorier som i tidligere analyser av pasientens motivasjon/forventning; motivasjon (positivt/negativt, andres motivasjon, støtte som påvirket motivasjon – inkludert legens spørsmål om motivasjon), bedre funksjon (forventning om.. tro/håp om.. bli bedre, bedre hverdag), mestring (...av livet/hverdagen/smerter, forventninger om..), trygghet, nærhet til hjemmet og kjent sted.

Det er 2 uttalelser fra intervjudata som beskriver at pasienter ikke sier noe om motivasjon eller forventninger når de ringer. De må spørre om det;

Det er heller vi som sier litt om det. Vi belyser at det er aktiv rehabiliteringsprosesser.

Nei, det vil jeg ikke si. Det er mer om hvor de skal. Nei, det spørs hvilken diagnose de har og hva som er målet.

2 uttalelser fra intervjudata beskriver de ansatte på informasjonstelefonen kan ha positiv påvirkning på pasientens motivasjon;

Påvirket.. ja det gjør de nok. Det er fordi at noen er klare på hva de vil, og noen ikke. Ja, jeg tror det. Vi guider dem der de skal. For eksempel om det gjelder ren mestring, så gir vi anbefalinger om de skal ta kontakt med kommunen for et tilbud der eller rehabiliteringstilbud.

Ja, de blir påvirket av oss i valg av institusjon. Vi anbefaler ut fra hva deres problemstilling og diagnose er, og anbefaler institusjoner som har tilbud for dem. Så vi kan endre tanken de hadde...

Videre viser 1 uttalelse bedret funksjon som motivasjon/forventning til rehabiliteringstilbud, 1 uttalelse beskriver mestring, 2 uttalelser sier noe om nærhet til hjemmet, 1 uttalelse går på kjennskap til stedet.

Det var 2 uttalelser fra datamaterialet om ble kategorisert som viktig for pasientene, og det er ventetid. Begrepet ventetid er ikke kategorisert, men jeg tar det med som en ny faktor i det store bildet. Uttalelse fra datamaterialet om ventetid;

Noen er opptatt av «jeg vil ha et tilbud nå». «Jeg kan ikke vente». Da prøver vi å be dem ta en telefon til rehabiliteringssenteret. Ventetid er viktig for mange.

4.2.4 Sammenfatning av analysene

For å lage en form for sammenfatning på analysen av de tre informantgruppene vil jeg forsøke å sette det opp i en tabell med oversikt over de forskjellige kategoriene og underkategoriene.

Tallene er kun antall siteringer i intervjudataene og er ikke ment for summering, men er kun tenkt som en mulighet for å kunne se hvordan fordelingen er på underkategoriene for de forskjellige informantgruppene. Og på den måten få en oversikt om det er enkelte kategorier eller underkategorier som skiller seg ut eller på annen måte bør sees nærmere på.

Kategorier og underkategorier	Pasienter	Leger	Informasjonstelefonen for rehabilitering
	Ant.informanter 5+4	Antall informanter 2+9	Antall informanter 2
Veien til rehabilitering	8	11	
Positiv egenmotivasjon	4	5	
Positiv påvirkning av legen	3	7	
Negativ påvirkning av legen (føle forpliktelse)	1	2	
Legens kjennskap til rehab.tilbud	5		
Kjennskap til rehabiliteringstilbudet	20	9	13
Pasienten hadde kjennskap til rehab.tilbudet som var deltaker på	5	3	8 + 5 andre
Pasienten hadde <i>ikke</i> kjennskap til rehab.tilbudet som var deltaker på	7		
Legen hadde liten kjennskap	1	3	4
Positive holdninger og rykter	4		1 (lege)
Negative holdninger og rykter	2		1 (lege)

Motivasjon/forventninger	27	13	12
Positiv motivasjon	6	9	2
Negativ motivasjon	2		
Bedre funksjon	8	1	1
Mestring	3	3	1
Trygghet	1		
Nærhet til hjemmet	1	1	2
Kjent sted	2	2	1
			Ventetid
Egne erfaringer	15		
Ervervet kunnskap/ erfaring	6	3	
Kommentarer til rehabiliteringstilbudet	9		

5 Tolkning og diskusjon

Når jeg nå går tilbake og ser de analyserte resultatene i lys av forskningsspørsmålet, de tre underspørsmålene og det teoretiske rammeverket TPB er hovedinntrykket mitt at jeg har fått forsterket en del antakelser jeg hadde på forhånd om hvordan beslutningsprosessen er for pasienter som deltar på rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten.

