

Sara Elisabeth Hjelle

# **Opplevelsen av seg selv og sin betydning**

En Q-metodologisk studie av hvordan ergoterapeuter opplever seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter som har livsendrende skade eller sykdom.

Masteroppgave i rådgivningsvitenskap

Trondheim, våren 2015

Veileder: Eleanor Allgood

Institutt for voksnes læring og rådgivningsvitenskap  
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse,  
NTNU, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Trondheim



## Forord

Halvveis i ergoterapistudiet, fikk jeg vite om masterstudiet i rådgivning. Å komme inn på dette studiet ble etter hvert en stor drøm. Jeg husker godt at jeg trente volleyball i et bygg like ved instituttet for voksnes læring og rådgivningsvitenskap. Jeg gikk forbi bygget med lange lengtende øyne flere ganger i uken. Jeg kjenner fremdeles igjen følelsen av håp, ønske og lengsel etter å en gang få muligheten til å gå dette studiet. Følelsen dukker fremdeles opp når jeg den dag i dag står utenfor instituttet, men er jeg faktisk student her! Jeg klarte å oppfylle drømmen! Etter å ha jobbet knallhardt for å få gode nok karakterer og arbeidet i til sammen godt over hundre prosent stilling for å komme inn, så har jeg faktisk klart det. Jeg vil alltid være stolt og takknemlig over å ha gått master i rådgivning. Studiet har fylt forventningene og mere til. Jeg opplever ikke bare å ha utviklet meg faglig, men også som person. De to årene jeg har gått på instituttet, har hatt stor betydning for meg, også privat. Jeg kjenner nå at jeg er glad for at jeg snart er ferdig med å studere, samtidig kommer jeg til å savne det gode, sosiale miljøet hvor jeg sammen med andre har fått utviklet meg selv.

Prosessen med å skrive masteren har vært både givende, utfordrende og ikke minst opplever jeg at prosessen har vært gitt meg et godt grunnlag til å ta med meg rådgivningsmasteren ut i arbeidslivet. Jeg vil spesielt takke veilederen min Eleanor Allgood som har kommet med gode råd, presise tilbakemeldinger og faglige innspill gjennom hele prosessen. Hun har virkelig vært en positiv del av prosessen med sine gode og oppmuntrende ord og raske svar, på tross av stor geografisk avstand. Tusen takk til informantene i innsamlingen av kommunikasjonsuniverset og pilotsortererne, dere har virkelig vært til stor hjelp. Ikke minst vil jeg takke de som har sortert og for at dere har delt av dere selv. En ekstra stor takk til dere som stilte opp på postintervju. Ellers vil jeg takke nåværende og tidligere kollegaer for gode og faglige samtaler underveis. Takk til medstudenter for støtte, gode samtaler, nyttige pauser og sosialt samvær. Jeg vil også takke familie og venner, spesielt min gode venninne Kristina Sørheller, som har tegnet både forside, og figur i teksten. Jeg vil også rette en hjertelig takk min gode mamma, den flotte søsteren min og min kjære samboer for all støtte, og at dere alltid er der for meg. Til slutt vil jeg takke min dyktige pappa, som gjennom hele min høyere utdanning har korrekturlest tekster, masteroppgaven er intet unntak.

Porsgrunn, mai 2015

Sara Elisabeth Hjelle



## Sammendrag

Denne studien undersøker ergoterapeut sin opplevelse av seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter som har livsendrende skade eller sykdom. Hensikten er å studere og sette ord på ergoterapeuters subjektive opplevelser av temaet. Intensjonen er videre å bruke kunnskap fra rådgivningsfeltet, og se på den sammen med det relasjonelle aspektet mellom pasienter og ergoterapeuter, fra ergoterapeut sitt perspektiv. Problemstillingen for studien er: *Hvordan opplever ergoterapeuter seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter som har livsendrende skade eller sykdom?*

Forskningsmaterialet er innhentet ved bruk av Q-metodologi. Atten ergoterapeuter utførte en Q-sortering, hvor 48 utsagn prioriteres og sorteres. Hvert utsagn plasseres i et kvasinormalt mønster etter hva som er mest likt og minst likt den som sorterer, ut fra deres subjektive opplevelse. Gjennom dataanalyse av ergoterapeutene sine sorteringer, kom jeg frem til en løsning med to faktorer. Det kom meg andre ord opp to perspektiver på ergoterapeuter sine subjektive opplevelser av seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter. Faktor 1 opplever det som betydningsfullt å ha en god og ekte relasjon med pasienter. Den er opptatt av å ha en relasjon basert på trygghet og tillit for pasienten sin del. Faktor 1 er videre gjerne personlig, men har lite fokus på egne private følelser og behov i relasjonen. For ergoterapeuter i denne faktoren er det av betydning å kunne lære av hverandre, og de er ikke fremmed for å utvikle seg selv gjennom relasjoner med pasienter. Faktor 2 opplever det som viktig å selv inneha faglig kunnskap for å kunne være en hjelp for pasient. Den er opptatt av å ha en trygg, tillitsfull, motiverende og profesjonell relasjon med pasient, hvor begge parter sine ressurser er av høy betydning. Faktor 2 opplever å ha behov for faglig bekreftelse gjennom resultater og/eller anerkjennelse fra omgivelsene. Faktor 2 er videre nokså bevisst sine egne følelser og behov, men er opptatt av ikke å ta det med inn – og la det påvirke relasjonen. Faktorene, som altså er funnene i denne studien, blir avslutningsvis sett på fra ulike perspektiver, og drøftet opp mot problemstillingen og relevant teori, hovedsakelig fra rådgivningsfeltet.



## Abstract

The topic of this master thesis is occupational therapists' experience of themselves and their significance in their relations with patients who have life changing disease or injury. The aim is to study and investigate occupational therapists' subjective experience of the topic. The intention is to use knowledge from the counselling field along with the relational aspects between patients and occupational therapists to discover the occupational therapists' perspective. The research question of this study is: *How do occupational therapists experience themselves and their significance in relation with patients who have a life changing disease or injury?*

The research material is obtained by using Q-methodology. Eighteen occupational therapists carried out a Q-sort, where 48 statements were prioritized and sorted. Each statement is placed in a quasi-normal distribution pattern depending upon what is most and least like the participants, based on their subjective experience. Through data analysis of the sorts, a two-factor solution was chosen. There were, in other words, two perspectives of the occupational therapists' subjective perception of their selves and their significance in a relation with patients. Factor 1 finds it meaningful to have a good and genuine relationship with patients. The factor is engaged with having a relationship based on confidence and trust of the patient. Factor 1 is further positive to being personal with the patients, but has little focus on private feelings and needs in the relationship. For the occupational therapists, this factor, expresses that it is meaningful to have a mutual learning situation and they are open to developing themselves through relationships with patients. Factor 2 finds it important to possess professional knowledge in order to be able to help the patients. It is engaged in maintaining a safe, trusting, motivating and professional relationship with the patients, in which both parties' resources are meaningful. Factor 2 experiences a need for professional feedback through results and / or recognition from the environment. Factor 2 is also quite aware of its own feelings and needs, but does not want to include them in its practice - and thereby let them affect the helping relationship. The two factors are viewed from different perspectives, and discussed against both the research question and relevant theory, mainly from the field of counselling.





# Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Intensjon med studien og presentasjon av problemstilling.....	1
1.3 Presentasjon av ergoterapi .....	2
1.4 Begrepsavklaring .....	3
1.5 Oppgavens struktur og oppbygging .....	3
2 Teori.....	5
2.1. Teoretisk grunnlag.....	5
2.2. Fokus.....	7
2.2.1. Saksorientert .....	7
2.2.2. Proessorientert .....	7
2.3. Bevissthet .....	8
2.3.1. Profesjonell.....	9
2.3.2. Personlig .....	10
2.4. Relasjon .....	10
2.4.1 Avhengighetsrelasjon .....	11
2.4.2 Uavhengighetsrelasjon.....	12
2.4.3. Gjensidig avhengighetsrelasjon.....	13
3 Metode .....	15
3.1 Q-metodologi .....	15
3.2 Forskningsprosessen i Q-metode .....	16
3.2.1 Kommunikasjonsunivers .....	16
3.2.2 Design og utarbeidelse av Q-utvalget .....	17
3.2.3 Personutvalget.....	19
3.2.4 Pilotsorteringer.....	20
3.2.5 Sorteringsprosessen .....	21
3.2.6 Faktoranalyse .....	22
3.2.7 Faktortolkning .....	23
3.3 Kvalitet i studien.....	24
3.3.1 Validitet .....	24
3.3.2 Reliabilitet.....	25
3.3.3 Generaliserbarhet .....	25
3.3.4 Etikk .....	26

4 Refleksjon rundt meg selv som forsker .....	27
5. Presentasjon og tolkning av faktorene.....	31
5.1 Faktor 1: «Vil ha en oppriktig og god relasjon for pasienten sin del».....	32
5.1.1 Trygg, tillitsfull og oppriktig i relasjonen .....	32
5.1.2 Ser helhetlig på pasienter .....	33
5.1.3 Klientsentrert ergoterapi og ønske om en gjensidig relasjon .....	33
5.1.4 Jobben gir meg noe .....	34
5.1.5 Utsagn med lav psykologisk signifikans.....	35
5.2 Faktor 2: «Vil ha en god og profesjonell relasjon hvor ergoterapeut er faglig sterk for pasienten sin del» .....	36
5.2.1 Setter ressurser og faglig kunnskap høyt og fokus på klientsentrert ergoterapi.....	36
5.2.2 Trygg og tillitsfull relasjon, tenker over hvordan man opptrer, og hva som kan påvirke ....	36
5.2.3 Fokuserer på «her og nå», og ønsker å opptre profesjonelt.....	37
5.2.4 Behov for faglig bekreftelse .....	38
5.2.5 Utsagn med lav psykologisk signifikans.....	38
5.3 Forskjeller mellom faktorene .....	39
5.4 Fellestrekk ved faktorene .....	40
5.5 Oppsummering.....	41
6 Drøfting.....	43
6.1 Relasjonens betydning i møte med pasienter.....	43
6.1.1 «Den gode relasjonen» .....	44
6.1.2 Humanisme som metateori.....	46
6.2 Opplevelser – og forståelser av makt i relasjonsdimensjonene.....	47
6.2.1. Klientsentrert ergoterapi og relasjonsdimensjonene .....	48
6.3 Personen i profesjonen .....	50
6.3.1 Hjelpepersonen: «min jobb er å hjelpe andre» .....	51
6.3.2 Bevissthet rundt egne følelser og behov.....	51
6.3.3 Ergoterapeut som profesjonell yrkesutøver .....	53
7 Avslutning .....	57
7.1 Studiens begrensninger .....	57
7.2 Praktiske implikasjoner og videre forskning.....	58
7.3 Avsluttende kommentarer .....	58
Litteraturliste.....	59
Vedlegg.....	i

Vedlegg 1:	Forskningsdesign og utsagn sortert etter kombinasjoner.....	i
Vedlegg 2:	Infoskriv til pilotsorterere.....	v
Vedlegg 3:	Instruksjonsbeskrivelse .....	vi
Vedlegg 4:	To ansikt og en vase i samme bilde.....	viii
Vedlegg 5:	Godkjenning fra NSD .....	ix
Vedlegg 6:	Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	x
Vedlegg 7:	Gjennomsnittssorteringer .....	xii
7.1	Gjennomsnittlig sortering av faktor 1 .....	xii
7.2	Gjennomsnittlig sortering av faktor 2 .....	xii
Vedlegg 8:	Diskriminerende utsagn .....	xiii
Vedlegg 9:	Konsensusutsagn .....	xv
Vedlegg 10:	Hjulet .....	xvii

## Figurliste:

Figur 1: Bilde på at aktivitet kan mestres dersom omgivelser tilrettelegges .....	2
Figur 2: Sorteringsmatrise .....	21

## Tabelliste:

Tabell 1: Forenklet forskningsdesign med effekter og nivåer .....	5
Tabell 2: Forskningsdesign .....	18
Tabell 3: Reliabilitet .....	25
Tabell 4: Korrelasjonstall på deltagernes ladninger på faktorene. ....	31
Tabell 5: Utsagn som handler om trygg, tillitsfull og oppriktighet i relasjonen for faktor 1 .....	32
Tabell 6: Utsagn som handler om man ser helhetlig på pasienter for faktor 1. ....	33
Tabell 7: Utsagn som handler om klientsentrert ergoterapi og ønske om en gjensidig relasjon for faktor 1. ....	34
Tabell 8: utsagn som handler om "Jobben gir meg noe" for faktor 1. ....	35
Tabell 9: Utsagn med lav psykologisk signifikans for faktor 1. ....	35
Tabell 10: Utsagn som handler om "Setter ressurser og faglig kunnskap høyt og fokus på klientsentrert ergoterapi" for faktor 2. ....	36
Tabell 11: Utsagn som handler om "Trygg og tillitsfull relasjon, tenker over hvordan man opptre, og hva som kan påvirke relasjonen" for faktor 2 .....	37
Tabell 12: Utsagn som handler om "Fokuserer på her og nå, og ønsker å opptre profesjonelt" for faktor 2. ....	37
Tabell 13: Utsagn som handler om "Behov for faglig bekreftelse" for faktor 2. ....	38
Tabell 14: Utsagn med lav psykologisk signifikans for faktor 2. ....	38
Tabell 15: Utvalg av diskriminerende utsagn om helhet og kontekst. ....	39
Tabell 16: Utvalg av diskriminerende utsagn om faglige kunnskaper og personlige egenskaper. ....	40
Tabell 17: Utvalg av konsensus utsagn som handler om brukermedvirkning. ....	40
Tabell 18: Utvalg av konsensus utsagns som går på det relasjonelle aspektet. ....	41
Tabell 19: Utvalg av konsensus utsagn som handler om interesse og engasjement i arbeid. ....	41

# **1 Innledning**

Bildet på forsiden er en illustrasjon av temaet for studien. Det er bilde av en pasient og en ergoterapeut, hvor ergoterapeuten ser et speilbilde av seg selv. Dette speilbildet illustrerer ergoterapeutens subjektivitet. Det er en refleksjon av ergoterapeuten sin opplevelse av seg selv og sin betydning i møtet med pasienten, hvilket nettopp er hva denne studien handler om. Jeg inviterer deg med dette med på en reise hvor temaet blir studert fra ergoterapeuter sitt perspektiv. Vel bekomme!

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

Gjennom de to årene jeg har studert master i rådgivning opplever jeg å ha lært mye om meg selv, andre og det relasjonelle feltet mellom mennesker. Ved å bruke meg selv som redskap i studiet, har jeg også oppdaget nye sider ved meg selv og økt min egen bevissthet i forhold til hvordan jeg er i relasjon med andre. Jeg har blitt introdusert for nye temaer som har fanget interessen min, mye av dette kunne jeg tenkt meg å skrive om. Hva var den rette tematikken for meg å velge? I valgprosessen gikk det opp for meg at det relasjonelle aspektet er noe jeg har hatt interesse for lenge. Det er mye av grunnen til at jeg valgte å studere rådgivning. Gjennom studiet opplever jeg å ha blitt ytterligere opptatt av det.

Jeg er utdannet ergoterapeut, og jeg har arbeidet som ergoterapeut i forkant av- og noe underveis i studiet. Spørsmål jeg som ergoterapeut har stilt meg selv rundt det relasjonelle feltet er mange. Hvordan legge til rette for en god relasjon? Hvilken betydning har relasjonen for pasientenes utbytte av ergoterapien? Hva er en god hjelperelasjon? I løpet av dette studieforløpet har jeg gjort meg en stor oppdagelse. Det innebærer at jeg må lære meg selv å kjenne og være bevisst på meg selv. Dette er en lærdom og oppdagelse som jeg ønsker å jobbe videre med og ta med meg ut i arbeidslivet. Det er en god start å studere og skrive om dette i en masteroppgave. Kanskje jeg gjennom oppgaven også kan bidra med noe til andre enn meg selv?

## **1.2 Intensjon med studien og presentasjon av problemstilling**

Hensikten med denne masteroppgaven, er å studere ergoterapeuter sin opplevelse av seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter. Ved å rette fokuset mot ergoterapeuten, ønsker jeg å studere ulike personer i yrket sine subjektive erfaringer og perspektiver. Gjennom å sette disse erfaringene og perspektivene opp mot kunnskap om relasjon innen rådgivningsfeltet, er intensjonen å kunne bidra til økt bevissthet rundt egen og hverandres subjektivitet. Siden det

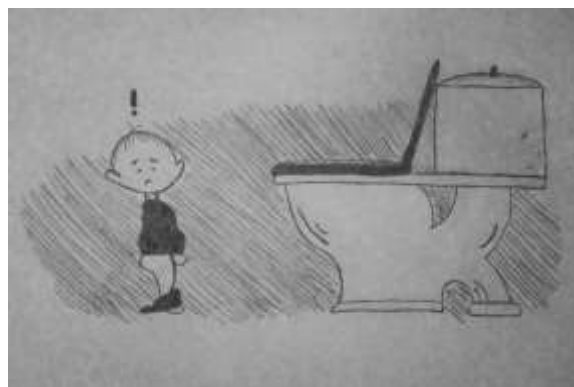
er subjektivitet som studeres, har jeg valgt en Q-metodologisk tilnærming til studien. For å avgrense og spisse studien har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvordan opplever ergoterapeuter seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter som har livsendrende skade eller sykdom?*

Ergoterapeuter arbeider innenfor flere ulike felt. Jeg valgte derfor å presisere at oppgaven skulle handle om relasjonen med pasienter som har livsendrende sykdom eller skade. Jeg har tatt dette valget for å avgrense hvilke deltakere som skulle studeres. Ved å arbeide med dette temaet vil jeg undersøke hva som har betydning for ergoterapeuter sin opplevelse, og hvordan det eventuelt kan påvirke arbeidet. Her vil jeg se på forskjellige opplevelser og forskjellige måter å håndtere disse. Jeg ønsker gjennom denne oppgaven å oppdage noe nytt og lære. Bevissthet rundt ulike opplevelser kan hjelpe ergoterapeuter og annet helsepersonell å ta vare på seg selv og andre. Jeg håper det kan bidra til positive relasjoner mellom pasient og ergoterapeut.

### **1.3 Presentasjon av ergoterapi**

For å utøve ergoterapi, er det krav om å være autorisert. Noe en kan bli etter å ha gjennomført en treårig bachelor (NETF, 2012). Ergoterapi handler om å fremme aktivitet og deltagelse for mennesker (Borg, Rugne, Tjørnov, Brandt, & Madsen J., 2007; Kielhofner, 2008). Arbeidet ergoterapeuter gjør, handler om å jobbe for løsninger der det er et gap mellom personer sin helse og kravene i hverdagen (NETF, 2012). Sagt med andre ord jobber ergoterapeuter for at mennesker skal mestre hverdagen på en best mulig måte på tross av eventuelle utfordringer med helsen. Dette gjøres gjennom både å fokusere på personens helsemessige utfordringer, og omgivelsene rundt (Kielhofner, 2008). Det finnes flere eksempler på at en person ikke trenger å ha funksjonsbegrensninger dersom omgivelsene er tilrettelagt, heller enn begrensende. Bildet (Figur 1) under kan være et godt eksempel på dette.



*Figur 1: Bilde på at aktivitet kan mestres dersom omgivelser tilrettelegges*

Den lille gutten opplever funksjonsbegrensning da klosettet er for høyt for at han kan mestre aktiviteten å urinere på egen hånd. Dersom der hadde vært en krakk, en liten trapp eller om klosettet hadde vært mindre, hadde ikke gutten lenger hatt en funksjonsbegrensning. Det er altså omgivelsene som begrenser aktivitetsmuligheten i dette tilfellet.

#### **1.4 Begrepsavklaring**

For å tydeliggjøre problemstillingen og gi en grunnleggende forståelse for kommende begreper, presenteres begrepene *relasjon*, *pasient*, *livsendrende*, *ergoterapeutisk intervensjon*, *klientsentrert ergoterapi* og *brukermedvirkning* her.

*Relasjon* brukes i denne oppgaven om forholdet mellom mennesker, om møtet mellom pasient og ergoterapeut. Begrepet vil bli presentert nærmere i kapittel 2.4.

*Pasient*, vil i denne oppgaven være et samlebegrep for de som mottar ergoterapi.

*Livsendrende*, er i denne studien betegnelsen på noe som kan endre livet til den personen det gjelder. Det er en skade eller sykdom som kan ha store konsekvenser.

En *intervensjon i ergoterapi*, handler om en behandlingsprosess som foregår innenfor spesifikke rammer (Borg, et. al., 2007). Hva intervensjonen skal inneholde, planlegges av ergoterapeut i samarbeid med pasienten. Det er viktig at det som gjøres er tilpasset pasienten, og hans/hennes faktiske behov (Borg, et. al.). I en ergoterapeutisk intervensjon er det videre fokus på at den skal være klientsentrert (Borg, et. al.; Kielhofner, 2008).

*Klientsentrert ergoterapi* handler om at pasient blir respektert, informert og får mulighet til å aktivt delta og være med i alle deler av prosessen (Borg, et.al., 2007, Kielhofner, 2008).

Innenfor klientsentrert ergoterapi, er *brukermedvirkning* sentralt (Borg, et.al., 2007). Andreassen (2005) forklarer brukermedvirkning som både en strategi og en verdi innen helsetjenester. Det handler kort sagt både om pasienters bidrag som en styrke i behandlinger og om pasientens rett til informasjon, innflytelse og å kunne ta egne valg (Borg, et.al., 2007, Andreassen, 2005). Brukermedvirkning er viktig innenfor ergoterapi for å kunne tilpasse intervensjoner som kan fremme aktivitet og deltagelse som er betydningsfulle for pasientene (Borg, et.al., 2007, Kielhofner, 2008).

#### **1.5 Oppgavens struktur og oppbygging**

Strukturen i oppgaven er fordelt i sju hovedkapitler. Videre er hovedkapitlene inndelt i delkapitler, og i noen tilfeller er det underkapitler til delkapitlene. Dette for å gjøre det så oversiktlig som mulig for leser.

I *kapittel 1* er bakgrunn for valg av tema, studiens intensjon og problemstilling, faget ergoterapi og sentrale begreper presentert. Videre, i *kapittel 2* presenteres relevant teori for å gi et grunnlag for forståelse av teorien som er anvendt i oppgaven. I *kapittel 3* presenteres metoden og forskningsprosessen i denne studien er gjort rede for forskningsprosessen. Videre i *kapittel 4* redegjøres min rolle som forsker, jeg vil gjøre betraktninger om blant annet hvordan jeg som forsker har eller kan ha påvirket studien. I *kapittel 5* presenteres og tolkes studiens funn. Disse er grunnlaget for neste kapittel. I *kapittel 6* drøftes funnene opp mot problemstillingen og relevant teori. Oppgaven avrundes og avsluttes med *kapittel 7*, hvor begrensninger av studien, praktiske implikasjoner og forslag til videre forskning presenteres.



## 2 Teori

I dette kapittelet presenterer jeg relevant teori for denne studien og problemstillingen handler om ergoterapeuters opplevelse av seg selv i relasjon med pasienter. Jeg finner det hensiktsmessig å ha med teori om relasjon, bevissthet i form av hvordan man ser seg selv, og om fokus, for å kunne se på hvilket fokusområde ergoterapeutene har. Disse teoriene er brukt som bakgrunn og struktur for utforming av utsagn ved at de er lagt inn som effekter i et eksperimentelt design. For å gi økt innsikt i rammeverket, presenteres det et forenklet forskningsdesign med effekter og nivåer i tabell 1 under. Se kapittel 3 for nærmere forklaring og utdyping av innhold og hvordan det ble brukt i forskningsprosessen.

Tabell 1: Forenklet forskningsdesign med effekter og nivåer

Effekter	Nivåer		
Fokus	Saksorientert	Proessorientert	
Bevissthet	Profesjonelle	Personlige	
Relasjon	Avhengig	Uavhengig	Gjensidig avhengig

Som et grunnlag for forståelse av teorien som er anvendt og for videre fremgangsmåte, blir effektene i designet presentert gjort rede for i dette kapittelet. I forkant av dette, presenteres teori fra den eksistensialistiske-humanistiske rådgivningstradisjonen, denne tradisjonen har jeg valgt å ha som et teoretisk grunnlag gjennom oppgaven.

### 2.1. Teoretisk grunnlag

Innen det humanistisk-eksistensialistiske rådgivningsperspektivet vektlegges et positivt menneskesyn (Ivey, D'Andrea, & Ivey, 2012). Her står menneskets evne til myndiggjøring sentralt. Individet blir sett på som handlekraftig og i stand til å ta ansvar for eget liv. Dette rådgivningsperspektivet er hentet fra humanistiske og eksistensialistiske tradisjoner med røtter i filosofien (Ivey et al.) Humanismen er opptatt av å ha et holistisk, altså helhetlig syn på mennesket (Matson, 1971 i Hansen, 2006). Her står menneskers relasjoner til hverandre og til verden for øvrig sentralt (Ivey et al., 2012). Et grunnleggende konsept i eksistensialismen, er tanken om å være i verden, «being in the world» (Ivey et al.:366). Fra dette synspunktet handler mennesker i verden, samtidig som verden handler på mennesker. Rådgivere innenfor eksistensialismen arbeider for at personer skal klare å se seg selv som en handlende aktør i verden og på denne måten kan det være lettere å handle og ta valg ut fra egne standarder og verdier (Ivey et al.).

