



**“Fra innerste fjord til ytterste holme”**

**“Ergoterapeutens arbeid med hjerneslagpasientens målsettingsprosess”.**

**Silje iren Frydstad Pedersen**

**Mastergradsoppgave i helsefag**

Universitetet i Tromsø

Det helsevitenskapelige fakultet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Mai 2012

## **Jeg forventer av deg:**

at du spør hvem jeg er  
– istedenfor å bestemme det ut fra diagnosen min.

at jeg får fortalt deg hva jeg vil med livet mitt  
– istedenfor at du antar hva jeg kan og vil.

at du vektlegger det jeg er god til  
og hjelper meg å utvikle det  
– istedenfor å fylle ut skjemaer med alt jeg ikke kan.

Jeg har drømmer og ønsker,  
la meg snuble og feile  
– og hjelp meg å korrigere kursen.

Du skal fortsatt være stolt over yrket ditt,

men du skal vite at det er mitt mål som bestemmer veien vi skal gå  
sammen  
og hva du som medgårer skal gjøre.

Alle mennesker er like mye verdt.

*Toril Heggen Munk*

## FORORD

*Til minne om min kjære bestefar som døde så alt for tidlig av hjerneslag.*

Dette har vært en spennende og til dels krevende tid for meg der jeg gjennom mitt arbeid med oppgaven har fått tilegnet meg mye kunnskaper og begreper. Det har vært et privilegium å kunne fordype seg i eget fagfelt på denne måten.

Jeg vil rette en takk til mine informanter som valgte å dele sine tanker/kunnskaper og erfaringer med meg. Det setter jeg stor pris på.

En takk til min faglige veileder som har vært en viktig medspiller i sammensetningen av oppgaven. Takk for faglige/konstruktive innspill og raske tilbakemeldinger.

Jeg vil takke mine medstudenter for gode råd og oppmuntrende ord gjennom en til dels ensom prosess.

Jeg setter stor pris på de verdifulle tips og kunnskap fra mine ressurspersoner.

Vil også takke mine venninner og masterstudenter, sykepleier Silje Folkvord og ergoterapeut Margrete Selseng som har vært en stor ressurs i flere av fasene i oppgaveskrivingen, og som har gitt meg motivasjon og besluttsomhet, som er viktig i denne prosessen.

Takk til min kjære mann for støtte, tålmodighet og gode ord under arbeidet. Og til de beste ungene i verden, mine to små som har gitt meg mye glede i hverdagen.

Takk til ”mamma” for språkvask av oppgaven og for oppmuntring og glede under skrivingen.

Takk til Norsk Ergoterapeut Forbund for den økonomiske støtten til prosjektet.

**Tromsø Mai 2012**

**Silje iren Frydstad Pedersen**

# INNHold

Sammendrag

Summery

<b>KAPITTEL 1 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2 HJERNESLAG .....	1
1.3 REHABILITERING.....	3
1.4 BRUKERMEDVIRKNING .....	5
1.5 PROBLEMSTILLING .....	6
1.6 STRUKTUR I OPPGAVEN .....	6
<b>KAPITTEL 2 PRESENTASJON AV FORSKNINGSFELT .....</b>	<b>7</b>
<b>KAPITTEL 3 RELEVANT TEORI.....</b>	<b>12</b>
3.1 TEORI OM MÅLSETTING .....	13
3.2 MOTIVASJON .....	14
3.3 MESTRING.....	17
<b>KAPITTEL 4 METODE.....</b>	<b>20</b>
4.1 FORSKNINGSTILNÆRMING.....	20
4.2 UTVALGET .....	22
4.3 METODEVALG .....	23
4.4 ROLLEN SOM FORSKER I EGET FAG.....	24
4.5 GJENNOMFØRING AV INTERVJUER .....	25
4.6 ANALYSE .....	26
4.7 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER .....	28
4.8 VALIDITET OG RELIABILITET.....	29
<b>KAPITTEL 5 RESULTAT .....</b>	<b>31</b>
5.1 NÅR DET GÅR AV SEG SELV .....	31
5.2 UTFORDRINGENE I MÅLSETTINGSPROSESSEN .....	35
5.2.1 "urealistisk til sin egen situasjon".....	35
5.2.2 "Det vet sikkert dere best".....	36
5.2.3 "ikke har realistiske mål" .....	38
5.2.4 "Når pasienter ikke har motivasjonen" .....	40
5.2.5 "Begrensningene på sykehuset er utfordrende".....	42
5.2.6 "Han pappa skjønner ikke sitt eget beste" .....	43
5.3 HVORDAN HÅNDTERER ERGOTERAPEUTENE UTFORDRINGENE I PRAKSIS .....	45
5.3.1 " Ikke for store eller for små mål".....	45

5.3.2 "Det skal være lystbetont" .....	46
5.3.3 "En følelse av å mestre" .....	51
5.3.4 "Indre motivasjon" .....	53
5.3.5 "Hvem er pasienten?" .....	56
5.3.6 "Å ha pårørende med" .....	57
5.3.7 "Du må være tålmodig, men ting skal være effektivt" .....	58
5.3.7.1 "Møter dem med respekt" .....	59
5.3.7.2 "En må være lydhør, og fleksibel" .....	60
5.3.7.3 "Fra ytterste holme til innerste fjord" .....	60
<b>KAPITTEL 6 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER .....</b>	<b>61</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>64</b>

Vedlegg 1: Vurdering fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS:

Personvernombudet. Tilråding av behandling av personopplysninger.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Informert samtykke

Vedlegg 4: Intervjuguide

## SAMMENDRAG

Formålet med denne oppgaven har vært å få en økt forståelse og kunnskap om ergoterapeuters erfaringer og utfordringer med slagpasientens målsettingsprosess. Temaet ble interessant for meg på bakgrunn av praksiserfaringer og stort engasjement for denne pasientgruppen.

Data ble innhentet ved kvalitativt, semistrukturert intervju med fire ergoterapeuter som har erfaring med slagpasienter i primær rehabilitering. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en intervjuguide. Dette sikret en åpen form som inviterte informantene til å fortelle om hvordan de erfarer slagpasientens målsettingsprosess. Data er analysert ved en hermeneutisk meningsfortolkning. Teorier om målsetting, motivasjon og mestring er valgt som teoretisk rammeverk, som hjelp til å forstå og beskrive ergoterapeuters utfordringer i målsettingsprosessen.

Det kan se ut som om arbeidet med pasientens målsettingsprosess er utfordrende for ergoterapeutene. Dette kommer til uttrykk i blant annet sykdommens karakter, pårørende og sykehusets kontekst. Studien viser at informantene har ulike metoder for å møte disse utfordringene i praksis. Ergoterapeutene snakker blant annet om pasientens indre motivasjon, at det skal være ”lystbetont”, og at det er viktig å finne ”nøklene til motivasjonen”. Det kommer også frem at ikke alle pasientene har forutsetning for å sette egne mål, og at pasientens mål ikke samsvarer med ergoterapeutens faglige vurdering. Undersøkelsen viser også til pasienter som er motiverte og klar på mål, og at det er viktig at fagpersoner og pasienter arbeider sammen i målsettingsprosessen. Informantene nevner også de fysiske rammebetingelsene, som eksempelvis mangel på utstyr og plass som en utfordring i målsettingsprosessen.

Presentasjonen av dette studiet avsluttes med noen refleksjoner, blant annet om mulige implikasjoner for praksisfeltet.

Nøkkelord: målsetting, rehabilitering, hermeneutikk, motivasjon, mestring og kvalitativ metode.

## SUMMARY

The purpose of this study has been to gain an increased understanding and knowledge of occupational therapists experiences and challenges with the stroke patient's goal-setting process. The topic was interesting to me on the basis of practical experience and great enthusiasm for this patient group.

Data were collected through qualitative, semi-structured interviews with four occupational therapists that have experience with stroke patients in primary rehabilitation. The interviews were conducted using an interview guide. This ensured an open form that invited respondents to tell about how they experience stroke patient's goal-setting process. Data was analyzed with a hermeneutic meaning interpretation. Theories of goal-setting, motivation and coping are selected as the theoretical framework to help understand and describe the occupational therapists challenges in the goal-setting process.

It seems as if the work with the patient's goal-setting process is a challenge for occupational therapists. This is reflected in among other things, disease grade, relatives and the hospital context. The study shows that the informants have different methods to meet these challenges in practice. Occupational Therapists talk among others about the patient's intrinsic motivation, that it should be "pleasurable" and that it is important to find "the keys to patient's motivation." It is also clear that not all the patients have the condition to set their own goals, and that the patient's objectives do not comply with occupational therapists professional assessment. The survey also refers to patients who are motivated and are clear to their own goals, and that it is important that professionals and patients work together in the goal-setting process. The occupational therapists also mention the physical parameters, such as lack of equipment and space as a challenge to the patient's goal-setting process.

The presentation of this study ends with some reflections, including the possible implications for practice.

Keywords: Goal-setting, rehabilitation, hermeneutics, motivation, qualitative research method.

## **KAPITTEL 1 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Min egen bakgrunn har vært av avgjørende betydning for valg av tema og problemstilling. Jeg har over en tid jobbet med slagpasienter<sup>1</sup> i akutt rehabilitering. Jeg er selv ergoterapeut og erfarer dette fagområdet som komplekst og utfordrende for ergoterapeuten å arbeide i. Jeg har på bakgrunn av mine praksiserfaringer, interesse og engasjement for fagområdet valgt å fokusere på temaet hjerneslag. Jeg har derfor både faglig og personlig nærhet til feltet. Temaet for denne studien omhandler ergoterapeutens yrkesutøvelse i målsettingsprosessen. Målet med denne mastergradsoppgaven er å frambringe en dypere forståelse av hvilke utfordringer ergoterapeuter erfarer med hjerneslagpasientens målsettingsprosess, og hvordan de forholder seg til disse utfordringene.

### **1.2 Hjerneslag**

Hjerneslag er en av de største årsakene til dødsfall i Europa (Daniëls, 2002; Ellekjær, 2007), og nesten 15 000 rammes av hjerneslag i Norge hvert år (Sveen 2004). Hjerneslag forsakes av at blodtilførselen til et område i hjernen hindres, noe som medfører skade av hjerneceller i et bestemt område. Det får konsekvenser som funksjonstap og andre former for begrensinger i sin livsutfoldelse, eksempler på det kan være nevrologiske utfall som lammelser, sansetap, taleforstyrrelser eller bevissthetsforstyrrelser (Sveen, 2004). I tillegg til halvsidige pareser, er blant annet nedsatt følelsessans, synsforstyrrelser, språkvansker og oppmerksomhetssvikt ofte en del av bildet (Ellekjær, 2007). 80 % av alle som overlever hjerneslag har motoriske forstyrrelser i den første fasen (Stanghelle, 2007), og halvparten vil ha en varig funksjonshemming som påvirker dagliglivets aktiviteter (Ellekjær, 1997). Det er et kjent fenomen at hjerneslag har en veldig stor effekt på den daglige funksjonen (Daniëls, 2002), og er den vanligste årsaken til funksjonshemming hos eldre (Ellekjær,

---

<sup>1</sup> Jeg bruker hovedsakelig betegnelsen ”pasient” i oppgaven, da det er den betegnelsen mine informanter bruker.



2007). Ellekjær skriver at antall hjerneslag vil øke i årene fremover. Dette vil ha store konsekvenser for helsetjenesten, både innen akuttbehandling og rehabilitering av slagpasienter og innen pleie- og omsorgssektoren (Ellekjær, 2007).

De vanligste utfallene ved hjerneslag er lammelser og sensibilitetstap i den ene siden av kroppen, og de kan variere fra forholdsvis små til svært omfattende. Mange av pasientene får svelgeproblemer og vannlatingsforstyrrelser, og en del får også kognitive problemer som afasi, apraksi, neglekt og rom-retningsvansker. Depressive symptomer oppstår hos en stor del av pasientene i sykdomsforløpet, og kan ha negativ innvirkning på rehabiliteringen. Sorgreaksjoner er også vanlig etter hjerneslag, og regnes som naturlige reaksjoner som ikke skal behandles som depresjon. Slike reaksjoner i forbindelse med tap av funksjon etter hjerneslag kan ha stor innvirkning på pasientenes mulighet til deltakelse i målsettingsprosessen, da de kan ha vansker med å se fremover i tid og mobilisere krefter til den innsatsen som målsettingen krever (Thommesen 2004).

Jeg tenker det vil være viktig å vise til medisinsk forskning for å synliggjøre feltet innenfor hjerneslagsforskning, for å få et lite bilde av behandlingen av denne pasientgruppen. Dietrichs (2007) viser i sin studie at tidlig og aktiv slagrehabilitering øker sjansene for å gjenvinne tapte funksjoner etter et hjerneslag. Han viser også til at det er behov for god motivasjon, tilstrekkelig mengde trening og intensitet, og at treningen foregår over tid.

Bent Indreadvik har avlagt doktorgrad ved NTNU og forsket på effekten av behandling i slagenhet. Han har funnet ut at behandling i slagenhet øker overlevelse og minsker omfanget av funksjonsnedsettelse på sikt. Han sier at den positive effekten ved slagenhetene skyldes tverrfaglig oppfølging og intervensjon, og at den positive effekten blant annet skyldes 24-timers tenking, og fokusering på opptrening på slagenhetene (Indreadvik 2002).

Det å ha kunnskaper om pasientgruppen en arbeider med er helt sentralt for målsettingsprosessen. Det er viktig å ha en forståelse av hvordan det kan erfares å leve etter et slag, for å se de mulige utfordringene i målsettingen. Dette får betydning for dialogen mellom terapeut og pasient og hvilke mål man setter i rehabiliteringen. For mange pasienter

medfører et hjerneslag, at livet på mange måter må bygges opp igjen under nye forutsetninger, fordi noen av de forutsetningene en tidligere hadde ikke lenger er tilstede.

Anne Karin Elstads (1938-2012) bok ”Maria, Maria” (1988) tar for seg pasientperspektivet etter et hjerneslag. Boken er en selvbiografi som beskriver tiden rett etter at hun ble rammet av hjerneslag. Doris Christensen har også skrevet om pasientens erfaringer, og her beskrives det hvordan livet fortonet seg i tiden rett etterpå (Christensen 1985; Elstad 2004).

Jeg vil også nevne ergoterapeut Cathrine Arntzen sin PhD avhandling fra 2008, hvor hun beskriver hvordan seks apraksirammede erfarer livet etter et hjerneslag. Hun forteller hvordan dette fenomenet fremtrer i ulike handlingssituasjoner og ser på forhold som kan fremme handlingskompetansen som den apraksirammede går gjennom.

Boken “*Med et slag*” er en viktig inspirasjon for mitt tema. Jill Taylor (2009) er en kjent hjerneforsker som fikk hjerneslag. Hun har skrevet en bok der hun vever akademisk utdanning sammen med personlig erfaring der hun viser hvordan hun bruker sin fagkunnskap i sin egen prosess med å forstå sin situasjon og komme seg videre. Hun viser blant annet hvordan bruk av kjente og meningsfulle aktiviteter kan være verdifull i rehabilitering. Hun beskriver erfaringene i det å være en hjerneforsker og overgangen til å bli en pasient med hjerneblødning. Hun viser blant annet til at hun laget et glassmaleri av en hjerne ved hjelp av sine anatomibøker på tross av at hun ikke husket noe av sin akademiske utdanning. Dette var en meningsfull aktivitet for Taylor i forhold til pasientens individuelle mål i målsettingsprosessen etter hjerneslaget.

### **1.3 Rehabilitering**

Mitt tema omhandler målsetningsarbeid i rehabiliteringsvirksomhet. Rehabiliteringsprosessen er den prosessen som pasienten skal gjennom for å kunne fungere på en god og meningsfull måte (Bredland & Linge, 2007). Vi helsearbeidere har rammer og retningslinjer vi må forholde oss til i utøvelsen av vårt arbeid, da får rammene for rehabilitering også betydning for ergoterapeutens arbeid i praksis. Helse- og

Omsorgsdepartementets forskrift § 2 som omhandler habilitering og rehabilitering definerer rehabilitering slik:

*Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.*

(HelseogOmsorgsdepartementet 2001)

Som definisjonen viser er det klare mål helt sentralt i rehabiliteringsvirksomheten. Undersøkelsen til Langhorne (2002) er interessant fordi han gir en beskrivelse av en slagenhet som kan tjene som en målestokk for generell hjerneslag pasientbehandling og fremtidig klinisk forskning. Han identifiserte 11 kvalifiserte studier i forhold til slagenhet der flertallet beskriver lignende tilnærminger til vurdering av forskjellige prosedyrer. Studien viser at i 67-100 % av tilfellene blir målene satt av terapeuten, og i 10-33 % blir målene satt av (teamet) terapeuten med deltakelse av pasienten.

Siegert (2004) skriver at målsetting gir et rammeverk som helsepersonell og pasienter kan arbeide sammen med for å styrke pasientens uavhengighet og psykiske velvære. Conradi og Rand-Hendriksen (2004) skriver at målsettingsprosessen kanskje er det som er den største utfordringen innen rehabiliteringsarbeidet. Samtidig forteller boken lite om hvordan man skal få til dette arbeidet. Flere studier skriver om målsettingsarbeid som grunnsteinen for å organisere rehabiliteringen (Lawler 1999; Wade 2009). Siegert skriver også at mål og målsetting er antatt å være en essensiell del av en pasients rehabilitering, og en effektiv komponent for en moderne tilnærming til rehabilitering. Jeg undrer meg over hvorfor det presiseres viktigheten av dette, da det i rehabiliteringslitteraturen er lite fokus på problematikkene i målsettingsprosessen. Siegert (2004) skriver videre at mye av litteraturen om mål og målsetting i rehabilitering, har hatt en tendens til å overse teori og teoriutvikling, i favør av en pragmatisk og empirisk tilnærming.

#### **1.4 Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er et sentralt aspekt med målsetting. Det er også et sentralt område for å engasjere pasienten i målsettingen, og får betydning for hvordan mål og målsettingsprosessen brukes i praksis. Conradi og Rand-Hendriksen (2004) skriver at brukermedvirkning er en menneskerettighet. De skriver at pasientens medvirkning som oftest gjør tiltakene bedre enn om fagpersonene utformer dette alene. De skriver videre at medvirkning gir pasienten ansvar for eget liv, og gir selvrespekt, likeverd og bedret mestringsevne (Conradi 2004, s.48 ). Løkken (2007) skriver at i en målavklarings situasjon er utfordringen å gi makt til pasienten. Det er pasienten som vet best, eller som bør gis støtte til å vite hva som er best eller viktig for sitt liv. Som fagpersoner kan det hende at vi raskt foreslår de målene vi mener pasienten burde ha, istedenfor å forstå hva pasienten selv ønsker. Løkken skriver videre at det er viktig at individet selv setter ord på; ”Dette er viktig for meg nå”. Hun skriver også at hun foretrekker mål som synliggjør et ønske, noe som er lystbetont og motiverende. Bredland et. al. (1996) skriver at det er først når brukerens mål er knyttet til personens egne viktighetsområder at pasientens innsatsvilje mobiliseres. Det bør legges spesiell vekt på at det avsettes tid til å få frem brukerens egne mål. Dette er i følge Bredland et. al. særdeles viktig, da målsettingen og prioriteringene skal bestemmes av brukeren og danne grunnlaget for et samarbeid på brukerens premisser i rehabiliteringen. Målene hjelper også til med å holde oppe motivasjonen til å klare å bidra med den egeninnsatsen som må til for å få fremgang i den daglige treningen. Forfatterne hevder også at man ikke kan kalle virksomheten rehabilitering hvis ikke brukermedvirkning er til stede (Bredland 2007). De skriver at det må tas hensyn til menneskets evner og forutsetninger, og at det skal mye til for å frata et menneske selvbestemmelsen over ens liv. De skriver at det handler om respekt for menneskets egne verdier, normer, ønsker og interesser.

Pasientens egenverdi, medbestemmelse og verdighet er essensielt i målsettingsprosessen. For Bredland et al. (1996) er verdighet i rehabiliteringsarbeidet et hovedpoeng. De mener at pasientens opplevelse av verdighet stimulerer til mestring og vilje, og at dette får konsekvenser for valg av metoder, tiltak, og samarbeidsform i målsettingsprosessen. I boken *“Det handler om verdighet”* skriver Bredland at individuelle planer og tiltak krever

at rehabiliteringsvirksomheten er organisert slik at den gir frihet og mulighet for å arbeide mot brukerens individuelle mål. De skriver videre at det krever at rutinene er fleksible og at det innen rehabiliteringen skal rutinene legges opp etter hver enkelt pasientens behov på alle nivå.