Som Ajzen and Fishbein (1980) sier er det ultimate målet å kunne forutsi og forstå et individs atferd, og i denne studien i markedsføring er det interessant å forstå holdninger og vurderinger med det siktemål å kunne forstå hvilke mekanismer som ligger bak når pasienter/brukere/kunder tar valg. I denne studien er valget og atferden å delta på et rehabiliteringsopphold.

Hovedspørsmålet mitt er *hvordan beslutningsprosessen til pasienter/ brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten kan beskrives*. Og de tre tilleggsspørsmålene som er satt inn i modellen som viser mitt forskningsspørsmål i avsnitt 2.6;

1. Hvordan beskriver pasienter/brukere egne vurderinger i forhold til deltakelse på rehabiliteringstilbud?
2. Hvordan beskriver de påvirkning av andres anbefalinger?
3. Hvordan beskriver de påvirkning av eksperters anbefalinger?

Jeg vil ta utgangspunkt i forskningsspørsmålene og benytte resultater fra analyser av intervjudataene og sitater fra informanter for å belyse det enkelte spørsmål. I tillegg trekker jeg inn teori fra TPB som jeg har benyttet som teoretisk rammeverk.

På det første spørsmålet om hvordan pasienter/brukere beskriver egne vurderinger i forhold til deltakelse på rehabiliteringsopphold er det flere informanter som har uttalt seg om. Enkelte pasienter hadde innhentet informasjon på forhånd og ba legen søke til et spesielt rehabiliteringssted, mens andre igjen fikk forespørsel fra legen om det ville være aktuelt med et rehabiliteringstilbud. I analysen er en av underkategoriene i *veien til rehabiliteringstilbudet* definert som positiv egenmotivasjon der pasienten selv har henvendt seg til legen. Sitater fra pasienter som selv kontaktet legen; *Jeg ba legen min om å søke meg her, fordi jeg vet hva jeg går til og jeg kjenner plassen. Jeg følte meg så «utkjasa» så jeg tenkte at jeg skulle søke på å komme her. Jeg ba legen min om å søke meg her, fordi jeg vet hva jeg går til og jeg kjenner plassen.*

I begge tilfellene gjør pasientene vurderinger, men i følge TPB er det forskjellige vurderingsmekanismer som er til stede. Der pasientene har positiv egenmotivasjon og har innhentet informasjon selv er det med på å styrke holdning til handlingen/ atferden. Ved å søke informasjon styrkes holdningen og intensjon til handlingen/atferden. Og som Ajzen and Fishbein (1980) beskriver betyr det at jo mer positiv holdning en person har til atferden/handlingen desto mer sannsynlig er intensjonen til at personen vil utføre atferden som i denne studien er å delta på rehabiliteringstilbud.

Den andre vurderingsmekanismen kan beskrives der legen hadde positiv motivasjon for at pasienten skulle på rehabiliteringsopphold;.. *hun nye legen var nok skeptisk til å sykemelde...*

og hun ringte og spurte om jeg kunne tenke meg å inn på et rehabiliteringstilbud. Det kan beskrives med det som i TPB kalles for *subjektiv norm*. Troye (1999) sier den subjektive normen er den faktoren som reflekterer sosial innflytelse og vilje til å innordne seg andres forventninger.

I følge analysen hadde samtlige leger en formening om å påvirke pasientens valg. Her er utsagn som viser dette; *Tenker at de (pasientene) blir det. Jeg har en informativ rolle overfor pasienten. Håper det, sier ja når de sitter der. Hvis de har enkelte bestillinger. Jeg hører ofte på pasienten. Jeg er sjelden uenig med pasienten. Ja, får håpe det. Nesten i for stor grad, og det henger litt igjen.. at leger velger for pasienter... Og det er mest eldre leger.. Det er forskjell på yngre og eldre, både leger og pasienter. Eldre pasienter er mer vant til at legen «bestemmer»..*