Psykologen og Psykoterapeuten Carl Rogers (1902-1987) har hatt stor betydning for å bringe den humanistiske-eksistensialistiske tradisjonen inn i rådgivning (Ivey et al., 2012; Thorne & Sanders, 2012). Rogers var spesielt opptatt av betydningen det relasjonelle har for menneskers utvikling. Rogers humanistisk-eksistensialistiske teori, utviklet seg gjennom tre utviklingsperioder (Ivey et al., 2012). De tre periodene er den «ikke-ledende perioden», den «klient-sentrerte perioden» og den «person-sentrerte perioden» (Ivey et al.). Disse handler om å ha en aksepterende og ikke dømmende holdning til den hjelpetrengende, videre handler det om menneskets evne til selvutvikling og å hjelpe den hjelpetrengende til å hjelpe seg selv gjennom relasjonen (Ivey et al.). Han fremhevet viktigheten av de personlige egenskapene til en hjelper og at man gjennom en god relasjon, kan hjelpe. Han opererer med tre grunnleggende prinsipper for at det skal være en god relasjon mellom hjelper og den hjelpetrengende. Disse er empati, kongruens og ubetinget positiv aktelse (Thorne & Sanders, 2012). Å være empatisk, handler om å kunne gå inn i en annens verden uten å bringe med sitt eget (Thorne & Sanders). Kongruens handler om at man er seg selv, uten en ytre fasade (Rogers, 1961). At det er samsvar mellom det indre og det ytre i en selv (Eide & Eide, 2007). Eide og Eide beskriver dette videre som at det nonverbale og verbale er i samsvar med hverandre. Å ha en ubetinget positiv aktelse, handler om å ha ekte, positiv og ikke-dømmende holdning til den man møter (Thorne & Sanders, 2012).

Teoriene tar hovedsakelig utgangspunkt i den terapeutiske relasjonen mellom rådgiver og klient. Rogers (1978) fremhever at det disse handler om, også kan være aktuelle for andre relasjoner mellom mennesker. Ergoterapi har bakgrunn fra den humanistiske tradisjonen (Borg et al., 2007; Ness, 2002). Å ha et helhetlig syn på mennesket er noe av det ergoterapeuter har høyt fokus på (Borg et al., 2007). Det er ikke direkte hentet fra Rogers og den humanistisk-eksistensialistiske tradisjonen, men det her flere fellestrekk. Rogers har vært en inspirasjon for tanker rundt hjelperelasjonen som en ideell teori for relasjonen (Eide & Eide, 2007). Klient-sentrert terapi er en av hovedtilnærmingene innen ergoterapi. Her handler det om å inkludere den man hjelper og ha fokus på respekt, samarbeid og støtte (Kielhofner, 2008). Innen ergoterapi står også det positive menneskesynet sentralt (Borg et al., 2007). Der er fokus på å arbeide med ressurser fremfor begrensninger, hvor begrepet utfordring blir brukt fremfor problemer. Slik jeg ser det, har ergoterapi og humanistisk-eksistensialistisk rådgivning mye til felles. På bakgrunn av dette, og at jeg ser på ergoterapeuters subjektive opplevelse av seg selv i relasjonen, anvender jeg i denne oppgaven teori fra rådgivningsfeltet for å skape en forståelse for temaet.

## **2.2. Fokus**

Den første av de tre effektene i det eksperimentelle designet, handler om hva ergoterapeuter fokuserer på i arbeid med pasienter. Ligger fokuset på selve sykdommen eller skaden, og hvordan løse dette? Eller fokuseres det mest på selve prosessen, og hva som foregår underveis i intervensjonen? Kielhofner (2008) beskriver den ergoterapeutiske intervensjonen som en 6 trinns dynamisk prosess. Disse trinnene handler kort sagt om å kartlegge, utarbeide mål, gjennomføre tiltak og til slutt evaluere resultater. Slik jeg ser det, kan det i ergoterapiintervensjonen både være fokus på saken og prosessen. I de neste delkapitlene redegjøres begrepene saksorientert og prosessorientert. Jeg anvender teori innen både rådgivning og ergoterapi for å skape en forståelse av begrepene i forhold til denne studien.

### **2.2.1. Saksorientert**

I det å være saksorientert legger jeg, som tidligere nevnt, det å ha fokus på sykdommen eller skaden og hvordan jobbe med dette. Inkludert i dette ligger både det å fokusere på selve problemet eller utfordringen, og det å være løsningsfokusert da de begge handler om sykdommen eller skaden.

Når for eksempel ergoterapeut er inne i en rehabiliteringsprosess med en pasient som har hatt et hjerneslag, kartlegges utfall som det gjennom intervensjonen arbeides for å minske (Dekkers, 2008). Her anvendes det som er kartlagt, altså saken, for å nå et mål. Å utøve ergoterapi krever kunnskap både om vurderings – og kartleggingsmetoder og om intervensjonen (Borg, et al., 2007).

I den ergoterapeutiske intervensjonen er aktivitet, spesielt daglige aktiviteter både mål og middel. En ergoterapeut skal i arbeid med pasient utarbeide et behandlingsforløp som er tilpasset pasientens personlighet og psyke (Dekkers, 2008). Det er også fokus på prosessen, og da spesielt pasientens opplevelse av den, et middel for å nå resultater. I et gruppeperspektiv trenger ikke oppgaven og prosess å være motsetninger siden dette sammen skaper krefter og hever resultatet (Meyer & Kvalsund, 2005). Kvalsund (2005) forteller at det må være balanse mellom informasjon om sak og informasjon om prosess. Dersom man har fokus på saken, kan denne ta hele oppmerksomheten og prosessinformasjonen kommer i bakgrunn. Dette gjelder videre også dersom prosessinformasjonen tar oppmerksomheten (Kvalsund).

### **2.2.2. Prosessorientert**

I en intervensjon, er det viktig å opprettholde dynamikken i prosessen (Kielhofner, 2008). Her jobber ergoterapeut for å være oppmerksom på om det for eksempel er behov for ytterligere kartlegging og mål som eventuelt bør endres underveis. Forståelse av – og hvilke behov man

har i forhold til aktivitet og deltagelse er individuelt. Intervensjonen tilpasses den enkelte for å gjøre det meningsfullt for pasient (Borg, et al., 2007, Dekkers, 2008). For å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient, kreves det kommunikasjon og samhandling underveis i prosessen (Dekkers, 2008).

Kvalsund (2005) beskriver prosessen i en relasjon mellom coach og coachee som det som foregår rundt enhver sak. Det som tydeliggjøres i prosessen er den subjektive erfaringen, altså personens forhold til – eller opplevelse av saken (Kvalsund). Her er begge parter affektive og kognitive erfaringer inkludert. I en hjelperelasjon kan det være aktuelt for hjelper å dele noe av seg selv for å vise seg som et menneske. Å ha fokus på den kognitive dimensjonen, kan være til hjelp for blant annet å legge merke til om vi følger faste mønstre og regler uten å tenke over hvorfor og se på fornuften i det (Kvalsund). Et eksempel på dette innen ergoterapi, er behandlingsprosedyrer man følger. Her kan det være hensiktsmessig å ha fokus rettet mot hvorfor disse følges, og hva den gjør for pasienten.

Det er utfordrende å holde fokus på alle dimensjonene i prosessen samtidig som man fokuserer på saken. For å se på relasjonen mellom saken og prosessen, er utvikling av selvbevissthet sentralt (Kvalsund). Selvbevissthet handler om våre indre prosesser og hvordan vi forstår disse (Jordan, 2002). At vi er bevisst våre handlinger, tanker og følelser. Det man er bevisst, kan man bruke positivt (Brown, 2009; Kvalsund, 2005)

### **2.3. Bevissthet**

Bevissthet handler i denne sammenhengen om man er bevisst seg selv og sine handlinger, og om bevisstheten er profesjonell og/eller personlig. Hvilket ståsted handler ergoterapeut ut fra i sitt arbeid med pasienter, og er dette bevisst? Bevissthet handler om å være klar over hvorfor og hvordan vi handler i forskjellige situasjoner (Brown, 2009; Skau, 2011). Ergoterapeuter som møter mennesker i en fase i livet hvor de har en livsendrende sykdom eller skade tilpasser sin tilnærming ut fra hva pasienten trenger. Hvem skal ergoterapeuten være for denne personen?

Personer har ulike psykologiske identiteter, altså ulike deler ved seg selv, bilder man har om seg selv (Brown, 2009; Jordan, 2002; Whitmore, 2014). Man kan for eksempel være både ergoterapeut og privat person. Disse forskjellige identitetene, er delpersonligheter som vi alle har (Brown, 2009). Tidligere opplevelser – og narrativer vi har konstruert om oss selv gjennom tidligere erfaringer kan påvirke delpersonlighetene våre og hvordan vi opplever oss selv (Brown, 2009; Jordan, 2002).

Mye av denne prosessen skjer ubevisst, og vi kan ta delpersonlighetene med oss videre i livet (Brown, 2009). Dette kan gjøre det vanskelig å oppdage muligheter (Brown). Hvilke deler man er bevisst, har tilgjengelig og ikke – påvirker handlingene våre (Brown, 2009; Whitmore, 2014). For å kunne ha flere delpersonligheter tilgjengelig, snakker man innen Psykosyntese om å arbeide mot å finne et personlig senter (Brown, 2009; Whitmore, 2014). I dette personlige senteret har man evnen til å se delpersonlighetene som deler av seg selv.

I de neste delkapitlene redegjøres begrepene profesjonell og personlig. Her er teori som tar for seg disse begrepene knyttet til å være hjelper i en hjelperelasjon anvendt. Jeg knytter dette videre opp til ergoterapeuter og teorier som ser på bevissthet og selvbevissthet.

### **2.3.1. Profesjonell**

Til daglig kan man høre om å være profesjonell i arbeid. Begrepet brukes ofte i forbindelse med handlinger som yrkesutøvere og handlingenes kvalitet (Skau, 2011). I samfunnet vårt forbinder vi videre det å være profesjonell med det å være kompetent. Noen omtaler det å være profesjonell som å være upersonlig. At det personlige og private, som begge kan bli sett på som noe av det samme, ikke bør være en del av den profesjonelle yrkesutøveren (Skau).

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2015) inkluderer både personlig – og faglig kompetanse i det å være en profesjonell yrkesutøver innen helse. Bevissthet og selvinnsett er hensiktsmessig å ha og jobbe med i relasjon med andre (Jordan, 2002; Whitmore, 2014). Når ergoterapeut er i senteret av seg selv, og har kontakt med flere delpersonligheter kan hun/han ha mulighet til å bevisst velge hvilken delpersonlighet man i ulike situasjoner skal bruke, og hvilken man skal legge litt utenfor de ulike hjelperelasjonene.

Skau (2011) beskriver profesjonalitet som sammensatt. Hun forklarer videre at det å være profesjonell – og det å være personlig, ikke trenger å være motsetninger siden relasjoner med andre både handler om å være profesjonell og en person i møtet med andre. Det å være en yrkesutøver i en hjelperelasjon hvor man arbeider i relasjon med mennesker, innebærer både faglige og personlige aspekter (Kvalsund & Allgood, 2003; Skau, 2011). Vår personlige kompetanse, teoretiske kunnskap, og yrkesspesifikke ferdigheter er tre aspekter som kan presentere et bilde på en samlet profesjonell kompetanse (Skau, 2011). Disse tre henger sammen, de er avhengig av hverandre og påvirker hverandre (Skau). Skau fremhever videre at det som yrkesutøver, er hensiktsmessig å kunne forstå – og skille mellom yrkesrelaterte og private relasjoner. At man kan være personlig i en relasjon, uten å være privat.

### **2.3.2. Personlig**

Vår personlige kompetanse, er et av de tre aspektene i en samlet profesjonell kompetanse presentert i delkapittelet over. Denne handler om våre menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter som vi tilpasser ulike profesjonelle sammenhenger (Skau, 2011). I hjelperelasjoner, er den personlige kompetansen et viktig aspekt for at en yrkesutøver skal kunne komme langt med yrkesspesifikke ferdigheter og teoretiske kunnskaper (Skau). Vårt personlige og profesjonelle forhold påvirker hverandre, hvordan vi for eksempel forstår makt i en hjelperelasjon, kan komme fra personlige opplevelser (Kvalsund & Allgood, 2003). Brown (2009), Jordan (2002), Jung (1965) og Whitmore (2014) fremhever viktigheten av selvbevissthet for å kunne forstå sine handlinger og ta bevisste valg.

Å kunne uttrykke personlige erfaringer, er videre essensielt for at man skal oppleves som ekte og genuin i møte med den andre (Rogers, 1961). Å være personlig i en hjelperelasjon handler om å bruke seg selv – og relatere seg til den man hjelper som en person (Allgood & Kvalsund, 2005). Både innenfor den eksistensialistisk-humanistiske rådgivningstradisjonen og innen ergoterapi, er det et sentralt tema i møte med den hjelpetrequende å se på han/henne som en person. Gjennom å være personlig åpner man opp for å se på personene man som møter for å hjelpe som et subjekt, heller enn et objekt (Rogers, 1961). Slik Martin Buber (1964) fremhever i sin teori om å være i relasjon med andre mennesker, hvor de er «du» heller enn «det».

Som tidligere nevnt, inkluderer både Skau (2011) og WHO (2015) det å være personlig og profesjonell i det å være en profesjonell yrkesutøver og i begrepet profesjonalitet. Det er ideelt sett hensiktsmessig å kombinere personlig og profesjonell (Kvalsund, 2005). Flere hevder altså at der ikke trenger å være et skille. Det vil være interessant å se om ergoterapeuter har et skille her, eller om de integrerer både personlig og profesjonell i profesjonsrollen sin.

### **2.4. Relasjon**

Innenfor ergoterapi, er det stort fokus på en god relasjon mellom pasient og ergoterapeut, og at denne relasjonen kan påvirke videre intervensjon (Kielhofner, 2008). Her står «klient-sentrert ergoterapi» og «brukermedvirkning», hvor pasient inkluderes i intervensjonen sentralt. For å se på relasjon, vil jeg i denne oppgaven ta utgangspunkt i den skotske filosofen John Macmurray (1891-1976) sin teori om «person i relasjon». Macmurray sin teori, handler om at et menneske må være i relasjon med andre mennesker for å være en person (Macmurray, 1961/1991). Det er i relasjon med andre et «jeg» skapes, man er med andre ord ikke en person uten andre. Dette gjelder også når vi tenker over situasjoner og vi tenker på de

i relasjon til noen andre. Det er i møtet med minst en annen at et «jeg» identifiseres, hvert møte man har med forskjellige mennesker, utgjør nye identiteter (Meyer & Kvalsund, 2005). Gjennom møtet med andre skaper vi nye erfaringer og lærer noe nytt om oss selv, vi utvikler oss og fornyer oss. Slik Meyer og Kvalsund (2005:45) presenterer det «Enhver selvforståelse er en sosial og gruppeorientert narrativ. En persons formidling av seg selv er en formidling av individet som dialogpartner og gruppemenneske».

Når vi ser på hvordan relasjonen mellom mennesker utvikler seg gjennom erfaringer og læring, kan vi dele relasjonsdimensjonen opp i avhengig, uavhengig og gjensidig avhengig (Kvalsund, 1998; Macmurray, 1961/1991). Møte mellom mennesker kan innenfor hver av disse dimensjonene være både positivt og negativt (Meyer & Kvalsund, 2005). Alle relasjoner har altså potensiale for å være både positiv og negativ. Relasjonen er positiv dersom begge (eventuelt alle) parter har behov for å være i den relasjonsdimensjonen de befinner seg i (Meyer og Kvalsund). Meyer og Kvalsund forklarer dette videre ved å bruke lærer – elev forhold som et eksempel på et typisk avhengighetsforhold. Det vil være positivt så lenge denne avhengigheten er et gjensidig behov, altså at relasjonen mellom lærer og elev befinner seg på det samme utviklingsstadiet. Denne relasjonen vil være negativ dersom en av partene opplever å ha mindre behov for denne avhengigheten. Et eksempel på dette, er når eleven vil ut av avhengigheten og begynne å gjøre ting slik de ønsker å gjøre de selv. Her kan det ligge et behov fra eleven sin side om å overskride avhengigheten og gå til å være uavhengig.

Basert på Macmurray sin filosofi og teori om «Person i relasjon», har Kvalsund (1998) hentet dette inn til rådgivningsfeltet. I de neste delkapitlene redegjøres de tre relasjonsdimensjonene med utgangspunkt i Kvalsund sin forståelse av disse. Eksempler fra hjelperelasjoner mellom pasienter og ergoterapeuter brukes for å forklare underveis i teksten.

#### **2.4.1 Avhengighetsrelasjon**

En avhengighetsrelasjon er i utgangspunktet en asymmetrisk relasjon hvor den ene har mer makt enn den andre (Meyer & Kvalsund, 2005). Denne typen relasjon kan ofte bli oppfattet som negativ, men det trenger den ikke være dersom avhengigheten er et gjensidig behov. En avhengighetsrelasjon er altså positiv når den er nødvendig for begge – og når begge parter ønsker det. Når ønsker og behov ikke stemmer overens, vil det være en negativ avhengighetsrelasjon (Kvalsund, 1998). Et eksempel på en negativ avhengighetsrelasjon i lys av denne studien sitt tema, kan være i en hjelperelasjon hvor ergoterapeuter sine ønsker og behov for pasient ikke stemmer overens med pasientens. Dersom partene ikke klarer å finne en vei ut av å ha ulike relasjonsbehov, vil det være en negativ avhengighetsrelasjon (Meyer &

Kvalsund, 2005). Her fratrar ergoterapeut pasienten sin frihet ved å utøve makt ovenfor pasient, noe som kan ha påvirkning på begge parter sine ressurser. Det kan da oppstå uenigheter og kommunikasjonssvikt (Kvalsund, 1998; Meyer & Kvalsund, 2005).

For å komme ut av denne negative relasjonen, må pasient erkjenne at avhengighetsbehovet er der, og da gjenopprette en positiv avhengighetsrelasjon. Dette vil være dersom pasient igjen opplever å ha behovet – og ønsker hjelp og støtte fra ergoterapeut. Dersom pasient mottar hjelp og støtte fra ergoterapeut uten å egentlig trenge det, vil de fremdeles være i en negativ avhengighetsrelasjon. Et annet utfall kan være at ergoterapeut kan erkjenne pasientens behov for å komme bort fra avhengigheten og gå over til å bli en positiv uavhengighetsrelasjon.

#### **2.4.2 Uavhengighetsrelasjon**

I en uavhengighetsrelasjon er det større symmetri i relasjonen (Meyer & Kvalsund, 2005). I en positiv uavhengighetsrelasjon har begge parter forståelse for hverandres behov for uavhengighet (Kvalsund, 2005). Dette vil være når begge parter har fysisk og psykisk grunnlag for å kunne overskride den relasjonelle asymmetrien (Meyer & Kvalsund, 2005). Her kan partene ta egne valg og beslutninger basert på egne tanker og følelser. «Et selvstendigjort `jeg` behøver ikke å spørre et `du` om hva det skal tenke og føle.» (Meyer og Kvalsund, 2005:19). Dersom partene ikke anerkjenner hverandres selvstendighet, kan konsekvensene være at man kommer i en negativ uavhengighetsrelasjon og partene kan skli fra hverandre i kortere eller lengre perioder (Kvalsund, 2005).

Kvalsund bruker forholdet mellom tenåring og foreldre til å forklare uavhengighetsrelasjoner. En tenåring ønsker å være mer selvstendig og har behov for at foreldrene gir de rom for dette slik at utvikling kan skje. Dersom både ungdommen og foreldrene erkjenner dette, vil dette være en positiv uavhengighetsrelasjon (Allgood & Kvalsund, 2008; Kvalsund 2005). Dersom vi igjen bruker eksempel fra en relasjon mellom pasient og ergoterapeut, vil det være en positiv uavhengighetsrelasjon dersom de begge erkjenner behovet for selvstendig uavhengighet. Dersom pasient ikke føler seg klar for denne selvstendigheten, vil relasjonen være negativ. Her får ikke pasient den hjelpen og støtten han/hun har behov for fra ergoterapeut. Et annet eksempel på en negativ relasjon, er der ergoterapeuten ikke vil løsrive seg fra sin maktposisjon, der pasient ikke får den friheten til å for eksempel trene selvstendig i en rehabiliteringssituasjon. I tilfeller hvor den ene opplever mer uavhengighet enn den andre, preges relasjonen av asymmetri. Dette kan føre til at en av partene tar makt over den andre for å true den andres selvstendighet (Meyer & Kvalsund, 2005). En annen konsekvens, kan være at en av partene trekker seg bort for å bevare sin uavhengighet (Meyer & Kvalsund). Den



likeverdige symmetrien og gjensidigheten som kreves for å være i en positiv uavhengighetsrelasjon brytes (Meyer & Kvalsund). I tilfellet med pasient og ergoterapeut, kan konsekvensen bli at en av partene bryter hjelperelasjonen, eller at relasjonen ergoterapeut utøver for mye makt. Ved det sistnevnte vil den negative uavhengigheten være tilsvarende den negative avhengigheten som ble gjort rede for i tidligere delkapittel.

Både avhengighet og uavhengighet er nødvendig i utviklingen mot gjensidig avhengighet. Når man går inn i nye relasjoner, starter man vanligvis i avhengighetsdimensjonen, deretter uavhengighet, for så å utvikle seg til gjensidig avhengighet (Kvalsund, 1998). På samme måte som positiv uavhengighet kan utvikles fra negativ avhengighet, kan behovet for genuin gjensidighet utvikles i overskridelsen fra negativ uavhengighet (Meyer & Kvalsund, 2005).

### **2.4.3. Gjensidig avhengighetsrelasjon**

Man kan si at muligheten og forutsetningen for gjensidighet er i den positive uavhengigheten (Kvalsund, 2005). Når begge partene i en relasjon er både avhengig, uavhengig og gjensidig, samt har vært gjennom og erkjent de positive og negative aspektene ved relasjonsdimensjonene, er de i en gjensidig avhengighetsrelasjon med hverandre (Meyer & Kvalsund, 2005). Partene i denne relasjonsdimensjonen har et genuint behov for å forstå hverandre, de ser og verdsetter dette, og jobber for å ivareta hverandres behov (Kvalsund, 1998; Meyer & Kvalsund, 2005).

Personer i møte med hverandre, lærer å være personer i relasjon gjennom å være i dialog (Allgood & Kvalsund, 2008). Gjennom dialogen skapes gjensidighet. Her møtes personer i gjensidighet og erkjenner hverandres indre relasjoner i det at man må være to for å være en, altså at man må være i relasjon med en annen for å være en person, at kjernen for personligheten ikke er jeg, men «jeg – du» (Allgood, 1997; Macmurray, 1961/1991). En hjelperelasjon trenger da ikke å være asymmetrisk selv om det er en som har behov for – og en som gir hjelp. Hjelpen blir best når begge partene i denne relasjonen opplever hjelp som et reelt behov. Hjelperelasjonen blir gjensidig og begge parter forstår – og jobber for å ivareta hverandres behov og utvikler begge sine ekspertiser (Allgood & Kvalsund, 2009; Meyer & Kvalsund, 2005). I en hjelperelasjon mellom pasient og ergoterapeut vil begge parter ivareta sine – og hverandres ekspertiser, arbeide for å løse behov sammen. De har gått igjennom de ulike utviklingsstegene i relasjonsdimensjonen og kommet til en likeverdig relasjon hvor de har tillit til både seg selv – og den andre.



### **3 Metode**

I denne studien blir ergoterapeuters subjektive opplevelse av seg selv sett på. For å studere dette har jeg valgt å bruke Q-metode. Gjennom bruk av Q-metodologi kan det forskes på subjektivitet vitenskapelig (Wolf, 2010). Denne metodiske tilnærmingen mener jeg er velegnet for å kunne se på mønster av oppfatninger innenfor den bestemte yrkesgruppen jeg har valgt å studere. Her får deltagerne reflektere over hvordan de opplever seg selv og ta stilling til utsagn de skal sortere. I dette kapittelet blir det gjort rede for Q-metodologi, samt hvordan de ulike stegene i forskningsprosessen er blitt gjennomført. Videre redegjør jeg for de valg jeg tar underveis i prosessen og skriver litt om hvordan min rolle som forsker har vært, og hvordan dette både har og kan ha påvirket studiens endelige resultat.

#### **3.1 Q-metodologi**

Q-metodologi ble utviklet av psykologen og fysikeren William Stephenson (McKeown & Thomas, 2013). Metoden kan forstås som en blanding mellom kvantitativ og kvalitativ forskning (Brown, 1996; Størksen, 2012). Hensikten er å få frem menneskers subjektive erfaring, få frem syn, opplevelser, følelser og meninger (Meyer & Kvalsund, 2005; Størksen, 2012). I Q-metode anvendes prosedyrer og rammeverk, det er en systematisk og strukturert prosess hvor man vitenskapelig kan forske på subjektivitet (Brown, 1993; Thorsen & Allgood, 2010). Tidlig i prosessen samles data, hvor forsker innhenter kunnskap om – og kommunikasjon rundt en kontekst eller et gitt tema (McKeown & Thomas, 2013; Watts & Stenner, 2012). Deretter utarbeider forsker et utvalg som skal dekke så mye som mulig av denne kommunikasjonen og kunnskapen (Ellingsen, 2010). Utvalget kan for eksempel være skriftlige utsagn, bilder, lyder og andre stimuli (Brown, 1993; Kvalsund, 1998). I denne studien anvendes utsagn. Deltagerne i en Q-metodologisk studie sorterer selvrefererende utsagn som skal rangeres ut fra hva som er mest – og minst likt seg selv (Brown, 1993). Selvreferert kunnskap handler om indre handlinger (Brown, 1980). Deltager er altså den som utfører selve handlingen i Q-metoden, dette ved å sortere data ut fra sin følelsesmessige subjektive opplevelse.