### **1.5 Problemstilling**

For å synliggjøre hvilke utfordringer ergoterapeuter møter i arbeidet med hjerneslagpasientens målsettingsprosess, og hvordan de forholder seg til disse utfordringene har jeg formulert følgende forskningsspørsmål;

*Hvilke utfordringer møter ergoterapeuter i arbeid med hjerneslagpasientens målsettingsprosess, og hvordan forholder de seg til disse utfordringene?*

### **1.6 Struktur i oppgaven**

Opgaven er delt inn i seks kapitler. Etter innledning i kapittel 1 presenterer jeg i kapittel 2 relevant forskning. I det følgende kapitlet presenterer jeg målsettingsteori og teori om motivasjon og mestring, som bidrar med ulike perspektiver for drøfting av datamaterialet. Metodekapitlet i kapittel 4 omfatter min vitenskapsteoretiske forankring, hermeneutikk, begrunnelse for valg av metode, beskrivelse av gjennomføring av studien og etiske betraktninger. I kapittel 5 presenterer jeg empirien, som diskuteres i lys av teori og forskning. I kapittel 6 presenteres refleksjoner og avsluttende kommentarer. Sentrale begreper avklares fortløpende i teksten.

## KAPITTEL 2 PRESENTASJON AV FORSKNINGSFELT

Jeg vil i dette kapitlet vise til tidligere forskning som er relevant i forhold til min problemstilling. Hensikten er å føre leseren inn i det eksisterende forskningsfelt og å tydeliggjøre studiens bidrag til feltet.

Jeg har benyttet ulike databaser<sup>2</sup> i mine søk etter aktuell forskning rundt mitt tema. I disse databasene anvendte jeg en rekke søkeord<sup>3</sup> i ulike kombinasjoner. Norsk forskning rettet mot målsetting/målsettingsprosessen i primær rehabilitering har jeg ikke funnet.

Ut fra mine søk erfarte jeg at det er gjort mye forskning på målsetting utenfor Norge, med en stor variasjon av tilnærminger og problemstillinger. Jeg fant mange studier som jeg så på som relevant og som problematiserer målsetting i forhold til hjerneslagpasienter, rehabilitering og ergoterapi med ulike vinklinger. Jeg vil videre presentere studier som er av interesse for min oppgave.

Det er gjort flere studier som dreier seg om målsetting i rehabilitering. *Rosewilliam* (2011) har gjort en litteraturstudie som ser på kvalitative og kvantitative studier som inkluderer pasientsentrert målsetting av hjerneslagpasienter fra 1980 til 2010. De to hovedstrategier som var implementert i målsetting i praksis var å involvere pasienten, og trene eller å lære opp pasienten og de profesjonelle i forhold til prosessen. Konklusjonen deres var at en pasientsentrert målsetting hadde positive utfall, og viste også at pasientsentrert målsetting i liten grad var inkorporert i målsettingspraksisen.

Playford (2000) utforsket profesjonelles holdninger og utfordringer i forhold til målsettingsprosessen. Resultatet viser at det identifiseres fem utfordringer til målsetting. 1) Målsetting var en uvanlig aktivitet for mange av pasientene. 2) Målsetting er ofte ufølsom

---

<sup>2</sup> Mine ulike databaser har vært: Amed, SweMed+, Google scholar, Cinahl, PubMed og Medline som et kombinert søk.

<sup>3</sup> Mine norske søkeord har vært: Ergoterapeut, Ergoterapi, hjerneslag, pasientens mål, målsetting, mål, og rehabilitering i ulike kombinasjoner. Mine engelske søkeord har vært: Occupational Therapy, stroke, apoplexia cerebri, rehabilitation, goal, goal-setting, coping, recovery, også her i ulike kombinasjoner.

til folks roller i samfunnet. 3) Arbeid med målsetting i sykehusmiljøet er ikke lett overførbart til samfunnet igjen. 4) Viktige faktorer for suksess i målsetting var personalets følelse av kontroll. 5) Målet hadde en tendens til å bli formulert og eid av teamet, snarere enn pasienten.

Forfatterne konkluderte med at målsetting er en meget tilfredsstillende aktivitet for rehabiliteringsprosessen, men for å bli vellykket må pasientens behov anerkjennes. Målsetting må inneholde pasientens autonomi og derfor er kunnskaper om pasientens tidligere roller og mål viktig.

En studie gjort av Levack (2006) identifiserte at målplanlegging kan påvirke pasientens tilstedeværelse i behandlingen. De fant også bevis for at konkrete og utfordrende mål kan forbedre pasientytelsen i enkelte kliniske sammenhenger. Derimot var det ikke bevis for hvordan disse effektene fikk bedre resultater etter rehabilitering.

Målet med studien til Young (2008) var å utforske oppfatninger av målsetting fra pasient perspektivet, omsorgspersoner og rehabiliteringsteamet. Resultatet viste at alle gruppene vurderer målsetting til å være gunstig, øker motivasjonen og gir trygghet for pasienter og pleiere. Pleierne erfarte at målsetting lindret noen bekymringer og økte problemløsende mestringsstrategier. Teamet mente at målsettingen gjorde praksisen mer fokusert og samarbeidende fordi de jobbet mot uttalte og felles mål. Konklusjonen i denne studien ble at målsetting synes å gi psykologiske fordeler til både pasienter og pleiere.

De studiene jeg vil trekke frem i forhold til målsetting på tvers av profesjoner er blant annet Locke og Latham (2006). De summerer målsettingsteorien i forhold til blant annet vanskelige mål, effektiviteten av målene, og spesifikke mål, og viser blant annet til hvordan dette påvirker funksjonen av å lære mål, å påvirke mål (trivsel), gruppemålsetting og effekten av mål.

Locke og Latham (2002) har sett på 35 års empiriske studier i forhold til målsettingsteori, og summerer dette i sin artikkel. De beskriver kjernen med denne teorien, effekten, og

relasjonen mellom mål og tilfredsstillelse. I artikkelen skriver de at fokuset på målsettingsteorien er viktig for måloppnåelse.

Struhkamp (2004) fokuserer på at målsetting er en viktig metode, og et av de viktigste begrepene for å strukturere et praktisk felt som rehabilitering. I denne artikkelen argumenterer hun for at utfordringene med målsetting i medisinsk praksis kan forstås ved å se på forutsetningene for målsettingen. Hun viser tre ulike spenninger i forhold til dette. Det første er at mål blir utviklet for fremtiden og krever aktiviteter som spesifiserer den nåværende situasjonen. Det andre er at profesjonelle i rehabiliteringssentre utvikler mål i klinikken som skiller seg ut fra omgivelsene på sentret der mennesker trener for gjennomføring av målene. Det siste er at målsetting krever aktiv pasientdeltakelse og individuell kontroll, selv om noen pasienter opplever det som umulig, urealistisk, og uønsket. Hun beskriver hvordan fagfolk takler disse spenningene på en kreativ og dynamisk måte.

Wade (2009) har tatt for seg syv artikler i forhold til målsetting, og samler disse sammen i en kontekst. Han skriver at det å sette mål sammen med pasienten og overvåke deres prestasjoner er selve kjernen eller hjørnesteinene i praksisen, og gir et rammeverk som både pasienter og helsearbeidere kan jobbe ut i fra. Wade viser til at det meste av artiklene er fokusert på aspekter som er målrettet. Dette har ledet til at fokus og retningslinjer for terapien, der en streber etter å sette det ideelle målet. Her viser han til SMART-akronymet i målsetting. Der han viser til at målet må være spesifikt, målbart, ambisiøst, realistisk og tidsavgrenset.

I forhold til målsetting og hjerneslag vil jeg presentere disse artiklene: Målet i studien til *Wressle (1999)* var å beskrive og analysere rehabiliteringsprosessen av geriatiske slagpasienter fra to perspektiver; der behandlingsmål er uttrykt av både personalet og pasienten, og behandlingstiltak valgt av både fysioterapeut og ergoterapeut. Resultat av studien viste at pasientene snakket mer om å oppnå sin tidligere status enn sine mål. Terapeutene satte mål i henhold til funksjonelt nivå, mens legene uttrykte seg i generelle vendinger. Tre mønstre av behandling ble funnet: en som tydelig identifiserte



beslutningspunkter, en med et sett program som ikke ble endret gjennom prosessen, og en hvor målet ble endret i henhold til endringer i medisinsk status. Konklusjon i denne studien var at pasienten ikke deltok i målsettingsprosessen, og at pasientens uttalte mål ikke var målbar.

Artikkelen til Lawler J (1999) undersøker målsetting i forholdet mellom sykepleier og hjerneslagpasienter. Det kommer frem i artikkelen at mål og målsetting er selve kjernen eller hjørnesteinene i rehabiliteringen. Sykepleiere ble funnet å ha ulike tolkninger av bruken av målsetting i rehabilitering. Noen brukte det eksplisitt i sine relasjoner med pasienter, mens andre bruker begrepet for å forklare sine handlinger. I alle tilfeller viser de til en spenning mellom sykepleieren og pasient i etablering av realistiske mål, og der de erkjenner begrensningene til hjerneslagpasienten.

I forhold til studier som omhandler målsetting og ergoterapi vil jeg blant annet trekke frem studien til *Northen (1994)*. Fokuset her var å finne ut om ergoterapeuter involverer pasienter og deres familie i målsettingsprosessen, og å identifisere hvilke metoder de bruker. Resultatene viste at terapeutene involverte pasienter og familier i målsettingsprosessen, og pasientens deltakelse kan bidra til å sikre effektiv og etisk behandling.

*Leach (2010)* beskriver den nåværende praksisen i målsetting i en SUB akutt rehabiliteringsavdeling fra perspektivet til ergoterapeuter, fysioterapeuter og logoped. Tre tilnærminger til målsetting ble identifisert. Terapeutene kontrollerte, ledet og var pasientsentrert i tilnærmingen mellom seg selv og pasienten med respekt for målene for rehabilitering. Målsettingsprosessen ble utfordrende når pasienten ikke hadde evne til å delta, eller til å definere realistiske mål. Strategiene for å møte disse utfordringene var å søke ny kunnskap og forståelse av målsettingsprosessen mellom terapeuten og pasienten.

*Barclay (2002)* undersøkte i sin studie hvilke faktorer som påvirker prosessen som oppstår mellom en person med hans skade og ergoterapeuten i målsettingsprosessen. Etter analyse av resultatene, dukket følgende fire kategorier opp som påvirker målsetting prosessen: 1) Konteksten for å sette mål. 2) Begrepet uavhengighet. 3) Funksjonene i mål. 4) Prosessen

målsetting. Studien fremhever at pasienten og terapeuten synes uavhengighet er viktig, og deres forståelse av den reelle hensikten med målet kan påvirke suksessen i målsetningsprosessen. Studien viste at pasienten hadde lite kunnskaper om mål. Barclay presiserer viktigheten med å gi kunnskaper til pasienten om hva mål er og viktigheten med målene. Hun sier også at det er sannsynlig at hvis pasienten og terapeuten har samme felles kunnskap om dette kan det støtte kommunikasjonsprosessen mellom dem når de setter mål.

Hensikten med studien til *Larsson (1996)* var å finne ut om en ergoterapi-modell basert på aktivitetspreferanser, aktivitetsroller og tilfredshet i livet kan tjene som en referanseramme i rehabilitering av klienter med nevrologiske lidelser. Hovedfunnene her var at mål ble formulert i forhold til den enkeltes oppfyllelse av verdsatte roller. Hjem, fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter ble ofte rapportert som høyt verdsatt. Majoriteten av kvinnene ønsket å forbedre sine evner og ferdigheter for å oppfylle rollen hjemme, og utendørs hobbyer. Blant mennene var den siste rollen identifisert som den viktigste. Mindre enn en tredel rapporterte tilfredshet med livet som helhet, ADL, yrkesrettet situasjon og samliv. Bare et mindretall var fornøyd med fritid. Den manglende evne til å utføre verdsatte aktiviteter kan føre til tap av internaliserte roller og dermed redusere livsglede. De skriver at en slik tilnærming kan være nyttig for å tilby et mer helhetlig syn, og for å forberede den enkelte for hverdagslivet.

*McPherson (2001)* viser i sin studie at helsearbeidere og pasienter avviker fra hverandre når det gjelder hva de ser på som viktige utfall i rehabiliteringen. På bakgrunn av dette mener forfatteren at målsetting i rehabilitering er mer komplisert enn man noen ganger tror, spesielt når en skal ha tak i pasientens perspektiver. Forskningen støtter og utfordrer teoretiske modeller. Funnene i studien kan hjelpe helsepersonell til å reflektere over dagens praksis og vurdere prosessene som brukes, og i lys av hva pasienter anser som viktig i rehabiliteringen.

Jeg vil videre presentere artikler i forhold til målsetting og rehabilitering jeg mener er relevant for min oppgave. Hensikten med artikkelen til *Siegert (2004)* er å gi teoretikere og forskere en innføring i noen sentrale teorier om mål og motivasjon. Det hevdes at det er

behov for en større vekt på teoriutvikling i forskning av rehabilitering, og at et tettere samarbeid mellom forskere i rehabilitering kan bety et betydelig løft. Konklusjon ble her at rehabilitering har mye å vinne på økt dialog mellom forskere. Det kommer også frem i studien at det ikke er noe særlig grunn for å tvile på pasientens deltakelse i rehabiliteringen, der settingen og bruken av målene er en kompleks intervensjon. Han skriver videre at mål og målsetting er selve kjernen eller hjørnesteinene i rehabilitering.

I studien til *Müller (2011)* identifiserer han målene for pasienter med rehabiliteringsbehov på sykehus som bruker ICF, (International Classification of Functioning, Disability and Health) for å undersøke utfallet av måloppnåelsen med forbedring i total fungering, og hvorvidt *ICF* dekker pasientenes mål. Resultatene viste at totalt 397 pasienter rapporterte oppnåelse av minst 1 mål. Müller fant at ICF kan være nyttig for å identifisere og strukturere pasientens mål i akutt sykehusbehandling. Studien viser at det er viktig å involvere pasienten i å planlegge rehabiliteringsmål på sykehus. Det fremgår i artikkelen at mål satt av pasienten må tas hensyn til i den akutte situasjonen, og at pasientens mål er fundamental i rehabiliteringen.

I forhold til ergoterapi og hjerneslag viser jeg til denne artikkelen; Målet med studien til *Daniëls (2002)* var og utforske og undersøke ergoterapeuters erfaringer med pasienter i døgnrehabilitering etter slag. Tre dilemmaer ble identifisert; 1)Terapeuten har fokus på tilpasning, mens pasienten fokuserer på å bli frisk. 2) Terapeuten er klientsentrert og beskyttende samtidig. 3) Det å sette meningsfulle mål i en institusjonell kontekst. Studien viser at det ikke er enkelt for ergoterapeuter å sette meningsfulle mål sammen med pasienten i rehabilitering, og at mer kunnskap må implementeres i forhold til hvordan meningsfulle aktiviteter kan bli inkorporert i pasientens prosess av å takle slaget.

### **KAPITTEL 3 RELEVANT TEORI**

I dette kapittelet trekker jeg frem teori og forskning som er egnet til å analysere funnene mine. Teoretiske perspektiver har betydning for hvordan et fenomen forstås, og ingen perspektiv alene vil være nok for å forstå helheten. Da jeg ser denne praksisen som spesielt sammensatt, har jeg valgt flere perspektiver. Siden jeg skal ha fokus på

målsettingsprosessen i min oppgave, vil teori om målsetting være grunnleggende teori i min masteroppgave.

### **3.1 Teori om målsetting**

Haukedal fremstiller en målsettingsteori bygd på en klassisk artikkel av *Edwin Locke*<sup>4</sup> 1968. Haukedal (2005, s.110) beskriver hvordan Locke ser mål som noe mennesker strever mot fordi de er forbundet med emosjoner eller sterke ønsker, og representerer avslutningen på en handlingssekvens. Denne teorien viser at den som skal nå målet, må ha en aksept og forpliktelse til det. Dette oppnår pasienten ved at vedkommende får delta i målformuleringen, eller ved en belønning. Pasientens belønning kan være i form av en indre tilfredsstillelse ved at han eller hun har oppnådd det ønskede resultatet, eller ytre motivasjonsfaktorer som for eksempel penger eller opprettholdelse av status.

Haukedals målsettingsteori viser også at målsetting er motiverende gjennom fire ulike mekanismer. 1. *Mål som styrer oppmerksomheten*: Når mål oppleves som meningsfull for personen styrer det oppmerksomheten mot det som virker viktig og relevant. 2. *Mål som aktiverer innsats*: Gjøre mål som bidrar til måloppnåelse prioriteres. 3. *Mål øker utholdenheten*: Langsiktige mål krever innsats og utholdenhet i lengre tid. 4. *Mål stimulerer utvikling av handlingsplan*: Det er nødvendig å utvikle planer og strategier for å få oppnå den ønskede situasjonen (målet).

Teorien viser også hvordan ytelsen vil påvirkes av pasientens evne, kompetanse, praktiske forhold og egenskaper i måloppnåelsen. Et mål bør være målbart, spesifikt, ambisiøst, realistisk og tidsavgrenset (Haukedal, 2005).

---

<sup>4</sup> Locke, E. A. og G. P. Latham (1990): A Theory and Goal Setting and Task Performance. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

### 3.2 Motivasjon

Begrepet motivasjon kommer fra det latinske ordet *movere*, som betyr å bevege (Kaufmann & Kaufmann, 2009). De skriver at motivasjon handler om hvilke drivkrefter som får oss til å handle. Kaufmann definerer motivasjon slik;

*... de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet i forhold til måloppnåelse.*

(Kaufmann & Kaufmann 2009, s.43)

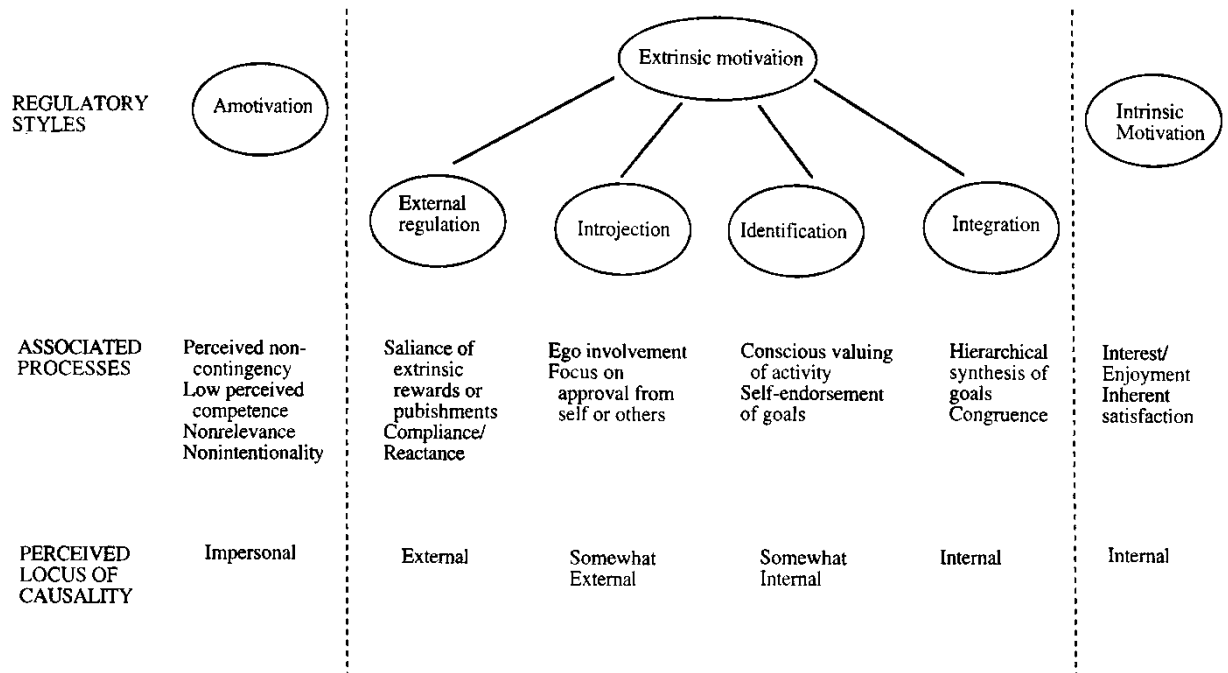
Brochs-Haukedal og Bjørvik (2005) skriver at ordet motivasjon gjerne er et synonym for entusiasme og ønske om å prestere. De skriver at motivasjon kanskje er det mest sentrale begrepet fordi det omhandler årsakene til at mennesket til enhver tid gjør det de faktisk gjør. Kielhofner (2006) skriver at mennesket har et medfødt behov for aktivitet og det er svært individuelt hva som motiverer den enkelte til aktivitet. Menneskets vilje blir beskrevet som følelsen av handleevne, verdier, og interesser og er avgjørende for hvilke aktiviteter den enkelte velger og utføre. Dette er i følge Kielhofner bakgrunnen for motivasjon.

En av hovedantakelsene i motivasjonsteorien er at både indre og ytre faktorer påvirker atferden (Kaufmann & Kaufmann 2009). Innenfor Deci og Ryan's (1985) selvbestemmelsesteori<sup>5</sup> skiller de mellom ulike typer motivasjon basert på forskjellige årsaker eller mål som gir opphav til en handling. Samtidig hevder de at motivasjon i den virkelige verden trolig verdsettes høyest på grunn av konsekvensene av motivasjon: Motivasjon fører til handling. Den mest grunnleggende forskjellen mellom indre og ytre motivasjon er at indre motivasjon refererer til å gjøre noe fordi det er iboende interessant eller hyggelig, mens den ytre motivasjon, refererer til å gjøre noe fordi det er hensiktsmessig i situasjonen. Over tre tiår med forskning har vist at kvaliteten på opplevelsen og ytelsen kan være svært forskjellig når man er styrt av indre versus ytre

---

<sup>5</sup> Selvbestemmelse defineres med at personen tar sin egen vilje i bruk (Deci & Ryan, 1985).