Informantgruppen fra Informasjonstelefonen for ReHabilitering uttrykte også i intervjuene at deres informasjon kunne ha påvirkning på pasientens valg av rehabiliteringstilbud. Her er *Påvirket.. ja det gjør de nok. Det er fordi at noen er klare på hva de vil, og noen ikke. Ja, jeg tror det. Vi guider dem der de skal. Ja, de blir påvirket av oss i valg av institusjon. Vi anbefaler ut fra hva deres problemstilling og diagnose er, og anbefaler institusjoner som har tilbud for dem. Så vi kan endre tanken de hadde...*

Både legene og de ansatte ved Informasjonstelefonen for ReHabilitering har jeg definert som «spesialister» i denne studien, fordi de har kunnskap som kan påvirke pasientens holdning og holdning til intensjon og atferd. Beskrivelser av dette gir informasjon til det tredje tilleggsspørsmålet om hva eksperter anbefaler.

Et annet aspekt fra dataanalysen er fra det som er kategorien *kjennskap til rehabiliterings tilbudet* og underkategorien *pasienten hadde ikke kjennskap til rehabiliteringstilbudet* de deltok på. Det var overraskende mange som ikke hadde kunnskap om hva de «gikk til». Her er enkelte uttalelser om dette; *Jeg tenkte «hva gjør de der», jeg hadde ikke anelse. Jeg leste på nettet (nettsiden). Ble altså.... følte ikke at jeg ble klok på hva jeg skulle inn på... for å være helt ærlig. En annen person sa «jeg visste ikke hva jeg gikk til».. og tenkte «nei, jeg kan ikke».. Men det var ikke så galt allikevel.. «jeg søkte på nettsiden men det stod ikke så mye»..*

Kunnskapen eller rettere sagt mangel på kunnskap kan påvirke holdningen til intensjon og handling, og det kan ha motsatt effekt som nevnt over, og som Ajzen and Fishbein (1980) beskriver betyr det at jo mer positiv holdning en person har til atferden/handlingen desto mer

sannsynlig er intensjonen til at personen vil utføre atferden som i denne studien er å delta på rehabiliteringstilbud. Denne kan snus rundt også, og jo mindre positiv holdning en person har til atferden/ handlingen, desto mindre sannsynlig er det at personen vil utføre atferden.

Uttalelser fra pasienter forteller noe om dette og den usikkerheten de opplevde før de skulle på rehabiliteringsopphold og ikke visste hva de gikk til; *Noen dager før jeg skulle opp fikk jeg panikk.. Jeg skulle vekk i 4 uker, og hva skulle jeg vekk til... Jeg grudde meg fryktelig. Jeg lurte på hva det var for noe.*

Hva andre mener er kommer også inn under faktoren subjektiv norm, og beskrivelser under gir svar på det andre forskningstilleggsspørsmålet. Hvem som er *andre* er definert av informantene som familie, venner, kollegaer, helsepersonell mv. og at pasienter opplyser at de blir påvirket av hva andre mener. ... *Legens holdning var veldig positiv. Det er mange nye leger nå i byen, og de virker ivrige. Og det var meg som ba legen søke. Fysioterapeuten min i kommunen sa at han ikke kunne gi meg nok, og at det var helt topp at jeg skulle inn på rehabiliteringsopphold. Og det er folk som jeg kjenner, og de er positive. Og så er det både den ene og den andre som sier «skal du sitte der å se på gamle damer som har operert hofter»...Det overrasket meg at kollegaer på jobb spurte meg om «hva skal du der». Og det var arbeidskollegaer og både sykepleiere og andre. Jeg ble skuffet. Jeg følte det var nedlatende holdning fra kollegaer. Barna mine mente at «du blir så mye bedre» fordi de hadde tro på xxxxx, for de hadde hørt om andre som hadde vært der og det ryktes.*

Pasientens holdning og motivasjon til å delta på rehabiliteringstilbud kan også påvirkes av «andre», og det er beskrevet i analysen under *kjennskap til rehabiliteringstilbudet* som *positive og negative holdninger og rykter*. Både positive og negative holdninger og rykter kan påvirke hvordan pasienten selv vurderer, det kan påvirke graden av intensjon til handling og den subjektive normen. Summen av disse to påvirkningene og graden av oppfattet atferdsmessig kontroll vil være styrende for intensjonens styrke og om pasienten gjennomfører rehabilitering eller ikke. Et eksempel fra analysen viser dette; ... *og jeg følte at legen forventet at jeg fulgte opp med å delta på rehabiliteringstilbudet*. Riktignok deltok pasienten på rehabiliteringsoppholdet men med liten kjennskap og dårlig motivasjon fordi pasienten i stor grad vektla det legen forventet. I TPB beskrives det for motivasjon til å innordne seg, om hvordan en person vektlegger det andre forventer.