Før den selvrefererende kunnskapen tolkes, skal man gjennom analyse komme frem til faktorer som skal tolkes. Oppdagelsene kommer frem ved at forsker tolker faktorene ved å sette seg inn i deltagerens følelsesmessige subjektive perspektiv (Allgood & Kvalsund, 2010). Slike oppdagelser kan gjøres gjennom en person («single case studies») eller en gruppe mennesker ved at utsagn blir sortert ut fra en eller flere instruksjoner (Oterkiil, 2010). I denne

studien har jeg valgt at flere personer skal sortere på like instruksjoner. Dette vil bli redegjort for senere i dette kapitlet.

Kunnskapen og kommunikasjonen i Q-utvalget blir gjort «operant» gjennom Q-sorteringen, deltagerne «opererer» med utsagnene og sorterer de slik at de skal stemme med deres subjektive perspektiv (Smith, 2001; Wolf, 2010). Begrepet «operant subjektivitet» handler om summen av adferd som utgjør personers synspunkt, og kan forstås i sammenheng med relasjonen til – og påvirkningen på de umiddelbare omgivelsene (Watts & Stenner, 2012). Subjektivitet blir her målbare handlinger gjennom de sorteringene deltagerne gjør ut fra seg selv. I følge (Stephenson, 1953), kan meninger og følelser studeres vitenskapelig ved at de er konkrete handlinger som kan kommuniseres. Q-metoden søker å finne korrelasjon mellom disse subjektive perspektivene. Her vil de deltagerne som korrelerer høyt med hverandre dele samme faktorsynet.

Innen Q-metode er abduksjonsprinsippet sentralt. Subjektiviteten blir som nevnt gjort operant gjennom sorteringen, disse sorteringene blir forstått gjennom forskerens abduksjon med bakgrunn i Q-sorteringens målinger (Wolf, 2010). Abduksjon handler om å oppdage ny kunnskap (Watts & Stenner, 2012). Subjektivitet blir her oppdaget gjennom abduksjonsprinsippet og gjort tilgjengelig gjennom Q-sortering og tolking av data (Allgood & Kvalsund, 2010; Brown, 1980; Kvalsund, 1998; Thorsen & Allgood, 2010). Dette er noe av det som skiller Q-metoden fra hypotetisk-deduktiv, forklarende metode. Gjennom abduksjonsprinsippet er hensikten snarere å oppdage enn å forklare (Kvalsund, 2005).

## **3.2 Forskningsprosessen i Q-metode**

Ved å bruk av Q-metode i forskning, kan man utforske personers synspunkter og perspektiver på en strukturert måte (Addams & Proops, 2000). I dette delkapitlet er forskningsprosessen i Q-metode gått gjennom steg for steg. Gjennomgangen – og forklaringen av de ulike stegene i forskningsprosessen vil knyttes opp til min studie, og hvordan jeg har arbeidet.

### **3.2.1 Kommunikasjonsunivers**

Kommunikasjonsunivers heter på engelsk «concourse», og kommer fra det latinske ordet «concurus» som betyr å komme sammen (Brown, 1993; Stephenson, 1986). Det representerer den totale flyten i kommunikasjonsfeltet rundt et tema (Kvalsund & Allgood, 2010). Her er det mønstre av oppfatninger om et tema innenfor en bestemt gruppe som forsker skal få tak i. Det er viktig at kommunikasjonsuniverset dekker mest mulig av synspunkter og perspektiver rundt det som skal forskes på (Watts & Stenner, 2012). Her er forsker avhengig

av å ha tilgang til levende erfaringskunnskap (Allgood & Kvalsund, 2010). Forsker kan ikke få en fullstendig oversikt over hele kommunikasjonsuniverset med alle mulige - og uendelige subjektive utsagn personer har rundt et tema (Størksen, 2012). For å få en så god oversikt som mulig, kan det være hensiktsmessig at forsker samler informasjon og utsagn fra ulike steder. Man kan samle informasjon og utsagn gjennom å intervju enkeltpersoner og / eller grupper, samt gjennom media, teori og andre skrifter (Brown, 1993; Stainton-Rogers, 1995).

Kommunikasjonsuniverset i denne oppgaven, er informasjon om – og utsagn fra ergoterapeuter som har arbeidet som ergoterapeut for – og vært i relasjon med pasienter med livsendrende skade eller sykdom. Jeg har samlet utsagn gjennom flere av kanalene nevnt ovenfor. Jeg har hatt to uformelle individuelle intervju med ergoterapeuter fra sykehus og rehabiliteringsinstitusjon. Og ett uformelt gruppeintervju med fire ergoterapeuter på sykehus. I alle intervjuene ble det snakket om erfaringer de har med opplevelser av seg selv i relasjon med pasienter med livsendrende sykdom eller skade. I tillegg har jeg hatt med min egen førforståelse og erfaringer fra arbeid som ergoterapeut samt erfaringer andre har delt med meg over tid. Jeg har videre sett på utsagn fra teori i rådgivningsmasteren og fra ergoterapiutdanningen. Jeg har også hentet utsagn fra «ergoterapeuten», en fagbladserie utgitt av Norges Ergoterapiforbund (2009-2015), som jeg innehar flere eksemplarer av fra de siste seks årene. Det som kom frem gjennom kommunikasjonsuniverset, har jeg systematisk brukt videre i forskningsprosessen.

### **3.2.2 Design og utarbeidelse av Q-utvalget**

Q-utvalget utarbeides ut fra kommunikasjonsuniverset. Utvalget er det deltakere i studien som etter hvert skal sortere når skal utføre en Q-sortering (Brown, 1993; Watts & Stenner, 2012). I denne oppgaven har jeg som tidligere nevnt valgt å bruke utsagn. Utsagnene må dekke temaet som skal forskes på, og være representativt for synspunktene i kommunikasjonsuniverset (Watts & Stenner). Dette er viktig for at utsagnene skal bli en del av en helhetlig kobling uten å ha et gap mellom seg og uten å være overlappende, slik at alle utsagnene skal kunne bidra (Watts & Stenner).

Der er flere måter å utarbeide utsagn på. En måte er ustrukturert utvalg, da blir temaet sett på som en helhet, og det blir ikke delt opp i effekter eller undertemaer (McKeown & Thomas, 2013; Watts & Stenner, 2012). En annen måte er strukturert utvalg, hvor man benytter teknikker for å dele opp temaet i «undertemaer» på bakgrunn at teori -, studier – og /eller observasjoner (Watts & Stenner). Man kan bruke et eksperimentelt design som Fishers «balanced-block-design» for å systematisere Q-utvalget (Kvalsund, 1998; Stephenson, 1953).

Bruken av dette designet, kan hjelpe forsker med å få et utvalg som dekker kommunikasjonsuniverset, og for å sikre at man får med bredden (Ellingsen, 2010). Designet kan også være en hjelp for å se helhetlig på perspektiver innenfor temaet, dette kan bidra til å unngå skjeve utvalg (Kvalsund & Allgood, 2010). I min oppgave har jeg valgt å arbeide med et strukturert utvalg og bruke designet som er forklart over. Designet struktureres med effekter som inkluderer nivåer. Se tabell 2 for designet til denne oppgaven.

Tabell 2: Forskningsdesign

Effekter	Nivåer			Celler
<b>Fokus</b>	Saksorientert (A)	Prosesorientert (B)		2
<b>Bevissthet</b>	Profesjonelle (C)	Personlige (D)		2
<b>Relasjon</b>	Avhengig (E)	Uavhengig (G)	Gjensidig avhengig (H)	3

Innholdet i designet er teoretisk forankret i forhold til problemstillingen «hvordan ergoterapeuter opplever seg selv i relasjon med pasienter som har livsendrende sykdom/skade». Her valgte jeg effektene *Fokus*, *Bevissthet* og *Relasjon*. Se teorikapittelet for utdypning av disse. Jeg valgte disse effektene siden jeg mener de handler om relasjon og opplevelse av seg selv, hvilket er det problemstillingen min hovedsakelig handler om. Effektene inkluderer videre som nevnt nivåer, disse er forskjellige aspekter av effektene (Kvalsund, 1998). Den første effekten, *Fokus*, delte jeg inn i effektene *Saksorientert* og *Prosesorientert*. Effekten *Bevissthet*, delte jeg inn i *Profesjonelle* og *Personlige*. Den tredje, relasjon ble delt inn i *Avhengig*, *Uavhengig* og *Gjensidig avhengig*.

Når man lager utsagn, må man se på nivåene for å finne antall mulige kombinasjoner av celler i designet (Kvalsund). Celler er hvor mange forskjellige nivåer der er i hver effekt. I designet over kan du se at effektene fokus og bevissthet har 2 nivåer, og effekten relasjon har tre nivåer. Cellene blir da  $2 \times 2 \times 3$ . Etter å ha multiplisert disse, ser man at det er 12 mulige kombinasjoner når hvert nivå skal kombineres med hverandre for å lage utsagn. De ulike cellekombinasjonene er her: ACE, ACG, ACH, ADE, ADG, ADH, BCE, BCG, BCH, BDE, BDG og BDH. Etter å ha brukt dette designet i oppgaven, inneholder hvert av utsagnene et nivå fra hver av effektene. Bruk av dette designet har vært en hjelp til å systematisere utsagnene jeg samlet i kommunikasjonsuniverset. Utsagnene som lages, er Q-utvalget. Hvor mange utsagn man skal ha i utvalget, avhenger av hvor mange som trengs til å representere temaet (Kvalsund). For å representere temaet best mulig, har jeg valgt å lage fire utsagn for hver kombinasjon. Det er da i alt  $(12 \times 4)$  48 utsagn i utvalget (Se vedlegg 1). Det er

hensiktsmessig å polarisere utsagn i utvalget for å få en balanse i utvalget (Kvalsund & Allgood, 2010). Dette gjorde jeg ved at jeg hadde et positivt og et negativt ladet utsagn som handler om mye av det samme. Dette er viktig for at der skal kunne være balanse mellom synspunkter, og at utsagnene ikke er ladet mot et visst synspunkt (Watts & Stenner, 2012). En annen ting man må være oppmerksom på, er at utsagnene ikke utelukker hverandre, da kan det være at de som sorterer må plassere utsagn på måter som gjør at de kan miste relevans eller betydning (Berner, 2010). For å se på dette, samt balansen, kvaliteten på utsagnene, hvilke følelser de eventuelt bringer frem, og om den dekker kommunikasjonsuniverset, ble det gjennomført pilotsorteringer.

### **3.2.3 Personutvalget**

Personutvalget (også kalt «p-set» eller «p-sample»), er utvalget av personer som forventes å ha synspunkter som er relevant for temaet, altså personer inkludert i kommunikasjonsuniverset (Brown, 1980). I denne studien er dette ergoterapeuter som er – eller har arbeidet som ergoterapeut i relasjon med pasienter som har livsendrende skade eller sykdom. Antall deltagere er ikke fastsatt, og trenger ikke å være mange da det ikke er behov for mer enn to-fem deltagere på hvert faktorsyn (Brown).

Deltakere i personutvalget, kan velges på en pragmatisk eller teoretisk måte (McKeown & Thomas, 2013). Ved å velge på en pragmatisk måte, handler det om å innhente deltakere ut fra tilgjengelighet, uten spesielt fokus på at utvalget er representativt for flere innenfor kommunikasjonsuniverset (McKeown & Thomas). Ved en teoretisk måte, handler det om å innhente deltakere systematisk, hvor de forventes å ha innsikt i temaet (McKeown & Thomas). Dette for å være tryggere på at man henter personer som er fra ulike deler av kommunikasjonsuniverset som har innsikt i temaet. For oppgaven min er det viktig at de som nevnt er ergoterapeuter som arbeider i relasjon med pasienter som har livsendrende sykdom eller skade. Jeg så det også som viktig at deltagerne som sorterer ulik ansiennitet, kjønn og at alle ikke arbeider på samme sted. Her innhentet jeg deltakere ved en teoretisk måte. Et representativt personutvalg i denne studien ble da ergoterapeuter av begge kjønn fra forskjellige arbeidssteder i Norge og som har ulik ansiennitet. Man skal unngå å ha et for homogent personutvalg (Watts & Stenner, 2012). Jeg har arbeidet med å samle deltagere fra forskjellige deler av kommunikasjonsuniverset for å unngå et for homogent utvalg, og øke muligheten til å fange forskjellige syn i flere kommunikasjonskulturer.

Personutvalget i denne studien består av 18 ergoterapeuter fra åtte forskjellige institusjoner og/eller kommuner, hvorav der er to lokalisert i Nord-Norge, to i Midt-Norge, ni fra

Vestlandet og fem lokalisert på Østlandet, inkludert meg selv. Utvalget består av to mannlige og 16 kvinnelige deltagere. Det bærer preg av kvinnelig dominans, slik tendensen også er blant ergoterapeuter i Norge. Jeg samlet deltagere ved å sende mail og ringe rundt til institusjoner og kommuner hvor ergoterapeuter arbeider i Norge. Jeg brukte også nettverket mitt ved at jeg spurte tidligere og nåværende kollegaer som er – eller arbeider med ergoterapeuter om å delta og/eller om de kunne videreformidle dette til sitt nettverk igjen.

### **3.2.4 Pilotsorteringer**

Før deltagerne fra P-utvalget sorterte, ble pilotsorteringer gjort. Dette gjøres for å sikre at utsagnene er dekkende og representative for kommunikasjonsuniverset, for å se om noe mangler eller er overflødig, videre for å sikre balanse i utvalget, at utsagnene er tydelig og forståelig, og for å se om utvalget er håndterbart og relevant (Stainton-Rogers, 1995; Øverland, 2010). Dette er hensiktsmessig å gjøre etter at Q-utvalget er gjort, og utsagnene er klare for sortering (Øverland, 2010). I denne studien ble pilotsorteringer gjennomført på seks personer som har erfaring fra arbeid med mennesker og pasienter, og som kan relatere seg til temaet ut fra egne erfaringer. De arbeider i nærliggende yrker innen helse og omsorgssektoren. Pilotsorteringene fikk tilsvarende informasjon som de reelle deltagerne skulle få. I tillegg fikk de et skriv hvor de ble bedt om å se på balanse, dekning, forståelighet, og håndterbarhet som nevnt over, samt hvordan de opplevde sorteringen (se vedlegg 2).

Pilotsorteringene ble utført i tre omganger. Etter tilbakemelding fra de to første sorteringene, korrigerer jeg utsagnene noe før de to neste sorterte igjen, deretter en siste sortering som en forsikring etter de siste endringene. Det som ble korrigert var spesielt med tanke på balansen da pilotsorteringene opplevde at det var noen flere positivt ladete utsagn enn negativt ladete. Det kom også tilbakemelding på ett utsagn sin relevans for studien. Dette, samt noen setningsoppbyggingsfeil i utsagnene og instruksjonsbeskrivelsen ble videre endret. Etter at pilotsorteringene var gjort, ble jeg tryggere på det endelige utvalget og at instruksjonen var klar for sortering fra de reelle deltagerne.

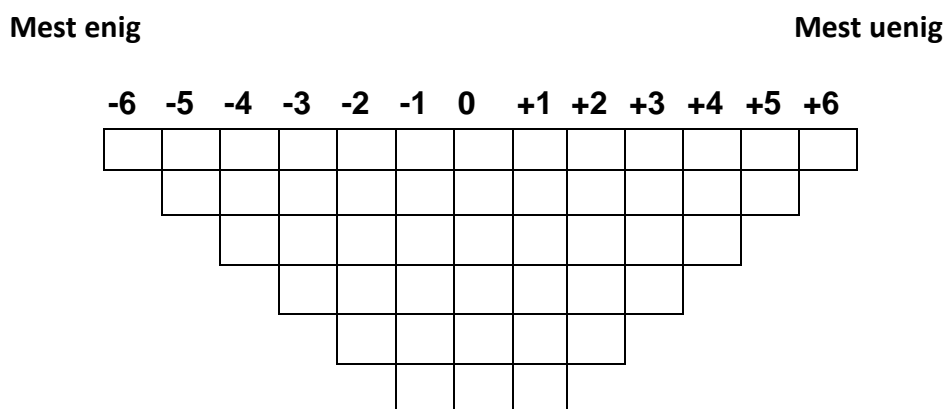
Pilotsorteringer er til hjelp for at utvalget ikke skal bli et personlig produkt av forsker (Stainton-Rogers, 1995). At utsagnene ikke bare skal komme fra det jeg kan kjenne meg igjen i fra kommunikasjonsuniverset. Da jeg selv er ergoterapeut og kunne vært en av de reelle deltagerne tenker jeg at dette er spesielt viktig. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 4, hvor jeg skriver om meg selv som forsker.



### 3.2.5 Sorteringsprosessen

Sorteringen i Q-metode handler om å sortere utsagn etter en matrise hvor det rangeres på en skala fra null mot sterk positiv, og fra null mot sterk negativ (Brown, 1980; Kvalsund & Allgood, 2010). Utsagnen som er sterkt positiv og sterkt negativ, altså +/-6, +/-5 og +/-4, er karakteriserende utsagn som har høy psykologisk signifikans (Brown, 1980). Utsagnene i denne studien er subjektive syn og perspektiver på hvordan ergoterapeuter opplever seg selv i relasjon med pasienter.

Utsagnene i Q-utvalget blir presentert for P-utvalget, altså deltagerne i studien når de skal sorteres (Størksen, 2012). Utsagn sorteres ut fra rangering av utsagn på et kontinuum, hvor det ene ytterpunktet er «mest enig» og det andre ytterpunktet er «minst enig» (Brown, 1993). Matrisen man kan bruke i Q-metode, er et sorteringsmønster med en tvungen kvasinormal fordeling (Kvalsund & Allgood, 2010). Matrisen er altså normalfortelt, noe som vil si at det er plass flere utsagn i midten enn i ytterkantene. Denne sorteringsmatrisen anbefales siden utsagnene sammenlignes og vurderes, hvor de utsagnene som har høyest psykologisk signifikans blir plassert på ytterpunktene (Kvalsund & Allgood). Figur 2 viser hvordan matrisen i denne studien ser ut.



Figur 2: Sorteringsmatrise

Her blir deltagerne tvunget til å velge ut ytterpunkter (Kvalsund & Allgood). I denne studien er ytterpunktene «mest» – og «minst enig». De ytterste plasseringene er +6 og -6, og +5 og -5. Det som plasseres på de to høyeste – og de to laveste tallene antas å være de utsagnene som er spesielt viktig for personen som sorterer (Kvalsund & Allgood). I Q-sortering ønsker forsker vanligvis å se på deltagers eget synspunkt (Brown, 1993). Det ønsker jeg i denne studien. Jeg ønsker at ergoterapeuten som sorterer skal sortere ut fra seg selv og sitt syn på seg selv når han/hun er i relasjon med pasienter. Her er det sentralt at deltagerne som sorterer får riktig og lik instruksjon (Brown, 1980).

At sorteringene blir gjort på likt grunnlag, er videre viktig for å kunne sammenligne de senere i prosessen (Kvalsund, 1998). Deltagerne fikk utdelt en instruksjonsbeskrivelse med lik informasjon til alle. Instruksjonsbeskrivelsen er en veiledning som gir informasjon om hvordan deltagerne skal utføre sorteringen (McKeown & Thomas, 2013). Se vedlegg 3 for instruksjonsbeskrivelse brukt i denne studien. Jeg anså det i denne studien som spesielt viktig, siden flere av deltagerne var på steder i landet som gjorde det vanskelig for meg å være fysisk til stede under sorteringen. Dette var jeg også opptatt av under pilotsorteringene. Jeg kom ikke med noen tips til utføring av sorteringen, slik at de bare utførte den ved hjelp av instruksjonsbeskrivelsen og vi kunne se på hva som eventuelt var uklart i ettertid. Jeg sendte flere sorteringer per post, her var det viktig at instruksjonsbeskrivelsen var god, forståelig og lik for alle. Jeg ga de også beskjed om at de kunne kontakte meg når som helst dersom det var noe som var uklart.

### **3.2.6 Faktoranalyse**

Etter at sorteringene er utført, kan man gjennom en faktoranalyse komme frem til et eller flere faktorsyn ut fra det de ulike deltagerne har sortert (Kvalsund, 2005). Ulike personers syn som har nokså like sorteringer, og dermed korrelerer høyt med hverandre, vil ha likt faktorsyn (Størksen, 2012; Van Exel & de Graaf, 2005). For å utføre denne faktoranalysen, tok jeg i bruk dataprogrammet «PQMethod», versjon 2.35. Programmet ble utviklet av Peter Schmolck (2014). De ulike Q-sorteringene ble lagt inn i programmet og det ble her utført en korrelasjonsanalyse. Da der ikke var en teoretisk grunn til å kjøre en manuell analyse ved «judgemental» rotasjon, valgte jeg å la programmet gjøre en «varimax» rotasjon. Dette gav grunnlaget for uttrekking av faktorer. Gjennom korrelasjonsanalysen skal man få frem så rene faktorer som mulig. Når en faktor er ren, skal der være så lav korrelasjon mellom den og de eventuelt andre faktorene som mulig, som da utgjør klare syn (Kvalsund & Allgood, 2010).

Jeg gjennomførte tre analyser hvor jeg prøvde ut to, tre og fire faktorer. I denne prosessen ble det først sett på egenverdi for å komme frem til faktorer. En egenverdi med verdi over en, signaliserer mulige faktorer (Watts & Stenner, 2012). To faktorsyn kom frem som hadde egenverdi over en, og et faktorsyn med egenverdi på 0,8625, noe som er nokså nært en. For å vurdere hvilken faktorløsning som var best, ble det i tillegg til egenverdi sett på korrelasjonen mellom faktorene. Ved en trefaktorsløsning, ville korrelasjonen vært 81% mellom faktor en og tre, noe som betyr at de er veldig like. På bakgrunn av noe lav egenverdi på faktor tre, og høy korrelasjon mellom en og tre, ble det valgt en tofaktorløsning.

Her var korrelasjonen mellom faktorene 0,5044, altså middels korrelasjon, noe som betyr at det er både likheter og ulikheter mellom faktorene, men nokså klare syn. En tofaktorsløsning har videre 71% forklarende varians, hvilket vil si at 71% av synene er representert. Dette er ifølge Watts & Stenner høy variansstørrelse. Ved denne faktorløsningen, er det to personer som lader på faktor to og de resterende 16 personer lader på faktor en. Det eksisterer her en hovedfaktor og en mindre faktor. Samtlige deltagere i studien lader på en av de to faktorene, som betyr at de korrelerer signifikant på en av faktorene. Faktorene presenteres i kapittel 5.

### 3.2.7 Faktortolkning

Faktorer i en Q-metodologisk studie er gjennomsnittsmønsteret av sorteringer med syn som korrelerer med hverandre (Kvalsund & Allgood, 2010). Dette kommer frem i en sortering med likt mønster som deltagerne har sortert, hvor gjennomsnittsmønsteret, altså sorteringen til faktoren er en sammensetning av sorteringer som korrelerer med hverandre og dermed definerer faktoren. Hvor likt synet til de forskjellige deltagerne er faktorsynet, regnes ut fra korrelasjonsverdien, hvor høy korrelasjonen er mellom deltagers og faktorens sortering. Siden faktorene er hentet fra deltageres sorteringer, er også de et uttrykk for operant subjektivitet. Det er denne gjennomsnittssorteringen som skal tolkes for å se på faktorens syn (Brown, 1980; Kvalsund & Allgood, 2010).

Brown (1980) beskriver Q-metodologien som gestaltisk i sin forskningsprosess da det søkes etter å oppdage og forstå en helhet. Kort sagt snakker Stephenson (1986) om gestalt som flere deler som utgjør en helhet. For å forklare dette enkelt, vil jeg si at vi må legge fra oss en del, for å oppdage en annen. *«Det er utvekslingen mellom helhet og del som også gjør Q-faktoranalysen til en fenomenologisk-hermeneutisk orientert fortolkningsprosess om hva faktoren uttrykker som subjektivitet»* (Kvalsund & Allgood, 2010:54). For å gi et bilde av dette, kan man bruke et bilde der man både kan se to ansikt, og en vase (se vedlegg 4). Ut fra denne forståelsen, må jeg kunne se helheten i faktorene før jeg forstår delene. Dersom vi ser på bildet av de to ansiktene og vasen, kan for eksempel bunnen av vasen være hakene og halsene til de to ansiktene. Hvis vi ser for oss at dette bildet er en faktor, må jeg først se på bildet som en helhet for å kunne forstå om den enkelte delen er hake og hals, eller bunnen på vasen for det bestemte faktorsynet. Det er i Q-metode viktig å vær oppmerksom på å se delene sammen med helheten (Kvalsund & Allgood). Her kan man se at utsagn som er plassert på samme sted og har samme skåringsverdi i faktorbildet, ikke trenger å ha den samme betydningen for ulike faktorer (Kvalsund & Allgood). Bildet av de to ansiktene og vasen vil jeg ta med meg inn i tolkningsprosessen som en påminnelse til meg selv.

I faktortolkningen skal man ta med data som kommer frem i faktorløsningen, utover det er der ikke en spesifikk retningslinje som skal følges (Kvalsund, 1998). For å tolke de to faktorene som kom frem i denne studien, har jeg sett på informasjon om hva som er hensiktsmessig å se på fra ulike bøker, artikler og doktorgrad som tar for seg Q-Metode. Se kapittel 5 for beskrivelse av fremgangsmåte i tolkningsprosessen og presentasjon av faktorene.

For å kvalitetssikre arbeidet forsker har gjort i tolkningen av faktorer, er det hensiktsmessig å gjennomføre postintervju (Van Exel & de Graaf, 2005). Her kan deltagerer som korrelerer høyt med faktorene hjelpe forsker med å få en bedre forståelse av faktoren (Brown, 1980; Van Exel & de Graaf, 2005). I denne studien ble det utført postintervju med en person fra hver faktor som hadde sortering som korrelerer høyt med faktorene sine.

### **3.3 Kvalitet i studien**

I dette delkapittelet er det gjort rede for begreper som validitet, reliabilitet og generaliserbarhet og hvilken betydning de har i Q-metodologisk forskning og studien min. Det er videre redegjort for etiske betraktninger i forbindelse med studien.