årsaker (Deci & Ryan, 1985). Indre motivasjon kan sees i kontrast til ytre motivasjon som kan betraktes som en belønning i tradisjonell forstand.



Figur 1: Motivasjonsteori (Deci, 2000:61)

Helt til venstre i modellen er *amotivation*. Dette er når en mangler en intensjon om å handle. Når motivasjonen mangler vises det i en persons handlinger og resulterer i at en ikke verdsetter aktiviteten. En føler seg ikke kompetent eller har tro på at det vil gi et ønsket resultat.

Som vist i modellen deles ytre motivasjon inn i fire kategorier (Deci, 2000).

1. *External regulation* blir utført for å tilfredsstille en ekstern etterspørsel eller skaffe eksterne pålagte belønninger.

2. En annen type ytre motivasjon er *introjected regulering*. Denne kontrollerende motivasjonen har et fokus på godkjenning fra en selv og andre. En utfører her handlinger med følelsen av press for å unngå skyldfølelse, angst, eller for å oppnå ego-forbedringer eller stolthet.
3. En mer autonom, eller selvbestemt form for ytre motivasjon er *identification*. Her har personen identifisert viktighet av en aktivitet/situasjon. Fokuset her er at samvittigheten styrer aktiviteten.
4. *Integration*: Motiverte handlinger er i kongruens med ens andre verdier og behov som er selvbestemt, viljebestemt og verdsatt av selvet (Deci, 2000).

Deci et. al hevder at indre motivasjon handler om et dypt menneskelig behov for å være kompetent og selvbestemt i forhold til omgivelsene. Indre motivasjon er når man virkelig føler at aktiviteter og oppgaver man holder på med er selvvalgte, at de er noe man innerst inne ønsker å drive med, og at man er engasjert i dem med hele seg. Deci og Ryan hevder at de indre målene er mer kraftfulle motivatorer enn ytre eller eksternt pålagte mål (Deci, 2000). Indre motivasjon har tre grunnleggende behov; behovet for kompetanseopplevelse og selvbestemmelse og behovet for tilhørighet (Deci og Ryan 1985). Når disse behovene dekkes oppstår indre motivasjon og selvregulerte former for ytre motivasjon. Når behovene ikke blir ivaretatt, vil det over tid gå ut over pasientens personlige utvikling.

1. *Behovet for kompetanse*: Relateres til involvering, gjøre bruk av samt forståelse av hvordan en skal oppnå interne og eksterne resultater. En opplever at det en gjør er menings- og virkningsfullt, og fører til økt læring eller nylæring.
2. *Behovet for selvbestemmelse*: Pasientene har behov for å bestemme selv hva de skal gjøre og å ha kontroll over sin hverdag, og til selv å ha vesentlig innflytelse over hva de vil i rehabiliteringen.
3. *Behovet for tilhørighet*: Innebefatter utvikling og tilfredsstillende relasjoner i sitt sosiale miljø. Med dette mens det at noe skjer i en sammenheng, i den sosiale konteksten, noe som betyr at ens sårbarhet må tas hensyn til (Deci & Ryan, 1985).

Creek (2008) deler også motivasjon inn i ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon kan handle om belønning for å utføre ulike oppgaver. Den indre motivasjonen er behovet mennesket har for å bruke seg selv til å påvirke omgivelsene, uten å tenke på yte belønning. Creek skriver videre at en forutsetning i intervensjon er at pasientene motiveres til frivillig å delta i behandlingen. For at brukeren skal bli motivert til å delta i behandlingen kan ergoterapeuten involvere brukeren i hele behandlingsprosessen, fra målsetting til planlegging og tiltak. Det er viktig for pasienten å være engasjert i terapiprosessen hvis behandlingen skal være effektiv. Når noen er engasjert i en aktivitet er hans oppmerksomhet fokusert på et mål eller på erfaringen og ikke på evnen eller hvilken innsats som kreves.

### **3.3 Mestring**

Helse- og omsorgsdepartementet (1998) fremhever mestringsbegrepet som sentralt i rehabiliteringsarbeidet. *Det er et genuint menneskelig behov å ville mestre* (Wormnes & Manger, 2005, s.17). Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring på følgende måte:

*”we define coping as constantly changing and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”*

*(Lazarus & Folkman, 1984, s.141)*

Oversatt til norsk kan man si at ”mestring er en kontinuerlig prosess som innebærer kognitive, atferdsmessige og emosjonelle anstrengelser for å håndtere eller klare situasjoner som oppleves som utfordrende”. Wormnes og Manger (2005) skriver at menneskets mestring påvirkes av hvordan man tenker og føler omkring de oppgaver en skal utføre. Mestringen oppøves ved at man får prøve seg i aktiviteter, alene eller sammen med andre. De beskriver hvordan mennesker som har lav selvtillit beskytter seg selv ved å velge enten svært lette eller vanskelige oppgaver. Ved lette oppgaver settes ikke selvbildet på spill og suksessen er garantert. Når en feiler på en vanskelig oppgave kan resultatet forklares med



oppgavens store vanskelighetsgrad. Wormnes og Manger argumenterer derfor med at lavt presterende personer må få hjelp til å finne mål på riktig nivå, som gir en følelse av kontroll og utfordring. Opplevelsen av å ha indre kontroll styrker troen på at det er mulig å prestere godt. Jo sterkere følelsen av indre kontroll er, jo bedre blir evnen til å fremvise ferdighetene. De skriver videre at målformuleringen kan være en motivasjonsfaktor der motivasjonen påvirkes av om man setter spesifikke mål, som delmål og langtidsmål. Langtidsmål kan være vanskeligere å nå enn spesifikke delmål som være mer motiverende i prosessen. Det som opprettholder motivasjonen er belønningen som kommer hver gang vi lykkes. De skriver videre at delmål som oppfylles under prosessen kan være belønnende og motiverende, derfor kan de bakes inn i de mer langsiktige målene. Klart definerte mål har en positiv effekt på den enkeltes motivasjon og slik bedres prestasjonene (Wormnes & Manger, 2005).

Fritz Heiders *attribusjonsteori* beskriver hvordan mennesker forstår handlinger, seire og nederlag (Heider, 1958). Teorien påpeker at det er avgjørende for motivasjonen at man opplever at en selv kan påvirke det som skjer. Mennesker kan enten attribuere (forklare) hendelser til indre krefter eller til ytre faktorer. De indre kreftene kan i stor grad motiveres til ytelse. Hvis en oppnår suksess, vil et indre attribusjonsmønster skape større tro og lyst på at en kan mestre liknende oppgaver senere. Ved et nederlag kan en fort tenke som så at nederlaget var et resultat av at innsatsen ikke var god nok som er det forhold en selv har personlig kontroll over. Man opplever at ansvaret ligger hos en selv, og at neste gang en står ovenfor en liknende oppgave, må det jobbe hardere eller på en annen måte. Når en bruker ytre årsaksforklaringer vil man fraskrive seg ansvar, og i større grad klandre andre. Ved et nederlag kan man med en ytre attribusjon beskytte sitt eget selvbilde. Teorien tilsier også at det er viktig at de som arbeider med andre mennesker, peker på hva den andre skal gjøre i læringsprosessen, og ikke hva de skal oppnå.

Lazarus og Folkman (1984) ser mestring som en prosess. De skriver at individet gjør et valg som er mer eller mindre bevisst, om noe kan gjøres eller om man bare må godta situasjonen som den er. Lazarus identifiserer problemfokuserede strategier som innebærer å

endre det som oppleves som belastende, og skiller mellom to ulike varianter av mestringsstrategier; en problemfokuset og en emosjonfokuset. Ofte benyttes begge variantene samtidig.

En problemfokuset strategi har fokus på å endre problemet eller interaksjonen, og den omfatter alle handlinger som har som mål å gjøre noe konstruktivt med situasjonen man befinner seg i. Handlingen er rettet mot å gjøre noe konkret med stresskilden. Eksempler på dette kan være:

- å lage en plan for hvordan man skal drive tilpasset opplæring.
- å endre miljøforhold.
- å være utholdende når man møter en utfordring.
- å søke praktisk hjelp hos andre.

Han identifiserer også emosjonsfokuset strategier, som har til hensikt å endre eller håndtere egne følelser i forhold til belastningen. Når pasienten opplever at han ikke kan endre situasjonen, dominerer emosjonsfokuset strategier. Når han opplever at situasjonen kan endres eller kontrolleres, ligger hovedvekten på problemfokuset mestringsstrategier. Lazarus mener at mestringsstrategien er dysfunksjonell dersom man bruker problemfokuset strategier når situasjonen ikke kan endres, og ved bruk av emosjonsfokuset strategier når situasjonen er mulig å endre eller kontrollere. Målet er å regulere de følelsesmessige konsekvensene av hendelsen. Eksempler på dette kan være:

- å søke forståelse hos andre.
- å søke avkobling.
- å hevde seg på andre måter.
- å unngå eller glemme vansker.
- å fornekte at man har et problem.

- å bli aggressiv.

## **KAPITTEL 4 METODE**

I dette kapitlet redegjør jeg for hvorfor og hvordan jeg har brukt kvalitativ metode i oppgaven. Min forskningstilnærming, utvalg, metodevalg, rollen som forsker i eget fag, gjennomføring av studien, analysen, undersøkelsens forskningsetiske vurderinger samt studiens validitet og reliabilitet vil bli redegjort for.

### **4.1 Forskningstilnærming**

I min masteroppgave med problemstillingen ” *Hvilke utfordringer møter ergoterapeuter i arbeid med slagpasientens målsettingsprosess, og hvordan forholder de seg til disse utfordringene*”? vil det være nærliggende å bruke en kvalitativ metode for å svare på problemstillingen. Jeg har også brukt semistrukturert intervju. I følge Kaufmann og Kaufmann (2009) er dette en mer åpen intervjusituasjon uten forhåndsbestemt struktur, og man legger situasjonene maksimalt åpen for å få mest mulig spontan informasjon fra den som intervjues. En kvalitativt orientert metode kan gi en dypere forståelse av det fenomenet som studeres, og omtales av flere forfattere (Fog, 2004; Kielhofner, 2010; Kruuse, 2007; Kvale, Brinkmann et. al 2009). Kielhofner skriver at kvalitative metoder er typisk brukt i forskning der målet er å beskrive og forklare personers erfaringer, handlinger og interaksjoner og sosiale kontekster. Han skriver videre at mange fenomener i ergoterapi er best studert ved bruk av kvalitative metoder (Kielhofner, 2006).

For å finne svar på problemstillingen og fenomenet målsetting synes jeg det var hensiktsmessig å velge et perspektiv hvor begreper som innsikt, forståelse og fortolkning er sentralt. Derfor vil jeg først i metoddelen redegjøre for hermeneutisk perspektiv.

Hermeneutikk omtales som fortolkningslære og knyttes til spørsmålene forståelse og fortolkning<sup>6</sup> (Thornquist, 2009). Kvale (2009) skriver at hermeneutikk handler om

---

<sup>6</sup> Ordet hermeneutikk trekker linjer til den greske guden Hermes, og det greske ordet *hermeneuin* som betyr å forstå, fortolke, utlegge, tyde (Thornquist 2003 s.139).

fortolkningslære, hvor tolkningen av intervjuetekster skjer gjennom en dialog mellom forsker og tekst (Kvale 2009). Ulike teoretikere har satt sitt preg på dette perspektivet<sup>7</sup>. Thornquist skriver at hermeneutikken konsentrerte seg først på tolkninger av bibelske og juridiske tekster. I vårt moderne samfunn legges det vekt på tekster som kan fortolkes uten å være avhengig av forfatteren (2009, s.15). Thagaard (2009) skriver at ved å tolke informantens ytringer, skrevet ned som tekst, kan man få tak i meningen teksten formidler. Kvale (2009) skriver at gjennom fortolkning vil forståelsen avdekke en dypere mening og forståelse enn det som umiddelbart er innlysende. Man lar betydningen man har funnet i deler av teksten belyse teksten som helhet, samtidig som teksten som helhet påvirker forståelsen av delene. Denne prosessen kalles en hermeneutisk sirkel, og pågår til man opplever å forstå teksten som sammenhengende og konsistent. I analysen av kvalitative intervjuer veksler man mellom å forstå eller fortolke deler av intervjuet i lys av hele intervjuet, samtidig som forståelse av delene kan skape en forståelse av den totale intervjueteksten (Kvale 2009). Jeg erfarte at det å finne mening og forståelse i delene, igjen virket tilbake på min egen forforståelse av helheten. Arbeidet med empirien min ble på denne måten en lærerik vekselvirkning mellom helhet og del. Noe som jeg erfarte endret og skapte forståelse for meg underveis og ble viktig for meg for å finne en større forståelse i ergoterapeutenes fortellinger om målsettingsprosessen.

Gadamer og Jordheim (2003) viser til den hermeneutiske sirkel der en skal forstå helheten ut fra delen og delen ut fra helheten, slik går forståelsens bevegelse hele tiden. Spiralen indikerer at tolkningen aldri tar slutt. Hermeneutikken plasserer forståelsen i sentrum for mennesket. I en hermeneutisk forståelse søkes det ikke å komme frem til en objektiv mening (Thornquist, 2003). Gjennom fortolkning av ergoterapeutenes erfaringer, forståelse, og meninger som uttrykkes gjennom samtalen, er mitt ønske å tilegne meg kunnskap om hvilke utfordringer ergoterapeuter møter i målsettingsprosessen. Som forsker påvirker egen forforståelse – mine fordommer – hva jeg ser, og hva jeg ikke ser. Hermeneutikken

---

<sup>7</sup> De mest kjente hermeneutikere er Hans – Georg Gadamer (1900-2002), Paul Ricoeur (1913-), Fredrick Schleimacher (1768-1834), Martin Heidegger (1889-1976), og Wilhelm Dilthey (1833-1911) (Thornquist 2003 s.15).

vektlegger erkjennelsen av at vi alltid er forutsetningsløse<sup>8</sup>, og at vi alltid har en forforståelse.

## 4.2 Utvalget

Min empiri bygger på kvalitativ intervju med fire ergoterapeuter som har erfaring med slagpasienter i primær rehabilitering. Utvalget er strategisk valgt ut fra hensikten med oppgaven. Dalland (2007) skriver at strategisk utvalg vil si at informantene velges på grunnlag av at en tror de har en relevans for oppgaven og kan bidra til problemstillingen. I samtalen med mine informanter informerte jeg om mitt prosjekt og om intervjuprosessen der jeg også presiserte min anonymitet ovenfor dem som informanter, og det de velger å dele med meg, derav etisk behandling av mine data. Fem ergoterapeuter ble forespurt hvorav fire valgte å delta. Etter samtalen sendte jeg ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Etter mottatt samtykkeerklæring fra mine informanter ble det avtalt intervjutidspunkt og sted. I arbeidet med å få tak i informanter tok jeg kontakt med ulike avdelinger på fire ulike sykehus, der jeg etterspurte ergoterapeuter som jobbet med hjerneslagpasienter i primær rehabilitering. Kvale et. al (2009) gir følgende retningslinjer når det gjelder antallet informanter: intervju så mange som nødvendig for å finne ut det du trenger å vite. Det var av betydning at mine informanter ikke arbeidet på samme avdeling, da det er viktig at de representerer ulike kulturer og arenaer, slik at jeg får en viss variasjonsbredde. Inklusjonskriteriet var at ergoterapeutene skulle ha arbeidet innen fagfeltet i to år, da jeg ser på det som viktig at informantene hadde erfaring fra feltet. De fire ergoterapeutene i utvalget er alle kvinner og hadde på intervjutidspunktet 3-20 års erfaring med pasientgruppen. Jeg har i oppgaven valgt å gi mine intervjupersoner fiktive navn for å anonymisere materialet.

---

<sup>8</sup> Gadamer vektlegger at åpenheten gjør at noe nytt eller annerledes kan fremtre ved et fenomen, men åpenheten er ikke *forutsetningsløs*. Forforståelse er utgangspunkt for forståelse der fortolkningen er avhengig av hvilken kontekst den forstås ut fra (Gadamer and Jordheim 2003).

### 4.3 Metodevalg

I forkant av intervjuene hadde jeg formulert en intervjuguide med alle de spørsmålene som jeg ønsket svar på, og som jeg anså som dekkende for mitt forskningsspørsmål (Vedlegg 4). Som en forberedelse planla jeg et ”prøveintervju” slik at jeg skulle få prøve meg selv i rollen som intervjuer. Intervjuguiden min er strukturert, men gir også rom for oppfølgingsspørsmål til informanten. Under intervjuet var jeg opptatt av å få spørsmålene fra intervjuguiden tydelig frem. Intervjuene ble tatt opp på lydbåndopptaker. Lydopptakene fra intervjuene er i følge Kvale (2009) en indirekte representasjon av den virkelige hendelsen, og han påpeker at det i transkripsjonen fra muntlig til skriftlig form ligger en rekke beslutninger og vurderinger som fører til tap av meningsinnhold på veien. Jeg har forsøkt å være tro mot informantenes utsagn og ønsket er å formidle ergoterapeutene slik de selv ville ha formidlet seg selv. Ut fra et slikt syn kan min felles erfaringsbakgrunn med intervjupersonene være en fordel i transkriberingen, samtidig som forforståelse og teoretisk perspektiv vil kunne farge min utvelgelse og fortolkning og således være en ulempe.

For å innhente ergoterapeutens erfaringer og deres begrunnelser for handlinger, valg og vurderinger valgte jeg å benytte et semistrukkert intervju. Gjennom denne formen for intervju blir temaene bestemt og rekkefølgen på spørsmålene blir til etter hvert som informanten svarer (Thagaard, 2009). Kvale, Brinkmann et al. (2009) skriver at intervjuet kan bli gjennomført som en samtale og ikke et strukturert intervju. Ved et intervju vil jeg lytte til informantens kunnskaper og på denne måten har jeg fått en forståelse av informantens erfaringer med å arbeide med slagpasienten i målsettingsprosessen. Kvale skriver at ”en som forsker er åpen for intervjupersonens erfaringer, der en fremhever presise beskrivelser og søker etter beskrivelser av sentrale betydninger” (Kvale 2009, s.46). Ved transkribering av intervjuene har jeg av anonymitetshensyn ”oversatt” intervjuene til bokmål. Dette gjør også materialet lettere å lese. Jeg har skrevet intervjuene ned ordrett og beholdt gjentakelser, fyllord og delvis uttalte ord som vanligvis forekommer i en muntlig fremstilling. Pauser er også markert, da dette ofte viste intervjupersonenes refleksjon over ulike temaer. Alt dette ga et bilde av uttalelsenes kontekst som var nyttig, når intervjusituasjonen ikke lenger sto så friskt i minnet. Dette gjorde at jeg lettere kunne

plassere sitatene og sammendragene av ergoterapeutenes uttalelser i sin rette sammenheng. Sitatene jeg har benyttet er bearbeidet i etterkant for å fremstå som mer sammenhengende.

#### **4.4 Rollen som forsker i eget fag**

Å forske i eget fag kan være en fordel for meg, fordi jeg kjenner feltet og kan ha lettere for å forstå det som formidles, men jeg tenker jeg også kan risikere å ta for mye for gitt og bli blind for andre aspekter. I følge Thornquist (2003) kan man motvirke en slik blindhet ved å erkjenne det som er kjent, og aktivt prøve å skape den nødvendige distansen til feltet i stedet for å forsøke å undertrykke kjennskapen. Det kan være et hinder at jeg ikke har lang erfaring innen dette feltet, men tenker at det også kan være en ressurs. Det kan være en fordel å ha distanse til temaet, men det kan også være en ulempe og ikke ha nok innsikt og erfaring. Jeg har forsøkt å skape en slik distanse ved å trekke inn teoretiske perspektiver og betrakte faggruppen fra utsiden. Ved at jeg ikke har vært i miljøer og avdelinger som er kjente for meg, og at informantene ikke var mine kollegaer, kan jeg betrakte faggruppen fra utsiden. Samtidig ser jeg at jeg er en del av miljøet, og kan ikke distansere meg helt fra den forforståelse jeg har på bakgrunn av mine erfaringer. Jeg har med meg en forståelse og erfaringer som både lukker og åpner for forståelsen. Jeg viser til hermeneutikken som viser at vi alltid har en forforståelse. Paulgaard skriver at et sentralt spørsmål i dagens metoddebatt er om det er mulig å innta en "utenfraposisjon" når man er i en "innenfraposisjon" (Paulgaard, 1997, s.70). Hun drøfter ulike oppfatninger om dette spørsmålet. Noen mener at man bør være kritisk til resultatene til den som forsker i egen kultur, og om forskeren har den nødvendige distanse til feltet, eller om dette er en umulighet. Andre forfattere mener derimot at man heller bør ha et avslappet forhold til problemstillingen, og at det ikke vil være mulig å studere en fremmed kultur når man ikke har noe kjennskap til den. Thornquist påpeker at dette betyr at balanseringen mellom nærhet og avstand, mellom å være deltaker og tilskuer er viktig i kvalitativ forskning (Thornquist, 2003, s.207).