Avslutningsvis ønsker jeg å fremheve to punkter som det kunne være interessant som ny forskningstematikk, det med positivt eller negativt rykte. I intervjudataene er det beskrevet mange interessante rykter av både positiv og negativ art, flest negative, og det jeg vil kategorisere som «gamle rykter». Her er eksempel på et positivt rykte; *Fastlegen min sa at det var et rehabiliteringssenter nær Kristiansand som skulle være det beste i landet... Derfor ville hun henwise meg her.*

En av informantene beskrev nettopp dette; *Rykte om plassen her, det gamle sitter i... det er vanskeligere å forandre et rykte enn å begynne noe fra bunnen av. Og legesekretæren hun hadde en sånn nedlatende holdning. Det er viktig med det derre med «fra munn til munn» og rykter fra folk som har vært her er tidligere, og noen har lagt ut på facebook og sånn.*

Jeg vil til slutt nevne to faktorer som overrasket meg, det ene er viktigheten av kort ventetid. Det kom fram i intervjuene med alle tre informantgruppene. Og et annet overraskende moment var den lille kjennskapen som finnes om Informasjonstelefonen for ReHabilitering. Ingen av informantene jeg snakket med hadde hørt om dette, heller ikke legene.

6 Konklusjon

Formålet ved denne eksplorative studien har vært å beskrive hvordan beslutningsprosessen til pasienter/brukere som velger rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten er, og til det har jeg benyttet Theory of Planned Behavior som teoretisk rammeverk. Med bakgrunn i den nye helsereformen Fritt behandlingsvalg der også rehabiliteringstjenestene fra de private rehabiliteringsinstitusjonene som jeg representerer planlegges inn, vil det bety høyere grad av konkurranse for oss og større grad av valgfrihet for pasientene. Derfor er denne studien interessant ikke bare for egen virksomhet, men trolig også for rehabiliteringsbransjen, og andre som måtte ha interesse av den. Ved større grad av konkurranse så er det for meg som bedriftsleder ekstra viktig å fokusere på markedsføring, og hvordan jeg kan forstå pasientene (kundene) best mulig.

Modellen Theory of Planned Behavior (TPB) er en anerkjent modell som er mye benyttet der det er hensiktsmessig å få en forståelse for menneskelig atferd.

Jeg valgte tre informantgrupper; pasienter, leger og ansatte ved informasjonstelefonen for ReHabilitering.

Ved å benytte TPB som teoretisk rammeverk, og som utgangspunkt for intervjuguiden samt god bredde på informanter mener jeg det er kommet fram god bredde i intervjumaterialet som er analysert, og at jeg har fått nyttig innsikt gjennom pasientenes beskrivelser. Som nevnt tidligere i studien er dette i utgangspunktet den første delen av en studie, der det neste steget ville være å gjøre en survey-undersøkelse. Den innsamlede informasjonen vil muligens kunne danne et godt grunnlag for det. Det er i forrige avsnitt beskrevet flere situasjoner med utgangspunkt i modellen/teorien, informantenes beskrivelser, og det er mer bekreftelser på antakelser enn overraskende nye elementer som er kommet opp, og jeg vurderer at jeg i stor grad har fått svar på mine forskningsspørsmål, både hovedspørsmålet og de tre tilleggsspørsmålene.

Kritisk til egen forskning

Jeg stiller meg kritiske spørsmål om kvaliteten på egen studie. Er utvalget riktig vurdert, er det god nok bredde på informanter, ble intervjuene påvirket på en eller annen måte, er utvalget av informanter riktig sammensatt og bredt nok, er analysen riktig gjennomført. Som spørsmålene viser så er det mye spørsmål jeg sitter igjen med som «ny forsker». Jeg har etterstrebet og forsøkt etter beste evne å gjennomføre studien på en god og kvalitetsmessig måte, og mine valg er begrunnet underveis i studien.