#### **3.3.1 Validitet**

Validitet handler om hvor gyldig det forsker måler er, om vi måler det vi har som hensikt å måle (Kvalsund, 1998; Ringdal, 2013). I Q-metode måles subjektivitet ut fra den enkelte persons indre, det har derfor ingen objektiv sannhet (Brown, 1980). Å måle validitet på tradisjonelt vis er ikke like hensiktsmessig (Brown). Validitet i Q-metode kan sees på i forhold til om subjektiviteten til personer er blitt målt på en tilfredsstillende måte (Kvalsund, 1998). Her kan man se på intern validitet i forhold til kommunikasjonsuniverset, Q-utvalget og sorteringsprosessen.

Dersom forsker mangler elementer fra kommunikasjonsuniverset i Q-utvalget, kan det føre til at deltagerne får en begrenset mulighet til å uttrykke sin subjektive opplevelse (Watts & Stenner, 2012). Jeg brukte derfor mye tid på å samle kommunikasjonsunivers fra forskjellige steder. For å minske sannsynligheten for at noe ble utelatt. Dette hadde jeg fokus på hele tiden da Q-utvalget ble utformet. Dersom deltagerne opplever en begrensning i forhold til å uttrykke sin subjektivitet, vil det være negativt for studiens validitet.

Noe annet som kan ha betydning for studiens validitet, er deltagerne sin tilgang til den følelsesmessige dimensjonen. Det er viktig at de som sorterer er i kontakt med sine egne følelser for å få et så riktig bilde av deres subjektive opplevelse som mulig (Kvalsund, 1998:233). Dette kan være dersom det er misforhold mellom deltagers ideelle og reelle selv

som han/hun ikke er bevisst (Kvalsund). Det er vanskelig å vurdere hvorvidt deltagerne i denne studien var i kontakt med den følelsesmessige dimensjonen når de sorterte. For å gi de et så godt utgangspunkt i forhold til at jeg ønsket at de skulle sortere ut fra sitt reelle selv, var jeg klar på at det ikke var noe rett og galt svar i sorteringene, og at deltagerne skulle sortere ut fra sine egne oppfatninger av seg selv, hvordan de faktisk opplever seg selv.

Når man ser på forskningens validitet vil jeg også trekke frem forskerens rolle. At jeg har fokus på å være transparent og jeg redegjør for hva jeg gjør underveis i prosessen med et kritisk blikk. Dette er sett nærmere på i kapittel 4.

### 3.3.2 Reliabilitet

Reliabilitet, også kalt pålitelighet handler om hvorvidt tilsvarende forskning med samme måleinstrument vil gi likt resultat (Ringdal, 2013). I Q-metode handler dette om at Q-sorteringene, faktorene og deres ladninger og skårer er pålitelige (Kvalsund, 1998; Svennungsen, 2011). Altså om det vil komme frem et likt resultat dersom sorteringene gjøres gjentatte ganger. Forskning har vist at reliabilitetskoeffisienten vanligvis ligger på 0.80 eller høyere i Q-metode (Brown, 1980). Det er altså en 80% sannsynlighet for at det samme resultatet kommer frem ved gjentatte Q-sorteringer. Da det er subjektive perspektiver og synspunkter som studeres, vil det være høyere reliabilitet jo flere som lader på faktorer (Kvalsund, 1998). I denne studien var det betydelig flere sorteringer som lader på faktor en enn to. Tabellen under viser reliabiliteten til mine faktorer, hvor faktor en har høyere kompositt reliabilitet og lavere standardfeil ved faktorskårene, hvilket tilsier at faktor en har høyere reliabilitet enn faktor to.

Tabell 3: Reliabilitet

	Faktor 1	Faktor 2
Antall definerte sorteringer	16	2
Gjennomsnittlig reliabilitetskoeffisient	0,800	0,800
Kompositt reliabilitet	0,985	0,889
Standardfeil ved faktorskårene	0,124	0,333

### 3.3.3 Generaliserbarhet

Generalisering handler i kvantitativ forskning om å kunne generalisere studien tilbake til populasjonen, og i kvalitativ forskning om at resultatet kan være gyldig også andre steder (Ringdal, 2013). Formålet med Q-metode er å avdekke subjektive syn og perspektiver i personutvalget rundt et gitt tema. Her kan man ikke generalisere til en større populasjon, men tilbake til kommunikasjonsuniverset som det arbeides med i starten av et forskningsprosjekt (Svennungsen, 2011). Alle kan ikke kjenne seg fullstendig igjen i en gitt faktor, det er derfor

ikke et mål å generalisere resultater til andre situasjoner (Kvalsund, 1998). Men innenfor en studie, kan man generalisere de deltagerene som lader høyt på samme faktor (Brown, 1980). Man kan videre bruke faktorene som grunnlag for refleksjon rundt de ulike perspektivene og synspunktene rundt temaet.

### **3.3.4 Etikk**

Etiske betraktninger er etter mitt syn hensiktsmessig å arbeide med for at det skal være god kvalitet på studien. Jeg har som forsker et etisk ansvar i forhold til deltager. Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2006) har utarbeidet etiske retningslinjer for forskere. I disse retningslinjene ligger det blant annet krav om meldeplikt. Siden det i denne studien blir innhentet informasjon om personers subjektive opplevelser, ble studien meldt inn og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (se vedlegg 5). Jeg har gjennom studien hatt fokus på å ivareta deltagerne. Jeg har hele tiden vært tilgjengelig dersom de har spørsmål eller annet. Jeg har videre i henhold til NESH (2006) sine retningslinjer holdt deltagerne oppdatert og gitt informasjon om studiens tema og hensikt. Videre har jeg informert om hva deltagelse innebærer, at deltagelsen er frivillig og at de når som helst kan trekke seg. Se vedlegg 6 for informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltagerne.

For å opprettholde konfidensialiteten og unngå uheldig påvirkning fra meg i analyse – og tolkningsarbeidet, ble fiktive navn anvendt i prosessen. Da det var hensiktsmessig å gjennomføre postintervju, ble navnene til de som ladet høyt på de ulike faktorene hentet opp igjen. Jeg kontaktet de i løpet av tolkningsprosessen. All informasjon er anonymisert i den endelige masteroppgaven. Siden jeg forsket på en spesifikk yrkesgruppe har jeg vært oppmerksom på å unngå å ha med andre opplysninger som kan gjøre deltagerne identifiserbare. Jeg har derfor valgt å nevne landsdeler, men ikke by – og arbeidssteder. All informasjon som kan spores tilbake til deltagerne vil makuleres ved forskningsslutt.

## 4 Refleksjon rundt meg selv som forsker

Forsker sin subjektivitet er naturlig involvert i – og kan påvirke studien (Allgood & Kvalsund, 2010; Brown, 1996). Det er viktig at jeg som forsker er bevisst på- og åpen om at min subjektivitet har påvirkning. Jeg ønsker derfor å presentere hvordan jeg har arbeidet i prosessen for å bli oppmerksom på egen subjektivitet, og hvordan jeg kan ha påvirket studien. Ifølge McIntosh (2010) er det hensiktsmessig at forsker reflekterer rundt antagelser, bakgrunnen sin og hvordan dette kan påvirke forskningen. Jeg er, som tidligere nevnt, selv ergoterapeut og er således en del av personutvalget. Jeg er på denne måten både forsker og deltager, samt en del av kommunikasjonsuniverset. Det har for meg vært spesielt viktig å arbeide med meg selv for å skille mellom min førforståelse og det som kommer frem i forskningsprosessen. Før jeg satte i gang med prosessen hadde jeg mange tanker rundt temaet. Tanker om hvordan jeg opplever meg selv, om hvordan jeg tror andre opplever seg selv og om hvordan pasienter opplever meg og andre ergoterapeuter i relasjonen. Jeg har sett for meg hvordan jeg i ulike situasjoner kan være forskjellig og hvordan både personer, systemer og materielle omgivelser har hatt påvirkning. Det er tydelig at jeg gikk inn i denne masteroppgaven med masse forforståelse, antagelser og forventninger. Derfor har jeg i forskningsprosessen arbeidet mye for å ikke la forskningen bli for mye farget av meg.

Jeg startet, som nevnt tidligere i oppgaven, forskningsprosessen med å samle et kommunikasjonsunivers. Dette brukte jeg lang tid på, og jeg fokuserte på å benytte meg av flere innsamlingsmetoder. En av disse var gruppe – og en til en intervju. Under intervjuene delte jeg først tema og problemstilling, og åpnet opp for at informantene kunne dele sine tanker, erfaringer og opplevelser rundt det. I en til en intervjuene hadde jeg noen oppfølgingsspørsmål for å holde samtalen i gang siden det var bare jeg og informanten som snakket sammen. For å få frem flere nyanser i innsamlingen av kommunikasjonsuniverset, benyttet jeg meg her av å ha en åpen intervjuguide (Ellingsen, 2010). Disse spørsmålene hadde jeg forberedt i forkant med den hensikt å unngå å farge samtalene. I gruppeintervjuet snakket fire ergoterapeuter med hverandre om temaet. Dette opplevde jeg som svært nyttig i forhold til å få samlet kommunikasjon om temaet i flere nyanser siden gruppen snakket fritt, og jeg kunne holde meg i bakgrunnen å lytte. Det kom frem flere nye perspektiver fra kommunikasjonsuniverset i gruppeintervjuet. Det gjorde det også under intervjuene hvor jeg intervjuet en ergoterapeut, men ikke like mye. Har jeg påvirket de individuelle samtalene i større grad enn jeg ønsket? Jeg var oppmerksom på ikke å dele egne meninger, slik at de ikke skulle påvirke informantene, men jeg har en antagelse om at spørsmålene mine var noe farget

av min førforståelse. Derfor kan det være en fare for at jeg ikke har åpnet for like mye nytt, som når en gruppe fikk snakke fritt om temaet uten noe særlig innspill fra meg. Når jeg arbeidet med intervjuene i etterkant, hadde jeg en stor lapp på pulten hvor jeg minte meg selv på å registrere de andre. Som forsker minnet dette meg på å jobbe med bevisstheten om målet om å få tak i andres subjektivitet, ikke bare det som er lik min egen. Dette arbeidet jeg videre med også under de andre innsamlingsmetodene og under utformingen av selve Q-utvalget.

For å illustrere hvordan kommunikasjonsuniverset og utforming av utsagn i Q-utvalget kan bli dersom jeg ikke ser andres subjektivitet, vil jeg hente frem bildet av to ansikter og en vase (se vedlegg 4). Hvilke detaljer jeg tar med videre i forskningen kan bli påvirket av hvordan jeg ser bildet. Jeg kan for eksempel være opphengt, - og leve i min egen førforståelse og la den være i forgrunnen, at jeg for eksempel bare ser vasen, og ikke oppdager ansiktene. Dersom jeg ikke oppdager ansiktene, er det videre flere detaljer ved dem jeg ikke vil kunne få med meg. Dette tolker jeg som et bilde på kommunikasjonsuniverset, og de forskjellige nyansene som ligger til grunn. Forskerens evne til refleksivitet vil her være hensiktsmessig å jobbe med. Refleksivitet innebærer evnen til å reflektere rundt seg selv og hva som påvirker våre perspektiver (Patton, 2002). Ved å ha evne til refleksivitet, kan en forsker være i bedre stand til å se på sin førforståelse, at den og personlig interesse kan påvirke forskningen (McIntosh, 2010). Det kan være nyttig å snakke med en utenforstående for å vite mer om adferden vår som forsker og få innblikk i vedkommens metaperspektiv på seg selv (Brown, 1996). Ved å stille refleksivitetsspørsmål kan forsker bli mer bevisst sin rolle og påvirkningen man kan ha på forskningen (Patton, 2002). Å skrive journal kan også være med på å skape et metaperspektiv på indre prosesser og handlinger i forskningen (J. R. Brown, 1996). Arbeid med å ha et metaperspektiv på seg selv, kan bidra til at personer blir i stand til å skifte hva som kommer i forkant og i bakgrunn i deres bevissthet (J. R. Brown, 1996). Jeg har jevnlig stilt refleksjonsspørsmål til meg selv og hatt samtaler med andre. Jeg har også skrevet journal i stikkordsform. Dette opplever jeg har hjulpet meg i prosessen, og åpnet opp for å se det jeg ikke har sett eller tenkt tidligere. Dersom jeg tar for meg illustrasjonen med de to ansiktene og vasen, opplever jeg at jeg lettere har kunnet se de to ansiktene ved å jobbe med refleksivitet. At jeg ikke bare ser vasen som har vært i forgrunn hos meg tidligere. Dette la jeg spesielt merke til da jeg tolket faktorene. Vasen er fremdeles det første jeg oppdager, men det er deler av bildet av de to ansiktene som har blitt tydeligere.

Det at jeg kjente flere av deltagerne fra tidligere, kan ha påvirket tolkningene av faktorene. Tolket jeg personene, eller faktorene. I denne prosessen måtte jeg jobbe med å legge fra meg



personene, og leve meg inn i faktorene uten å tenke over hvem som var i hvilken faktor. Her hjalp metodene for refleksivitet meg, spesielt det å snakke med andre. Jeg arbeider under den tiden jeg skriver oppgaven deltid som ergoterapeut. Kombinasjonen mellom samtaler med kollegaer her, med medstudenter, familie, samboer og venner samt postintervju med deltagere, hjalp meg med å få et metaperspektiv på meg selv og studien. Det jeg i ettertid tenker kunne blitt gjort annerledes, er at noen andre satte fiktive navn på deltagerne. På denne måten kunne det ha hjulpet meg med å tolke faktorene mer objektivt, uten utfordringen med å lure på om jeg tolket personene eller faktorene.

Som nevnt, er jeg selv deltager, noe jeg opplever som nyttig. Det har gitt meg innsikt i hva jeg mener. Som forsker kan jeg da aktivt jobbe med og ikke la det kontrollere meg og tolkningen. Alt som er ubevisst, kontrollerer oss, alt vi er klar over, kan vi kontrollere (Jung, 1965). Innsikten kan hindre at mitt syn ligger ubevisst og påvirker tolkningen min uten at jeg er klar over det. Jeg opplevde det som svært lærerikt, og samtidig overraskende å se på sorteringene. Hvor forskjellig andres perspektiver på seg selv er i relasjonen med pasienter i forhold til hvilke perspektiver jeg har som ergoterapeut, og hvor annerledes utsagnene kan bli tolket. Dette hjalp meg videre med å se hvor individuell subjektiviteten er, noe jeg finner svært interessant og spennende. Hver enkeltpersons perspektiv og virkelighet er unik. Jeg vil i neste kapitlet tolke de to faktorene som kom frem ut en statistisk analyse. Refleksjoner rundt min rolle som forsker vil følge oppgaven videre gjennom både tolkningen, drøftingen og avslutningen. Jeg ønsker, som Allgood og Kvalsund (2010) anbefaler, å være åpen og ærlig både overfor meg selv og leser.



## 5. Presentasjon og tolkning av faktorene

Etter å ha gjennomført faktoranalyse i dataprogrammet PQ-Method kom jeg, som tidligere nevnt, frem til to ulike syn på hvordan ergoterapeuter opplever seg selv i relasjon med pasienter. Faktorløsningen innebærer dermed to faktorer. Se tabell 4 for en oversikt over hvor mye de ulike deltagerne lader på faktorene. I tabellen ser man at seksten personer lader på faktor 1, og to personer lader på faktor 2. De som lader på faktoren, er markert med «X» bak korrelasjonstallet, og de som lader høyest er de med tykk uthevet skrift.

Tabell 4: Korrelasjonstall på deltagerens ladninger på faktorene.

Q-sorteringene	Faktor 1	Faktor 2
1 Elina	0.7846X	0.3167
2 Nina	0.0329	<b>0.9143X</b>
3 Lea	0.4532	0.6986X
4 Linnea	0.6634X	0.5491
5 Lina	0.7270X	0.4672
6 Mia	0.7617X	0.1614
7 Victoria	0.6699X	0.4670
8 Anita	0.5963X	0.4891
9 Reidun	0.6258X	0.5804
10 Jeanett	0.7972X	0.3120
11 Frida	<b>0.8545X</b>	0.1451
12 Geir	<b>0.8333X</b>	0.2796
13 Gudbjørn	0.7877X	0.1750
14 Hans	0.7885X	0.3908
15 Per	<b>0.8515X</b>	0.4155
16 Ottar	0.6436X	0.3423
17 Ole	0.7125X	0.4255
18 Elias	0.6543X	0.4437
Forklart varians	50 %	21 %

I tolkningen av faktorene, startet jeg med å tolke de to faktorene hver for seg. Jeg begynte med å se på de utsagnene som var sterkt positiv og sterkt negativ, altså +/-6, +/-5 og +/-4. Disse utsagnene som er plassert i ytterkantene av sorteringsmatrisen har, som nevnt i kapittel 3.2.5, høy psykologisk signifikans. De har med andre ord høy følelsesmessig betydning. Utsagnene som er plassert mer i og rundt midten av sorteringsmatrisen, har lavere psykologisk signifikans. Utsagn som plasseres der har ikke like mye mening for den som sorterer (Kvalsund, 1998). Watts og Stenner (2012) fremhever likevel viktigheten av også å tolke utsagnene plassert mer i midten av sorteringsmatrisen. Ved å undersøke de, kan man få en mer helhetlig forståelse av faktorbildet (Brown, 1980; Kvalsund, 1998; Watts & Stenner, 2012). På bakgrunn av dette, tolket jeg også plasseringene i midten av faktorenes sorteringsmatrise, men jeg har ikke hatt like høyt fokus på disse som de med høy psykologisk signifikans.

Videre er det hensiktsmessig å se på diskriminerende utsagn. Når man ser på diskriminerende utsagn, ser man på hva som statistisk skiller faktorene fra hverandre og hva som gjør faktorene unik (Van Exel & de Graaf, 2005; Watts & Stenner, 2012). Presentasjon av disse utsagnene vil bidra til et mer helhetlig bilde av faktorene (Kvalsund & Allgood, 2010). De diskriminerende utsagnene vil jeg komme tilbake til etter at faktorene er presentert. Avslutningsvis vil jeg se på konsensus utsagn, altså hva som er likt mellom faktorene (Van Exel & de Graaf, 2005).

Jeg vil trekke frem at faktortolkningen er min tolkning og forståelse av faktorene. For å kvalitetssikre har jeg, som tidligere nevnt, hatt postintervju med deltagere som har sorteringer som korrelerer høyt med faktorene. Innspill fra postintervjuene vil være med der det er hensiktsmessig gjennom hele dette kapittelet.

### **5.1 Faktor 1: «Vil ha en oppriktig og god relasjon for pasienten sin del»**

Av atten deltakere, var det seksten som lader på faktor 1 (se tabell 4). Disse var Elina (0,7846), Linnea (0,6634), Lina (0,7270), Mia (0,7617), Victoria (0,6699), Anita (0,5963), Reidun (0,6258), Jeanett (0,7972), Frida (0,8545), Geir (0,8333), Gudbjørn (0,7877), Hans (0,7885), Per (0,8515), Ottar (0,6436), Ole (0,7125) og Elias (0,6543). Parentesene bak navnene er korrelasjonstallet. Jeg har hatt postintervju med Per, da han er blant de som lader høyest på faktoren. Han er altså en av de som har den opplevelsen av seg selv i relasjon med pasienter som er nærmest faktorbildet. Se vedlegg 7 for den gjennomsnittlige sorteringen av denne faktoren. Denne faktoren er den største faktoren av de to som kom frem i denne studien. Dette kan likevel ikke generaliseres ut over P-utvalget. Studien har oppdaget at dette er et syn, men man kan altså ikke si at dette er hovedsynet hos ergoterapeuter ellers.

#### **5.1.1 Trygg, tillitsfull og oppriktig i relasjonen**

Faktor 1 er ut fra plasseringen av utsagn 48 (-6) opptatt av å ha en relasjon der pasienten skal føle seg sett og hørt.

*Tabell 5: Utsagn som handler om trygg, tillitsfull og oppriktighet i relasjonen for faktor 1*

48	I relasjon med pasienter er jeg ikke så opptatt av at pasient skal føle seg sett og hørt av meg.	-6
15	Man bør være oppriktig til stede i møtet med pasient, være seg selv samtidig som ergoterapeut uten å spille en «rolle», men være ekte og ærlig.	+5
11	Det har ikke så mye å si for pasient hvordan ergoterapeut fremtrer, det viktigste er at jeg legger til rette for god ergoterapi og gjør meg forstått, ellers har jeg lite påvirkning på han/henne.	-4
22	Tilnærmingen man har, om man er rolig og trygg i rollen sin, opplever jeg har en påvirkning på pasienten.	+3
39	En god relasjon mellom pasient og ergoterapeut er viktig. Den bidrar til et trygt, motiverende og tillitsfullt klima.	+5
25	I relasjon med pasienter er jeg ikke veldig opptatt av å jobbe for å skape tillit til hverandre.	-5
1	Å utvikle en relasjon med pasienten, er ikke avgjørende for at man som ergoterapeut skal kunne være til hjelp.	-3

Utsagn 15 (+5) viser videre at det er viktig for faktoren å selv være oppriktig i relasjonen. Disse utsagnene som nå er nevnt, handler om hvordan faktor 1 ønsker å være og hvordan man fokuserer på at en relasjon skal være. Viktigheten av dette, samt at faktoren er opptatt av påvirkningen man kan ha på pasienten, blir bekreftet i utsagn 11 (-4) og 22 (+3). Plasseringen av utsagn 39 (+5) og 25 (-5) viser videre at en trygg, motiverende og tillitsfull relasjon har høy relevans. At utsagn 1 ligger på -3 indikerer at denne relasjonen, basert på det som er beskrevet overfor, også har noe å si for om man som ergoterapeut opplever å kunne være til hjelp. Per er enig i dette, og presiserer at relasjonen ikke må være utmerket, men god nok for å få utrettet noe sammen.

### 5.1.2 Ser helhetlig på pasienter

Plasseringen av utsagn 7 (+6) viser at å ha fokus på hele mennesket har høy psykologisk signifikans for denne faktoren.

*Tabell 6: Utsagn som handler om man ser helhetlig på pasienter for faktor 1.*

7	I relasjon med pasienter er det viktig å ha fokus på hele mennesket, se muligheter og hindringer/utfordringer på alle arenaer.	+6
24	Jeg arbeider ut fra utfordringer pasient har, jobber for å minske disse. Fokuserer lite på kontekst da det er nærmest umulig å ta med hele mennesket og omgivelsene hans/hennes.	-4

Det kan tenkes at faktor 1 har fokus på å se helhetlig på pasientene man er i relasjon med. At de arbeider for å dra inn muligheter og hindringer/utfordringer på alle arenaer. Plasseringen til utsagn 24 (-4) er med på å bekrefte antagelsen om at hele mennesket, sammen med kontekstene rundt er viktig for faktoren. At den har et ønske om å inkludere andre faktorer enn den faktiske sykdommen eller skaden dersom det er hensiktsmessig. Dette forteller Per engasjert at han er enig i. Han forteller videre at dette er noe av det han opplever skiller ergoterapi fra andre helseyrker. Per har som ergoterapeut stort fokus på at det er andre faktorer enn det synlige problemet, og at det kan være forskjellige behandlinger som kan være riktig for ulike pasienter. Han presiserer at han ikke har tid nok til å lære om hele livet til en person, men at man kan få nyttig informasjon som er verdt å ta med seg videre i intervensjonen.

### 5.1.3 Klientsentrert ergoterapi og ønske om en gjensidig relasjon

Ut fra plasseringen til utsagn 31 (-5), er denne faktoren opptatt av å lære av pasienter og utvikle seg selv som ergoterapeut.

*Tabell 7: Utsagn som handler om klientsentrert ergoterapi og ønske om en gjensidig relasjon for faktor 1.*

31	Jeg opplever ikke at pasient kan lære meg noe nytt, der er ikke noe behov for at jeg skal utvikle meg eller endre meg som ergoterapeut.	-5
5	Å bruke mye tid på pasientens mål og ønsker er ikke alltid hensiktsmessig under tidspress, da jeg vet best hva som skal gjøres.	-4
18	Jeg er spesielt opptatt av brukermedvirkning, jeg er avhengig av at pasient aktivt bidrar i prosessen i den grad han/hun har mulighet til det.	+4
16	Pasient har også et ansvar i relasjonen, pasient og ergoterapeut er avhengig av hverandre i relasjonen, det er viktig at begge tar ansvar.	+2
37	Gjensidighet i en relasjon mellom pasient og ergoterapeut er ikke en selvfølgelighet. En av partene vil alltid komme til å ha mest makt i møtet med den andre.	-3
17	Jeg vektlegger god kommunikasjon med pasient, men opplever noen ganger at de tar for mye styringen og kontrollen selv. Det beste er om jeg har styringen på opplegget.	-3
35	Som profesjonell ergoterapeut er jeg åpen om egne følelser overfor pasient, dette kan være med på å bidra til en gjensidig relasjon.	-2

Utsagn 5 (-4), 18 (+4) og 16 (+2) viser videre at faktoren ønsker å inkludere pasienten i ergoterapien. Dette med tanke på pasientens ønsker og mål, samt at de er med og bidrar. Plasseringen av utsagn 37 (-3) indikerer at faktoren ønsker gjensidighet i relasjon med pasienter velkommen. Det er ikke ønskelig at den ene parten har mer makt enn den andre. Utsagn 17 (-3) er med på å bekrefte dette. Men dette fordrer ikke, ifølge plasseringen på utsagn 35 (-2), at man selv er åpen om egne følelser.