#### 4.5 Gjennomføring av intervjuer

Etter at jeg fikk samtykke hos mine informanter til å delta i studien tok jeg kontakt for å avtale tid og sted for intervjuene. Jeg har valgt å gjøre de kvalitative intervjuene på de aktuelle ergoterapeutenes arbeidssted. Det var mine informanter som hadde booket rom. Alle intervjuene ble innledet med å fortelle litt om bakgrunnen for prosjektet og formålet med intervjuet. Jeg minnet også informanten på at materialet fra intervjuet ville bli behandlet konfidensielt og forskriftsmessig oppbevart. Jeg presiserte min taushetsplikt og deres rett til å trekke seg fra prosjektet når de enn måtte ønske det. Mitt åpningsspørsmål var; ”*Kan du fortelle meg litt om hvordan du jobber med slagpasienten i primærrehabilitering*”? Dette var for å innlede til intervjuet slik at det også skulle være lettere for informantene å fortelle sin historie. Gjennom å rette oppmerksomheten på min egen rolle som intervjuer, følte jeg at jeg kunne forbedre meg til neste intervju. Jeg la i intervjuet vekt på å ha en åpen dialog, der informantene var fri til å beskrive sine erfaringer og opplevelser, og var der åpen for innspill fra dem. Åpenhet i intervjuet var viktig, og ved å ikke benytte den fastlagte strukturerte/formen kunne informantene ta opp temaer som jeg ikke hadde tenkt på i forkant. På den måten kunne jeg følge informantens fortelling, men likevel få informasjon om de temaene jeg hadde fastlagt på forhånd (Thagaard, 2009). Min oppgave som forsker er som Fog (2004) skriver, å gi informanten muligheten til å fortelle så mye som mulig om temaet man forsker på som en overhodet kan. Dette kan gjøres på den måten at jeg gir informanten min interesse, forståelse og reaksjoner, men det er også viktig at informanten får snakket grundig om sitt tema slik at han kjenner seg fornøyd med sin fremstilling (Fog, 2004).

Intervjuguiden brukte jeg som en ramme for samtaleinnhold og progresjon. I de to siste intervjuene var jeg såpass trygg i min rolle som intervjuer at intervjuguiden ble mer eller mindre som et bakteppe i samtalen. Dette var en viktig erfaring for meg siden det å stille nøyaktig samme spørsmål i samme rekkefølge i neste intervju ikke var hensiktsmessig. Dette fordi mine informanter oppfattet samme spørsmål forskjellig, og at de ofte hadde svart på spørsmålet tidligere i forhold til et annet spørsmål. Jeg la vekt på at situasjonen skulle oppleves behagelig for den som ble intervjuet. Min rolle var derfor å stille



spørsmålene tydelig, lytte til informanten og bekrefte enten verbalt eller med nikk på at jeg forsto det som ble sagt. Gjennom intervjuene noterte jeg ikke stikkord underveis, dette fordi jeg skulle ha fokus på informantens historier. Jeg var opptatt av at den som ble intervjuet fikk snakket seg ferdig før jeg presenterte neste spørsmål. Intervjuene hadde en varighet på 40 minutter – 1 time. Til slutt i intervjuet så jeg gjennom intervjuguiden, for å se om sentrale tema var belyst. Jeg forklarte også informantene at jeg hadde spurt mitt siste spørsmål, og om det var noe hun ville legge til eller hadde glemt å si, slik at hun kunne ytre seg om det. Jeg opplevde at dette var hensiktsmessig, på grunn av at informantene delte noe som viste seg å være rike data.

Intervjuene transkriberte<sup>9</sup> jeg kort tid etter samtalen, slik at jeg hadde det informanten fortalte friskt i minnet. Det første intervjuet transkriberte jeg før det neste, og stilte kritiske spørsmål til om jeg fikk belyst de temaer jeg på forhånd ønsket kunnskap om. Jeg skrev ut det siste intervjuet tre uker etter det første intervjuet. Totalt fikk jeg cirka 50 sider. Når alle de fire intervjuene var transkribert i sin helhet var det videre bearbeiding av det skriftlige materialet. Det var tidkrevende å transkribere intervjuene, men dette gjorde at jeg ble kjent med stoffet og det var viktig for det videre analysearbeidet. Mine refleksjoner etter hvert intervju har vært til stor nytte for meg da en mister mye av det nonverbale kroppsspråket i den transkriberte teksten, dette opplevde jeg at jeg fikk noe igjen av i mine egne notater. Dette er fordi jeg hadde notert opp hvordan samtalen mellom meg og min informant fremstod, om informanten var usikker, så mye ut i luften, tenkte, eller svarte spontant og så videre.

#### **4.6 Analyse**

Bearbeidings- og analyseprosessen startet parallelt med gjennomføringen av intervjuene (Polit & Beck, 2008; Thagaard, 2009). Vi har alltid en forforståelse av det fenomenet vi står ovenfor (Thornquist 2003, s.142). Dette betyr at min faglige forståelse av situasjonen, sammen med min faglige innsikt har vært styrende for hva jeg har valgt å fokusere på, både

---

<sup>9</sup> *Transkribering* er en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst (Kvale, 2009: 192).

under intervjuene og i den etterfølgende analysen. I tolkningen av intervjuene har jeg prøvd å ivareta det mine informanter har gitt uttrykk for, og forsøkt og få frem informantenes perspektiv. En kan bruke ulike tilnæringsmåter for å få frem sine data på en best mulig måte. Dalland (2007) skriver at analyse av intervju skal hjelpe oss til å finne ut hva intervjuet egentlig har å fortelle oss. Den hermeneutiske filosofien, som er den analysemetoden som jeg anvendte har til hensikt å løfte frem og opp de meningsenhetene som fremkommer ved bearbeidelse av materialet. Under analysen av råmaterialet har jeg vekslet mellom å ha fokus på deler av datamaterialet og helheten. Dette har ført til en stadig veksling mellom deler og helhet fra jeg startet analysen og til oppgaven var ferdig i tråd med den hermeneutiske spiral (Thornquist 2003, s.142-143; Thagaard 2009, s.39).

I analyseprosessen leste jeg gjennom transkripsjonene fra intervjuene flere ganger, slik at jeg skulle bli godt kjent med mine data og få en følelse av helheten. Så systematiserte jeg og fargekodet teksten etter tema. Jeg spurte meg selv; ”hva snakker ergoterapeutene om”? Etter en slik nedbryting forsøkte jeg å se delene i helhet. Jeg sorterte materialet ut fra fellestrekk og mønster i enhetene som ble abstrahert til videre koder og kategorier (Polit & Bech 2008, s.508; Thagaard 2009, s.173). Fargekodingen<sup>10</sup> gjorde at jeg lettere kunne gjenkjenne og ha oversikt over mitt råmateriale. Jeg klypte og limte i en matrise etter fargekodingen.

I arbeidet med systematiseringen av materialet ser jeg de ulike erfaringer og utfordringer til terapeuten og hvordan de forholder seg til disse i målsettingsprosessen. Jeg laget en datamatrise der jeg kategoriserte teksten i enheter etter det tema som informanten belyste, som for eksempel mestring, og under kategoriene beskrev jeg hva empirien handlet om. Loddrett i datamatriksen noterer jeg opp mine tema og SUB tema, vannrett kommer da tekstbitene etter hvem av informantene som sier hva. Disse temaene er tenkt som overskrifter til kapittelet som omhandler resultatdelen. I prosessen utviklet jeg temaer og

---

<sup>10</sup> *Fargekoding* betyr at deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer.

undertema som jeg så gikk igjen i teksten. Jeg laget meg en datamatrise slik at jeg visuelt kunne se for meg hvor de ulike tekstbitene hørte hjemme.

Jeg tematiserte empirien og fikk en oversikt over informantenes utsagn, og hvilke likheter og forskjeller svarene deres hadde. Det ble en spennende prosess der jeg vandret frem og tilbake i refleksjon over delene og helheten i empirien. Jeg valgte å se på hva informantene hadde som sentrale gjennomgående tema i empirien, for eksempel: meningsfulle aktiviteter, motivasjon, urealistiske mål. Som Kvale beskriver: ”Tolkeren går dypere enn til det som blir direkte uttalt, og utarbeider strukturer og meningsrelasjoner som ikke umiddelbart er synlig i teksten”(Kvale et. al 2007, s.133). Jeg gikk inn i teksten og forsøkte å fortolke informantenes utsagn, og drøftet dette opp mot relevant litteratur. Kvale kaller dette for en perpektivistisk subjektivitet som vil si at jeg som forsker ser på ulike perspektiv, og stiller ulike spørsmål til det samme materialet (Kvale, 2007).

De tema som jeg kom frem til var bestemmende for hvilke teorier jeg har gjort bruk av i diskusjonen. Ved støtte forskning, oppgaven min og samtaler med min veileder vil jeg løfte datamaterialet videre til et analytisk nivå ved hjelp av teori. Praksisfeltet er sammensatt, og jeg har forsøkt å trekke inn flere perspektiv for å synliggjøre ulike aspekter av fenomenet. Min egen refleksjon har vært sentral i studien. Jeg har sett delene ut fra helheten, og helheten ut fra delene. På denne måten kan spørsmålene i studien min bli brukt i flere sammenhenger, og inn i større sirkler som i ”den hermeneutiske spiral”.

#### **4.7 Forskningsetiske vurderinger**

Jeg søkte Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste om tillatelse til å gjennomføre mine intervju (NSD) (vedlegg 4). I søknaden la jeg ved en prosjektplan som beskrev prosjektet mitt, hvordan jeg skulle gå frem for å kontakte informanter, bevare deres anonymitet og oppbevare materialet på en etisk forsvarlig måte gjennom hele prosjektet. Jeg fikk tilbakemelding om at prosjektet tilfredsstillt kravene i personopplysningloven og at datainnsamlingen kunne settes i gang.

Informert samtykke innebærer at intervjupersonene informeres om undersøkelsens mål, hovedtrekk i prosjektplanene og mulige fordeler og ulemper ved å delta (Kvale et al., 2009). Det vil da være viktig at mine informanter er i stand til å forstå formålet med denne studien, og at jeg som forsker gir tilstrekkelig informasjon til de som er inkludert i forskningen, slik at de forstår hva prosjektet innebærer. Kruuse skriver at det også er viktig at den det gjelder blir informert om at en står fritt til å trekke seg fra studien når som helst uten at det er noen ytre press fra meg som forsker (Kruuse, 2007). Jeg som forsker har forpliktelse til å beskytte enkeltpersoner, og til å anonymisere materialet i forhold til hvordan dataene skal brukes, og hva jeg faktisk skal anvende (Brinchmann, 2007). Jeg har også et stort ansvar til å være pålitelig og tro mot materialet uten å såre og avsløre.

Informantene har ikke har vært til stede når jeg har tolket innsamlet data. Thaagard (2009, s.188) skriver at fordi informantens erfaringer og opplevelser settes inn i en annen sammenheng enn den som er kjent for informanten, kan forskerens tolkning virke både fremmedgjørende og provoserende. Jeg har tatt informantenes utsagn og tolket dem med utgangspunkt i mine egne erfaringer og i lys av teori som jeg har valgt. Informantene har ikke hatt muligheten til å påvirke hva jeg har valgt å bruke av informasjon av innsamlet materialet. Jeg tenker at det ikke er usannsynlig at en informant kjenner seg igjen i sin uttalelse, men kan også oppleve at jeg ikke har tolket henne på riktig måte.

#### **4.8 Validitet og reliabilitet**

For å vurdere denne studiens forskningsmessige kvalitet ønsker jeg å benytte begrepene reliabilitet og validitet (Kvale et al., 2009). Den store metodologiske utfordringen er å utforme en studie som er reliabelt og valid og har troverdighet i kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2008). Kruuse skriver at når en jobber med kvalitative undersøkelser, er det viktig å belyse undersøkelsens validitet og reliabilitet (Kruuse, 2007). Kvale (2009) skriver at validitet blir definert som en uttalelses sannhet, riktighet og styrke mens reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. Validitet handler om hvor godt en klarer å undersøke det en har til hensikt å undersøke.

Det ligger en utfordring til hvordan mine resultater bidrar til ny kunnskap. Grundig lesing og litteratursøk kan være viktige virkemidler her. Teori er selvsagt også med på å validere informantenes utsagn. Da jeg ser empirien min i forhold til teori og forskning kan den på den måte styrke validiteten. Når jeg sammenlignet utsagn fra informantene bekreftet og utfylte de hverandre. Dette kan være med på å styrke troverdigheten. Min studie forteller noe om hvordan fire informanter erfarer utfordringene som de møter med slagpasientens målsettingsprosess, og deres erfaringer kan kanskje gi gjenkjennelse med allmenn interesse. Jeg har gjort rede for fremgangsmåten i forskningsprosessen, og dette kan bidra til å styrke studiens troverdighet. I samsvar med studiens hensikt sikrer intervjuguiden at informantene berører de samme områdene under intervjuene. Validiteten kan også forsvares ved at det ikke finnes noe "egentlig sannhet" når vi snakker om erfaringsfeltet hos ergoterapeutene i møte med den problematikken jeg introduserer (Kvale et al., 2009).

Reliabilitet refererer til gyldighet og konsistens (Alve, 1994; Brinchmann, 2007; Fog, 2004; Kaufmann & Kaufmann, 2009; Kvale et al., 2009). Kvale (2009) skriver at det er ønskelig med en høy reliabilitet av intervjufunnene, dette for å motvirke en vilkårlig subjektivitet, men en sterk fokusering på reliabilitet kan motvirke variasjon og kreativ tenkning. Disse har bedre betingelser hvis en får lov til å følge sin egen intervjustil der en kan improvisere og følge opp fornemmelser underveis. Jeg forsøkte å unngå ledende formuleringer ved oppfølgingsspørsmål, men det kan godt være at informanten oppfattet enkelte av spørsmålene som ledende. Likevel mener jeg at jeg ikke har kommet til skade for å påvirke informantenes svar, og at informasjonen jeg ble gitt derfor er å anse som troverdig. Jeg tenker det blir viktig for meg som forsker å være bevisst på å skille den informasjonen man blir gitt av sine informanter, og min egen tolkning av denne informasjonen. Dette gjorde jeg ved at jeg var tydelig på, hvem som sier hva i fremstillingen.

Kvaliteten på opptakene ble svært gode. Dette bidro til at jeg ikke hadde problemer med å transkribere materialet. Ved å bruke opptak og ikke notater, har jeg sikret at data er mer uavhengig mine oppfatninger enn om jeg skulle rekonstruere egen tekst. Kravet til meg som forsker er å ha en spørrende og kritisk innstilling, både til teksten i seg selv og til egen

fortolkningsvirksomhet. Jeg viser til den hermeneutiske sirkel der tolkerens horisont og forforståelse er inkludert i erkjennelsesprosessen.

## **KAPITTEL 5 RESULTAT**

I presentasjonen av mine funn legger jeg vekt på de erfaringene som mine informanter formidlet i intervjuene, og min tolkning av dette. Ergoterapeutenes erfaringer presenteres i form av sitater med tekstmære kommentarer, der deres beskrivelser bidrar til å synliggjøre de ulike utfordringene ergoterapeutene står ovenfor i praksis.

For å gi en beskrivelse av hvilke utfordringer ergoterapeuter møter i arbeid med slagpasientens målsettingsprosess, og hvordan de forholder seg til disse utfordringene har jeg valgt å dele kapitlene inn i tema. Kapitlene representerer de overordnede tema som jeg har kommet frem til i analysearbeidet. Det er mange tema som påvirker hverandre, og derfor vil noen områder gå over i hverandre. Materialet er systematisert i tre områder; i første del av kapitlet tar jeg for meg målsettingsprosessen der informantene erfarer at dette ”går av seg selv”, når pasienten er motivert og klar på egne mål. I andre del beskriver jeg de ulike utfordringene som ergoterapeutene møter i målsettingsprosessen. I siste del av kapitlet vil jeg se på når terapeutene beskriver hvordan de forholder seg til disse utfordringene i praksis.

### **5.1 Når det går av seg selv**

Mål kan defineres som et endepunkt, et sted en er på reise til. Noe en arbeider for eller strever for å oppnå, en plan, mening eller et formål. Informantene snakker om målsettingsprosessen som går av seg selv, med dette mener de pasienter som er klare på sine mål og er motiverte i rehabiliteringen.

Trude forteller om en situasjon med en pasient som var klar på sitt mål. Hun forteller; ”*Det var en pasient som hadde venstresidig utfall, og redusert innsikt i egen situasjon. Han var*

*gitarspiller, og rett før han fikk slaget hadde han kjøpt seg en dyr gitar. Etter slaget fungerte overhodet ikke venstrehånden". Hun sier videre at pasienten kan fortelle; "hvordan skal dette bli, skal jeg noen gang kunne bruke denne gitaren? Det er det jeg virkelig ønsker". Trude tillegger at det er godt når pasientene kommer med egne mål og at pasientene kan fortelle slike ting helt spontant, fordi da er det noe som sitter virkelig hardt i dem, "dette vil jeg".*

Trude forteller videre at det er pasienter som ønsker å begynne å strikke igjen. Der de kan si; *"Kan jeg få begynne å strikke igjen"*? Hun forteller også at noen som arbeider med data, lurer på om de kommer seg tilbake på jobb igjen. Da kan pårørende ta med seg strikking eller datamaskin for å prøve ut den aktiviteten. Hun forteller at noen ganger er det pasientene som kommer med forslag til aktiviteter, og andre ganger er det terapeutene. Trude sier at hun ser en større motivasjon hos de pasientene som kommer med egne aktiviteter og mål. Hege forteller også at det er noen pasienter som kommer til avdelingen og er tydelig på målene sine før hun har sagt noe. Pasienten kan være veldig tydelig; *"jeg har som mål å komme på to ben"*, forteller Hege.

I tråd med motivasjonsteorien til Locke ser jeg at målene stimulerer til utvikling og til å tenke langsiktig. I materialet kan det se ut som om målene også øker utholdenheten til pasienten i målsettingsprosessen. Det kan se ut som om pasientene har høye forventninger til å mestre. Lazarus og Folkman (1984) skriver at ved bruk av problemfokusede strategier søker en sosial støtte og en prøver, å snakke med noen for å finne ut av situasjonen. Dette gjør pasientene ved å dele sine mål og ønsker for rehabiliteringen med terapeuten. I forhold til empirien min ser det ut til at pasientene har evnene til å møte utfordringer og oppnå resultater. Dette kan være positivt for pasientens mestring fordi forskning viser at sosial støtte er en viktig ressurs til mestring (Lazarus & Folkman, 1984). Når man bruker en problemfokusede strategi er man opptatt av å endre problemet og å gjøre noe konstruktivt med situasjonen man befinner seg i. Dette gjør pasienten i form av at han er klar på mål og er motivert (Lazarus & Folkman, 1984). Det at pasienten er en del av et inkluderende team

og opplever sosial støtte er en viktig faktor for opplevelsen av mestring, og kan derfor være med på å forklare at hun mestrer utfordringene etter slaget.

Lisa forteller at når pasienten kommer inn på avdelingen og sier *"dette vil jeg bli bra på"*, så er det meningsfylt for dem, og da er det noe pasienten virkelig ønsker. Hun forteller videre om en pasient som enda var yrkesaktiv, og hadde fått hjerneslag. Da han kom inn på avdelingen uttalte han slik; *"bare jeg klarer å komme meg på do alene, så skal jeg være glad. Det er målet mitt!"*. Lisa forteller at det målet oppnådde han ganske kjapt. Det var to, tre dager så fikk han det til, og han var strålende fornøyd, forteller hun. Hun forteller videre at pasienten også hadde dårlig håndfunksjon, og hadde som mål om å spise pent med kniv og gaffel, slik at han kunne gå på restaurant sammen med konen sin. Med en munter tone forteller Lisa: *"Og når han dro, så tror jeg faktisk han kunne kjøre bil"*.

Slik jeg forstår det fra fortellingen til Lisa, hadde denne pasienten mye fremgang i rehabiliteringen. Det fremgår også her at målene justeres i forhold til pasientens måloppnåelse. Siegert (2004) skriver at målsetting er en dynamisk prosess som kan endres og justeres i henhold til fremdriften. Denne pasienten vil være preget av et indre attribusjonsmønster (jf. s.18) og pasienten vil se sammenhenger mellom egen innsats og mål. Pasienten har tro på at det hjelper å trene, og mye tyder på at pasienten har kontroll på sin egen målsetting. Det kan se ut til at pasienter som er klare på sine mål synes å ha god oversikt over situasjonen, og hva de ønsker å oppnå, og grep de må ta for å komme dit. Mye tyder på at terapeuten bruker pasientens meningsfulle mål som motivasjon. Målet utviklet seg fra å skulle klare å gå på do selv og til at han kunne kjøre bil. I denne situasjonen kan det se ut som om ergoterapeuten individualiserer behandlingen ved at hun bruker aktiviteter som er meningsfulle for pasienten. Dette tyder på at når ergoterapeuten og pasienten samarbeider om målsetting, får pasienten en aktiv rolle i rehabiliteringen. Når pasienten sier *"Det er målet mitt!"* kan pasientens aktive deltakelse i målsettingsprosessen være med på å gjøre ergoterapibehandlingen meningsfull for henne. Ut fra det som i fellesskap er definert som mål mellom pasient og terapeut kan det gi føringer for og en større innsikt i det som skjer videre i behandlingen. Leach (2010) skriver at en felles



definisjon for mål øker motivasjonen for rehabilitering. Dette samsvarer også med studien til Larsson (1996) som skriver at et felles synspunkt er essensen for målsetting, og for å finne hvordan målet kan oppnås.