Kan det ha påvirket pasientenes svar at de visste at jeg var daglig leder, og at selve intervjuene foregikk på institusjonen.? Det kan ha påvirket deres svar, og at ikke svarene var uttømmende åpne og ærlige nok, følelsen jeg hadde under intervjuene var at de var åpne og ærlige og snakket ganske direkte om ting., både positive og negative...»

Litteraturliste og referanser

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2005). Attitudes, personality, and behavior Mapping social psychology (2nd ed. ed.). Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press.
- Ajzen, I. (2006). Constructing a theory of planned behavior questionnaire.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113-1127. doi: 10.1080/08870446.2011.613995
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Upper Saddle River, N.J: Prentice-Hall.
- Anderson, J., Narus, J., & Van Rossum, W. (2006). Customer value propositions in business markets. *Harv. Bus. Rev.*, 84(3), 90-+.
- Armitage, C. J., & Christian, J. (2003). From attitudes to behaviour: Basic and applied research on the theory of planned behaviour. *Curr. Psychol.*, 22(3), 187-195.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British journal of social psychology*, 40(4), 471-499. doi: 10.1348/014466601164939
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 23.06.2014). from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> 04.05.2015
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, i. p. o. k. (2012). *FOR-2001-06-28-765, FOR-2004-12-23-1837*. Oslo: Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256> 24.04.2015.
- Helse Sør-Øst RHF. (2015, 20.04.2015). Rehabiliteringstilbud i Helse Sør-Øst. from <http://www.helse-sorost.no/pasient/rehabilitering/rehabiliteringstilbud> 6.5.2015
- Innst. 224 L (2014-2015). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*. Oslo: Stortinget Retrieved from <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-224/?lvl=0> 11.04.2015.
- Kirk, J., & Miller, M. L. (1986). *Reliability and validity in qualitative research* (Vol. 1). Beverly Hills, Calif: Sage Publications.
- Levitt, B. (2004). Marketing myopia. *Harv. Bus. Rev.*, 82(7-8), 138-+.

- Neuman, W. L. (2011). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. 7th edition. Boston: Pearson Education publishing as Allyn & Bacon.
- Norsk samfunnvitenskapelig datatjeneste (NSD). (Udatert). from https://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/vanlige_sporsmal.html?id=21 01.03.2015
- Lov av 1999, sist endret 2014-06-20-41 fra 01.01.2015 om pasient- og brukerrettigheter (1999).
- Prop. 56 L (2014-2015). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*. Oslo: Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/4a5bad9798e24d9cab9dcf6320778043/no/pdfs/prp201420150056000dddpdfs.pdf> 04.04.2015.
- Rapport IS-1712. (2009). *Prioriteringsveileder-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering--*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/592/Prioriteringsveileder-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering--IS-1712.pdf> 24.04.2015.
- Rapport IS-2177. (2013). *Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2013 Norsk pasientregister* Oslo: Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/521/Aktivitetsdata-for-somatisk-spesialisthelsetjeneste-2013-IS-2177.pdf> 11.04.2015.
- Store medisinske leksikon. Retrieved 13.02, 2009, from <https://sml.snl.no/pasient> 24.04.2015
- Sunnaas sykehus HF Regional koordinerende enhet. (2013). *Årsrapport Regional koordinerende enhet Helse Sør-Øst 2013*.
- Supphellen, M., Thorbjørnsen, H., & Troye, S. V. (2014). *Markedsføring : verdibasert forventningsledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Troye, S. V. (1999). *Marketing : forventninger, tilfredshet og kvalitet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Virke. (2015). Notat til Helse- og omsorgskomiteen. from <http://www.virke.no/virkemener/hoeringer/Documents/Fritt%20behandlingsvalg%20-%20h%C3%B8ring%20i%20komiteen.pdf> 11.04.2015
- Virke datert 8.4.2015. (08.04.2015). Høring. Gjennomslag for Virke. Regjeringen, KrF og Venstre er enige om Fritt behandlingsvalg,
 . from <http://www.virke.no/virkemener/Sider/Gjennomslag-for-Virke.-Regjeringen,-KrF-og-Venstre-er-enige-om-Fritt-behandlingsvalg.aspx> 10.04.2015

Vrangbæk, K., Østergren, K., Birk, H. O., & Winblad, U. (2007). Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden. *HEPL*, 2(2), 125-152. doi: 10.1017/S174413310700401X

Winer, R. S. (2014). *Marketing management* (Sixth edition, Pearson new international edition. ed.). Harlow: Pearson Education Limited.