Dersom man ser på alle utsagnene overfor som en helhet, kan det tenkes at faktoren har fokus på viktigheten av pasienten sin ekspertise i om sitt eget liv. Å tilpasse intervensjonen og få brukt denne ekspertisen synes videre å være viktig. Det er dette faktoren legger i en gjensidig relasjon. Et ønske om at begge parter får bruke makten sin på en positiv måte. Inntrykket er at faktoren videre ikke inkluderer det å være åpen om sine egne følelser som en spesielt viktig del av dette, hvilket motstrider noe av det som i kapittel 2.4.3 blir beskrevet som en gjensidig relasjon.

Per er enig i tolkningen av utsagnene over, men forteller at følelser er mer relevant for han enn det som kommer frem i denne tolkningen. Han forteller at dersom han gir litt av seg selv, viser seg som en person, gjør det noe med pasientene. Han forteller videre at han likevel er opptatt av å holde det profesjonelt, i det legger han at han ikke deler egne følelser uoppfordret når han selv har behov for det, pasientene har ofte nok med seg selv og sitt.

#### **5.1.4 Jobben gir meg noe**

At en selv opplever å få noe positivt ut at relasjonen med pasienter har over middels betydning for denne faktoren. Dette kan tenkes da utsagn 19 (+4) og 47 (+4) er plassert over middels i positiv retning.

*Tabell 8: utsagn som handler om "Jobben gir meg noe" for faktor 1.*

19	Det er en god greie når man (i ettertid) kan si at man har gjort noe for pasient, dette gir meg noe positivt.	+4
47	Å kunne ha en relasjon med pasienter er utrolig givende og interessant, jeg er takknemlig for å få være en del av prosessen deres, selv om ting ikke alltid skjer slik man forventer.	+4
45	Jeg opplever å være interessert i dem jeg jobber med, og engasjert i jobben min, dette tror jeg smitter.	+3
44	Jeg arbeider i relasjon med pasienter fordi det er jobb, jeg tar arbeidet og de jeg jobber med seriøst og er profesjonell, men er ikke særlig interessert og engasjert ut over det.	-3
43	Jeg jobber hardt for å motivere pasientene jeg har i ergoterapiprosessen. Den dagen jeg ikke orker å bry meg med det er det på tide med en pause fra yrket.	+3

Utsagn 45 (+3) og 44 (-3) viser videre at faktoren synes at å ha interesse og engasjement for jobben har stor betydning. Utsagn 43 (+3) gir inntrykk av at faktoren bryr seg og arbeider for å motivere pasienter, og at hvorvidt de gjør det har noe å si for om de opplever at de skal utøve ergoterapi. Per kjenner seg igjen i dette, og forteller at det positive jobben gir han, tar han med seg videre. «En liten positiv hendelse kan gjøre en vanskelig dag betydelig bedre». Postintervjuinformant forteller videre at «det viktigste i relasjonen er pasienten, og ikke hvordan jeg føler. Samtidig vet jeg at det å jobbe med mennesker gjør noe med meg».

### **5.1.5 Utsagn med lav psykologisk signifikans**

Utsagn som går på seg selv som fagperson og det følelsesmessige er plassert i nullområdet til denne faktoren.

*Tabell 9: Utsagn med lav psykologisk signifikans for faktor 1.*

3	Jeg skiller mellom meg selv som fagperson og person, og lar ikke vanskelige situasjoner påvirke meg personlig.	0
10	Det er viktig at man som fagperson holder noe følelsesmessig avstand til pasient, mine følelser og behov spiller liten rolle.	0
41	Noen ganger opplever jeg at pasienter «treffer meg» personlig, dette kan være utfordrende i en prosess hvor jeg skal være hjelperen.	+1
36	Jeg opplever noen ganger at jeg kunne gjort så mye mer for pasienten dersom jeg hadde hatt – og brukt mer tid og ressurser på han/henne. Dette har en tendens til å okkupere tankene mine.	0

Hvorvidt man skiller mellom seg selv som fagperson og person, og om faktoren lar vanskelige situasjoner påvirke seg personlig og følelsesmessig, har ut fra plasseringen av utsagn 3 (0) og 10 (0) lav psykologisk relevans. Dette er plasseringen av utsagn 41 (+1) og 36 (0) med på å bekrefte. Flere utsagn som handler om fag og følelser, både der det står om begge deler og der det står om de separat, er plassert i nullområdet hos denne faktoren (se utsagn 2 (+1), 6 (+1), 23 (+1) 27 (+1), 28 (+1), 32 (0), 40 (0), 4 (-1), 29 (-1) og 21 (-1) i vedlegg 1 og 7). Per har delt noen tanker om denne tolkningen. Han forteller at det ikke er helt treffende siden han opplever at jobben og relasjoner med pasienter, påvirker han mer personlig enn det som kommer frem. Han erkjenner at utsagnene ble plassert mot nullpunktet, og forteller at han synes det stemmer da andre utsagn kom foran, men at han likevel ikke opplever de som lite relevant for seg.

## 5.2 Faktor 2: «Vil ha en god og profesjonell relasjon hvor ergoterapeut er faglig sterk for pasienten sin del»

Av atten deltakere, var det Nina (0,9143) og Lea (0,6986) som ladet på faktor 2. Postintervjuinformant i faktor 2, er Nina. Hun korrelerer høyt med faktoren, og har altså nokså lik opplevelse av seg selv i relasjon med pasienter som faktorbildet. Faktor 2, er på lik linje med faktor 1, et syn som er oppdaget gjennom denne studien. Se vedlegg 7 for den gjennomsnittlige sorteringen til denne faktoren.

### 5.2.1 Setter ressurser og faglig kunnskap høyt og fokus på klientsentrert ergoterapi

Ut fra de utsagnene som er plassert på sterk positiv (+6) og sterk negativ (-6), er denne faktoren svært opptatt av både pasientens og egne ressurser. De er videre opptatt av å selv inneha faglig kunnskap som ergoterapeut.

*Tabell 10: Utsagn som handler om "Setter ressurser og faglig kunnskap høyt og fokus på klientsentrert ergoterapi" for faktor 2.*

23	At jeg har faglig kunnskap er avgjørende for å kunne hjelpe pasienter med å nå deres mål, de er avhengig av meg og mine ressurser.	+6
4	I relasjon med pasienter opplever jeg mine personlige egenskaper som viktigere enn de faglige kunnskapene jeg innehar.	-6
18	Jeg er spesielt opptatt av brukermedvirkning, jeg er avhengig av at pasient aktivt bidrar i prosessen i den grad han/hun har mulighet til det.	+5
16	Pasient har også et ansvar i relasjonen, pasient og ergoterapeut er avhengige av hverandre i relasjonen, det er viktig at begge tar ansvar.	+3

Utsagn 23 (+6) fremhever opplevelsen av at egen faglig kunnskap er avgjørende, og videre at pasienter er avhengig av ergoterapeuten. Det høye fokuset på det faglige, støttes av plasseringen på utsagn 4 (-6). Faktoren fokuserer videre på ressursene til begge parter i relasjonen. Ut fra utsagn 18 (+5) kommer det frem at brukermedvirkning er sentralt da ergoterapeuten er avhengig av at pasienten bidrar i den grad han/hun har mulighet. Dette kan bekreftes av at utsagn 16 er plassert på +3. Det antas at faktoren legger mye av ansvaret på seg selv. Denne antakelsen kan forsterkes ved at utsagn 4 (-6) og 23 (+6) er plassert høyere på ytterkantene enn utsagn 18 (+5) og 16 (+3). Nina bekrefter tolkningen og forteller at pasientene sitt bidrag i prosessen er viktig, og at ergoterapeutenes faglige kunnskaper er svært viktige.

### 5.2.2 Trygg og tillitsfull relasjon, tenker over hvordan man opptrer, og hva som kan påvirke relasjonen

Plasseringen av utsagn 13 (+5) og 11(-5) tyder på at faktoren tenker mye på at omgivelsene rundt pasienten i en behandlingssituasjon skal være gode. Dette gjelder både hvordan ergoterapeut fremtrer og det materielle som kan ha påvirkning på pasienter.



*Tabell 11: Utsagn som handler om "Trygg og tillitsfull relasjon, tenker over hvordan man opptrer, og hva som kan påvirke relasjonen" for faktor 2*

13	Jeg er oppmerksom på forstyrrende elementer som gjør noe med pasienten (om det er noe spesielt de tenker på, at de ikke ser/hører tilstrekkelig, rom/plassering i rommet). Og løser dette før vi går videre i prosessen.	+5
11	Det har ikke så mye å si hvordan ergoterapeut fremtrer, det viktigste er at jeg legger til rette for god ergoterapi og gjør meg forstått, ellers har jeg lite påvirkning på han/henne.	-5
22	Tilnærmingen man har, og man er rolig, og man er trygg i rollen sin, opplever jeg har en påvirkning på pasienten.	+4
14	I en behandlingsprosess hvor pasient uttrykker sterke vonde følelser eller sinne, fokuserer jeg på at dette er jobb og holder meg følelsesmessig unna.	-2
39	En god relasjon mellom ergoterapeut og pasient er viktig. Den bidrar til et trygt og motiverende klima.	+4
25	I relasjon med pasienter er jeg ikke veldig opptatt av å jobbe for å skape tillit til hverandre.	-4
48	I relasjon med pasienter er jeg ikke så opptatt av at pasient skal føle seg sett og hørt av meg.	-3

At utsagn 22 er plassert på +4 bekrefter videre at denne faktoren legger vekt på både psykiske og fysiske «omgivelser/påvirkningsmuligheter» under behandlingen og i relasjonen der pasienten og hans/hennes beste er i sentrum. At utsagn 14 er plassert på – 2 tolker jeg som en bekreftelse på at pasienten og hans/hennes uttrykte behov er i fokus, og at faktoren inkluderer det følelsesmessige i relasjonen der det er behov for det. Plasseringen til utsagn 39 (+4) gir videre inntrykk av at faktoren er opptatt av å ha en god relasjon for å gi et trygt og motiverende klima. Utsagn 25 (-4) og 48 (-3) er med på å bekrefte inntrykket, samt at faktoren er opptatt av en tillitsfull relasjon og at pasienten skal føle seg sett og hørt.

### **5.2.3 Fokuserer på «her og nå», og ønsker å opptre profesjonelt**

Ut fra plasseringen på utsagn 36 (-5), er det sjelden faktoren opplever at den kunne gjort så mye mer for pasientene dersom man hadde hatt mer tid – og ressurser, og at dette i ettertid ikke okkuperer tankene i særlig stor grad. Nina bekrefter at hva man har fått gjort og ikke, ikke okkuperer tankene i etterkant. Hun forteller videre at dersom den første delen av utsagnet hadde stått for seg selv, ville hun vært betydelig mer enig i det. Hun opplever noen ganger at hun kunne gjort mer for pasientene, og tenker på dette, men ikke i så stor grad at det okkuperer tankene, hun var derfor uenig i utsagnet.

*Tabell 12: Utsagn som handler om "Fokuserer på her og nå, og ønsker å opptre profesjonelt" for faktor 2.*

36	Jeg opplever noen ganger at jeg kunne gjort så mye mer for pasienten dersom jeg hadde hatt – og brukt mer tid på han/henne, dette har en tendens til å okkupere tankene mine.	-5
21	Jeg bruker ikke tid og energi til å tenke på hva jeg burde og skulle gjort.	-2
38	I utfordrende situasjoner fokuserer jeg på hva jeg konkret kan bidra med som fagperson, her jobber jeg med meg selv for å komme gjennom prosessen på en best mulig måte.	+3
41	Noen ganger opplever jeg at pasienter «treffer meg» personlig, dette kan være utfordrende i en prosess hvor jeg skal være hjelperen.	-4
35	Som profesjonell ergoterapeut er jeg åpen om egne følelser overfor pasient, dette kan være med på å bidra til en gjensidig relasjon.	-3
2	Jeg klarer å unngå å overføre mine egne behov og følelser på andre, dette er viktig for å kunne ha en empatisk holdning.	+2
3	Jeg skiller mellom meg selv som fagperson og person, og lar ikke vanskelige situasjoner påvirke meg personlig.	-1

Plasseringen til utsagn 21 (-2), er med på å bekrefte antagelsen om at det man kunne, burde eller skulle ha gjort for pasientene ikke okkuperer tankene i så stor grad i etterkant. Dersom man ser disse to utsagnene som en del av en helhet i faktorbildet, og ser de i sammenheng med utsagn 38 (+3) kan det tenkes at faktoren ønsker å holde fokuset på «her og nå». Å holde fokuset på hva man i den aktuelle prosessen, hos den aktuelle pasienten, kan bidra med som fagperson. Fokuset på seg selv som fagperson forsterkes videre ved utsagn 41 (-4), at faktoren ikke lar seg bli personlig påvirket av pasienter som «treffer de». Sett i sammenheng med utsagn 35 (-3) og 2 (+2), ligger ikke fokuset på faktoren selv sine følelser og behov i relasjon med pasienter. Nina forteller i postintervjuet at hun kjenner seg igjen i denne tolkningen.

### 5.2.4 Behov for faglig bekreftelse

Utsagn 27 (+4) viser at behovet for gode resultater som gir mestringsopplevelse er ganske viktig for faktor 2 sin motivasjon for videre arbeid.

*Tabell 13: Utsagn som handler om "Behov for faglig bekreftelse" for faktor 2.*

27	For å få motivasjon for videre arbeid, har jeg behov for gode resultater som gir meg mestringsopplevelse.	+4
8	Man har behov for annerkjennelse og støtte for arbeidet man gjør. Å få dette fra pasienter og andre rundt er viktig.	+3
20	Jeg er trygg i min rolle som ergoterapeut og opplever meg selv som dyktig, og er ikke avhengig av ytre bekreftelser og støtte.	-3

Plasseringen av utsagn 8 (+3) og 20 (-3) viser at behovet for støtte og annerkjennelse har middels psykologisk relevans. Faktoren er ikke så trygg i sin rolle og på sin dyktighet at den ikke har behov for bekreftelse i form av resultater, samt annerkjennelse fra mennesker rundt seg.

### 5.2.5 Utsagn med lav psykologisk signifikans

Utsagn som er plassert i nullområdet, kan være utsagn som ikke har så stor betydning for de personene som lader på denne faktoren. Blant disse utsagnene, vil jeg trekke frem det som går på kontekst og det å bringe inn noe «ekstra» inn i relasjonen.

*Tabell 14: Utsagn med lav psykologisk signifikans for faktor 2.*

7	I relasjon med pasienter er det viktig å ha fokus på hele mennesket, se muligheter og hindringer/utfordringer på alle arenaer.	0
33	Det er viktig at både pasient og jeg holder oss til det vi faktisk skal gjøre og/eller snakke om, unngå avsporinger.	0
46	Man kan ikke spørre pasient om absolutt alt, jeg regner med han/hun sier ifra dersom de har noe ekstra å si eller om de har behov for noe mer.	+1
9	Når jeg er presset på tid, prioriterer jeg konkrete arbeidsoppgaver som må/forventes å gjøre, og åpner ikke opp for noe «ekstra».	0

Plasseringene av utsagn 7 (0) og 33 (0) kan tyde på at ting rundt pasienten utenom den faktiske sykdommen eller skaden, har liten psykologisk relevans for faktor 2. Dette gjelder videre utsagn 46 (+1) og 9 (0) som også viser at tid, prioriteringer og hvorvidt de åpner opp

for noe «ekstra» heller ikke er noe som kommer sterkt frem i sorteringen til faktoren. Nina har delte meninger om denne tolkningen. Hun er enig, samtidig påpeker hun at hun er opptatt av konteksten som er relevant for sykdommen eller skaden. Dersom denne presiseringen hadde vært med i utsagn 7, ville det vært lengre oppe på plussiden av sorteringsmatrisen. Hun forteller videre at hun åpner opp for at pasientene kan komme med noe ekstra som er relevant, men at hun ikke «snoker» for mye dersom det ikke oppleves som hensiktsmessig.

### 5.3 Forskjeller mellom faktorene

For å se på forskjeller mellom faktorene, vil jeg presentere og tolke noen av de diskriminerende utsagn mellom faktorene. I denne studien kom det frem totalt 23 diskriminerende utsagn. Se vedlegg 8 for alle utsagnene. Samtlige av utsagnene har et signifikansnivå på  $P < 0,05$ . De utsagnene med en stjerne (\*) bak seg, er diskriminerende utsagn som er signifikante for faktoren der signifikansnivået er  $P < 0,01$ . For å presentere forskjeller mellom faktorene, vil jeg presentere og tolke noen av de diskriminerende utsagnene.

Faktor 1 jobber, som tidligere nevnt, for å se hele mennesket og inkludere konteksten rundt. Ut fra plasseringen på utsagn 7 (+6 og 0) og 24 (-4 og +2) har ikke dette like høy psykologisk signifikans for faktor 2.

*Tabell 15: Utvalg av diskriminerende utsagn om helhet og kontekst.*

		Faktor 1	Faktor 2
7	I relasjon med pasienter er det viktig å ha fokus på hele mennesket, se muligheter og hindringer/utfordringer på alle arenaer.*	6	0
24	Jeg arbeider ut fra utfordringer pasient har, jobber for å minske disse. Fokuserer lite på kontekst da det er nærmest umulig å ta med hele mennesket og omgivelsene hans/hennes.*	-4	2
17	Jeg vektlegger god kommunikasjon med pasient, men opplever noen ganger at de tar for mye styringen og kontrollen selv. Det beste er om jeg har styringen på opplegget.*	-3	2
46	Man kan ikke spørre pasient om absolutt alt, jeg regner med han/hun sier ifra dersom de har noe ekstra å si eller om de har behov for noe mer.*	-2	1
5	Å bruke mye tid på pasientens mål og ønsker er ikke alltid hensiktsmessig under tidspress, da jeg vet best hva som skal gjøres.*	-4	2

Utsagn 17 (-3 og +2), 46 (-2 og +1) og 5 (-4 og +2) er med på å bekrefte at faktor 1 er mer opptatt av faktorer rundt pasientene, også det pasientene selv ikke tar initiativ til å komme med. I postintervjuene kom det frem at deltagerne som ladet på faktor 2 arbeidet med pasienter hvor den faktiske sykdommen eller skaden var av større betydning enn det rundt pasientene. Faktor 2 arbeidet med spesifikke diagnoser som hadde behov for faglig oppfølging av ergoterapeut. Sorteringene til denne faktoren var derfor naturlig preget av deres

arbeidshverdag. De fleste deltagerne som ladet på faktor 1, hadde pasienter med noe mer sammensatte kasuser, dette preget videre deres sorteringer.

*Tabell 16: Utvalg av diskriminerende utsagn om faglige kunnskaper og personlige egenskaper.*

		Faktor 1	Faktor 2
23	At jeg har faglig kunnskap er avgjørende for å kunne hjelpe pasienter med å nå deres mål, de er avhengig av meg og mine ressurser.*	1	6
4	I relasjon med pasienter opplever jeg mine personlige egenskaper som viktigere enn de faglige kunnskapene jeg innehar.*	-1	-6

Dersom man ser på plasseringen av utsagn 23 (+1 og +6) og 4 (-1 og -6), setter faktor 2 faglig kunnskap og ressurser ved seg selv høyt. For faktor 1 har ikke dette like høy psykologisk relevans.

Andre utsagn faktorene har plassert ulikt, handler om å være oppriktig seg selv i møte med pasientene, noe faktor 1 setter høyere enn faktor 2 (se utsagn 15 i vedlegg 8). Videre har faktor 1 gjensidighet i relasjonen, samt utvikling av seg selv høyere enn faktor 2 (se utsagn 37 og 31 i vedlegg 8). Hos den sistnevnte faktoren, har oppmerksomhet på omgivelsene rundt behandlingssituasjonen større relevans enn hos faktor 1 (se utsagn 13 i vedlegg 8). Faktor 2 tenker videre mindre enn faktor 1 på hva man burde/kunne gjort i ettertid (se utsagn 36 i vedlegg 8).

#### **5.4 Fellestrekk ved faktorene**

For å se på likheter mellom faktorene, vil jeg presentere og tolke noen av konsensus utsagnene hos faktorene. I denne studien kom det frem totalt 28 konsensus utsagn. De utsagnene med stjerne (\*), er signifikante hvor  $P < 0.01$ . Se vedlegg 9 for alle utsagnene. Begge faktorene setter, ut fra plassering på utsagn 18 (+4 og +5), brukermedvirkning og pasientens ressurser høyt. Faktor 2 i enda større grad enn faktor 1.

*Tabell 17: Utvalg av konsensus utsagn som handler om brukermedvirkning.*

		Faktor 1	Faktor 2
18	Jeg er spesielt opptatt av brukermedvirkning, jeg er avhengig av at pasient aktivt bidrar i prosessen i den grad han/hun har mulighet til det.*	4	5
16	Pasient har også et ansvar i relasjonen, pasient og ergoterapeut er avhengige av hverandre i relasjonen, det er viktig at begge tar ansvar.*	2	3

Dette, samt at pasienten også har et ansvar i relasjonen bekrefter videre plasseringen av utsagn 16 (+2 og +3).

For begge faktorene har en god relasjon mellom seg og pasienten høy psykologisk signifikans. I en god relasjon, legger begge faktorene ifølge utsagn 39 (+5 og +4) og 25 (-5 og -4) vekt på at skal være trygg, motiverende og tillitsfull. De opplever videre ved plasseringen

av utsagn 1 (-3 og -2) at relasjonen har betydning for at ergoterapeut skal kunne være til hjelp. For faktor 1 har dette noe høyere psykologisk signifikans enn hos faktor 2.

*Tabell 18: Utvalg av konsensus utsagns som går på det relasjonelle aspektet.*

		Faktor 1	Faktor 2
39	En god relasjon mellom pasient og ergoterapeut er viktig. Den bidrar til et trygt, motiverende og tillitsfullt klima.*	5	4
25	I relasjon med pasient er jeg ikke veldig opptatt av å jobbe for å skape tillit til hverandre.*	-5	-4
1	Å utvikle en relasjon med pasienten, er ikke avgjørende for at man som ergoterapeut skal kunne være til hjelp.*	-3	-2
11	Det har ikke så mye å si for pasient hvordan ergoterapeut fremtrer, det viktigste er at jeg legger til rette for god ergoterapi og gjør meg forstått, ellers har jeg lite påvirkning på han/henne.*	-4	-5
22	Tilnærmingen man har, om man er rolig, om man er trygg i rollen sin, opplever jeg har påvirkning på pasienten.*	3	4
48	I relasjon med pasient er jeg ikke så opptatt av at pasient skal føle seg sett og hørt av meg.*	-6	-3

Ut fra plasseringen av utsagn 11 (-4 og -5) og 22 (+3 og +4) er faktor 2 er opptatt av hvordan man fremtrer, og tilnærmingen man har kan ha påvirkning på pasientene i relasjonen, et syn faktor 1 også deler, men ikke i like stor grad. Faktor 1 er videre ut fra plasseringen av utsagn 48 (-6 og -3) svært opptatt av at pasientene skal føle seg sett og hørt, noe også faktor 2 deler, men ikke i like stor grad.

Begge faktorene er, etter plasseringen av utsagn 44 (-3 og -4) og 45 (+3 og +3), interessert og engasjert i jobben sin, noe som har over middels psykologisk signifikans. Faktorene opplever at de ikke arbeider bare fordi det er jobb, men også fordi de liker jobben sin og arbeide i relasjon med pasienter. Denne interessen opplever begge faktorene at kan smitte over på andre.

*Tabell 19: Utvalg av konsensus utsagn som handler om interesse og engasjement i arbeid.*

		Faktor 1	Faktor 2
44	Jeg arbeider i relasjon med pasienter fordi det er jobb, jeg tar arbeidet og de jeg jobber med seriøst og er profesjonell, men er ikke særlig interessert og engasjert ut over det.*	-3	-4
45	Jeg opplever å være interessert i dem jeg jobber med, og engasjert i jobben min, dette tror jeg smitter.*	3	3

## 5.5 Oppsummering

For faktor 1, har en god og ekte relasjon med pasient høy følelsesmessig betydning. Den ønsker å ha en gjensidig relasjon basert på tillit og trygghet, hvor begge parter har mulighet til å bruke sin makt positivt. Her kan man i relasjonen lære av hverandre, og faktoren ønsker gjennom dette også å utvikle seg som ergoterapeut. I relasjonen mellom pasient og ergoterapeut, er faktoren gjerne personlig, men ikke privat. Faktoren har ikke så høyt fokus på egne behov og følelser, men ifølge postintervju opplevs det heller ikke som lite signifikant.

Det er videre av betydning at jobben gir en noe, og at man selv får noe positivt ut av relasjonen.

Faktor 2 er opptatt av at en selv har ressurser og kunnskap, og opplever å ha behov for faglig bekreftelse gjennom resultater og/eller annerkjennelse fra omgivelsene. Faktor 2 er videre nokså bevisst sine egne følelser og behov, men er opptatt av ikke å ta det med inn – og la det påvirke relasjonen. Faktoren fokuserer på «her og nå» i relasjonen, og ikke så mye på hva man kunne gjort i ettertid. Den ønsker å legge til rette for en trygg, tillitsfull, motiverende og profesjonell relasjon med fokus på pasientens ønsker, behov og følelser dersom han/hun selv uttrykker de.

Ut fra min tolkning, handler mye av det som skiller faktorene fra hverandre om hvor stor vekt som blir lagt på det faglige kontra det personlige. Det som videre skiller, er fokuset på konteksten og det rundt pasientene utenom den faktiske sykdommen eller skaden. Noe faktorene har til felles, er interessen for jobben sin og fokuset som blir lagt på en god relasjon. Brukermedvirkning er videre satt høyt hos begge faktorene. Hvordan de inkluderer pasientene, tolkes å være noe ulikt ut fra tolkningen av gjennomsnittssorteringene og postintervjuene. Dette drøftes i neste kapittel, sammen med andre temaer som har kommet opp i tolkningen av faktorene. Disse temaene, er sett på opp mot problemstillingen og relevant teori.