Forskriften habilitering og rehabilitering definerer rehabilitering som prosesser med klare mål (HOD 1998). Det kan se ut som at når pasientene er motiverte og klare på sine mål i rehabiliteringen kommer pasientenes indre motivasjon til uttrykk. Pasientens aktive deltakelse i målsettingsprosessen viser at pasienten er selvbestemt og målrettet i det han ønsker å oppnå. Deci og Ryan hevder at pasienten er indre motivert når han engasjerer seg i aktiviteten for hans egen del, og at aktiviteten i seg selv oppfattes som en belønning (Deci, 2000; Deci & Ryan, 1985). Dette kan sees i samsvar med Haukedal som skriver: ”med indre motivasjon menes det at drivkraften i menneskelig atferd kommer fra aktiviteten i seg selv eller fra indre behov” (2005, s.376). Kaufmann og Kaufmann støtter også opp under dette ved å skrive at: ”indre motivasjon er den motivasjonsenergien som ligger i selve arbeidsutførelsen” (2009, s.51). Drivkraften kommer altså innenfra i form av for eksempel interesser og engasjement, og er uten påvirkning fra omgivelsene.

Hvordan ergoterapeuten legger opp til pasientens muligheter for egne mål vil være av betydning for hvordan pasienten bidrar i sin målsettingsprosess. Wressle (1999) fant i sin studie at pasienter som er aktive i å definere/formulere mål har et større potensial for en aktiv deltakelse. Når pasienten er klar på sitt mål og deler sine ønsker om mål som vist i situasjonene tidligere får ergoterapeuten kunnskaper om pasienten. Dette kan være med på å styrke det personlige båndet og være en inngangsport til målsettingsarbeidet. Småprat av denne typen kan være et viktig redskap for ergoterapeuten i målsettingsprosessen. Slik jeg ser det kan ergoterapeuten bruke denne type samtale for å bygge opp tillit hos pasienten. En slik problemløsning krever en god samhandling, da brukeren må føle at det er rom til å ta opp sine ønsker og tanker.

## 5.2 utfordringene i målsettingsprosessen

### 5.2.1 ”urealistisk til sin egen situasjon”

*”Det er kjempeutfordrende med de pasientene som ikke kan se sine egne begrensninger. Eksempelvis der pasienten har den oppfatningen til seg selv at de kan gå. De reiser seg og går så snart jeg har snudd ryggen til og dem. En må nesten ha fast vakt på de pasientene slik at de ikke skader seg og går noen skritt tilbake igjen. Det er nok det vi ser på som den største utfordringen” (Trude).*

Sitatet over leder oss inn i noen av utfordringene ergoterapeutene står ovenfor når pasienter er urealistiske til sin egen situasjon. Hjerneslagets konsekvenser som for eksempel nedsatte kognitive funksjoner får betydning for pasientens deltakelse i målsettingsprosessen. Dette kan eksempelvis være pasienter som ikke klarer å uttrykke seg, passivitet, nedsatt innsikt og pasienter som over evne vil klare veldig mye selv.

Trude sier; *”det er vanskelig med pasienter som ikke klarer å uttrykke seg”*. Hun sier det blir en begrensning i rehabiliteringsarbeidet da hun ikke får pasienten like delaktig i forhold til målsetning som hun skulle ønske. Thea forteller videre at utfordringene ligger hos de pasientene som ikke kan uttrykke seg, Hilde forteller at det ikke er alle pasienter som klarer å uttrykke sine mål, og hun tillegger at det ofte er vanskelig når pasienten har nedsatte kognitive funksjoner.

Trude forteller videre at det er utfordrende med de pasientene som gjerne vil klare mye selv. De vil bruke den friske siden veldig mye, og ser at det øker spastisiteten i den rammete siden. Hun ser da at det går ut over hvor bra pasienten kan bli. Pasienten har et stort behov å klare seg selv, og det blir viktig å klare å holde på den motivasjonen de har, men samtidig klare å begrense dem, sier Trude.

Hilde og Thea opplever at pasienter med nedsatt innsikt i egen situasjon er utfordrende å arbeide med, og at det da er utfordrende å klare å få dem engasjert i egen situasjon. Dette samsvarer også med det Trude sier, *”det er spesielt utfordrende med de pasientene som ikke har innsikt i sin situasjon, som kanskje ikke klarer å gå, men som vil reise hjem første*

*dagen*". Trude forteller at når pasienten ikke har innsikt i sin egen situasjon må hun noen ganger prøve ut den aktiviteten som pasienten tror de klarer, men som ikke er realistisk. Hvis pasienten vil gå i trappen, må hun bare prøve det ut. Hun sier da; "*ser du at dette ikke går? Er dette noe vi kunne hatt som en målsetning*"? . Hun sier at hun da lager målsettinger for pasienten, underveis. Jeg tolker det slik at når pasienten ikke har mulighet til å delta i målsettingen, må Trude noen ganger definere målet. Terapeuten må noen ganger bruke sin erfaring for å definere mål som hun tror pasienten kan klare.

I forhold til materialet ser jeg at ergoterapeutene synes pasienter med nedsatt innsikt i egen situasjon er utfordrende. Bredland (1996) skriver at når pasienter ikke har innsikt i sin egen situasjon, kan dette være en helt naturlig og nødvendig reaksjon etter den omveltningen som har skjedd med kroppen. Han skriver det er viktig at en har kunnskaper om dette som helsepersonell på en profesjonell måte, og at en ikke må forveksle med manglende motivasjon for rehabilitering. Kaae Kristensen og Egmont Nielsen (2011) skriver at pasienter med nedsatt innsikt og dømmekraft vil ha en urealistisk opplevelse av egen evne. Og at de ofte er overbeviste om at så snart de kommer seg hjem, vil det hele gå over. Her vil ergoterapeuten ofte være nødt å konfrontere pasienten med problemene både verbalt og i aktivitet. De skriver at når pasienter har liten innsikt i egen situasjon, kan det være vanskelig for pasienten å se fremskrittene i rehabiliteringen. Dette kan være fordi pasienten sammenligner det han kan, med det han kunne før hjerneskaden. Derfor vil pasienten i en del tilfeller ikke oppnå en realistisk vurdering av egen evne og situasjon (Kaae Kristensen & Egmont Nielsen, 2011).

### **5.2.2 "*Det vet sikkert dere best*"**

Det får betydning for målsettingsprosessen når pasienten av en eller annen grunn overlater ansvaret over på terapeutene.

Lisa forteller det er pasienter som kommer inn og sier; "*..det vet sikkert dere best*". Trude forteller hun opplever pasienter som ikke klarer å være med i målsettingen, og som overlater ansvaret til terapeuten. Hun viser til pasienten som kan si: "*Dette er det dere som*

*kan, dere styrer det, behandle meg!*”. Dette samsvarer med det Bredland, Linge et.al (1996) som skriver at istedenfor å være ansvarlig for eget liv og livssituasjon kan pasienten utvikle et avhengighetsforhold til terapeuten og tjenestene. Studien til Rosewilliam (2011) bekrefter også dette. Her kommer det frem at selv de pasientene som hadde mulighet til å delta i rehabiliteringen, ikke nødvendigvis gjorde dette. Noen pasienter ledet avgjørelsene og ansvaret over på helsepersonell. Bredland et. al skriver videre at en som terapeut må finne en balanse mellom det å ta kontroll når pasienten ikke har den evnen selv, og gi fra seg kontroll etter hvert som pasienten gjenvinner evnen til å ta ansvar for seg selv. For pasienten vil det som gir mening være å bli som før, og bli frisk igjen. Pasienten overlater ofte ansvaret over på terapeuten og venter på at personalet skal gjøre noe for å gjenopprette den tidligere tilværelse. Et annet aspekt er når pasienten er deltakende i terapien så lenge terapeuten er tilstede, men ikke følger ikke opp ting i etterkant. Når pasienten av ulike grunner ikke forstår eller har forutsetning til å nyttiggjøre seg av det terapeuten foreslår, har det bare verdi så lenge vi er til stedet, og da blir de avhengig av terapeuten (Bredland et al., 1996).

I tråd med hva Heider (1958) hevder i sin attribusjonsteori er det interessant å se på hvilken opplevelse pasienten kan ha av og ikke være deltakende i rehabiliteringen. Hvis pasienten tror at han ikke kan påvirke fremtiden, kan det godt forstås at det blir vanskelig for han å sette mål. Dersom pasienten har et ytre attribusjonsmønster og tror at terapeuten styrer prosessen, vil han mene at terapeuten vet best hvilke mål som kan settes. Hvis pasientene er av den oppfatningen at fremtiden styres av skjebnen eller tilfeldigheter, vil målsettingsprosessen virke meningsløs for pasienten.

I forhold til empirien ser jeg at ergoterapeuten forsøker å legge til rette for deltakelse i målsettingsprosessen. Essensen i rehabilitering og brukermedvirkning er at pasienten skal ta ansvar for eget liv. Hvordan blir det med de pasientene som nettopp ikke vil ha det ansvaret, og som legger ansvaret over på terapeuten. Bredland et. al (2007) hevder at man ikke kan kalle virksomheten rehabilitering hvis ikke brukermedvirkning er tilstede. De skriver at det må tas hensyn til pasientens evner og forutsetninger og i dette tilfellet ser man

at pasienten av en eller annen grunn ikke har forutsetning til å ta ansvar, og klarer ikke å bidra med egeninnsats.

### 5.2.3 “ikke har realistiske mål”

Sykdommens karakter som nevnt i det forestående kapittelet får betydning for hvordan pasienten deltar i målsettingsprosessen. Dette kan føre til at pasienten blir urealistisk til sin egen situasjon, og setter urealistiske mål i målsettingsprosessen. Jeg har valgt å kalle dette for urealistiske mål, men informantene omtaler ulike ord som er aspekter av det samme. Ergoterapeutene snakker om pasienter som har urealistiske, store eller ambisiøse mål.

Thea forteller at det hender pasienten kan ha litt vel ambisiøse mål. Hun sier hun har hatt pasienter som har vært sengeliggende der eneste ønske har vært; *“Bare jeg kommer meg hjem, da skal jeg kjøre traktor. Og da blir alt bra”*. Thea forteller at pasienten ikke klarer å se hva som skal til for å komme dit, og hvilket arbeid han selv må gjøre. Hun forteller videre at det ofte kan være pasienter som har ambisiøse mål, der hun ser at det er urealistisk. Lisa forteller; *“..det er utfordrende når pasienten ikke har realistiske mål”*. Trude synes også det er spesielt utfordrende med pasienter som har ambisiøse mål der pasienten har et mål om å komme seg fort hjem. Hun sier at selv om hun tror pasienten ikke når målet, eller at det kan ta 3,4 måneder før de eventuelt klarer det, kan hun ikke ta fra pasienten det målet.

Materialet viser at informantene synes det er utfordrende med pasienter som definerer mål som er på siden av ergoterapeutens faglige vurdering. Dette samsvarer med studien til Leach (2010) der det kommer frem at terapeutene opplevde det som utfordrende når pasientene definerte urealistiske mål. Conradi et. al (2004) påpeker at urealistiske mål hos pasienten kan være vanskelig for samarbeidet. I litteraturen jeg tidligere har presentert om *målsettingsprosessen*, påpekes det at målene må være realistiske, og at det kan innebære utfordringer mellom terapeut og pasient dersom pasienten formulerer urealistiske mål (jf. s.10). Wade (2009) mener det er en balanse mellom å sette realistiske og ønskede mål, der det er viktig at man i den prosessen samarbeider slik at erfaringer fra både pasienter og det

faglige team kommer frem. Empirien min viser at ergoterapeutene vektlegger at en som terapeut ikke må ta over pasientens mål. Dette kan sees i samsvar med det (Bredland et al., 1996) skriver om at det er viktig å være realistisk, men uten å ta motet fra pasienten. Jeg tenker det blir viktig at pasienten holder motet oppe gjennom rehabiliteringen. For noen kan nettopp målet være drivkraften og håpet til pasienten i rehabiliteringen. Bredland skriver videre at ikke alle drømmer og ønsker til pasienten kan realiseres, men presiserer at det uansett er pasientens mål, og ikke våre (Bredland et al., 1996).

Brochs-Haukedal og Bjørvik (2010) skriver at det ikke er sikkert at alle pasienter er så klare over sine egne ønsker og behov. Locke og Latham (2006) hevder at noen liker å bli fortalt hva de skal gjøre, mens andre ønsker å være med på å bestemme. Dette kan sees i samsvar med det informant Trude skildret tidligere i kapittelet at hun noen ganger må sette mål for pasienten, som av ulike grunner har problemer med å sette mål. Hun kan da si til pasienten; *”..er dette noe vi kunne hatt som en målsetning”?* Wade (2009) mener mål bare er effektive hvis de er ønsket av pasienten. Brochs-Haukedal og Bjørvik (2010) hevder at mål satt av andre kan virke like godt. De skriver at det ikke er automatikk i at selvbestemte mål er mest effektive og hevder at det er en myte at selvbestemte mål alltid er mest effektive. Han hevder også at mål satt av en selv, gjennom deltakelse av andre, kan virke like godt.

Brochs-Haukedal et. al skriver videre at det er en balanse mellom å sette realistiske og ønskede mål. I den prosessen er det viktig å innhente erfaringer fra både andre i teamet, helsearbeidere og pasienter. Dette samsvarer med Lawler (1999) som hevder at det handler om å balansere det realistiske med det ønskede. Der man på den ene siden har de profesjonelles synspunkter og på den andre siden pasientens subjektive ønsker.

I følge Wormnes og Manger (2005) vil mennesker med liten følelse av mestring og kontroll over livet, beskytte seg selv ved å velge enten svært lette eller vanskelige oppgaver. Det jeg finner er at ergoterapeutene opplever at pasientene ofte kan definere mål som ikke er i tråd med deres faglige vurdering. Ergoterapeuten skildret tidligere i kapittelet at pasienten ønsket å gå igjen, noe hun mente var et for ambisiøst mål. Mye tyder på at ergoterapeutene synes det er utfordrende når pasienten har for ambisiøse mål, men beskriver likevel at det er

viktig og ikke å ta fra pasienten målet. Wressle (1999) skriver at når pasienten ikke uttrykker mål kan det være et tegn på at pasienten er i en tidlig fase av rehabiliteringen, slik at det er for tidlig for pasienten til å ha forutsetning til å formulere konkrete mål.

Kassberg og Skår (2008) skriver at når pasienter ofte mangler evnen til å delta i avgjørelser knyttet til deres rehabilitering, må helsearbeidere ta avgjørelser for dem. I informantenes beskrivelser kan en se at terapeuten er avhengig av pasienten deltakelse i målsettingsprosessen. Mattingly og Fleming (1994) hevder at pasienten må delta, ikke bare i de terapeutiske aktivitetene, men også i selve konstruksjonen av bildet av det mulige utfall. De skriver at hvis terapeuter setter et mål som er for langt unna fra pasientens oppfatning av deres funksjonelle behov, vil terapi trolig bli forhindret. Dette kan sees i lys av studien til Barcaly (2002) som finner at målene må være realistiske, og at terapeuten har en viktig støttespiller her.

#### ***5.2.4 "Når pasienter ikke har motivasjonen"***

Et sentralt aspekt ved de utfordringene ergoterapeutene møter i målsettingsprosessen er pasienter som ikke har motivasjon. Ergoterapeutene omtaler dette som når pasienten ikke orker å "ta et tak selv", når pasienten "legger inn årene", eller at pasientene sier; "*nei, det orker jeg ikke*". Jeg oppfatter at dette dreier seg om pasienter som av ulike grunner ikke har motivasjon. At pasienter ikke har motivasjon kan komme av mange ting. Dette er allerede uttrykt i det foregående kapittelet, men jeg velger å ha det som et eget kapittel, siden begrepet *motivasjon* blir trukket frem i flere sammenhenger i materialet.

Thea synes det er utfordrende når hun ser at pasienten har fremgang, men pasienten selv legger inn årene, og ikke orker å ta et tak selv. Hilde forteller hun synes det er utfordrende når pasienter sier; "*Nei, jeg har ikke lyst å være med på en aktivitet*", "*Det er ingenting som interesserer meg...*". Hun sier at disse pasientene har ofte ikke lyst til noen ting, og synes ingenting er lystbetont. Informantene peker på at det kan være mange grunner til at pasientene ikke orker å delta, og nevner depresjon som en viktig årsaksforklaring.

Depresjon blir nevnt av alle terapeuter men på grunn av oppgavens omfang har jeg ikke mulighet til å gå inn på dette tema.

Lisa forteller at pasienter uten motivasjon gjerne kan si; *"Nei, jeg har ikke noe lyst..."*, *"Nei, jeg liker ikke..."*, *"Nei, det gjør jeg ikke..."*. Thea mener det hos enkelte er utfordrende å finne motivasjonen, og sier hun synes det er svært viktig med motivasjon og trivsel på sykehuset. Lisa sier *"Vi får pasienter inn som ikke er motivert for treningen i det hele tatt"*. Thea forteller at det kan være vanskelig å finne motivasjonen hos pasienten hvis han har hatt flere slag, og har flere funksjonelle begrensinger. Thea forteller videre at det er utfordrende når pasienter ikke har motivasjon, der hun ser at pasienten kunne ha nådd lengre i sin rehabilitering hvis motivasjon hadde vært til tilstede. Hilde mener en må prøve å finne noe som kan gi motivasjon til pasienten. Informantenes mening om hva som kan gi motivasjon, omtales mer inngående kapittel 5.3.2.

Bredland et. al (1996) skriver at det kan være vanskelig å rehabilitere noen som ikke ønsker det. I forhold til materialet ser jeg at når det skjer noe uforutsett med kroppen, blir identiteten svekket og pasienten kan streve med den nye identiteten sin. Dette samsvarer med det Christensen (1999) skriver, at når mennesker opplever tap og forandringer i livet, blir identiteten forstyrret. Vi tolker hendelser som skjer med oss i forhold til hvordan betydning det har til våre liv, for dette gir livet en følelse av sammenheng.

Kielhofner (2010) skriver at det er svært individuelt hva som motiverer den enkelte til aktivitet. Mye tyder på at det vil være viktig at ergoterapeuten forsøker å motivere pasienten, slik at pasienten får en mulighet til mestring og uavhengighet. Dette kan sees i lys av den indre motivasjonen der en oppgave må være utfordrende for at den skal appellere til kompetansebehovet. Pasienten vil ha et behov for å føle at en mestrer sine oppgaver, og pasienten kan få en positiv effekt på positiv tilbakemelding fra terapeuten.

Jeg tenker også at det kan være avgjørende at pasienten innser at en kan klare ting selv med litt trening. For at pasienten skal bli motivert til å delta i behandlingen kan ergoterapeuten involvere pasienten i hele behandlingsprosessen, fra målsetting til planlegging og tiltak



(Creek, 2008). Jeg ser at styrken for motivasjon er gjennom opplevelsen av suksess i målsettingsprosessen.

Conradi og Rand-Hendriksen (2004) skriver at når et funksjonstap oppstår akutt får pasienten en tapsopplevelse, og det kan være vanskelig for pasienten å ha motivasjon nok til å investere nødvendig tid og energi til prosessen. For å få motivasjon må målet for rehabiliteringen ha stor betydning for pasienten. De skriver at pasienten ikke orker å bruke krefter hvis ikke et lystbetont eller nyttig mål vinker der fremme. De skriver videre at det kan være nyttig å knytte målene til rollebegrepet for å øke motivasjonen. Med begrepet ”rolle” mener de den posisjonen en har i det sosiale nettverket, som foreldre, barn, venn og så videre. Fordi deltakelsen og gleden av det sosiale fellesskapet i stor grad gjør oss til den en er, gir en selvtillit og identitet, kan det være lurt å knytte den overordnede målsettingen til dette punktet.

#### ***5.2.5 ”Begrensningene på sykehuset er utfordrende”***

I forhold til å skulle definere og arbeide mot pasientens konkrete mål i målsettingsprosessen, har ergoterapeutene omtalt det fysiske aspektet på sykehuset som utfordrende. De viser til at det kan være vanskelig å legge opp til meningsfulle aktiviteter innenfor sykehusets rammer.