Informasjon om intervju i forbindelse med masteroppgave

Jeg er i sluttspurten på en masterutdanning MBA ved Universitetet i Stavanger, og i den forbindelse holder jeg på med min masteroppgave innen markedsføring.

Som daglig leder ved Sørlandets rehabiliteringssenter er jeg nysgjerrig på å kunne forstå «valgprosessen» i forhold til rehabiliteringstilbud, og hva som er de viktigste faktorene når pasienter foretar valg om rehabiliteringstilbud.

Bakgrunnen for oppgaven er innføring av den nye helsereformen *Fritt behandlingsvalg* (Prop. 56 L) og formålet er å kunne benytte funnene fra studien til å forstå «kundene» bedre, kunne gi det beste rehabiliteringstilbudet, og være «kundens førstevalg».

Jeg benytter modell fra teorien om planlagt atferd (Theory of Planned Behaviour TPB, Ajzen 1991) som kan gi en forståelse for hvilke faktorer som bidrar til atferd.

Intervjuet vil foregå etter forskningsetiske prinsipper som betyr at alle data anonymiseres, du kan når som helst velge trekke deg fra intervjuet, og informasjonen fra intervjuet skal kun benyttes til denne masteroppgaven.

Tusen hjertelig takk for at dere takket ja til å stille til intervju!
Beregnet tid som går med til intervjuet; *30 – 45 minutter*.

Vennlig hilsen

Reidun Meberg Bulut
Masterstudent UiS

Lyngdal, 18. mars 2015

Intervjuguide etter Theory of Planned Behavior

PASIENTER; intervju individuelt og intervju gruppe

Innledende spørsmål:

Har du vært på rehabiliteringsopphold tidligere?

Måtte du vente lenge på tilbud?

Hvor langt ca. bor du fra rehabiliteringssenteret?

Holdning til handling/atferd (Attitude Toward the Behavior)

Atferdsmessige oppfatninger

- Kan du/dere fortelle om hvordan du/dere kom hit på rehabiliteringsopphold, og gjerne si litt om søknadsprosessen.
- Hva visste du/dere om rehabiliteringstilbud før legen henviste deg?

Egen evaluering

- Kan du/dere fortelle om dine tanker og forventninger omkring det å komme hit på rehabiliteringsopphold?
- Kan du/dere si noe om du/dere spesielt ønsket et rehabiliteringstilbud her, og eventuelt hvorfor?
- Kan du/dere si noe om hva som er de viktigste årsakene til at du/dere deltar på rehabiliteringsopphold her?

Subjektiv norm (Subjective norm (SN))

Normative antagelser

Hva andre forventer:

- Hvordan vil du/dere si at legens holdning var til din deltakelse på rehabiliteringsopphold?
- Kan du/dere si noe om det var forventninger fra legen om at du/dere skulle delta på rehabiliteringstilbud?
- Var det andre rundt deg/dere som hadde tanker om rehabiliteringstilbud?

Motivasjon til å innordne seg

Hvordan du vektlegger det andre forventer:

- Kan du/dere si noe om legens oppfatning påvirket deg i dine valg om rehabiliteringstilbud?
- Kan du/dere si noe om andres forventninger påvirket deg i dine valg av rehabiliteringstilbud?

Oppfattet atferdsmessig kontroll (Perceived behavioral control (PBC))

- Hva tenker du/dere om egen tro på å gjennomføre rehabiliteringstilbudet?
- Hva tenker du/dere at du/dere vil oppnå etter at du er ferdig med rehabiliteringstilbudet?

Intensjon (Intention)

- Fikk du/dere tildelt rehabiliteringstilbud der du ønsket?

Alt i alt...