## 6 Drøfting

I denne studien er hensikten å undersøke ergoterapeuter sin opplevelse av seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter som har livsendrende sykdom eller skade. For å svare på problemstillingen, drøfter jeg i dette kapitlet denne problemstillingen sammen med sentrale temaer knyttet til funn som ble presentert i kapittel 5, og relevant teori. Mye av teorien som blir benyttet, er hentet fra kapittel 2, i tillegg til nye teorier som er presentert underveis i dette kapitlet. Det å drøfte funn opp mot ny teori, er i tråd med abduksjonsprinsippet. Som nevnt i metodekapitlet, er abduksjonsprinsippet sentralt i Q-metode. Metodens mål er å oppdage noe nytt gjennom abduksjon, heller enn å bekrefte teorier og hypoteser som er innhentet i forkant (Kvalsund, 1998; Watts & Stenner, 2012). I denne studien har det altså ikke vært et formål å bekrefte teorien skrevet i forkant og det teoretiske designet sin gyldighet: Det har heller vært fokus på nye syn og perspektiver som har kommet frem.

Resultatene fra analysen viser flere interessante funn som jeg drøfter videre for å svare på problemstillingen. Når det gjelder strukturen i drøftingen, så har jeg valgt å dele den opp i ulike temaer som er hentet fra noen av hovedfunnene i analysen. Innledningsvis, blir relasjonens betydning i møte med pasienter sett på, deretter drøftes makt i relasjonsdimensjonene opp mot faktorenes syn på relasjon. Videre diskuteres det å være person i en profesjonsrolle, hvor dette blir drøftet opp mot ergoterapi.

Som nevnt i kapittel 3.2.6, har faktorene i denne studien en korrelasjon på 0,5044, som tilsier at det er både likheter og ulikheter mellom de to faktorene. Jeg drøfter derfor faktorene hver for seg der det er hensiktsmessig grunnet ulikheter, og sammen der likheter er mer fremtredende. Jeg setter videre faktorene opp mot hverandre, tema og teori. Underveis forsøker jeg å dra inn eksempler på relasjoner mellom pasient og ergoterapeut sammen med det som har blitt diskutert.

### 6.1 Relasjonens betydning i møte med pasienter

I faktortolkningen kom det frem at begge faktorene er opptatt av å ha en god relasjon mellom seg og pasient. I «den gode relasjonen», legger faktorene vekt på at det skal være et trygt, motiverende og tillitsfullt klima. Det som hadde høyest psykologisk signifikans hos faktorene, var de utsagnene som gikk på å bygge en god relasjon for pasienten sin del. I denne forbindelse, er det interessant å se på de relasjonelle forholdene mellom pasient og ergoterapeut, og relasjonens betydning for intervensjonen.

### **6.1.1 «Den gode relasjonen»**

I en ergoterapeutisk intervensjon handler det om å jobbe for å minske utfordringer pasienten opplever å ha (Dekkers, 2008). Det er altså en hjelper som arbeider for å legge til rette for utvikling hos den hjelpetrequende. Innen det humanistisk-eksistensialistiske perspektivet, utvikler mennesker seg i samspill med omgivelsene (Ivey, et al., 2012). Rogers, er som tidligere nevnt, opptatt av betydningen det relasjonelle har for menneskers utvikling. Ifølge teorien hans, er betingelsene kongruens, ubetinget positiv aktelse og empati sentrale for å legge til rette for en god relasjon, og utvikling hos den hjelpetrequende (Rogers, 1961; Thorne & Sanders, 2012).

Dersom man ser på faktorene opp mot de relasjonelle betingelsene, ser jeg det som interessant å trekke frem at tilnærmingen man har overfor pasient, har over middels psykologisk signifikans for begge faktorene i denne studien. Begge er med andre ord opptatt av hvordan man fremtrer og at det kan påvirke pasienten, faktor 2 spesielt. Dersom man ser på sorteringer av utsagn som går på indre opplevelser, er det tegn til inkongruens mellom det ytre og det indre. Dette siden faktor 2 er delvis enig i utsagn 46 (1) som går på at man som yrkesutøver ikke trenger å ha tro på pasient for å kunne legge til rette for mestring (Se vedlegg 8 for fullstendig utsagn). Ut fra dette, kan det tolkes som at faktoren ikke opplever det som essensielt å ha en ubetinget positiv aktelse overfor pasient, det viktigste er hvordan man fremtrer. Videre har faktoren høyt fokus på at det materielle rundt; og om det er noe som opptar tankene til pasienten. Den faktiske handlingen til faktoren, det ytre, altså det man opplever som synlig for den andre parten i relasjonen, er det som er viktig. Hvorvidt man er oppriktig til stede i møte med pasient, spiller ut fra plasseringene av utsagnene, mindre rolle enn hvordan man fremtrer. Dette trenger ikke å bety at faktor 2 ikke har en ubetinget positiv aktelse overfor pasient, og at det faktisk er inkongruens mellom faktorens indre og ytre, men at man ikke anser ens indre som det mest essensielle.

Faktor 1 er mer uenig i utsagnet som går på å ha tro på pasient, noe som har middels psykologisk signifikans. Faktoren opplever oppriktighet som noe av det viktigste i relasjon med pasienter, og har ikke like høyt fokus på det ytre som faktor 2. Når det kommer til den relasjonelle betingelsen som går på empati, opplever begge faktorene at de i noen grad klarer å unngå å overføre sine egne behov og følelser over på andre, og at dette er viktig for å kunne ha en empatisk holdning. For faktor 2, har dette noe høyere psykologisk signifikans enn faktor 1. Begge faktorene er videre interessert i det de jobber med, og inntrykket er at begge oppriktig ønsker å hjelpe pasienter.



Hvordan passer relasjonen innen humanistisk-eksistensialistisk perspektiv inn i hjelperelasjonen mellom pasient og ergoterapeut? Per Nerdrum, en forsker innen empati og relasjoner, har skrevet om relasjonen ut fra ulike perspektiver vinklet inn mot helse- og sosialfeltet (Eide & Eide, 2007). Nerdrum (1997) forteller at han har møtt mange helse- og sosialarbeidere som føler seg usikker på hva det vil si å bruke seg selv som redskap i relasjonen med den hjelpetrequende. Man hører ofte om «den gode relasjonen», men hvordan fungerer dette egentlig i praksis? Den gode relasjonen, inspirert fra humanistisk-eksistensialistisk perspektiv, er ikke alltid hensiktsmessig i helse- og sosialfaglig arbeid (Nerdrum). Det er mulig at hjelper ikke klarer å hjelpe den hjelpetrequende selv om man har klart å etablere en god relasjon (Nerdrum). Når man ser dette i sammenheng med ergoterapeuter, og faktorene som kom frem i denne studien, kan Nerdrum sitt poeng ha betydning. Dersom pasient kommer med en spesifikk skade hvor han/hun har behov for behandling av ergoterapeut, er ikke det nødvendigvis det relasjonelle som er mest essensielt i forhold til pasientens behandlingsutbytte. Hos faktor 2 oppleves den faglige kunnskapen som svært viktig for å kunne være til hjelp for pasienter. I studien kom det likevel frem at begge faktorene, og da spesielt faktor 1, opplever relasjonen som essensiell i arbeid med pasienter som har en livsendrende skade eller sykdom.

Rogers, og det humanistisk-eksistensialistiske perspektivet, har som tidligere nevnt ifølge Eide og Eide (2007) vært en inspirasjon for tanker rundt hjelperelasjonen som en ideell teori for relasjonen. De advarer videre hjelper mot å stille for høye relasjonelle krav til seg selv (Eide & Eide:142):

*Hvis man som hjelper i enhver situasjon krever av seg selv at man skal kunne skape den dype relasjonen som Rogers beskriver, vil man kreve det umulige. Det er derfor viktig å være nøktern og realistisk i de kravene man stiller til seg selv.*

Man trenger ikke å kreve av seg selv at man bygger en god relasjon i alle forhold, men at man heller fokuserer på bruke sine relasjonelle evner så godt man kan i møte med pasienter (Eide & Eide). Dette kan være viktig for begge faktorene å være klar over, slik at man ikke opplever inkongruens mellom det ideelle, det man ønsker, og det reelle, det man opplever faktisk å gjøre. Det kan tenkes at relasjonen i enkelte tilfeller er viktigere enn i andre. I et rehabiliteringsforløp med en pasient som har et nylig oppstått hjerneslag med store utfall, vil det være viktig for de aller fleste å ha en trygg og god relasjon med ergoterapeuten som skal følge pasienten gjennom prosessen. I andre tilfeller, hvor for eksempel en yrkesaktiv pasient som er avhengig av finmotoriske ferdigheter i arbeid, kommer for håndtrening etter en

seneskade, vil trolig den faglige kunnskapen man som ergoterapeut sitter inne med være viktigere enn relasjonen. Begge tilfellene beskrevet over, både et nyoppstått hjerneslag og en seneskade i hånden, kan være livsendrende for pasientene, men med ulike hjelpebehov. Behovene hjelpetrengende kan ha, er videre svært individuelt, uavhengig av diagnose (Eide & Eide). Her er det hensiktsmessig å tilpasse intervensjonen etter pasientens behov. Det er viktig å snakke om – og avklare hvilke behov den hjelpetrengende har i starten av prosessen (Kielhofner, 2008; Kvalsund, 2005).

Krav man stiller til seg selv, og persepsjonen av andres opplevelse av seg, har påvirkning på menneskers selvoppfatning (Meyer & Kvalsund, 2005; Rogers, 1961). Hvordan ergoterapeuter opplever seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter kan altså ha betydning for ens selvoppfatning. Noe som igjen kan være med på å prege arbeidshverdagen. På bakgrunn av dette, og at begge faktorene i ulik grad setter relasjonen høyt i arbeid med pasienter, ønsker jeg å se på hvordan relasjonen kan være en av flere fokusområder, hvor det ikke stilles for høye relasjonelle krav.

### **6.1.2 Humanisme som metateori**

Hvordan kan man som ergoterapeut bruke sine relasjonelle evner best mulig i møte med pasienter? Etter å ha sett på «den gode relasjonen», og hvordan den er for faktorene i denne studien, synes jeg det er interessant å se på hvordan man som ergoterapeut kan bruke humanistisk-eksistensialistiske relasjonsteorier i praksis. På bakgrunn av tidligere diskuterte utfordringer ergoterapeut kan ha med å oppfylle den ideelle relasjonen, kan det være hensiktsmessig å se på hvordan relasjonsfokuset eventuelt kan være.

Hansen (2006) skriver om hvordan humanisme kan bli brukt som en metateori integrert i alle tilnærminger til rådgivning. Altså at verdisettet som ligger til grunn i humanismen, kan brukes i rådgivning hvor andre behandlingstilnærminger hovedsakelig anvendes. Sentralt i humanismen ligger full og helhetlig kunnskap om mennesket, hvilket anses som en nødvendighet for å kunne hjelpe andre (Hansen). Andre tilnærminger til rådgivning ser på full og helhetlig kunnskap som enten umulig eller unødvendig (Hansen). Hansen mener disse tilnærmingene gradvis bør integrere humanistiske idealer for å kunne være en fullstendig hjelpetilnærming. Mange rådgivningstilnærminger vil ikke fungere, dersom man ikke inkluderer humanistiske verdier om å kjenne den andre (Hansen).

Innen humanistisk-eksistensialistisk rådgivning er, som tidligere nevnt, en god relasjon og å kjenne den andre som en fullstendig person sentralt. Jeg finner det interessant å se på det Hansen har skrevet opp mot ergoterapi. Begge faktorene i denne studien setter en god relasjon

med pasienter høyt. Faktor 1 er videre spesielt opptatt av å se helhetlig på pasient, og inkludere konteksten rundt han/henne. For å se på humanistisk tilnærming til hjelperollen som realistisk, kan det være aktuelt å se på det som en metateori til ergoterapi, et verdsett som ligger til grunn i relasjonen mellom pasient og ergoterapeut. Her kan man integrere humanistiske idealer i hjelperelasjonen, hvor det blir sett på som et tillegg til ergoterapi. Etter teori som ble presentert fra Hansen, kan det tenkes at inkludering av humanistiske verdier også er en nødvendighet i ergoterapi. Som nevnt i teorikapitlet, har ergoterapi faktisk hentet prinsipper fra humanismen. Kanskje humanismen allerede ligger til grunn som en metateori for ergoterapeuter uten disse eksakte ordene er anvendt for å beskrive det?

Dersom humanismen som metateori skal gjelde for faktorene i denne studien, vil faktor 1, ut fra tolkning av faktorene, ha et tydeligere preg fra humanismen enn faktor 2. Dette da faktor 1, ut fra min tolkning av faktorenes gjennomsnittssorteringer, er betydelig mer opptatt av en helhetlig kunnskap om mennesket. Hvor mye av humanismen som kan bli tatt med i hjelperelasjonen mellom ergoterapeut og pasient, kommer også an på hva pasientens faktiske behov er. Ut fra hvilke ergoterapeuter som ladet på de forskjellige faktorene, er inntrykket at faktor 2 har pasienter med mer spesifikke behov enn faktor 1. Dette kan videre forklare at faktoren antas å ha et mindre preg fra humanismen enn faktor 1. Samtidig inkluderer begge faktorene det relasjonelle aspektet fra humanismen, noe som støtter at det kan, i mer eller mindre grad, brukes som en metateori til ergoterapi ut fra funnene i denne studien.

## **6.2 Opplevelser – og forståelser av makt i relasjonsdimensjonene**

Det er i relasjon med andre et «jag» blir skapt (Macmurray, 1961/1991). En ergoterapeut vil være en ergoterapeut i relasjon med blant annet pasienter. Denne relasjonen kan oppleves ulikt ut fra hvem man er i møte med, og hvordan man møter – og blir møtt. For å forstå hvordan relasjoner oppleves, synes jeg det er interessant å drøfte faktorene sammen med relasjonsdimensjonene. Da makt hos pasient og makt hos ergoterapeut synes å komme frem som noe begge faktorene var opptatt av, vil bruk av makt i de ulike relasjonsdimensjonene være sentralt i diskusjonen.

Makt i hjelperelasjoner kan bli brukt både på positive og negative måter (Kvalsund & Allgood, 2003). Maktutfoldelsen vil være med på å påvirke relasjonsdimensjonene og hvorvidt relasjonene er positive eller negative. Brukermedvirkning, som har vist seg å være av høy betydning for begge faktorene i denne studien, kan i de aller fleste sammenhenger anses som positiv bruk av makt fra hjelperen sin side. Der ergoterapeuten inkluderer pasienten, og lar han/hun få utnytte ekspertisen man har om sitt eget liv. Denne bruken av makt hos

hjelperen, krever at den hjelpetrengende bruker sin makt i relasjonen (Kvalsund & Allgood). Slik jeg forstår det, skal denne maktfordelingen være et gjensidig behov for at den skal være positiv for relasjonen. Det vil ikke være nok at ergoterapeut arbeider hardt for å inkludere pasienten, dersom pasienten selv har behov for at rådgiver skal ha all makten. En pasient som har behov for en avhengighetsrelasjon er kanskje ikke klar for å overskride til uavhengighet. Dersom ergoterapeut presser for mye makt over på pasienten, kan det ha negativ effekt på behandlingen. På den andre siden er det heller ikke hensiktsmessig at ergoterapeut styrer over pasienten, og ikke lar han/hun utvikle seg mot uavhengighet. Målet innen ergoterapi, handler i de aller fleste sammenhenger om at pasienten skal kunne utvikle seg til å bli mest mulig selvstendig, og muliggjøre aktivitet og deltagelse. Så hvordan kan man som ergoterapeut legge til rette for utvikling i relasjonen? Ut fra faktortolkningen, har faktor 1 og 2 noe ulikt syn på hvilken måte klientsentrert ergoterapi utøves.

### **6.2.1. Klientsentrert ergoterapi og relasjonsdimensjonene**

Faktor 1 viser en opplevelse av at det ikke nødvendigvis alltid er hjelperen som vet best. Den ene trenger ikke å ha mer makt enn den andre, og det er ikke ergoterapeuten som styrer alt ved intervensjonen. Faktoren er videre opptatt av å jobbe for å inkludere pasienten. Det kan bli tolket som at faktor 1 opplever at pasienten ikke kommer med ønsker og behov dersom ergoterapeut ikke aktivt gir han/hun mulighet til det. I dette kan det tenkes at ergoterapeut går inn i et avhengighetsforhold med pasienten, hvor det ikke forventes så mye av pasienten, men hvor ergoterapeut opplever å måtte stå for arbeidet for å gi pasienten makt og bidra til utvikling i relasjonen. Dette vil være en positiv avhengighetsrelasjon dersom pasient også opplever behovet for aktivt å bli inkludert. I relasjonen ligger det et gjensidig behov, og et potensiale for utvikling og overskridelse til uavhengighetsdimensjonen og mot gjensidighet. På en annen side, kan det skape et negativt avhengighetsforhold dersom pasient ønsker å være mer selvstendig, ha en større frihet til å ta uavhengige valg, uten at ergoterapeuten aktivt jobber for det. Her kan ergoterapeutens tilnærming til å inkludere pasienten virke mot sin hensikt, og pasienten kan oppleve å bli fratatt sin selvstendighet. Faktor 1 har et mål om å utvikle uavhengighet hos pasienten, uvitende om at pasienten opplever allerede å være der, og at han/hun har behov for en mer symmetrisk relasjon for å kunne utvikle seg videre.

Ut fra tolkning av faktorbildet, er inntrykket at faktoren jobber for gjensidighet i relasjoner med pasienter. En gjensidighet hvor man jobber for utvikling i hverandre. Når begge parter jobber for å ivareta hverandres behov, og utvikler begge sine ekspertiser, da kan hjelperelasjonen bli et gjensidig behov (Allgood & Kvalsund, 2009; Meyer & Kvalsund,

2005). Dette innebærer at hjelperelasjonen ikke trenger å være asymmetrisk selv om det er en som gir – og en som har behov for hjelp. Denne gjensidigheten virker å være noe faktoren opplever med pasienter, men dette forutsetter at partene i hjelperelasjonen kjenner hverandres behov, og at behovene er noe begge deler.

Ut fra et helhetlig bilde av faktor 1, virker hovedfokuset å ligge på å nå målet til pasienten, samtidig er eget utbytte, selvutvikling og læring også et punkt av høy psykologisk signifikans. Faktoren ønsker gjennom relasjonen å lære, og utvikle seg selv. Man blir kjent og lærer om seg selv gjennom relasjon med andre (Meyer & Kvalsund, 2005). Inntrykket er at faktoren gir seg selv mulighet til å lære av tidligere relasjoner, og ta det med seg videre. Gjensidighet kan være mulig for faktor 1 å oppnå i møte med pasienter, dersom begge parter erkjenner gjensidige behov.

Sammenlignet med faktor 1, tolkes det at faktor 2 stiller andre krav til seg selv og pasient. Med utgangspunkt i dette faktorbildet, er inntrykket mitt at faktor 2 kan gå inn i hjelperelasjoner med en forventning om at begge parter er selvstendige. I teorikapitlet ble det presentert at nye relasjoner vanligvis starter i avhengighetsdimensjonen. Dersom ergoterapeut har en forventning om at partene raskt skal være uavhengig av hverandre i relasjonen, kan det bli en negativ uavhengighetsrelasjon dersom pasienten ikke er klar for det. På den annen side, vil det også kunne være en positiv relasjon dersom begge parter er klar for uavhengigheten. Dersom pasienten har behov for å kjenne seg selvstendig og likeverdig i hjelpeforholdet, vil det kunne være et positivt utgangspunkt i møte med en ergoterapeut som er opptatt av dette. Kanskje bidrar begge parter til en raskere utvikling? Ikke bare gjennom relasjonsdimensjonene, men også med tanke på resultater for pasient i ergoterapien.

Faktor 2 er svært opptatt av brukermedvirkning og at begge har et ansvar. Samtidig som faktoren, som diskutert i avsnittet over, krever selvstendighet hos pasienten, er den også opptatt av selv å ha styringen. Ut fra faktorbildet, opplever ergoterapeut i faktor 2 det ikke alltid hensiktsmessig å bruke tid på aktivt å få frem pasientens mål og behov siden man som fagperson vet best hva som bør bli gjort. Inntrykket mitt er at faktoren kanskje har en forventning om at pasient bruker sin makt til å komme med ønsker og behov på egen hånd, som i en uavhengighetsrelasjon. På den andre siden stiller faktoren krav til seg selv om at man som ergoterapeut skal kunne hjelpe pasienten, uavhengig av hvilken relasjonsdimensjon der er behov for. Relasjonen kan bli påvirket av om ergoterapeut bruker makten sin positivt eller negativt. Mange forveksler makt med kontroll og styring. Dersom man som hjelpeperson bruker makt i den hensikt å kontrollere, er det negativ bruk av makt (Kvalsund & Allgood,

2003). Dersom ergoterapeut bruker makt med hensikt om kontrollere og styre pasienten, vil det være negativt for hjelperelasjonen.

Ut fra et helhetlig faktorbilde, er inntrykket mitt at faktor 2 ønsker å bruke sin makt til å kontrollere det faglige, nettopp for å gi pasient det han/hun trenger for å mestre eget liv selvstendig. Altså at faktoren noen ganger ser det hensiktsmessig å bruke sin ekspertise for å hjelpe pasient, samtidig som det ved fokus på brukervedvirkning gis rom til at pasienten tar med ekspertisen de har om sitt liv inn i hjelperelasjonen. Å bruke makt positivt kan være mulig i alle de tre dimensjonene. Ved at pasient og ergoterapeut gir hverandre sine eksperter, og jobber for å ivareta hverandres behov, vil de ha mulighet til å møtes i en gjensidig avhengighetsrelasjon. Inntrykket er at faktor 2 ønsker å legge til rette for at dette skal kunne raskt bli oppfylt. Ut fra faktorbildet kan det også virke som at faktoren absolutt opplever dette som mulig, og at de ønsker tilbakemeldinger og bekreftelse også fra andre enn seg selv på at utvikling har skjedd. I denne sammenhengen kan det også tolkes at faktor 2 ser på resultater og måloppnåelse som noe man lærer av i etterkant. Videre at det «der og da», i hjelperelasjonen, ikke er fokus på at en selv skal lære, slik det i større grad er for faktor 1.

Etter å ha diskutert relasjonsdimensjonene og satt de sammen med eksempler fra faktorene, synes jeg det er viktig å påpeke at faktorene ikke er enten «slik» eller «slik». Eksemplene jeg har tatt med, er hentet fra min tolkning av faktorbildene. Faktorbilder som viser en prioritering av hva de ulike faktorene setter høyest. Dette trenger ikke nødvendigvis å si at alle som korrelerer signifikant med faktorene opplever det slik i enhver relasjon. Gjennom funnene i studien og drøftingen frem til nå, er min oppfattelse at forskjellige tilnærminger hos ergoterapeut kan fungere i ulike relasjoner. Jeg synes derfor det er interessant å kunne se på ulike tilnærminger slik at ergoterapeuter kan lære av begge faktorene, uavhengig av hvilken faktor man korrelerer med.

### **6.3 Personen i profesjonen**

I forrige kapittel handlet det om hjelperelasjonen, hvor dens betydning for pasienten var svært sentralt hos begge faktorene. I kommende delkapittel, ønsker jeg også å vinkle diskusjonen inn mot hva relasjoner gjør med ergoterapeuten. Hvilke følelser og behov opplever man å ha? I hvilken grad vektlegges det man opplever i seg selv? Dette vil jeg diskutere opp mot faktorene og trekke sammen med bevissthet om seg selv og hvordan det eventuelt kan påvirke en selv og relasjoner man har til pasienter.

### **6.3.1 Hjelpepersonen: «min jobb er å hjelpe andre»**

Noe av det jeg finner spesielt interessant ut fra tolkningen, er hvor relevant forhold som går på egne følelser er for faktor 1. Nesten samtlige av utsagnene som går på egne følelser og behov, var hos denne faktoren plassert i nullområdet. I sorteringen, og gjennom prioriteringer som måtte gjøres der, var det altså dette som kom fram som noe av det med lavest psykologisk signifikans for faktoren. Det som hadde høyere relevans for faktoren når det kommer til egne følelser og behov, var det som handler om å jobbe med noe man er interessert i – og få noe positivt ut av å ha gjort noe for andre. For faktor 2 synes egne følelser og behov også å komme litt i bakgrunnen, men ikke i like stor grad. Inntrykket er at faktoren er bevisst sitt indre, men jobber for å holde fokuset på «her og nå» i selve arbeidet med pasienter.

Begge faktorene synes å tenke på dem man hjelper og hva man kan gjøre for dem. Det første som kommer frem, er å holde fokuset på pasienten sitt beste, og at man som hjelpeperson er middel for den hjelpetrequende. Spørsmål jeg stiller meg da er: Hva er egentlig pasientens beste? Hvordan kan vi som hjelpepersoner, på best mulig måte, bidra til pasienten sitt beste? Hva er det som gjør at vi faktisk kan hjelpe?

At man har et grunnleggende genuint ønske om å hjelpe andre, er positivt i en hjelpeprofesjon (Rogers, 1961). For å kunne være til hjelp, er det også essensielt å være kongruent i seg selv siden det kan påvirke hjelperelasjonen (Rogers). Relasjonen med pasienter, og hjelpers betydning vil slik bli påvirket av hjelpers selvoppfattelse. Denne påvirkningen kan skje bevisst og ubevisst, og ha både positive og negative konsekvenser. Dersom man jobber for å være bevisst hva som foregår inne i seg selv, kan man også ha mulighet til å styre konsekvensene (Whitmore, 2014). Ifølge dette, er det hensiktsmessig at man som ergoterapeut også arbeider med bevissthet rundt egne følelser og behov. Dersom man setter egne følelser og behov sammen med faktorenes sorteringer, ser man at det ikke er det som kommer i første rekke hos noen av faktorene. Her stiller jeg spørsmålet; hvordan skal den ideelle balansen mellom egne og andres følelser og behov være for å legge til rette for en best mulig hjelperelasjon? Noe annet jeg ønsker å drøfte videre i denne sammenheng, er om det som har lavere psykologisk signifikans for faktorene er noe man bevisst nedprioriterer eller om det er noe som ubevisst ligger i bakgrunnen for det som har høyere psykologisk signifikans.