Thea forteller at på sykehuset begrenser det seg veldig. Hun sier det er mye man kan tenke seg å gjøre, men som ikke er mulig på sykehuset. Thea forteller; ”*Vi har begrenset med ressurser og utstyr*”. Hilde synes også begrensningene på sykehuset er utfordrende. Hun kunne tenkt seg og dratt på butikken, handlet og dratt hjem til pasienten og laget mat, forteller hun. Lisa forteller at på sykehusavdelingen er det begrenset hva man kan trene på av de utfordringene som pasientene møter i det daglige liv.

Informantene forteller at de ytre rammene på sykehuset er utfordrende. Dette fordi de mener de har begrenset med inventar og rom, til å kunne gjøre det de ønsker i rehabiliteringen. Det kan være økonomi og andre aspekter som legger føringer for dette.

Bredland et.al (1996) skriver at en ikke kan se en funksjonsnedsetting uavhengig av de fysiske omgivelsene. Skal vi ta på alvor målet om at pasientene skal kunne bruke nærmiljøet sitt som før, må vi også legge de fysiske forholdene til rette. Dette samsvarer med studien til Playford (2000), som finner at mål satt på sykehuset ikke er alltid like lett å overføre til samfunnet igjen. Dette kan blant annet komme av at en ikke er i ”virkelige” omgivelser. Denne studien viser blant annet til at pasienter som i målsettingsprosessen er ”utepasient”, ser ut til å ha mer treffende mål og er mer tilfredsstillende i forhold til rehabiliteringsmålene. I studien til Dániels (2002) nevner ergoterapeuter at den institusjonelle konteksten er en begrensning i terapien, spesielt når det gjelder opplæring og bevisstgjøring på meningsfulle mål. Informantene viser til at de må være kreative i forhold til de fysiske rammene, dette blir nærmere belyst i det forestående kapittelet *”Det skal være lystbetont”*.

#### ***5.2.6 ”Han pappa skjønner ikke sitt eget beste”***

Ergoterapeutene formidler at det er utfordrende når pårørende har ønsker og krav, som ikke er i overenstemmelse med pasientens ønske i målsettingsprosessen.

Lisa forteller; *”Vi får jo inn pasienter der pårørende har satt målene. Der det kommer frem etter hvert at det ikke pasienten selv som har satt dem”*. Hun sier det kan være en datter som gjerne vil at faren skal kunne klare seg selv, men faren ser det på en annen måte, og synes det er helt greit å få hjelp til enkelte ting. Hun forteller videre at hvis hun da begynner å trene på ting som pasienten ikke synes er noe spesielt, så oppnår du målet mye senere enn om han virkelig hadde driven selv. *”Det er meningsfylt for han”*, forteller hun.

Lisa forteller videre at det noen ganger kan være vanskelig når pårørende ønsker ting for pasienten, og særlig med tanke på at pasienten ikke ønsker det like sterkt, da kan en komme i en konfliktsituasjon. Hun sier at pasientene kan ha pårørende på telefon som sitter i Bærum eller Laksevåg, og ønsker ett eller annet for sin syke mor eller far og sier; *”Dette er viktig”*. Så har du pasienten som ikke synes det er så viktig. Hun forteller at pårørende også

kan si; *"Han pappa skjønner ikke sitt eget beste"*. Hun tillegger at noen ganger kan det være slik at pasientene ikke ser sitt eget beste.

Jeg ser i materialet mitt at ergoterapeuten forsøker å ta hensyn til både pasienten og pårørende i målsettingsprosessen, og at det kan bli utfordrende når terapeuten forsøker å legge til rette for både pasientens og pårørendes forskjellige ønsker. Kasseberg og Skår (2008) skriver at når pasienten mangler en deltakende evne i rehabiliteringen blir de representert av pårørende, og det kan være en usikkerhet om dette er pasientens ønske, eller pårørendes krav. De skriver videre at ergoterapeuter forsøker å finne en balanse mellom å ikke skade pasientens integritet og å høre på de pårørendes ønsker. Samtidig skal de vise respekt til pasienten og gi pasienten muligheten til å ta kontakt med de pårørende selv. De skriver også at ergoterapeuter synes slike situasjoner er vanskelig å håndtere fordi det ofte er flere involvert i pasienten, som pårørende og andre helsearbeidere som ofte har forskjellig syn på hva som er best for pasienten (Kasseberg og Skår 2008). I slike tilfeller tror jeg det kan være viktig at rehabiliteringsteamet har ulik kompetanse, slik at en kan ha flere innfallsvinkler på hva som er best for pasienten. Lawler (1999) støtter dette og skriver at det i målsettingsprosessen er viktig å innhente erfaringer fra både andre i teamet, helsearbeidere og pasientene.

For at ergoterapeuten skal ta vare på sin yrkesetikk vil det være viktig som Kasseberg og Skår skriver å ha respekt for pasienten og ta vare på pasientens integritet. Det er viktig at pasienten føler at en selv står i fokus, og at man er med i intervensjonen. De presiserer videre er dette noen av komponentene som er viktig for en suksessfull rehabilitering av pasienter med en funksjonshemming. Slik jeg ser det vil det være viktig og ha kunnskaper om dette. I samsvar med Bredland og Linge et al. (1996) hevder de at det er viktig at en tar pårørende på alvor. De har behov for å bli forstått, hørt på, og har behov for informasjon og kunnskap prosessen.

### **5.3 Hvordan håndterer ergoterapeutene utfordringene i praksis**

Ergoterapeutene beskriver hvordan de står ovenfor de ulike utfordringene i målsettingsprosessen. Jeg vil gå nærmere inn på de påfølgende temaene som jeg fant naturlig, for å belyse hvordan ergoterapeutene møter disse utfordringene i praksis.

#### **5.3.1 ”Ikke for store eller for små mål”**

For å møte utfordringene i målsettingsprosessen beskriver ergoterapeutene hvordan de arbeider med pasienten i forhold til mål og delmål.

Trude sier; *”Vi kan definere og arbeide mot målene, etter de ønsker pasienten har”*. Hun sier at hvis pasienten har et ønske om å komme hjem for å drive gården selv, da kan hun sette hovedmål, og dele opp målene underveis i prosessen. Hun forteller videre at hun ofte må bryte ned hovedmålet, hvis det skal være gjennomførbart for pasienten. Det er viktig at det ikke blir for stort gap, mellom det realistiske og det urealistiske. Hun sier videre at det ikke må bli for store, og ikke for små mål. Lisa forteller det hender man kan finne andre nærliggende oppgaver som pasienten kan trene på.

Thea refererer til en situasjon der hun jobbet med en pasient som hadde et mål om å kjøre traktor. Da fortalte hun pasienten; *”Hvis du skal klare å kjøre traktor, hva må du klare før du kommer dit? Da må du komme deg opp av senga, og du må klare å sette deg opp på sengekanten”*. Hun forteller at alle slike små delmål underveis i prosessen, blir viktigere da. Hun forteller videre at det hender hun setter opp arbeidslister som hun skriver sammen med pasienten, med pasientens mål, *”Hva skal vi klare denne uken”*? Der hun skriver; *”Forrige uke klarte pasienten å sitte på sengekanten. Denne uken skal pasienten stå, eller finne balansen sin”*. Thea sier at pasientens mål også kan være, å klare å vri opp vaskekluten på egen hånd. Hun sier at delmålene er en del av hovedmålet, og er viktig selv om en ikke alltid når dem.

Ergoterapeuter jobber med individer for å sette mål, der forskning har vist at det er en økende motivasjonsfaktor for de pasientene som deltar i å identifisere sine mål (Curtin,

Molineux et al. 2010). Meningen med å sette mål er å stimulere for personens engasjement og ønskede aktiviteter. En effektiv intervensjon er basert på konkrete og klare mål. Langsiktige mål har blitt beskrevet som selvet målet med terapien mens kortsiktige mål er veien å gå for å komme dit. Lawler skriver (1999) at det er en viss sensitivitet i å innhente mål med hensyn til personlige faktorer, individuelle personlighet, og pasientens sosiale situasjon. Det blir viktig i en slik setting at en legger opp til at målene ikke blir demotiverende og urealistisk vanskelige, og samtidig at de ikke blir for lette å oppnå (Wade 2009).

Bredland et. al (1996) hevder at delmålene er konkrete steg på veien mot de langsiktige målene. Han skriver videre at delmålene må kunne nås i nærmeste fremtid, og at det ikke burde være for mange mål. Mye tyder på at ergoterapeutene bryter ned hovedmålet til delmål. Dette kan bety at målene blir mer gjennomførbare og oppnåelige for pasienten.

Bredland et. al (1996) skriver videre at rehabiliteringsmålene må settes med utgangspunkt i pasientens egne verdier, interesser, viktighetsområder og roller. De skriver at det er her en finner pasientens motivasjon, og målene skal være noe pasienten ønsker å strekke seg mot. Wade (2009) skriver at målsettingsprosessen er til for å motivere pasienten, og en må være sikker på at de individuelle medlemmene av teamet jobber mot samme mål. Det er viktig at en ser på mål i et hierarkisk system, der en har langsiktige og kortsiktige mål. Han mener det første steget er å etablere mål som er viktige for pasienten. I forhold til litteraturen ser jeg at pasientens viktighetsområder og interesser blir sentralt i målsettingsprosessen. Dette blir belyst inngående i neste kapittel.

### ***5.3.2 "Det skal være lystbetont"***

Vi har alle ulike behov og ønsker for aktivitet. Begrepet meningsfull aktivitet vil si at det er svært individuelt hvilken aktivitet som er meningsfull for det enkelte menneske. Hva som er meningsfullt for en trenger ikke å være meningsfullt for en annen. I målsettingsprosessen vil meningsfull aktivitet være viktig for hver enkelt pasient.

Informantene skildrer flere aspekter for å møte utfordringene i målsettingsprosessen knyttet til begrepet/ordet meningsfullhet, og for å finne motivasjon til trening i en sykehuskontekst. Ergoterapeutene viser også til hvordan de kartlegger dette. Begrepet meningsfullhet viser seg ikke å være et entydig begrep, men et begrep som den enkelte informant tillegger betydning med utgangspunkt i pasienten. Informantene snakker om aspektet meningsfullhet som; noe som gir mening, noe som er lystbetont, som er viktig, som gir en god følelse, som føles ok, og som er ”*mye artigere*” enn noe annet.

Trude viser til en situasjon der hun brukte en aktivitet som var betydningsfull for pasienten i en vanskelig situasjon;

*”Vi hadde blant annet en pasient som hadde hatt slag i begge sidene, og hadde ingen funksjon i armer, ben eller resten av kroppen. Hun ble liggende der, og kunne ikke formidle noen ting. Hun ble liggende ganske lenge i sengen, og hadde redusert kapasitet til å komme opp for å sitte også. Det å få ei lydbok å høre på, å drømme seg litt bort var alfa omega for henne. Det var viktig for henne å få noen form for stimuli, for å klare den tunge opptreningsprosessen etter slaget. Det har veldig stor betydning for henne” (Trude).*

Sitatet ovenfor viser at i arbeidet med hjerneslagpasienten, blir det viktig å være kreativ i problemløsningsprosessen. Jeg ser det slik at når pasienten har store utfall etter hjerneslaget, kan det ha stor betydning for pasienten at terapeuten er kreativ i situasjonen.

Lisa opplever at hun kan få mye informasjon om pasienten når hun går seg en tur ut med dem. Dette er informasjon som hun normalt ikke ville fått frem i en treningssituasjon, under kartlegging eller under diverse tester. Lisa beskriver dette slik:

*”Men hvis en da kanskje får et inntrykk av hva en synes har vært greit å holde på med, så kan det være greit å finne frem ting som man kan motivere pasienten med”.*

*(Lisa).*

I sitatet ovenfor viser Lisa til at hvis en finner ut hva som er meningsfullt for pasienten, kan hun bruke det som motivasjon i målsettingsprosessen med pasienten. Thea synes det å

kunne trene på noe som pasientene føler er meningsfullt ofte vil gi dem mer motivasjon. Hun synes man skal legge de meningsfylte aktivitetene til rette hvis det er noen som for eksempel vil prøve seg frem med strikking.

Hilde sier at aktivitetene skal være lystbetonte. Hun forteller at de meningsfulle aktivitetene til pasienten får hun frem via en kartleggingssamtale som hun gjør ganske tidlig, og gjerne andre dagen pasienten er kommet på avdelingen. Hun sier det er viktig å kartlegge hva pasientene klarer, og hva de ønsker å klare. Lisa forteller også at hun prøver å kartlegge hva pasientene synes er ok å holde på med. Om de liker å strikke, å bake, om de liker å fiske eller å gå på turer. Da prøver hun å finne aktiviteter ut fra opplevelser som pasientene ser på som lystbetonte. Hun forteller at det er aktiviteter som ikke har vært jobb eller forpliktelser overfor andre, men som de selv har gjort bare for aktiviteten sin skyld. Hun sier videre at det gjerne er noe pasienten gjør for at aktiviteten gir han en god følelse, og det er ikke noe han gjør for omgivelsene sine. Dette kan sees i lys av Deci og Ryan`s (1985) motivasjonsteori. Her kommer den indre motivasjonen til uttrykk. I tråd med empirien kan det se ut som om pasientene her har indre motivasjon i utøvelsen av situasjonen/aktiviteten. Dette er noe pasienten gjør for at han virkelig vil det, uten ytre belønninger. Pasienten har et behov for å bestemme over seg selv og hva en selv vil. Lisa fortalte tidligere at dette er ikke noe pasienten gjør for omgivelsene sine. Pasienten har her positive tanker og har en indre drivkraft, og et ønske om å ta valg som gjelder ens egen fremtid.

Thea forteller om en pasient som hadde planer om å dra hjem, og dra ut med fiskebåten sin igjen. Han laget fiskesnører i korridoren der han brukte dørhandtak, istedenfor kroker som han vanligvis brukte i naustet sitt, til å knytte line på. Fortellingen viser at en kan motivere pasienten når terapeuten bruker kjente og meningsfulle aktiviteter i målsettingsprosessen. Mattingly og Fleming (1994) hevder at for å kunne sette meningsfulle mål må ergoterapeuter ta hensyn til pasientens opplevelse av nedsatt funksjonsevne i en realistisk kontekst. Thea viser til en annen pasient, som også er fisker. Hun sier at hun under en samtale med pasientens kan trekke frem interesseområdet hans, der de for eksempel snakker om båter. Hun forteller videre at hun kan gå til en annen fløy på sykehuset fordi da ser en havnen og båtene nede ved havet, og kan bruke det som motivasjon. Pasienten har

vanskelig for å gå, men med en slik motivasjon får pasienten øvd seg på å gå til den avdelingen, der en kan se havnen og båtene. Da får pasienten den fysiske treningen samtidig som han får ta del i noe som er meningsfullt for han.

I kartlegging av meningsfulle aktiviteter ser det ut til å være viktig for informantene å finne ut hva pasientene har gjort før, og hva de opplever som greit å holde på med av aktiviteter. Kaae Kristensen og Egmont Nielsen (2011) skriver at kjente aktiviteter er ofte trygghetsskapende for pasientene, der pasienten er kjent med både formål og innhold. Kjente aktiviteter er også støttende for pasientens identitetsdeltakelse. I forhold til materialet ser jeg at kartleggingen er noe som pågår kontinuerlig i målsettingsprosessen. Det ser ut til at det er viktig at aktiviteten er noe som pasienten ser på som lystbetont. For en pasient kan det være like meningsfylt å se på tv som for en annen å gå på fjellet. Mattingly og Fleming (1994) skriver at terapeutene må utarbeide behandlingsmål som er meningsfull nok til at pasientene blir motiverte til å jobbe som partnere i den terapeutiske prosessen. Trombly (1997) skriver at meningsfullhet synes å ha motiverende innflytelse på handlenivået. Dette kan bety at når en pasient får en aktivitet som er meningsfylt er det motiverende for pasienten, og han blir motivert for rehabiliteringen. Mye tyder på at aktiviteten som pasienten ser på som viktig, gir en god følelse og føles lystbetont. Lisa forteller;

*”Jeg synes jo det at det skal være meningsfullt for pasienten. Vi må være åpne for at pasientene kommer til oss, med forskjellige erfaringer gjennom livet”.*

*(Lisa).*

Lisa forteller her er at det er viktig at pasienten får en behandling som gir mening for dem, og at den meningsfulle aktiviteten som blir lagt opp etter pasientens behov og ønsker. Jeg ser det slik at en må ta hensyn til at pasientene er forskjellige, og når pasienten trener på meningsfulle aktiviteter, kan han bli motivert for rehabiliteringen. Lisa forteller at hun kan velge å gå tur i fjæra, eller gå på steiner, og i ulendt terreng og at dette kan være mer meningsfullt for mange pasienter. Sitat; *”..og det synes kanskje noen pasienter er mye artigere”* (Lisa). Denne informanten har støtte fra blant annet Trombly (1997) som skriver



at aktiviteten skal gi mening, og være relevant for pasienten som skal motiveres til å lære å forbedre sitt funksjonsnivå. Ergoterapeuter fokuserer på aktivitet og deltakelse som sentralt i ergoterapifaget (Kielhofner, 2010). Å fokusere på aktivitet er blant annet grunnleggende for å oppleve livskvalitet ved at aktiviteten blir skreddersydd til pasienten. Målet med ergoterapi er å gjøre mennesker i stand til å engasjere seg i alle typer aktiviteter som kan ha positiv effekt på helsen.

Det kan se ut som at når terapeuten legger opp til en meningsfull aktivitet som situasjonen til Lisa, eksempelvis ”..å gå en tur i fjæra”, er det en aktivitet som er meningsfullt for pasienten. Det kan se ut som om ergoterapeutene blir mer kjent med pasienten når de snakker om aktiviteter som er meningsfulle for han. I forhold til materialet mitt ser jeg at hvis pasienten deltar i aktiviteter som oppleves som positivt kan det bidra til at pasienten blir motivert. Hvis jeg ser på målsettingsteorien til Locke (1968) kan det se ut som at mål som oppleves som personlig og meningsfulle bidrar til deltakelse i målsettingsprosessen. Pasienten oppfatter aktiviteter som meningsfull fordi de oppfyller et mål som er personlig eller viktig, og bidrar til personens utvikling (Trombly, 1997). Winkel, Gyiring og Wæhrens (2006) skriver at begrepet meningsfullhet brukes til å betegne individets tolkning av aktiviteten. Det vil si at det som blir meningsfullt kommer an på om pasienten tolker det som meningsfullt eller ikke. Gustafsson (2010) skriver at ergoterapipraksis er basert på troen av at aktivitet i form av meningsfull aktivitet er sentralt i menneskets eksistens og dens fravær er en trussel mot helsen.

Alle terapeutene har tidligere i oppgaven (jf s.42) gitt uttrykk for at de opplever de fysiske rammene på sykehuset som utfordrende. Terapeutene ser ut til å møte denne utfordringen ved å være kreative innenfor sykehusets rammer, og legger opp til meningsfulle aktiviteter etter de ulike begrensningene pasientene har. Bredland et al. (1996) skriver at hvis en skal tilpasse seg til de skiftende kravene, må en ha muligheter til å velge utradisjonelle løsninger ut fra eget skjønn. Det er viktig at terapeutene stimuleres til å måtte tenke selv, og til å være kreativ. De skriver videre at en må ha gode sosiale ”antenner” og intuisjon samt kompetanse nok til å handle der og da ut fra de muligheter situasjonene byr på. Ergoterapeutene er kreative i problemløsningsprosessen i forhold til å gå en tur i fjæra, eller

å ta med datamaskin til pasienten på avdelingen. Kaae Kristensen og Egmont Nielsen (2011) skriver at ergoterapeuter jobber med måletthet og meningsfullhet i tilknytning til aktiviteter og deltakelse, der meningsfullheten utvikles både i dialog og gjennom aktiv handling.

### **5.3.3 "En følelse av å mestre"**

Ergoterapeutene viser til viktigheten med å gi pasientene en opplevelse av å mestre. Informant Lisa viser til to historier som belyser dette:

*"Vi har en mann på avdelingen som har apraksi og ekspressiv afasi. Der har vi prøvd forskjellige tiltak. Han har ganske store kognitive utfall etter slaget, og han klarer ikke å gi uttrykk for noe. Han har jobbet som fisker. Og da tenkte jeg; hva er det fiskere gjør? I tillegg til å arbeide drikker dem mye kaffe og spiller mye kort. Så da fant jeg frem en kortstokk. Han som ikke får til å bruke hånden sin til å smøre på brødskiva. Han fikk nå til å stokke kortene. Han fikk til å spille kort, og skjønte gangen i spillet. Han ble glad, fordi han hadde gått på så mange nederlag, der han hadde opplevd at han ikke mestret. Å oppleve at han mestret noe, var essensielt for han. Da ble han glad, og det ble jeg og. Det er viktig at pasientene mestrer" (Lisa).*

*"Det var en dame kom inn på avdelingen. Hennes store hobby var strikking. Hun strikket modeller til en garnprodusent. Denne damen var fortvilet fordi hun hadde afasi der hun ikke kunne prate, og klarte ikke å gjøre seg forstått. Hun hadde også en arm som levde "sitt eget liv" og fikk ikke til å gjøre noen ting. Når hun kom på avdelingen la jeg opp en bunning til henne. Hun fikk den med en enkel oppskrif; med to rette og en vrang, to rette og en vrang. Med litt øvelse strikket hun, og hun var strålende fornøyd. Hun sa; "nå kan jeg strikke". Hun kan selvfølgelig ikke strikke kompliserte gensere, for da er hun avhengig av å lese mønster. Men det å mestre noe som hun trodde var tapt for henne, var fundamentalt. Hun hoppet i stolen. Dette var viktig for henne, å komme hjem til et liv der hun skulle fortsette med strikkingen. Dette var det hun hadde holdt på med hele sitt liv, og det var det*

*hun hadde levd av, og det var hobbyen hennes. Dette var artig. Mestringsfølelse er viktig ”.*  
(Lisa)

I historiene ovenfor legger terapeuten til rette for at pasienten skal få en mestringsfølelse. Winkel (2006) skriver det er viktig at aktiviteten fremmer eller utvikler den enkeltes handlingskompetanse, der mestringsevnen bør ha særlig oppmerksomhet i planleggingen av aktiviteter til pasienten. Mestring ser jeg er et viktig element for og nå et mål, og det er viktig å gi pasienten opplevelse av mestring i målsettingsprosessen.