- Hva vil du/dere si var de viktigste tingene for deg når du/dere vurderte rehabiliteringstilbud?

Intervjuguide etter Theory of Planned Behavior LEGER; intervju individuelt og intervju gruppe

Om pasientens Holdning til handling/atferd (Attitude Toward the Behavior)

Pasientens Atferdsmessige oppfatninger

- Pasienter som kommer til deg/dere, og der rehabiliteringstilbud kan være aktuelt, hvordan kom dette temaet på banen?
- Har du/dere inntrykk av at pasienter søker informasjon gjennom forskjellige «kanaler» (som nettsider/Informasjonstelefonen for ReHabilitering/annet)?

Om pasientens Egen evaluering

- Sier pasienter som kommer til deg/dere noe om hva de tenker og forventer av et rehabiliteringstilbud?
- Sier pasientene noe om hva som er viktig for dem når de vurderer rehabiliteringstilbud?

Om pasientens Subjektiv norm (Subjective norm (SN))

Pasientens Normative antagelser

Hva andre forventer:

- Hva vil du/dere si er din/deres holdning til rehabiliteringstilbud?
- Hvordan vil du/dere si at kjennskapen er til de forskjellige rehabiliteringstilbudene?
- Var det andre rundt pasienten som hadde tanker om rehabiliteringstilbud?

Pasientens Motivasjon til å innordne seg

Hvordan du vektlegger det andre forventer:

- Kan du/dere si noe om pasientene som kommer til dere, hvordan blir de påvirket av hva dere forteller/anbefaler?

Pasientens Oppfattede atferdsmessige kontroll (Perceived behavioral control (PBC))

- Pasientene som kommer til deg/dere og der det er aktuelt med rehabiliteringstilbud, har pasientene klare tanker om hva de ønsker å oppnå ved et rehabiliteringstilbud?
- Hva tenker du/dere om pasientenes egen tro på å gjennomføre rehabiliteringstilbudet?

Pasientens Intensjon (Intention)

- Har du/dere inntrykk av at pasienter får tildelt rehabiliteringstilbud der de ønsker?

Alt i alt...

- Hva vil du/dere tro er de viktigste tingene ved rehabiliteringstilbud for pasientene?

Intervjuguide etter Theory of Planned Behavior

Informasjonstelefonen for ReHabilitering; telefonintervju

Om pasientens Holdning til handling/atferd (Attitude Toward the Behavior)

Pasientens Atferdsmessige oppfatninger

- Hvordan er kjennskapen til rehabiliteringstilbud hos pasienter som ringer til dere?
- Hva de vet fra før om rehabiliteringsopphold?
- Hva er det pasientene stort sett lurer på når de ringer til dere?
- Har du inntrykk at de søker informasjon gjennom flere kanaler? (leger/nettsider/annet)

Om pasientens Egen evaluering

- Sier pasientene som ringer til dere noe om hva de tenker og forventer av et rehabiliteringstilbud?
- Sier pasientene noe om hva som er viktig for dem når de vurderer rehabiliteringstilbud?

Om pasientens Subjektiv norm (Subjective norm (SN))

Pasientens Normative antagelser

Hva andre forventer:

- Leger som ringer inn, hva vil du si at er deres holdning til rehabiliteringstilbud?
- Hvordan vil du si legens kjennskap er til de forskjellige rehabiliteringstilbudene?
- Andre som ringer inn, hvem kan det være?
- Hva vil du si de andres holdning er til rehabiliteringstilbud?

Pasientens Motivasjon til å innordne seg

Hvordan du vektlegger det andre forventer:

- Kan du si noe om pasientene som ringer inn, hvordan har du inntrykk av at de blir påvirket av hva andre forteller? (RKE/legen/andre)

Pasientens Oppfattede atferdsmessige kontroll (Perceived behavioral control (PBC))

- De pasientene som ringer til dere, hadde de klare tanker om hva de ønsket å oppnå ved et rehabiliteringstilbud?

Pasientens Intensjon (Intention)

- Har du inntrykk av at pasienter får tildelt rehabiliteringstilbud der de ønsker?

Alt i alt...

- Hva er din oppfatning at er det viktigste ved rehabiliteringstilbud for pasientene som ringer inn?