Thea forteller at å gi pasientene mestring er veldig viktig. Spesielt når kroppen har vært gjennom en ganske stor omveltning, og *”hodet ikke er helt med”*. Hun forteller videre at det er viktig for pasienten å få pratet om ting de kan, og kanskje få føle seg som en ressurs for andre. Hun sier også at det er mange eldre pasienter som har opplevd mye, og at det kan være viktig for pasienten å få lære bort litt, og få prate om livet sitt. Hilde påpeker at mestring er viktig for motivasjonen, og forteller at det kan være nok at en pasient klarer å skru av lokket på deodoranten selv, for å få opplevelsen av mestring. Thea viser til en situasjon der pasienten opplever å mestre en aktivitet;

*”Det var en dame som hadde veldig store problemer med hukommelsen sin. Pasienten hadde vært mye i marka, og plukket bær. Hun var også svært glad i å lage mat fra grunnen av. Jeg som terapeut kan ofte dreie samtalen inn på disse elementene der pasienten kan komme med oppskrifter og måter hun har gjort ting på. Da får pasienten en følelse av å mestre situasjonen, og ikke bare gå rundt og fokusere på alt hun ikke kan”.*

(Thea)

Her legger ergoterapeuten til rette for pasientens muligheter og mestring. Dette er i tråd med Ness (1997) som skriver at erfaring lærer oss hva vi mestrer og ikke mestrer. Det er dette som får oss til å føle oss sikre eller usikre på vår intellektuelle, personlige eller fysiske egenskaper. Resultatet av dette er en bevissthet om at vi skal klare å se våre egne muligheter. Jeg tenker at hvis en person føler/opplever at de ikke mestrer sin egen kropp og tilværelse, da er det essensielt for oss som terapeuter å øke den holdningen eller

bevisstheten til deres egne muligheter og evner. Kassberg og Skåa (2008) skriver at en som terapeut kan forsøke å lære pasienten, å ta aktive selvstendige valg. Ergoterapeuten kan trekke oppmerksomhet mot en eventuell vellykket utførelse av en aktivitet. Jeg tenker at ergoterapeutens rolle er et viktig bidrag til at pasienten får opplevelsen av mestring i aktiviteter som er sentrale for deres identitet.

Når ergoterapeutene legger til rette for mestring i meningsfulle aktiviteter individualiserer hun behandlingen ved å ta pasienten med i en felles problemløsning i målsettingsprosessen. Bredland et.al (1996) hevder at bildet av seg selv formes av følelsen av mestring. Når man får til noe som man tidligere ikke har behersket, er følelsen av mestring av situasjonen viktig for å få en god selvfølelse. Hvis pasienten føler han behersker noe, vil det øke verdien av prestasjonen. De skriver videre at terapeutene forsøker å finne tiltak og mål som er med på å bygge opp selvbildet til pasienten, slik at pasienten får tro på egne muligheter og mestring (Bredland 1996). Winkel, Gyring et.al (2006) skriver at aktiviteter som utvikler den enkeltes mestringsevne bør ha særlig oppmerksomhet i planlegging av aktiviteter for pasienter. Empirien min viser at mestringsfølelsen gir et godt grunnlag for motivasjon. Å se at tiltak som iverksettes gir det resultatet pasienten ønsker, bidrar positivt i prosessen, og styrker motivasjonen til å fortsette. I motsatt fall kan jeg se at manglende resultat kan oppleves svekkene for motivasjonen. Det kan se ut som om mestringsfølelsen gir pasienten selvtillit og troen på seg selv, og kan kanskje gi pasienten mer erfaring til å løse de utfordringene som de møter videre i rehabiliteringen. Ness (1997) skriver at mestringsoppfatningen er bygget opp av følelsen av hvor effektivt man når aktivitetsmålene. Det tyder på at pasienten finner en glede og en mening ved å mestre. Hvordan terapeuten tilrettelegger for mestring er av stor betydning for at den indre motivasjonen skal komme til uttrykk.

#### ***5.3.4 "Indre motivasjon"***

Jeg ser i materialet mitt at det er viktig for terapeutene å gi pasienten motivasjon.

Hilde forteller om en pasient som var veldig motivert for å komme hjem, og som hadde lyst til å lære seg å gå igjen. Hun sier han satt i rullestol når han kom på avdelingen. Hun forteller at han hadde stor fremgang, der han raskt gikk med støtte av en person. Han gikk i trappen, i landgangen, gjorde balanseøvelser og kastet ball. Hun sier videre at det er morro å arbeide med pasienten når hun ser at de blir strålende fornøyd når de trener, og når pasienten selv ser at han klarer å utføre det han har satt seg som mål. Trude forteller at når hun klarer å motivere pasientene til små konkrete mål, slik at de mestrer og får glede og motivasjon i forløpet, så er det lettere å få frem motivasjonen. Hilde forteller at hun synes det er artig når pasienten tar nye utfordringer fortløpende, og når de "suger" til seg alt hun sier.

Avsnittet ovenfor viser at når pasienten har motivasjon i rehabiliteringen kan han ta nye utfordringer fortløpende. Ergoterapeuten forteller at hun gir pasienten nye utfordringer hele tiden. Her kan det se ut som om terapeuten forsøker å finne ut hvor utfordringen ligger, hvor eller hva det er som pasienten ikke mestrer. Slik at terapeuten og pasienten kan arbeide videre med det i målsettingsprosessen.

Ergoterapeutene snakker om den indre motivasjonen som et begrep de mener er betydningsfullt i målsettingsprosessen. De omtaler også det å finne nøklene for motivasjonen til pasienten som viktig. Trude forteller dette slik; *"Den indre motivasjonen er utrolig viktig, og jeg tror at om en ikke får frem noe som helst motivasjon, så blir det ikke det samme resultatet av rehabiliteringen"*. Lisa mener også bestemt at motivasjon til pasienten er veldig viktig. Hun forteller om den indre motivasjonen, og sier det er det pasienten gjør fordi det gir han en god følelse. Hilde sier også bestemt at det er den indre motivasjonen som er veldig viktig.

Informantene viser til viktigheten med å finne nøklene for motivasjon. Trude forteller hun synes det er viktig å finne de nøklene for å få opp initiativet og motivasjonen igjen. Hun sier at det er grunnleggende, der man noen ganger treffer og andre ganger ikke. Hun mener det er viktig å finne hva som trigger dem. Trude sier det er viktig å ikke overkjøre pasienten slik at den lille motivasjonen forsvinner, men ta vare på den lille motivasjonen som er

tilstede. Hilde mener også at motivasjon er et nøkkelord i rehabiliteringen, og hun legger til at man må være motivert.

Informantene gir uttrykk for at hvis pasientene ikke har den indre motivasjonen, kan rehabiliteringen bli utfordrende. Jeg forstår det slik at den indre motivasjon er driven til å handle, og til å føle glede i en aktivitet. Pasienten opplever her at han gjør noe meningsfullt. Jeg ser dette i lys av motivasjonsteorien til Deci og Ryan (1985). Pasienten har behov for selvbestemmelse og tilhørighet. I denne situasjonen må pasienten oppleve at han har en tilhørighet og at han føler seg akseptert for at den indre motivasjonen skal komme til uttrykk. Creek (2008) skriver at den indre motivasjonen er behovet mennesket har for å bruke seg selv til å påvirke omgivelsene, uten å tenke på ytre belønning. Det vil si at den indre motivasjonen er det som gir pasienten mål og mening, og gir en positiv følelse eller tanker som viser engasjement og målrettethet i forhold til en aktivitet eller situasjon. Jeg ser det slik at den indre motivasjonen ikke er noe pasienten gjør for å få en belønning for å oppnå mål, eller for å tilfredsstille pårørende, men mer en glede som pasienten innehar i utførelse av en aktivitet. Samtidig ser jeg at den ytre motivasjonen også kan være viktig i målsetningsprosessen, og særlig ved umotiverte pasienter. Jeg tenker ytre motivasjon blir viktig i forhold til aktiviteter som ikke er eller kan bli interessante eller lystbetont for pasienten. Her viser Creek (2011) til at terapeuten kan bruke belønninger for å trigge denne motivasjonen. Eksempler på dette kan være ros, anerkjennelse og belønning for å skape deltakelse i målsetningsprosessen. Dermed blir en del av oppmerksomheten tatt vekk fra aktiviteten, noe som kan føre til en motiverende effekt.

Kaae Kristensen og Egmont Nielsen (2011) skriver at motivasjon er en avgjørende forutsetning for at pasienten skal oppnå et godt resultat av rehabiliteringen. Hvis en pasient er i en krise og ikke umiddelbart erkjenner sine problemer og konsekvenser for hans fremtid, skal det arbeides spesifikt med motivasjon. En del pasienter med hjerneskade kan ha nedsatt initiativ som en følge av skaden, der blir det essensielt at ergoterapeuten jobber målrettet med motivasjon til pasienten. I motivasjonsarbeidet kan ergoterapeuten fremme pasientens opplevelse og erfaringer fra eget liv for dette. De viser til at hvis pasienten er vant til å arbeide med data i jobben sin, kan man finne det verdifullt å trene sine kognitive

vanskeligheter her. De skriver at motivasjon kan oppnås via å sette realistiske mål, og å sikre suksess første gang pasienten utfører aktiviteten. I forhold til pasientens motivasjon blir det viktig for terapeuten å ha kunnskaper om hvem pasienten er.

### **5.3.5 "Hvem er pasienten?"**

Informantene synes det er viktig å bli kjent med pasienten for å møte utfordringene i målsettingsprosessen. I startfasen synes Thea det er viktig å finne ut hvem personen er. Hun spør; "*Hvem er pasienten?*".

Thea viser til viktigheten av å se på pasientene som mennesker, med særegne personligheter. Thea forteller at de prøver å få pårørende inn på avdelingen som kan fortelle litt om hvem pasienten er. Dette ser jeg er fordi når pasienten ikke kan uttrykke det selv kan terapeuten ved hjelp av pårørende få et klarere bilde av hvem pasienten er. Thea forteller videre at hun kan prøve å få pasienter med ut på tur, for å være aktiv. Og når pasienten nekter på dette, kan hun ofte ikke skjønne hvorfor. Da kan dette være fordi pasienten aldri har likt å gå tur, det har vært andre interesser som har vært viktige her, forteller hun. Å finne ut hvem den enkelte er, hvilke interesser, og hvilket arbeid pasienten har hatt tidligere er veldig viktig, synes Thea. Pasientene er alle veldig forskjellige, sier hun.

Thea forteller videre det er viktig å finne ut hva pasienten har gjort før, men at det er noe som hun tar underveis i målsettingsprosessen. Hun sier at hun i morgenstell kan prate om hvor pasienten kommer fra, og hva dem har likt å holde på med. Da kan hun finne ut hva dem er interessert i, og hva som har vært viktig for dem, og at hun da etter hvert kommer inn på aktiviteter som pasientene har likt å gjøre.

Trude forteller også at hun synes det er kjempeviktig å vite noe om hvem personen var før hjerneslaget. Hun forteller det er viktig å finne ut hva som har vært pasientens interesse, hvem de har vært som person, og hvilken personlighet de har hatt. Hun sier;

*”Er det noe som har endret seg ved deres personlighet? Det kan være at noen er veldig sjenert. Hvorfor klarer de ikke å uttrykke seg? Er de blitt slik etter hjerneslaget eller er dette en del av pasientens personlighet?”*

(Trude).

Her forteller Trude at det kan være usikkert hvorfor pasienten ikke klarer å uttrykke seg. Om dette er en del av pasientens personlighet, eller noe som har oppstått på bakgrunn av skaden kan hun være usikker på.

Informantene snakker om viktigheten ved å kartlegge/finne ut hvem pasienten er. Her snakker de om flere aspektet knyttet til dette. I praksis ser disse aspektene ut til å gå inn i hverandre. Lawler (1999) sier en må ta hensyn til personlige faktorer og særlig se på den enkeltes personlighet når en setter mål for rehabilitering. Ergoterapeutene snakker om å vite hvilken personlighet pasienten hadde før slaget, dette ser jeg er fordi at etter et hjerneslag kan pasienten ha påtatt seg helt andre personlighetstrekk. Jeg antar at hvis ergoterapeuten nøster litt i dette kan hun ha et bedre utgangspunkt for å jobbe videre i målsettingsprosessen. Et aspekt Thea viser til som viktig for å finne ut hvem pasienten er, er å ha pårørende med i målsettingsprosessen.

### ***5.3.6 ”Å ha pårørende med”***

Materialet mitt viser at noen av ergoterapeutene trakk frem viktigheten av et godt samarbeid med pårørende i målsettingsprosessen, og at de er en viktig kilde til kunnskap om pasienten. Trude beskriver dette ved å fortelle hvor viktig hun synes det er med pårørendearbeidet, da det ikke er alle pasientene som klarer å uttrykke sine ønsker og behov for mål. Hun mener ergoterapeuter kan være flinkere til å ha pårørende med i prosessen og at en ikke må overse pårørende, men heller dra de med i målsettingsprosessen. Hun eksemplifiserer dette med at når pårørende ofte er innom, er de en stor ressurs i forhold til å sette målsetninger som er relevante. Dette kan for eksempel være ved at pårørende forteller litt om hvordan pasienten fungerte før slaget. Dette samsvarer med det Thea mener, som



også vektlegger viktigheten av at pårørende kan fortelle litt om hvordan pasienten var før slaget. Hun sier; ”..det er viktig at vi bruker pårørende som en ressurs i prosessen” (Thea).

Ut fra mitt empiriske datamateriale kommer det frem at pårørende sitter med verdifulle kunnskaper om pasienten, der det ofte er pårørende som er bindeleddet til livshistoriene til pasienten. Pårørende kan bringe elementære kunnskaper til terapeuten om pasienten, som terapeuten kan dra nytte av i målsettingsprosessen. Bredland et.al (1996) støtter denne antakelsen ved å skrive at pårørende må trekkes inn i rehabiliteringsprosessen tidlig. De skriver videre at pårørende er en ressurs som må ivaretas og styrkes. I tillegg til samarbeidet med pårørende ser ergoterapeutene det som viktig å inneha terapeutiske egenskaper for å møte utfordringene i målsettingsprosessen. Kaae Kristensen og Egmont Nielsen (2011) skriver at pårørende trekkes ofte inn i behandlingen for å skape trygghet og åpenhet. Både pasienten og pårørende har bruk for støtte og informasjon til å kunne klare en endret hverdag. Pasienten vil kunne føle en trygghet i å vite at pårørende kjenner til hans situasjon i praksis. Dette kan sees i tråd med studien til Northen (1994) og Leach (2010) som viser til viktigheten med å involvere familiemedlemmer i målsettingsprosessen.

### ***5.3.7 ”Du må være tålmodig, men ting skal være effektivt”***

Informantene vektlegger noen egenskaper som de ser på som betydningsfulle og viktige å inneha som terapeut når en arbeider med slagpasienten i målsettingsprosessen.

Trude forteller at det er viktig med tålmodighet, å la pasienten få tid, at en ikke avbryter og lar pasienten fortsette med den aktiviteten de holder på med. Hun sier at en må la pasienten prøve, men samtidig veilede dem på rett vei der det er viktig en du ikke overtar for mye. Hun forteller at på en akuttpost må en være vant til at ting skjer fort. Som terapeut må en være tålmodig, men ting skal være effektivt, og en må være vant til å ha mange baller i luften. Thea og Hilde forteller også at tålmodighet er viktig å ha som terapeut, og Hilde sier en må stå litt med hendene på ryggen, og ikke være for rask til å hjelpe til. Cathrine Arntzens avhandling understøtter dette og skriver at ergoterapeuten gjerne tar et steg bort fra pasienten og plasserer hendene på ryggen. Hun skriver at ”steget tilbake” er en strategi

for å gi pasienten større handlingsrom og en mer aktiv rolle i situasjonen. Dette kan resultere i at pasienten selv kommer inn på riktig handlingsspor, uten ergoterapeutens aktive inngripen (Arntzen 2008, s.181)

#### ***5.3.7.1 "Møter dem med respekt"***

Thea forteller at når en arbeider med eldre pasienter, så mener hun at man må møte dem med respekt. Lisa forteller det er viktig å være imøtekommende, ha medfølelse, og ha empati med pasientene. Hun sier det er viktig at man ikke synes synd på pasientene slik at man ikke kan hjelpe dem. Hun forteller videre at man må ha en forståelse for det tapet som pasientene har fått, og være et medmenneske. Samtidig sier Thea det er det viktig å stå så støtt i det at du kan hjelpe dem videre. Lisa forteller også at man må vise empati for pasientene, men samtidig å være en støttespiller som kan gå "veien" sammen med dem.

Datamaterialet viser at det er viktig å ha respekt i målsettingsprosessen. Det er viktig å vise vennlighet, være sympatisk og ha en forståelse for sykdomsbildet til pasienten, men samtidig bruke sin profesjonelle fagutøvelse i målsettingsprosessen. Dette er i tråd med Bredland (2002) som skriver at det er viktig at man møter pasienter med respekt, og aksept for at pasienten noen ganger trenger tid til å kunne uttrykke hva han ønsker. De skriver videre at ønskene skal være retningsgivende i prosessen, og fungere som mål for eget liv. Eide og Eide (2004) hevder at det må tas hensyn til menneskets evner og forutsetninger, og at det handler om respekt for menneskets egne verdier, normer, ønsker og interesser. Kaae Kristensen og Egmont Nielsen (2011) skriver at en motiverende samtale kan være et nyttig redskap. Dette kan ergoterapeuten gjøre ved å vise respekt, aksept, gi støtte og med å være aktivt lyttende. Det er viktig å opptre som en rollemodell ved å være seg selv og ved at man møter pasienten der han er, på hans nivå. Ergoterapeuten forsøker å inspirere til engasjement, håp og respekt. Barclay (2002) hevder også at forholdet mellom terapeuten og pasienten må baseres på gjensidig respekt.

### ***5.3.7.2 "En må være lydhør, og fleksibel"***

Alle informantene trekker frem at det er viktig å være lydhør ovenfor pasientene. Hege mener man skal lytte til pasienten. Der er viktig å være lydhør ovenfor både pasientens og pårørendes ønsker i rehabiliteringen. Eide og Eide (2004) skriver at å yte hjelp til mestring og bedre livskvalitet forutsetter et godt grep om problemløsende samtaler og evne til å lytte til pasienten. Det blir også viktig å få pasienten til å fokusere på ressurser og muligheter og bidra til tilpasning til den situasjonen han er i, og må leve videre med. Bredland et al. (1996) skriver at vi må gi oss tid til å være nær pasienten. Da det blir viktig å lytte, trøste, gråte og le – og å være med pasienten gjennom en tøff og utfordrende periode i livet deres.

Informantene forteller det er viktig å være fleksibel i det arbeidet de gjør, fordi dagene kan være uforutsigbare. Det betyr at en som terapeut må være vant til at de daglige rutinene endres, og være klar over det som Thea sier, "...ting skjer ikke bestandig når en selv har tenkt det". Bredland (1996) skriver at i planleggingen går sjelden alt etter planen, der det å arbeide på en fleksibel måte i rehabiliteringen stiller krav til personalet. Dette krever selvstendighet og evne til å ta initiativ og ansvar. I forhold til materialet mitt ser jeg at det å være lydhør, er en sentral egenskap som blir svært viktig i målsettingsprosessen. Også i forhold til pasienter som er usikre på sin nye tilværelse, ser jeg at det blir sentralt at terapeutene ikke går for fort frem i prosessen.

### ***5.3.7.3 "Fra ytterste holme til innerste fjord"***

Lisa forteller at hun tror ikke det er noen bakdel å ha kunnskaper om for eksempel geografi. Da kan man få et bedre grunnlag for samtale med pasienten. Hun sier at pasientene er ulike og uttrykker det så fint med utsagnet: "*Fra ytterste holme til innerste fjord*". Dette samsvarer med det Thea forteller, at man må være nysgjerrig på hva pasientene har opplevd tidligere. Lisa forteller det er veldig viktig å kunne møte mange forskjellige mennesketyper, og å kunne møte de sinte, frustrerte og de triste. Lisa mener også en må kunne møte forskjellige typer mennesker, der en også må ha en egenskap til å kunne se ting fra

forskjellige sider. Thea forteller videre at en må forsøke å være litt oppfinnsom i en del sammenhenger.

Informantens utsagn ”Fra ytterste holme til innerste fjord” inneholder en betydning at pasientene er mangfoldige og ulike. Pasientene kan være fra helt forskjellige plasser i landet, der de kan være fra ytterste holme, til innerste fjord. Jeg ser her at det blir en viktig egenskap å bruke seg selv når man arbeider med slagpasienter. Der en i målsettingsprosessen kan bruke sin egen lokalkunnskap og andre kreative evner for å få kunnskap om, og for å komme nærmere pasienten for å imøtegå de ulike utfordringene i målsettingsprosessen. Bredland et.al (1996) skriver at personlige egenskaper som kreativitet, selvstendighet og kommunikasjonsevne er viktig i tillegg til kompetanse på metoder og teknikker.

## **KAPITTEL 6 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER**

Hensikten med denne studien har vært å belyse hvilke utfordringene ergoterapeuter møter i arbeid med slagpasientens målsettingsprosess. Videre har hensikten vært å se på hvordan ergoterapeutene forholder seg til disse utfordringene. Jeg har intervjuet fire ergoterapeuter der jeg søkte etter deres erfaringer og kunnskaper innen dette temaet. Fremstillingen av ergoterapeutenes erfaringer kommer til uttrykk i form av sitater, beskrivelser og tekstnær fortolkning og bidrar til å synliggjøre hvordan mine problemstillinger kan utføres i praksis. Sider ved praksis som har relevans til ergoterapeutfaget er trukket frem og belyst med teoretiske perspektiver for å få en forståelse av praksisen og fenomenet.

Det var noen tema som fremhevet seg tidlig i materialet. Dette var blant annet utfordringene i målsetting, motivasjon og meningsfulle aktiviteter. Informantene peker på situasjoner der dette var utfordrende, men samtidig fordrer til kreative løsninger. Informantene formidlet det som utfordrende når pasienten var urealistisk til sin egen situasjon, pasienter som ikke var motiverte og pasienter som over evne ville klare veldig mye selv. Studien viser at det kan være vanskelig for pasienter å vurdere hva som kan være

realistiske mål. Samtidig kan det virke som målsettingsprosessen kan fungere som en realitetsorientering for pasientene. Informantene ga alle uttrykk for at de fysiske rammene ved sykehuset som utfordrende, men de visste også til å være kreative i forhold til dette, slik at det ble betydningsfullt for pasienten.

I arbeidet med utfordringene som mine informanter møter i praksis ser ergoterapeutene det som viktig å få frem pasientens ønsker for rehabiliteringen. De forteller også at det er viktig at pasienten får oppleve mestringserfaring, slik at pasienten blir motivert for rehabiliteringen. Mine informanter snakker om terapeutiske egenskaper som er viktige når man jobber med slagrammede, der alle informantene synes å være svært bevisste på hvilke egenskaper som er viktige å inneha i arbeidet med denne pasientgruppen. Ergoterapeutene snakker også om at "*den indre motivasjonen*" og om å "*finne nøklene til motivasjonen*" er viktig. Begrepene motivasjon og mestring er to sentrale aspekt som blir trukket frem av alle informantene. De blir trukket frem hver for seg og i sammenheng med hverandre, og jeg synes det var viktig å se hvilken betydning dette har i forhold til målsettingsprosessen. Ut i fra materialet mitt ser det imidlertid ut til at utforskning av pasientens tidligere liv vil være viktig for at ergoterapeuten skal få et bilde av hva som er viktig, og meningsfullt. Også det å kartlegge pasientens meningsfulle aktiviteter, det som pasienten ser på som lystbetont mener ergoterapeutene er betydningsfullt og essensielt i målsettingen. Disse temaene fremgår ikke som utfordringer for mine informanter, men mer som noe ergoterapeutene anvender for å møte utfordringene i praksis.

Det kan se ut som om målsettingsarbeidet stopper opp når pasienten og terapeuten ikke oppnår forståelse for hverandre. Å oppnå en felles forståelse ser jeg kan innebære en stor utfordring. Jeg mener at denne studien synliggjør at målsettingsprosessen kan innebære ulike utfordringer. Dette kan ses i samsvar med Parry (2004), som skriver at målsettingsarbeidet er en kompleks interaksjonell prosess.

Det hadde vært interessant å gå i dybden på enkelte områder som er kommet frem i min studie, men som ikke har vært mulighet for å gå i dybden med her. Som eksempel kan nevnes, depresjon etter hjerneslag, det tverrfaglige aspektet, pårørende og deres opplevelse

av å være i nær familie med en slagrammet. En annen vinkling kunne være å ta utgangspunkt i pasientens erfaringer i møte med ergoterapeuten. Ved å se på studier som har forsket på det samme kan jeg få en mer forståelse for mitt tema. Jeg håper at studien min kan ha begrunnet plass innen forskning, slik at nye aspekter belyses i det mangfold som allerede finnes av forskning på feltet. Jeg har valgt å studere en liten del av det store feltet som omhandler hjerneslagpasientens målsettingsprosess, og jeg har konsentrert meg om ergoterapeuten som aktør. Ut fra en vurdering av eksisterende studier på området, kan det synes som om min studie vil bli et supplement til tidligere forskning.

Denne studien er ikke utfyllende når det gjelder å dokumentere ergoterapeutens arbeid i målsettingsprosessen i primær rehabilitering av slagpasienter. Jeg mener det er behov for ytterligere studier for å belyse andre sider ved dette aspektet. Studien kan kanskje bidra til en forståelse av, samt øke bevisstheten om fenomenet, og på den måten stimulere til nye refleksjoner og videre på forskning av praksis. Jeg håper at denne studien kan være et hjelpemiddel til helsepersonell og andre mennesker som arbeider med dette emnet, og at de kan dra nytte av kunnskapene slik at vi kan bli bedre fagutøvere i praksis. Man kan også hevde at den kunnskap som er fremvunnet har en teoretisk generaliserbarhet, ved at andre mennesker også vil kunne gjenkjenne noe av studiens resultater. Den er forhåpentligvis også gjenkjennbar for andre ergoterapeuter som arbeider innenfor denne pasientgruppen. Jeg tenker at studien viser at målsettingsprosessen kan innebære større utfordringer enn det som er nevnt i litteraturen av temaet.

Jeg har gjennom denne studien lært at utfordringene i målsettingsprosessen ikke bare er komplekse, men at det også stimulerer ergoterapeuten til å arbeide videre for å se fremgang. Etter arbeidet med denne studien er min interesse og mitt engasjement enda større for å jobbe videre med denne pasientgruppen.

## LITTERATURLISTE

- Alve, G. (1994). Klinisk resonnering og fagutvikling i ergoterapi. *Ergoterapeuten*(Nr.6), 36-39.
- Arntzen, C. (2008). "Jeg får ikke hendene til å gjøre det de skal gjøre": å leve med apraksi etter hjerneslag. Universitetet i Tromsø, Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin, Avdeling for sykepleie og helsefag, [Tromsø].
- Barclay, L. (2002). Exploring the factors that influence the goal setting process for occupational therapy intervention with an individual with spinal cord injury. *Australian Occupational Therapy Journal*(49), 3-13.
- Bredland, E.B., Linge, O.A., & Vik, K. (1996). *Det handler om verdighet: ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bredland, E., Oddrun, L. (2007). Rehabiliteringsprosessen. I *Rehabilitering- Teori og Praksis* (s. 113-156): Jensen, L., Pettersen, L., Stockholm, G.
- Brinchmann, B. S. (2007). "Vi gjorde det vi kunne; han var jo så 'fin'": hvordan håndterer sykepleiere og leger etiske beslutninger i nyfødtmedisinsk avdeling? . *Oslo Instituttet*.
- Brochs-Haukedal, W., & Bjørvik, K. I. (2005). *Arbeids- og lederpsykologi*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Brochs-Haukedal, W., & Bjørvik, K. I. (2010). *Arbeids- og lederpsykologi*. [Oslo]: Cappelen akademisk.
- Christiansen, H. C. (1999). Defining Lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning. *American Journal of Occupational Therapy*(53), 547-558.
- Conradi, S., Rand-Hendriksen, S. (2004). Rehabiliteringsprosessen. I L. L. Wekre, K. Vardeberg, A. H. Skogan & M. I. Hagen (red.), *Lærebok i rehabilitering: når livet blir annerledes* (s. 258 s.). Bergen: Fagbokforl.
- Creek, J. (2008). *Occupational therapy and mental health*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Daniëls, R., Winding, K., Borell, L. (2002). Experiences og Occuational Therapists in Stroke Rehabilitation: Dilemmas of Some Occupational Therpaists in Inpatient Stroke Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9, 167-175.
- Deci, E., L., Ryan, R. M. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ellekjær, H., Holmen, J., Indreadvik, B., & Terent, A. . (1997). Epidemiology of stroke in Innherred, Norway, 1994 to 1996. Incidence and 30-day case-fatality rate. *Stroke*, 28(11), 2180-2184.
- Ellekjær, H., Selmer, R. . (2007). Hjerneslag - like mange rammes, men prognosen er bedre. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 127(6), 740-743.

- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Gadamer, H.-G., & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen.
- Gustafsson, G. M., K. (2010). Is there a Role for Meaningful Activity in Stroke Rehabilitation? *Top Stroke Rehabilitation*, 17 (2), 108-118.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- HOD. (1998). Ansvar og Meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk. 1998-1999. Hentet 28.04.2012, fra <http://www.regjeringen.no/nm/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>.
- Kaae Kristensen, H., & Egmont Nielsen, G. (2011). *Ergoterapi og hjerneskade: aktivitetsbasert ergoterapi til pasienter med kognitive utfald*. København: Munksgaard.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Kielhofner, G. (2006). *Research in occupational therapy: methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Kielhofner, G. (2010). *MOHO: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til uddannelse og praksis*. København: Munksgaards.
- Kruuse, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag*: Dansk psykologisk Forl.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsson, M., Bränholm, I.-B. (1996). An Approach to Goal-planning in Occupational Therapy and Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*(3), 14-19.
- Lawler, J., Dowswell, G ., Hearan, J., Forster, A., Young, J. (1999). Recovering from stroke: a qualitative investigation of the role of goal-setting in late stroke recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 401-409.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J., Haines, T. (2010). Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation*, 32(2), 159-172.
- Levack, M., W., Taylor, K., Siegert, R, J., Dean, S, G., McPherson, K, M., Weatherall, M. (2006). Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 20, 739-755.
- Locke, E., A., Latham, G,P. (2006). New Directions in Goal-Setting Theory. *American Psychologist*, 15(5), 265-717.
- Locke, E., Latham, G. (2002). Building a Practically Useful Theory og Goal Setting and Task Motivation. *American Psychologist*, 57(9), 705-717.
- McPherson, K., Brander, P., Taylor WJ, McNaughton HK. (2001). Living with arthritis- what is important? *Disability and Rehabilitation*, 23(16), 706-721.



- Müller, M., Strobl, Ralf., Grill, Eva. (2011). Goals of patients with rehabilitation needs in acute hospitals: Goal achievement is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med*(43), 145-150.
- Northen, J., G., Rust, D. M., Nelson, C. E., Watts, J. H. (1994). Involvement of Adult Rehabilitation Patients in Setting Occupational Therapy Goals. *The American Journal of Occupational Therapy*, 49(3).
- Playford, E., Dawson, L., Limbert, V., Smith, M., Ward, CD., Wells, R. (2000). Goal-setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals' perceptions of goal setting. *Clinical Rehabilitation*, 14, 491-496.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosewilliam, S., Roskell, C. A., Pandyan, AD. (2011). A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 25(6), 501-514.
- Siegert, R. J., Taylor, W.J. (2004). Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 26(1), 1-8.
- Stanghelle, J. K., & Becker, F. (2007). Rehabilitering ved neurologiske sykdommer. I *Nevrologi og nevrokirurgi: fra barn til voksen : undersøkelse, diagnose, behandling*. Nesbru: Vett & viten.
- Struhkamp, R. (2004). Goals in their setting. A normative Analysis of Goals Setting in Physical Rehabilitation. *Health Care Analysis*, 12 (2), 131-155.
- Sveen, U. (2004). Ergoterapi i rehabilitering etter hjerneslag- fokus på aktivitet og deltakelse. *Ergoterapeuten*, nr.8, 12-18.
- Taylor, J. B., & Vogt, K. (2009). *Med et slag: hjerneforskerens reise fra hjerneslag til ny innsikt*. [Oslo]: Cappelen Damm.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trombly, c. (1997). Menneskelig aktivitet. Måltrettet aktivitet og meningsfullhet som terapeutisk middel. *Ergoterapeuten*(Nr.13), 8-14.
- Winkel, A., Gyiring, J., & Wæhrens, E. (2006). *Neurologi og neurorehabilitering*. København: Munksgaard.
- Wormnes, B., & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring: veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforl.
- Wressle, E., Öberg, B., Henriksson, C. (1999). The rehabilitation for the geriatric stroke patient-an exploratory study of goal setting and interventions. *Disability and Rehabilitation*, 21(2), 80-87.
- Young, A. C., Manmathan, Gavin. P., Ward, C. R. James. (2008). Perceptions og goal setting in a neurological rehabilitation unit: A qualitative study of patients, carers and staff. *J Rehabil Med*(40), 190-194.

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Cathrine Arntzen  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 02.08.2011

Vår ref: 27436 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

**KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.06.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27436	<i>Ergoterapeuters tilnærming til slagpasientens mål og meningsfulle aktiviteter i primær rehabilitering</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Cathrine Arntzen</i>
Student	<i>Silje Pedersen</i>

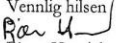
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen /  
  
Bjørn Henriksen

  
Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Silje Pedersen, Beringstredet 7, 9010 TROMSØ

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 27436

Det gis skriftlig informasjon og innhentes et skriftlig samtykke. Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysninger i prosjektet kan hjemles i personopplysningsloven § 8 første alternativ (samtykke).

Personvernombudet finner utkastet til informasjonsskriv tilfredsstillende, så fremt veileders kontaktinformasjon tilføyes. Revidert informasjonsskriv ettersendes til orientering.

Personvernombudet forutsetter at ergoterapeutene ikke uttaler seg om identifiserbare enkeltpasienter. Dette kan gjerne understrekes ovenfor informantene i forkant av intervjuet.

Prosjektsslutt er angitt til 15.06.2012. Senest innen 31.12.2012 vil datamaterialet være anonymisert, det vil si at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger lenger foreligger i materialet. Lydopptakene slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger i det øvrige materialet slettes eller grovkategoriseres på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

## Informasjonsskriv

Jeg heter Silje Pedersen og er mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø, Institutt for helse og omsorgsfag. I forbindelse med masteroppgaven ønsker jeg å komme i kontakt med deg fordi du jobber med rehabilitering av slagpasienter i spesialisthelsetjenesten. Henvendelsen er et spørsmål til deg om du kunne tenke deg å dele dine erfaringer om temaet hjerneslag og ergoterapeuters arbeid med pasienters mål og meningsfulle aktiviteter i primær rehabilitering.

### **Hva innebærer dette for deg:**

Jeg er opptatt av hvordan du som ergoterapeut arbeider med pasientens mål og meningsfulle aktiviteter i rehabiliteringen av slagpasienter. For å finne ut mer om temaet ønsker jeg et intervju der du deler dine erfaringer med meg.

Intervjuet vil vare cirka en time og vil bli tatt opp på lydband. Det er frivillig å delta og du har muligheten til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du ønsker å trekke deg vil innsamlende data fra deg bli slettet. Jeg har taushetsplikt som innebærer at opplysningene som innhentes vil bli behandlet konfidensielt. Innsamlede data vil bli anonymisert. Min avsluttende eksamen er planlagt juni 2012. Lydfilene vil bli slettet og alle transkriberte intervju vil bli makulert innen 31.12.2012.

Ansvarlig for min masteroppgave er foruten meg selv, min veileder ergoterapeut og førsteamanuensis *Cathrine Arntzen*. Telefon: 77 75 58 67. E-mail: [Cathrine.arntzen@unn.no](mailto:Cathrine.arntzen@unn.no).

Hvis det skulle være noen spørsmål eller ønske om mer informasjon kan du kontakte meg på telefon: 959 27 833 eller E-mail: [Silje\\_ifp@hotmail.com](mailto:Silje_ifp@hotmail.com)

Dersom du ønsker å delta i studien skriver du under på vedlagte samtykkeerklæring og returnerer den til meg i den vedlagte frankerte konvolutten.

*“Ergoterapeuters tilnærming til slagpasientens mål og meningsfulle aktiviteter i primær rehabilitering”.*

Jeg..... (navn) har lest informasjonsskrivet og samtykker ut fra denne å delta i denne masteroppgaven omhandlet hjerneslag. Dette innebærer at jeg gir min tillatelse til at det intervjuet jeg skal delta på kan bli brukt i denne forskningen. Deltakelsen i prosjektet er frivillig og jeg mottar ingen godtgjørelse for min deltakelse.

Jeg samtykker at opplysninger jeg har gitt gjennom intervjuet brukes i anonymisert form i studentens masteroppgave. Jeg forutsetter i mitt samtykke at opplysningene brukes på en etisk forsvarlig måte.

Sted/Dato:..... Signatur:.....

Navn på informant

## **Presentasjon av min forskning:**

- Fortelle litt om temaet for samtalen (bakgrunn, formål)
- Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt og anonymitet
- Spør om noe er uklart og om informanten har noen spørsmål
- Informer om ev. opptak, sørg for samtykke til ev. opptak
- Spørre informant om de har noen spørsmål rundt intervjuforløpet

## **Ergoterapeuten**

- Hvor lenge har du jobbet som ergoterapeut?
- Hvor lenge har du jobbet med denne pasientgruppen?
- Har du kurs/utdanning ut over utdanning?

## **Ergoterapi og rehabilitering**

- Kan du fortelle litt om hvordan du arbeider med slagpasienter i primær rehabilitering?
- Hva tenker du er viktig å vektlegge i rehabilitering av slagpasienter?
- Hvilke erfaringer/kunnskaper mener du det er viktig å ha med seg som ergoterapeut i arbeid med denne pasientgruppen?

- Hvilke muligheter ser du på arbeidsplassen din for å arbeide med pasientens mål?
- Hvilke muligheter ser du på arbeidsplassen din for å arbeide med pasientens meningsfulle aktiviteter?
- Kan du fortelle litt om hvorfor du synes det er viktig med å arbeide med pasientens mål og meningsfulle aktiviteter?

### **Pasientens meningsfulle aktiviteter**

- Hva er det som ligger til grunn av de valg av aktivitetene som du velger?
- Hvordan går du frem for å få tak i pasientens meningsfulle aktiviteter i rehabiliteringen?
- Hva slags type ADL aktiviteter legger du opp til i rehabiliteringen?
- Kan du beskrive en situasjon der de tiltakene du har gjennomført i terapien har gitt en betydning for pasienten?
- Er det noe du vil trekke frem som gjør det vanskelig å finne pasientens meningsfulle aktiviteter?

### **Pasientens mål**

- Hvordan jobber du i forhold til pasientens mål?
- Hvordan går du frem for å få tak i pasientens mål i rehabiliteringen?
- Er det noe du vil trekke frem som gjør det vanskelig å finne pasientens mål og meningsfulle aktiviteter?

- Hva er det som ligger til grunn for de tiltakene du gjør?

### **Pasienten**

- Kan du fortelle om en pasient som har gitt uttrykk for at han ønsker egne mål i rehabiliteringen?
- Hvilke muligheter gir dette deg? Hva tenker du om det?
- Kan du fortelle om en pasient som har gitt uttrykk for at han ønsker egne aktiviteter?
- Kan du fortelle om en pasient som har gitt uttrykk for at han ikke ønsker egne mål?
- Kan du fortelle om en pasient som har gitt uttrykk for at han ikke ønsker egne aktiviteter?
- Opplever du at du klarer å ivareta pasientens ønsker for rehabiliteringen?
- Har du forventninger til pasientens egne ressurser?
- Hva opplever du som viktigst for å fremme pasientens egne ressurser?

### **Utfordringer**

- Ser du noen utfordringer i å arbeide med pasientens egne mål i rehabiliteringen?
- Hvilke utfordringer?
- Ser du noen utfordringer i å arbeide med pasientens meningsfulle aktiviteter?
- Hvilke utfordringer?



- Kan du fortelle en situasjon med en pasient som har vært utfordrende i å bruke pasientens mål i rehabiliteringen?
- Kan du fortelle en situasjon med en pasient som har vært utfordrende i å bruke pasientens meningsfulle aktiviteter i rehabiliteringen?

**Oppsummering:**

- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du vil legge til?
- Hvis jeg har noen uavklarte spørsmål, er det mulig for meg å ta kontakt med deg senere?