### **6.3.2 Bevissthet rundt egne følelser og behov**

For å se nærmere på bevissthet om egne følelser og behov, ønsker jeg å drøfte teori om personers delpersonligheter som ble presentert i teoridelen, sammen med faktorenes opplevelse av seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter. Innen psykosyntese, brukes

blant annet «et personlig senter» om det indre stedet i seg selv hvor man har flere delpersonligheter tilgjengelig (Brown, 2009; Whitmore, 2014). Gjennom å være i dette stedet i seg selv kan man se og bli bevisst ulike deler av seg selv og personligheten sin. Her kan man blant annet jobbe med å se det som kanskje ligger litt i bakgrunnen av sin selvbevissthet. Hvis man ser for seg bildet av vasen og de to ansiktene som ble presentert i kapittel 3.2.7, kan man i det personlige senteret se både vasen og de to ansiktene. Dersom man som ergoterapeut ser flere deler av seg selv, og ikke alltid lar vasen komme i forgrunnen og tro at det er «det eneste» man er, vil det kunne gi flere valgmuligheter.

For å finne veien mot sitt senter, et indre selv, kan modeller hjelpe oss med å forstå prosessen (Brown, 2009). En illustrasjon av personers personlige senter og delpersonligheter, kan være et hjul (Vedlegg 10). I hjulet er det en midtsirkel og forbindelser fra midten og ut til ytterhjul. Fra senteret, eller midten av hjulet, har man mulighet til å se alle delene av seg selv ute i ytterkantene av hjulet, alle er like tilgjengelige (Brown). Denne midten av hjulet, tenker jeg på som et personlig senter, et selv som kan ta bevisste valg om for eksempel hvem man vil være som ergoterapeut hos ulike pasienter i forskjellige situasjoner. Denne midten kan videre være til hjelp for å bli bevisst ulike opplevelser man har av seg selv, og hvor det kommer fra. Dersom man for eksempel ser på seg selv som en ressurs svak yrkesutøver som har lite å bidra med for pasienter, kan det påvirke en selv og hvordan man er i relasjon med andre. Dette gjelder videre dersom man stiller høye krav til seg selv, og ser spesielt godt det man ikke alltid mestrer. Da ser man en delpersonlighet man opplever som negativ. Ifølge Whitmore (2014) kan selvoppfattelsen gå ut over resultater i arbeid og videre påvirke ens livskvalitet.

Hos faktor 1 ligger, som tidligere nevnt, flere av utsagnene som går på egne følelser og behov i midten av sorteringsmatrisen. Her kan det tenkes at faktoren ikke er så bevisst egen opplevelse av seg selv, og hvor ens tanker og følelser kommer fra. Dersom man trekker dette sammen med forhold som er diskutert ovenfor, kan personer innenfor denne faktoren se seg selv på en måte som vil kunne ha negativ effekt for en selv og for hjelperelasjonen. Faktoren har for eksempel store krav i forhold til å kunne se muligheter og utfordringer på alle arenaer. Hvordan håndterer man det de gangene man ikke mestrer disse kravene? På en side kan det tenkes at dette kan være ekstra vanskelig for faktoren 1 som, ut fra tolkningen, ikke tar så mye hensyn til sitt eget. På en annen side, kan utsagnenes plassering gi inntrykk av at faktoren er bevisst seg selv og sine følelser, men at de opplever at det ikke påvirker i noen særlig grad. Eller videre at man arbeider for at sitt eget ikke skal påvirke hjelperelasjonen. Det kan også



tolkes som at faktoren velger hva man i visse situasjoner fokuserer på, og at faktoren i de fleste tilfeller velger å fokusere på det man faktisk har fått til. Noe som videre bekreftes av Per, samt ved at utsagn som handler om positive følelser når man opplever at man har gjort noe for pasient, har over middels psykologisk signifikans for faktoren.

Å ta seg tid og bruke ressurser til å jobbe med sin egen bevissthet som yrkesutøver, kan for mange føles unyttig. Når en pasient kommer til ergoterapeut for å få hjelp med tanke på en spesifikk årsak som for eksempel trykksår, kan det være noen som ikke opplever behov for annet enn spesifikk informasjon og behandling i forhold til å avlaste trykkpunktet. Alle pasienter man møter vil ikke nødvendigvis ha behov for å bli kjent med ergoterapeuten sin. Noen kan komme inn i all hast, og har det klart for seg hva de trenger og ikke trenger. Denne «type» hjelperelasjon trenger vel ikke mye bevissthet fra ergoterapeut sin side, eller? Dersom denne pasienten kommer til en ergoterapeut som lader med faktor 1, hvor ens tilgjengelige delpersonlighet er «den omsorgsfulle relasjonsbyggeren», kan det være en mulighet for at pasient ikke opplever å få dekket sitt behov. Hos en annen pasient, med samme utfordring, kan det være nettopp det han/hun trenger for å dele sine vansker og komme frem til løsninger tilpasset den enkelte. Da kreves det at ergoterapeuten bevisst tilpasser seg, og forsøker å velge en annen del av seg selv som kan være mer behjelpelig nettopp for denne pasientens behov.

Faktor 2 opplever å ha behov for faglig bekreftelse. Inntrykket er at det er betydningsfullt for faktoren å få gode resultater og annerkjennelse og støtte for arbeidet man gjør. Her kan det tenkes at faktoren har behov for bekreftelse og påminnelse på at arbeidet man gjør er godt nok, siden de ikke opplever det som nok å kunne gi seg selv bekreftelse. På den annen side, kan relevansen dette har for faktoren ses på som positivt, både for ens egen livskvalitet og for hjelperelasjoner. Faktoren vil kunne ha en større mulighet til å styre dette behovet siden en er bevisst. I kommende delkapittel drøftes det faglige, det private og hva som tolkes at faktorene legger i det å være en profesjonell ergoterapeut.

### **6.3.3 Ergoterapeut som profesjonell yrkesutøver**

Ut fra tolkningen av faktorbildene, har faktorene i denne studien noe ulikt syn på hva som vektlegges i det å være en profesjonell ergoterapeut. Begge faktorene er opptatt av å ha personlig interesse for faget og at evnen til å bygge en god relasjon er viktig, faktor 1 i noe høyere grad enn faktor 2. Den sistnevnte faktoren er spesielt opptatt av den faglige delen i det å være ergoterapeut, faktor 1 er ikke opptatt av dette i like stor grad. Så hva ligger det egentlig i det å være en profesjonell ergoterapeut og yrkesutøver?

Skau (2011) beskriver, som tidligere nevnt, det å være profesjonell som sammensatt. Personlig og profesjonell trenger ikke å være motsetninger, begrepene samlet kan beskrives som profesjonalitet. Den ideelle tilnærmingen i en hjelperelasjon vil være å integrere det personlige og profesjonelle som en helhet (Allgood & Kvalsund, 2005). Dette kan beskrives med begrepet profesjonalitet (Allgood & Kvalsund, 2005; Skau, 2011). Skillet mellom det private og det personlige er sentralt hos begge faktorene, inntrykket er at man ønsker å legge det private utenfor det profesjonelle. Videre at det er vanskelig å ha et tydelig skille mellom det private og det personlige.

Ut fra det helhetlige bildet av faktor 2, knyttes profesjonalitet opp mot det faglige, og det personlige blir sett på som mindre viktig i forhold. Det faglige virker videre å påvirke hvordan faktorens opplevelse av seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter. Det personlige og emosjonelle har ikke like stor betydning, og er i liten grad til stede i relasjonen. Dette kan sammenlignes med måten Rogers (1961) så på det å være profesjonell, at det er en emosjonell avstand i hvordan man møter personer, og i denne studien, pasienter på. På en annen side tar ikke faktoren helt avstand fra det emosjonelle dersom det kommer frem at pasient har et behov for en tilnærming hvor følelser er mer inne i hjelperelasjonen. Her er inntrykket at faktoren er personlig der pasienten har behov for det, men at det private i seg selv likevel ikke kommer frem. Slik forstår faktoren profesjonell som noe som er knyttet til det faglige, men det personlige er ikke helt fraværende. Hvordan man er i relasjon med hverandre har, som presentert i kapittel 5 og diskutert i kapittel 6.1, høy signifikans for faktor 2. På denne måten kan man si at profesjonalitet, slik det er forklart i avsnittet over, absolutt er til stede hos faktoren, samtidig er inntrykket at det faglige er viktigere enn det personlige.

Faktor 1 synes å ha et noe annerledes syn på profesjonalitet enn faktor 2 i det at det personlige er mer til stede. Samtidig er inntrykket at det faglige og det personlige stiller tilsynelatende likt, der er ikke en spesiell tydelighet rundt hva som er viktigst, slik det tolkes å være hos faktor 2. Dette inntrykket blir videre støttet av postintervjuene. Det kommer blant annet frem at Per ønsker å vise seg selv som en person, da han opplever at dette preger relasjonen og pasienten. Postintervjuinformanten beskriver at pasientene ofte deler mer dersom relasjonen legger til rette for det personlige, og at dette er positivt for videre intervensjon:

*Det hender at pasienter unnskylder seg når de gråter eller viser følelser, dette synes jeg ikke de skal føle at de må. I slike tilfeller viser jeg mer av meg selv som person, at jeg også kan være lei meg, at jeg også er en person, uten å nødvendigvis dele noe spesifikt og privat. Dette er ofte positivt for videre behandling.*

Det kommer frem i tolkningen av begge faktorbildene og postintervjuene at pasienten ofte har nok med seg selv, og at man da ikke ønsker å inkludere sitt eget private inn i relasjonen i tillegg siden det kan oppleves som unyttig, og for mye for pasienten. Faktor 1 trekker her frem at de, som det også kommer frem i sitatet over, likevel er opptatt av å vise seg selv som person dersom det gagnar pasienten. Refleksjonene faktor 1 og postintervjuinformanten trekker frem, kan støttes av teori fra Allgood og Kvalsund (2003, 2005), og fra Skau (2011) som forteller at hjelpepersonens åpenhet om seg selv som person er profesjonell når fokuset ligger på den hjelpetrengende og hans/hennes behov.

Hva er viktigst hos en ergoterapeut som profesjonell yrkesutøver? Kommer det faglige eller det personlige høyest? Må det egentlig være enten eller, eller kan det være både og? Ut fra teorien presentert om profesjonalitet over, vil «både og» være det ideelle. Som ergoterapeut er det ikke til å legge under en stol at man må ha faglig kunnskap for å utøve yrket. Samtidig er det et yrke hvor man møter personer med ulike utfordringer. I denne studien ble det sett på ergoterapeuter som møter pasienter som har en livsendrende sykdom eller skade. Menneskene man møter er forskjellige, og har forskjellige behov. Hvem man som ergoterapeut møter, vil trolig prege hvilke deler av profesjonalitet som er mest hensiktsmessig å inkludere i større eller mindre grad. Bevissthet rundt hvem man som ergoterapeut er, og hvilke delpersonligheter man har tilgjengelig, kan ut fra hva som ble drøftet i kapittel 6.3.2, hjelpe ergoterapeuter til å tilpasse seg etter den hjelpetrengende sitt behov.

Kort oppsummert har det i det i dette kapitlet blitt drøftet ulike perspektiver på hvordan ergoterapeuter opplever seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter. Relasjonen er viktig for begge faktorene i studien, men det er varierende syn på hva som er viktig. Faktorenes syn er videre blitt drøftet opp mot teori fra rådgivningsfeltet. Det er blant annet blitt sett på hvordan disse teoriene kan brukes i relasjoner mellom pasienter og ergoterapeuter.



## **7 Avslutning**

### **7.1 Studiens begrensninger**

Underveis i forskningsprosessen har jeg hele tiden arbeidet med meg selv og min rolle som forsker. Under innsamlingen av kommunikasjonsuniverset og utarbeidelse av P-utvalget, har jeg hatt høyt fokus på at studien ikke skulle bli for mye farget av meg. I ettertid er jeg som forsker tilfreds med arbeidet, både i forhold til meg selv og mine deltakere. Dersom jeg skulle gjennomført studien igjen, ville fokuset ha vært mer på fra hvem og fra hvor jeg samlet kommunikasjonsuniverset. Mitt inntrykk, er at de som ønsket å bidra med informasjon, var svært opptatt av relasjonens betydning, noe som kan ha preget informasjonen i kommunikasjonsuniverset. I utarbeidelsen av Q-utvalget, kunne jeg som forsker videre utforsket mer av innholdet i det eksperimentelle designet. Valg av effekter og nivåer har utelatt det som går på selvpoppfatning. Dersom oppfattelsen av seg selv hadde vært mer fremtredende i utsagnene, kunne funnene vært enda mer interessante. Kanskje kunne studien kommet nærmere innpå ergoterapeutene sitt indre.

P-utvalget av ergoterapeuter kunne til dels vært bredere. Jeg kunne samlet deltagere fra et større spekter av type arbeidsområder, og ikke bare forskjellige steder. En annen påvirkningsfaktor av funnene kan være studiens tematikk. At jeg i forkant av sorteringen informerte deltagerne om at studien handlet spesielt om relasjon. Min antagelse, er at den informasjonen kan ha påvirket sorteringene i noen grad. Det ble studert en spesifikk yrkesgruppe, noe som kan føre til like sorteringer. Dette var et valg jeg tok i forkant, da jeg ønsket å studere nettopp ergoterapeuter og jeg var åpen for at det kunne komme både like og ulike sorteringer.

Grunnet begrensninger i oppgavens omfang, opplevde jeg å måtte ta valg vedrørende innholdet i selve oppgaveteksten. Dette var for meg utfordrende. Den praktiske gjennomføringen av metoden, samt tolkningen av faktorene, er noe jeg som forsker gjerne kunne utdypet mer. Videre var det spesielt vanskelig å velge hva som skulle fokuseres på i drøftingskapitlet. I utdypningen av funnene opp mot teori, kunne jeg blant annet drøftet sammenhengen mellom uttrykte og faktiske teorier/handlinger hos faktorene. Om det er sammenheng mellom det man uttrykker og hva man faktisk gjør (Argyris, 2004). Det hadde også vært interessant å drøfte funnene opp mot hvordan relasjoner og hendelser i arbeid kan påvirke mennesker og hvilke konsekvenser dette kan ha for ergoterapeuter både som yrkesutøver og privatperson.

Selv om jeg ser tilbake på momenter som kunne vært gjort annerledes og innhold jeg gjerne kunne hatt med i oppgaveteksten, er jeg tilfreds med det som har kommet frem gjennom studien og hva jeg valgte å formidle i oppgaveteksten. Jeg er stolt av sluttproduktet, og er trygg på at jeg har arbeidet grundig gjennom hele prosessen.

## **7.2 Praktiske implikasjoner og videre forskning**

Hensikten med studien, var å undersøke ergoterapeuter sin opplevelse av seg selv og sin betydning i relasjon med pasienter. Gjennom studien kom det frem to syn på temaet. Jeg synes det er spennende å se at begge faktorene ønsker å være til best mulig hjelp for pasientene, og at hva det fokuseres på i hjelpetilnærmingen er noe ulikt. Kanskje kan studien bidra til økt bevissthet hos ergoterapeuter. Dette er med tanke på bevissthet rundt seg selv, og hvordan følelser, tilnærminger både hos pasient og ergoterapeut kan påvirke relasjonen. Funnene i studien kan ikke generaliseres til ergoterapeuter ut over denne studien, men de kan være med på å bidra til gjenkjennelse og en opplevelse av delte erfaringer. Det kan videre bidra til at ergoterapeuter kan ha en større forståelse for ulike syn og styrker i hverandres perspektiver.

I videre forskning kan det være interessant å se på pasientens opplevelse av ergoterapeuten og betydningen de faktisk opplever at hjelperelasjonen har. Det hadde videre vært nyttig å sammenligne de ulike perspektivene og finne ut av erfaringene til begge partene i relasjonen. Dette kunne vært nyttig lærdom for fremtidige hjelperelasjoner. Videre kunne det også vært interessant å spisse en studie inn på selve opplevelsen ergoterapeuter har av seg selv, og se på dette ut fra et helseperspektiv av yrkesutøveren. Det sistnevnte kunne for eksempel blitt studert gjennom både Q-metode og kvalitativt intervju, eventuelt en kombinasjon mellom de.

## **7.3 Avsluttende kommentarer**

Hensikten med denne studien har vært å undersøke ergoterapeuter sin subjektive opplevelse av seg selv og sin betydning. Svarene på problemstillingen har vært lange og tvetydige, slik subjektivitet ofte er. Intensjonen med studien, har vært å kunne bidra til økt kunnskap om ulike relasjonelle aspekter mellom pasient og ergoterapeut. Mange av funnene har vært potensielle bidrag til denne kunnskapen. Jeg har sett på noen, men utelukker ikke at også flere andre perspektiver hadde vært interessante for å svare på problemstillingen. Gjennom denne prosessen opplever jeg å ha lært mye. Jeg har sett hvordan jeg kan bruke kunnskap fra rådgivning som ergoterapeut, og opplever at oppgaven har gitt meg grunnlag til å ta masteren med ut i arbeidslivet. Dette gleder jeg meg veldig til! Jeg håper at du som leser opplever å ha tatt del i utviklingen, og at studien har vært en betydningsfull og nyttig reise for deg også.

## Litteraturliste

- Addams, H., & Proops, J. L. (2000). *Social discourse and environmental policy: an application of Q methodology*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Allgood, E. (1997). Persons in Relations. Operant Subjectivity. *Jornal of the International Society for the Scientific Study og Subjectivity* 18 (1-2). I: Kompendium, VLR3008 Fordypning I forskningsmetode. Trondheim: Kompendieforlaget, Tapir Akademiske Forlag
- Allgood, E., & Kvalsund, R. (2005). *Learning and Discovery for Professional Educators: Guides, Counselors, Teachers : an Interactive Experiential Approach to Practice and Research: 2*. Opplag.Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Allgood, E., & Kvalsund, R. (2008). Persons in relation: Dialouge as transformative learning in counseling. I: G. Garzina (Red.), *Santykis ir Pokytis. Tarpasmeninu rysiu gelmines prielaidosir pschihoterpija*. (s. 84-106). Vilnius: Universiteto Leidykla
- Allgood, E., & Kvalsund, R. (2009). Subjektivitet rundt hjelpeforholdet - en Q-metodologisk studie av erfaringer med hjelpeforhldet. I: R. Karlsdottir & R. Kvalsund (Red.), *Mentoring og coaching i et læringsperspektiv*. Trondheim: Tapir Akademisk Forl.
- Allgood, E., & Kvalsund, R. (2010). Q-metodologi, rådgivningsfeltet, delt subjektivitet og personer i relasjoner. I: E. Allgood & A. A. Thomas (Red.), *Q-metodologi - En velegnet måte å utforske subjektivitet* (s. 39-46). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Argyris, C. (2004). *Reasons and Rationalizations: The Limits to Organizational Knowledge*. Great Britain: Oxford University Press.
- Berner, K. (2010). Bruk av Q-metodologi i en masterstudie. I Thorsen, A. A., og Allgood, E. *Q-metodologi – En velegnet måte å utforske subjektivitet*. (s. 191-198). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.

- Borg, T., Rugne, U., Tjørnov, J., Brandt, Å., & Madsen J., A. (2007). *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. København: Munksgaard Danmark.
- Bruce, V., Young, W. A., (2012). *Face perception*. New York: Psychology Press.
- Brown, J. R. (1996). *The I in Science: Training to Utilize Subjectivity in Research*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Brown, M. Y. (2009). *Growing Whole. Self-realization for the great turning*. California: Psychosynthesis Press.
- Brown, S. R. (1980). *Political subjectivity: Applications of Q methodology in political science*. New Haven: Yale University Press.
- Brown, S. R. (1993). *AA Primer on Q Methodology* (Vol. 16, s. 91-138).
- Brown, S. R. (1996). *Q methodology and qualitative research*. *Qualitative Health Research*, 6, (s. 561-567).
- Buber, M. (1964). *Jeg og Du*. Danmark: Aarhus Amsttidenes Forlag.
- Dekkers, M. (2008). *Ergoterapeutisk undersøgelse*. København: Munksgaard Danmark.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, I. T. (2010). Erfaringer fra ungdommers deltagelse i Q-studie: Utarbeidelse av utsagn og gjennomføring av Q-sortering med ungdom under barnevernets omsorg. I: A. A. Thorsen & E. Allgood (Red.), *Q-metodologi - En velegnet måte å utforske subjektivitet*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Hansen, J. T. (2006). *Humanism as Moral Imperative: Comments on the role of Knowing in the Helping Encounter*. *Journal of Humanistic counseling, education and development*. Volume 45, S 115-125. I: NTNU, Pedagogisk institutt (2013), Kompendium, RAD3031 Rådgivningsteorier og metoder, Trondheim: Tapir akademisk forlag: kompendieforlaget
- Ivey, A. E., D'Andrea, M. J., & Ivey, M. B. (2012). *Theories of Counseling and Psychotherapy: A Multicultural Perspective: A Multicultural Perspective* (7 utg.). Los Angeles: Sage.



- Jordan, T. (2002). *Self-awareness, meta-awareness and the witness self*. Upublisert.  
<http://www.perspectus.se/tjordan/> : sett 30.05.15.
- Jung, C.G. (1965) *Memories, dreams, reflections*. NY:Vintage books
- Kielhofner, G. (2008). *MOHO - Model og Human Occupation: Theory and Application* (4 utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Kvalsund, R. (1998). *A theory of the person: a discourse on personal reality and explication of personal knowledge through Q-methodology - with implications for counselling and education* Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Kvalsund, R. (2005). *Coaching metode: prosess: relasjon*. Tønsberg: Synergy Publishing.
- Kvalsund, R., & Allgood, E. (2003). *Personhood, Professionalism and the Helping Relation: Dialogues and Reflections*. Trondheim: NTNU.
- Kvalsund, R., & Allgood, E. (2010). *Kommunikasjon som subjektivitet i en skoleorganisasjon*. I: A. A. Thorsen & E. Allgood (Red.), *Q-metodologi* (s. 47-81). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Nerdrum, P. (1997). *Hvor god er "den gode relasjon"?*. I: Olsen, B. C. R. & Bunkholdt, V. (red.), *Barnevernet – mangfold og mening: Festskrift til Gerd Haugen* (s. 67-89). Oslo: Tano Aschehoug.
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Sett 01.06.15. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Ness, N. E., (2002). *Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv: et historisk blikk på ideer som påvirker faget*. Hentet 01.06.15 fra: <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Fakta-om-ergoterapi/Historie>.
- NETF. (2012). *Hva er viktig i livet ditt? Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig!* Norges Ergoterapiforbund: Sett 01.06.15. Hentet fra: [file:///C:/Users/sara/Downloads/Brosjyre%20om%20ergoterapi%20A5\\_komprimert.pdf](file:///C:/Users/sara/Downloads/Brosjyre%20om%20ergoterapi%20A5_komprimert.pdf)

- Norges Ergoterapiforbund (2009-2015) *Ergoterapeuten: Fagbladserie*. Oslo: Den Norske Fagpresses Forening.
- Macmurray, J. (1961/1991). *Persons in Relation*. New York: Humanity Books.
- McIntosh, P. (2010). *Action Research and Reflective Practice: Creative and Visual Methods to Facilitate Reflection and Learning*: Hoboken : Taylor & Francis.
- McKeown, B., & Thomas, D. B. (2013). *Q methodology*. London: SAGE.
- Meyer, K., & Kvalsund, R. (2005). *Gruppeveiledning, læring og ressursutvikling*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Oterkiil, C. (2010). En Q-studie av skoleansattes opplevelse av behov og tilknyttet ledelse. I: E. Allgood & A. A. Thorsen (Red.), *Q-metodologi: En velegnet måte å utforske subjektivitet* (s. 141-154 ). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*: SAGE Publications.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og Mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. (1978). *Carl Rogers on personal power*, London: Constable.
- Schmolck, P. (2014). *The Q Method Page / PQMethod 2.3.5*. Sett og lastet ned 27.03.15.  
Hentet fra: <http://schmolck.userweb.mwn.de/qmethod/#PQMethod>
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4 utg.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Smith, N. W. (2001). *Current Systems in Psychology: History, Theory, Research, and Applications*: Belmont: Wadsworth/Thomson Learning (Kap. 11). Kompendium, VLR3008 Fordypning i forskningsmetode. Trondheim: Kompendieforlaget, Tapir Akademiske Forlag
- Stainton-Rogers, R. (1995). *Q-methodology*. I: R. Harre, L. V. Langenhove & J. A. Smith (Red.), *Rethinking methods in psychology* (pp. 178-192). London: SAGE.

- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: q-technique and its methodology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Stephenson, W. (1986). Protoconcurus: The concurse of communication. *Operant Subjectivity*, 9 (s. 37-58).
- Størksen, I. (2012). *Hva er q-metodologi, og hvordan kan den brukes i psykologien?* Tidsskrift for norsk psykologforening, 49 (s. 566-570).
- Svennungsen, H. O. (2011). *Making Meaningful Career Choices: A Theoretical and Q-methodological Inquiry*. Trondheim: NTNU Trykk
- Thorne, B., & Sanders, P. (2012). *Carl Rogers*. (3. utg.). London: Sage.
- Thorsen, A., & Allgood, E. (2010). *Q-metodologi: En velegnet måte å utforske subjektivitet*. Trondheim. Tapir Akademisk Forlag.
- Van Exel, J., & de Graaf, G. (2005). *Q methodology: A sneak preview*. Hentet fra: <http://www.qmethodology.net/PDF/Q-methodology>. Sett 26.02.15
- Watts, S., & Stenner, P. (2012). *Doing Q methodological research: theory, method & interpretation*. London: Sage.
- Whitmore, D. (2014). *Psychosynthesis counselling in action* (Vol. 4. Utgave). London: Sage.
- Wolf, A. (2010). Subjektivitet i Q-metodologi. I: A. A. o. A. Thorsen, Eleanor (Red.), *Q-metodologi: En velegnet måte å utforske subjektivitet* (s. 23-38). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- WHO. (2015). World Health Organization. Hentet fra: <http://www.who.int/en/>, Sett: 18.02.15.
- Øverland, K. (2010). *Barnehageansattes følelser og opplevelser i forbindelse med samlivsbrudd i barnehagen, studert ved hjelp av Q-metodologi*. I: E. Allgood & A. A. Thorsen (Red.), *Q-metodologi. En velegnet måte å utforske subjektivitet* (s. 155-170). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.



# Vedlegg

## Vedlegg 1: Forskningsdesign og utsagn sortert etter kombinasjoner

Effekter	Nivåer			Celler
Fokus	Saksorientert (A)	Proessorientert (B)		2
Bevissthet	Profesjonelle (C)	Personlige (D)		2
Relasjon	Avhengig (E)	Uavhengig (G)	Gjensidig avhengig (H)	3

### ACG Sak, Profesjonell, Avhengig

- 23 At jeg har faglig kunnskap er avgjørende for å kunne hjelpe pasienter med å nå deres mål, de er avhengig av meg og mine ressurser.
- 9 Når jeg er presset på tid, prioriterer jeg konkrete arbeidsoppgaver som må/forventes å gjøres, og åpner ikke opp for noe «ekstra».
- 12 I hvilken grad jeg har tro på pasient, trenger ikke nødvendigvis være avgjørende for deres mestring.
- 5 Å bruke mye tid på pasientens mål og ønsker er ikke alltid hensiktsmessig under tidspress, da jeg som oftest vet best hva som skal gjøres.

### ACG Sak, Profesjonell, Uavhengig

- 20 Jeg er trygg i min rolle som ergoterapeut og opplever meg selv som dyktig, og er ikke avhengig av ytre bekreftelser og støtte.
- 46 Man kan ikke spørre pasient om absolutt alt, jeg regner med at han/hun sier ifra dersom de har noe ekstra å si eller om de har behov for noe mer.
- 2 +5 Jeg klarer å unngå å overføre mine egne behov og følelser på andre, dette er viktig for å kunne ha en empatisk holdning.
- 4 I relasjon med pasienter opplever jeg mine personlige egenskaper som viktigere enn de faglige kunnskapene jeg innehar.

ACH Sak, Profesjonell, Gjensidig avhengig

- 18 Jeg er spesielt opptatt av brukermedvirkning, jeg er avhengig av at pasient aktivt bidrar i prosessen i den grad han/hun har mulighet til det.
- 33 Det er viktig at både pasient og jeg holder oss til det vi faktisk skal gjøre og/eller snakke om, unngå avsporinger.
- 36 Jeg opplever noen ganger at jeg kunne gjort så mye mer for pasienten dersom jeg hadde hatt og brukt mer tid og ressurser på han/henne, dette har en tendens til å okkupere tankene mine.
- 16 Pasient har også et ansvar i relasjonen, pasient og ergoterapeut er avhengige av hverandre i relasjonen, det er viktig at begge tar ansvar.

ADE Sak, Personlig, Avhengig

- 27 For å få motivasjon for videre arbeid, har jeg behov for gode resultater som gir meg mestringssopplevelse.
- 6 Det hender jeg tar på meg å gjøre mer enn jeg har kapasitet og/eller kompetanse til, her føler jeg meg hjelpeløs, og at jeg ikke strekker til slik jeg ønsker.
- 19 Det er en god greie når man (i ettertid) kan si at man har gjort noe for pasient, dette gir meg personlig noe positivt.
- 30 Man må fremstå som at man behersker det faget man har, ikke vise pasienten at man er usikker dersom man er det.

ADG Sak, Personlig, Uavhengig

- 24 Jeg arbeider ut fra utfordringer pasient har, jobber for å minske disse. Fokuserer lite på kontekst da det er nærmest umulig å ta med hele mennesket og omgivelsene hans/hennes.
- 3 Jeg skiller mellom meg som fagperson og person, og lar ikke vanskelige situasjoner på arbeid påvirke meg personlig.
- 21 Jeg bruker ikke tid og energi til å tenke på hva jeg burde og kunne gjort.
- 32 Jeg er trygg på meg selv, hva jeg kan og ikke kan, og går ikke inn i noe som er utenfor min kompetanse.

ADH Sak, Personlig, Gjensidig avhengig

- 28 Det er pasienten som kjenner seg selv best. Jeg jobber aktivt for å respektere og anerkjenne dette, men lykkes ikke alltid..
- 37 Gjensidighet i en relasjon mellom pasient og ergoterapeut er ikke en nødvendighet. En av partene vil alltid komme til å ha mest makt i møtet med den andre.
- 25 I relasjon med pasienter er jeg ikke veldig opptatt av å jobbe for å skape tillit til hverandre.
- 31 Jeg opplever ikke at pasient kan lære meg noe nytt, der er ikke noe behov for at jeg skal utvikle eller endre meg som ergoterapeut.

BCE                    Prosess, Profesjonell, Avhengig

- 1    Å utvikle en god relasjon med pasienten, er ikke avgjørende for at man som ergoterapeut skal kunne være til hjelp.
- 22  Tilnærmingen man har, om man er rolig, om man er trygg i rollen sin, opplever jeg har en påvirkning på pasienten.
- 26  Jeg setter stor pris på å arbeide sammen med andre. Vi kan være en bedre støtte for pasienten gjennom at man snakker med kollegaer om hvordan man har det.
- 15  Man bør være oppriktig til stede i møtet med pasient, være seg selv samtidig som ergoterapeut uten å spille en «rolle», men være ekte og ærlig.

BCG                    Prosess, Profesjonell, Uavhengig

- 14  I en behandlingsprosess hvor pasient uttrykker sterke vonde følelser eller sinne, fokuserer jeg på at dette er jobb og holder meg følelsesmessig unna.
- 38  I utfordrende situasjoner fokuserer jeg på hva jeg konkret kan bidra med som fagperson, her jobber jeg med meg selv for å komme gjennom prosessen på en best mulig måte.
- 34  Jeg forsøker å motivere pasientene mine i prosessen, men jeg opplever de som uinteressert, trekker jeg meg litt unna.
- 44  Jeg arbeider i relasjon med pasienter fordi det er jobb, jeg tar arbeidet og de jeg jobber med seriøst og er profesjonell, men er ellers ikke særlig interessert og engasjert ut over det.

BCH                    Prosess, Profesjonell, Gjensidig avhengig

- 35  Som profesjonell ergoterapeut er jeg åpen om egne følelser ovenfor pasient, dette kan være med på å bidra til en gjensidig relasjon.
- 13  Jeg er oppmerksom på forstyrrende elementer som gjør noe med pasienten (om det er noe spesielt de tenker på, at de ikke ser/hører tilstrekkelig, rom/plassering i rommet). Og løser opp i dette før vi går videre i prosessen.
- 45  Jeg opplever å være interessert i dem jeg jobber med, og engasjert i jobben min, dette tror jeg smitter.
- 40  Noen ganger opplever jeg at pasient overleverer all makt til meg, dette synes jeg er synd da vi er gjensidig avhengig av hverandre for å få best mulig utbytte av ergoterapien.

BDE                    Prosess, Personlig, Avhengig

- 41  Noen ganger opplever jeg at pasienter «treffer meg» personlig, dette kan være utfordrende i en prosess hvor jeg skal være hjelperen.
- 48  I relasjon med pasienter er jeg ikke så opptatt av at pasient skal føle seg sett og hørt av meg.
- 8    Man har behov for annerkjennelse og støtte for arbeidet man gjør. Å få dette fra pasienter og andre rundt er viktig.
- 29  Noen ganger er det vanskelig å møte pasient med en positiv holdning, spesielt når de ikke har det selv.

**BDG**                    **Prosess, Personlig, Uavhengig**

- 17 Jeg vektlegger god kommunikasjon med pasient, men opplever noen ganger at de tar for mye styringen og kontrollen selv. Det beste er om jeg har styringen på opplegget.
- 7 I relasjon med pasienter er det viktig å ha fokus på hele mennesket, se muligheter og hindringer/utfordringer på alle arenaer.
- 42 Selv om jeg er presset på tid, prioriterer jeg samtaler med pasienter som har behov for det.
- 11 Det har ikke så mye å si for pasient hvordan ergoterapeut fremtrer, det viktigste er at jeg legger til rette for god ergoterapi og gjør meg forstått, ellers har jeg lite påvirkning på han/henne.

**BDH**                    **Prosess, Personlig, Gjensidig avhengig**

- 47 Å kunne ha en relasjon med pasienter er utrolig givende og interessant, jeg er takknemlig for å få være en del av prosessen deres, selv om ting ikke alltid skjer slik man ønsker eller forventer.
- 43 Jeg jobber hardt for å motivere pasientene jeg har i ergoterapiprosessen. Den dagen jeg ikke orker å bry meg med det er det på tide med en pause fra yrket.
- 39 En god relasjon mellom pasient og ergoterapeut er viktig. Den bidrar et trygt, motiverende og tillitsfullt klima.
- 10 Det er viktig at man som fagperson holder noe følelsesmessig avstand til pasient, mine følelser og behov spiller liten rolle.



## Vedlegg 2: Infoskriv til pilotsortererere

### Spørsmål til deg som pilotsorterer

Tusen takk for at du stiller opp og vil hjelpe meg ved at du pilotsorterer!

Når du sorterer er det det noen ting jeg ønsker du skal tenke på og gi tilbakemelding til meg på. Dersom du du kommer opp med andre ting enn det jeg spør om, tar jeg imot de tilbakemeldingene også med stor takknemmelighet.

- Hvordan opplever du instruksjonsbeskrivelsen?
- Synes du det var balanse i utsagnene, eller var det f. eks. flere som du ønsket å ha på «mest likt meg»-siden?
- Er det noen utsagn du ikke forstår, eller synes er unødvendig eller dårlig skrevet?
- Synes du alle utsagnene holdt seg til temaet «ergoterapeuter sin opplevelse av seg selv i relasjon med pasienter med livsendrende sykdom/skade»?
- Er det noe som manglet, noe du tenker bør være med i utsagnene under dette temaet?
- Hvordan opplevde du å sortere? Satte det i gang tanker og følelser i deg (om det var ubehagelig, greit eller godt)?

Vennlig hilsen

Sara Elisabeth Hjelle

## Vedlegg 3: Instruksjonsbeskrivelse

### Instruksjon til deg som sorterer

Tusen takk for at du ønsker å være deltager i masteroppgaven min!

Her skal du sortere utsagnene etter hvordan du opplever deg selv i relasjon med pasienter som har livsendrende skade eller sykdom.

Din sortering er din subjektive oppfattelse av deg selv. Ingen sorteringer her er mer riktig enn andre.

#### Struktur for gjennomføring:

1. Les først alle utsagnene for å få en oversikt over hele innholdet.
2. Del så utsagnene i 3 noenlunde like grupperinger i samsvar med de betingelser som ligger i instruksjonen.
  - Gruppe a) de utsagnene som beskriver deg eller du er enig om (til høyre)
  - Gruppe b) de utsagnene som ikke beskriver deg eller du er uenig om (til venstre)
  - Gruppe c) de utsagnene som er mer nøytrale, som ikke gir så mye mening, virker tvetydige, tvilsomme, uklare eller motsigende (i mellom)
3. Du skal nå gjøre mer detaljerte fordelinger, der du skal velge ut tallverdier på hvert utsagn fra en skala på +6 til -6.
4. Først legg ut all utsagnene i gruppe a) de som er lik deg - les så gjennom dem igjen og velg ut et utsagn som er mest lik deg. Plasser utsagnet lengst til høyre, +6 i pakt med skjemaets mønster.
5. Deretter gjør det samme med gruppe b) de utsagnene som er mest ulik deg, og plasser deretter et utsagn som er mest ulik deg lengst til venstre, -6 i henhold til skjemaets mønster.
6. Gå så tilbake til de utsagnene som er mest lik deg og velg nå 2 som fortsatt er svært lik deg og plasser dem ved siden av utsagnet som du plasserte lengst til høyre, +5.
7. Gjør nå tilsvarende for den andre gruppen b) velg 2 utsagn og plasser dem på siden av utsagnet som du plasserte lengst til venstre,- 5.
8. Når du kommer til +4 kolonnen, plasser 3 utsagn først under +4 så 3 under -4. Plasser 4 utsagn under +3 så 4 under -3. Videre for + og -2, + og -1 og 0 rubrikkene er det de små nyansene som avgjør i hvilken kolonne du plasserer utsagnene. Vær nøye og bruk god tid til å være så nyansert som råd, pass på at du plasserer riktig antall utsagn i hver rubrikk. Plasserer 5 utsagn under +2, -2, 6 utsagn under +1, -1 og 6 utsagn under 0 (se skjemaets mønster). Det du har lagt i gruppe c skal også inn i disse feltene.

9. Når du nå har fullført fordelingen og plasseringen, se over den på nytt og avgjør om du er enig med deg selv - hvis det fortsatt er noe du er misfornøyd med, juster plasseringene slik at du blir fornøyd. Plasser utsagnenes nummer på skjemaet og lever dette. Lykke til!

#### Vedlegg 4: To ansikt og en vase i samme bilde



Hentet fra: Bruce, V., & Young, W. A. (2012) *Face perception* (s. 403). New York: Psychology Press.

## Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2  
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

Eleanor Allgood  
Institutt for voksnes læring og rådgivningsvitenskap NTNU

~~TRONDHEIM~~ TRONDHEIM

Vår dato: 02.02.2015

Vår ref: 41765 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

41765	<i>Hvordan opplever ergoterapeuter seg selv i hjelperelasjonen med pasienter som har livsendrende sykdom/skade?</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Eleanor Allgood
Student	Sara Elisabeth Hjelle

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 melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

~~Wenche Liland Espedal~~

~~Wenche Liland Espedal~~

Kontaktperson: ~~Wenche Liland Espedal~~

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorene / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uo.no](mailto:nsd@uo.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kjenn@svs.uib.no](mailto:kjenn@svs.uib.no)  
TRONHØI: NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsd@svf.uib.no](mailto:nsd@svf.uib.no)

## Vedlegg 6: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

### Forespørsel om deltagelse i masterstudie.

Jeg studerer master i Rådgivningsvitenskap ved NTNU. I den forbindelse skal jeg denne våren skrive en masteroppgave. Temaet for oppgaven er ergoterapeuters opplevelse av seg selv i relasjon med pasienter som har livsendrende sykdom eller skade. Her er det nødvendig å ha 15-20 ergoterapeuter som deltagere.

Metoden jeg bruker i denne studien, er Q-metode. Gjennom denne metoden studerer man menneskers subjektive opplevelser rundt et tema. Dette kommer frem ved at informanter sorterer utsagn om temaet i et sorteringsskjema hvor de skal rangeres på en skala fra -6 til +6. Hvor +6 er mest likt deg – og -6 er mest ulikt. Du vil få et skriv med nærmere informasjon om hvordan man skal sortere dersom du ønsker å delta. Det vil ta rundt 45 minutter.

Sorteringene kommer til å legges inn i et dataprogram for analysering. Her vil det deles inn i faktorer som representerer ulike syn ut fra sorteringene. I etterkant av dette, ønsker jeg å ha en uformell samtale med noen av dere som er mest lik de forskjellige synene. Dette er en hjelp for å få en bedre forståelse av de ulike synene.

Studien er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S, Person ombudet for forskning. Jeg har som forsker taushetsplikt, all informasjon er konfidensiell, bare jeg vil ha tilgang til den og vil slette alt det ved studieslutt. Ingen enkeltpersoner vil videre bli gjenkjent i den endelige masteroppgaven. Deltagelse i studien er frivillig, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn, da vil info fra deg slettes.

Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen, kan du gjerne signere samtykkeerklæringen som er vedlagt dersom den ser grei ut og levere den til meg.

Bare ta kontakt hvis det er noe du lurer på, både per mail og/eller telefon:

[Redacted contact information]

Du kan også kontakte min veileder, Eleanor Allgood på mail dersom du ønsker det:

[Redacted contact information]

Vennlig hilsen

Sara Elisabeth Hjelle

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt informasjon om – og ønsker å delta på studien av «ergoterapeuter sin opplevelse av seg selv i relasjon med pasienter som har livsendrende sykdom eller skade».

Dato og deltagers signatur

.....

Mailadresse

.....

Telefonnummer

.....

## Vedlegg 7: Gjennomsnittssorteringer

### 7.1 Gjennomsnittlig sortering av faktor 1

48	25	5	1	12	4	3	2	8	22	18	15	7
	31	11	17	14	20	9	6	13	42	19	39	
		24	37	34	21	10	23	16	45	47		
			44	35	29	32	27	26	43			
				46	30	36	28	38				
					33	40	41					

### 7.2 Gjennomsnittlig sortering av faktor 2

4	11	25	20	1	3	7	15	2	8	22	13	23
	36	41	35	14	6	9	33	5	16	27	18	
		44	40	21	26	10	34	12	45	39		
			48	31	29	19	42	17	38			
				43	30	28	46	24				
					32	37	47					



## Vedlegg 8: Diskriminerende utsagn

		Faktor 1	Faktor 2
4	I relasjon med pasienter opplever jeg mine personlige egenskaper som viktigere enn de faglige kunnskapene jeg innehar.*	-1	-6
5	Å bruke mye tid på pasientens mål og ønsker er ikke alltid hensiktsmessig under tidspress, da jeg vet best hva som skal gjøres.*	-4	2
6	Det hender jeg tar på meg å gjøre mer enn jeg har kapasitet og/eller kompetanse til, her føler jeg meg hjelpeløs, og at jeg ikke strekker til slik jeg ønsker.	1	-2
7	I relasjon med pasienter er det viktig å ha fokus på hele mennesket, se muligheter og hindringer/utfordringer på alle arenaer.*	6	0
12	I hvilken grad jeg har tro på pasient, trenger ikke nødvendigvis være avgjørende for deres mestring.*	-2	2
13	Jeg er oppmerksom på forstyrrende elementer som gjør noe med pasienten (om det er noe spesielt de tenker på, at de ikke ser/hører tilstrekkelig, rom/plassering i rommet). Og løser dette før vi går videre i prosessen.*	2	5
15	Man bør være oppriktig til stede i møtet med pasient, være seg selv samtidig som ergoterapeut uten å spille en «rolle», men være ekte og ærlig.*	5	1
17	Jeg vektlegger god kommunikasjon med pasient, men opplever noen ganger at de tar for mye styringen og kontrollen selv. Det beste er om jeg har styringen på opplegget.*	-3	2
19	Det er en god greie når man (i ettertid) kan si at man har gjort noe for pasient, dette gir meg personlig noe positivt.*	4	0
20	Jeg er trygg i min rolle som ergoterapeut og opplever meg selv som dyktig, og er ikke avhengig av ytre bekreftelser og støtte.	-1	-3
23	At jeg har faglig kunnskap er avgjørende for å kunne hjelpe pasienter med å nå deres mål, de er avhengig av meg og mine ressurser.*	1	6
24	Jeg arbeider ut fra utfordringer pasient har, jobber for å minske disse. Fokuserer lite på kontekst da det er nærmest umulig å ta med hele mennesket og omgivelsene hans/hennes.*	-4	2
26	Jeg setter stor pris på å arbeide sammen med andre. Vi kan være en bedre støtte for pasienten gjennom at man snakker med kollegaer om hvordan man har det.*	2	-1
27	For å få motivasjon for videre arbeid, har jeg behov for gode resultater som gir meg mestringsopplevelse.*	1	4

31	Jeg opplever ikke at pasient kan lære meg noe nytt, der er ikke noe behov for at jeg skal utvikle eller endre meg som ergoterapeut.*	-5	-2
34	Jeg forsøker å motivere pasientene mine i prosessen, men jeg opplever de som uinteressert, trekker jeg meg litt unna.*	-2	1
36	Jeg opplever noen ganger at jeg kunne gjort så mye mer for pasienten dersom jeg hadde hatt og brukt mer tid og ressurser på han/henne, dette har en tendens til å okkupere tankene mine.*	0	-5
37	Gjensidighet i en relasjon mellom pasient og ergoterapeut er ikke en nødvendighet. En av partene vil alltid komme til å ha mest makt i møtet med den andre.	-3	0
40	Noen ganger opplever jeg at pasient overleverer all makt til meg, dette synes jeg er synd da vi er gjensidig avhengig av hverandre for å få best mulig utbytte av ergoterapien.*	0	-3
41	Noen ganger opplever jeg at pasienter «treffer meg» personlig, dette kan være utfordrende i en prosess hvor jeg skal være hjelperen.*	1	-4
43	Jeg jobber hardt for å motivere pasientene jeg har i ergoterapiprosessen. Den dagen jeg ikke orker å bry meg med det er det på tide med en pause fra yrket.*	3	-2
46	Man kan ikke spørre pasient om absolutt alt, jeg regner med han/hun sier ifra dersom de har noe ekstra å si eller om de har behov for noe mer.*	-2	1
47	Å kunne ha en relasjon med pasienter er utrolig givende og interessant, jeg er takknemlig for å få være en del av prosessen deres, selv om ting ikke alltid skjer slik man ønsker eller forventer.*	4	1

## Vedlegg 9: Konsensusutsagn

		Faktor 1	Faktor 2
1	Å utvikle en relasjon med pasienten, er ikke avgjørende for at man som ergoterapeut skal kunne være til hjelp.*	-3	-2
2	Jeg klarer å unngå å overføre mine egne behov og følelser på andre, dette er viktig for å kunne ha en empatisk holdning*	1	2
3	Jeg skiller mellom meg som fagperson og person, og lar ikke vanskelige situasjoner på arbeid påvirke meg personlig.*	0	-1
6	Det hender jeg tar på meg mer enn jeg har kapasitet og/eller kompetanse til, her føler jeg meg hjelpeløs, og at jeg ikke strekker til slik jeg ønsker.	1	-2
8	Man har behov for anerkjennelse og støtte for arbeidet man gjør. Å få dette fra pasienter og andre rundt er viktig.*	2	3
9	Når jeg er presset på tid, prioriterer jeg konkrete arbeidsoppgaver som må/forventes å gjøres, og åpner ikke opp for noe «ekstra».*	0	0
10	Det er viktig at man som fagperson holder noe følelsesmessig avstand til pasienten, mine følelser og behov spiller liten rolle.*	0	0
11	Det har ikke så mye å si for pasient hvordan ergoterapeut fremtrer, det viktigste er at jeg legger til rette for god ergoterapi og gjør meg forstått, ellers har jeg lit påvirkning på han/henne.*	-4	-5
14	I en behandlingsprosess hvor pasient uttrykker sterke vonde følelser eller sinne, fokuserer jeg på at dette er jobb og holder meg følelsesmessig unna.*	-2	-2
16	Pasient har også et ansvar i relasjonen, pasient og ergoterapeut er avhengige av hverandre i relasjonen, det er viktig at begge tar ansvar.*	2	3
18	Jeg er spesielt opptatt av brukermedvirkning, jeg er avhengig av at pasient aktivt bidrar i prosessen i den grad han/hun har mulighet til det.*	4	5
20	Jeg er trygg i min rolle som ergoterapeut og opplever meg selv som dyktig, og er ikke avhengig av ytre bekreftelser og støtte.	-1	-3
21	Jeg bruker ikke tid og energi til å tenke på hva jeg burde og kunne gjort.*	-1	-2
22	Tilnærmingen man har, om man er rolig, om man er trygg i rollen sin, opplever jeg har påvirkning på pasienten.*	3	4
25	I relasjon med pasient er jeg ikke veldig opptatt av å jobbe for å skape tillit til hverandre.*	-5	-4
28	Det er pasienten som kjenner seg selv best. Jeg jobber aktivt for å respektere og anerkjenne dette, men lykkes ikke alltid.*	1	0
29	Noen ganger er det vanskelig å møte pasient med en positiv holdning spesielt når de ikke har det selv. *	-1	-1
30	Man må fremstå som at man behersker det faget man har, ikke vise pasienten at man er usikker dersom man er det. *	-1	-1
32	Jeg er trygg på meg selv, hva jeg kan og ikke kan, og går ikke inn i noe som er utenfor min kompetanse. *	0	-1

33	Det er viktig at både pasient og jeg holder oss til det vi faktisk skal gjøre og/eller snakke om, unngå avsporinger.*	-1	1
35	Som profesjonell ergoterapeut er jeg åpen om egne følelser ovenfor pasient, dette kan være med på å bidra til en gjensidig relasjon.*	-2	-3
37	Gjensidighet i en relasjon mellom pasient og ergoterapeut er ikke en nødvendighet. En av partene vil alltid komme til å ha mest makt i møtet med den andre.	-3	0
38	I utfordrende situasjoner fokuserer jeg på hva jeg konkret kan bidra med som fagperson, her jobber jeg med meg selv for å komme gjennom prosessen på en best mulig måte.*	2	2
39	En god relasjon mellom pasient og ergoterapeut er viktig. Den bidrar til et trygt, motiverende og tillitsfullt klima.*	5	4
42	Selv om jeg er presset på tid, prioriterer jeg samtaler med pasienter som har behov for det.*	3	1
44	Jeg arbeider i relasjon med pasienter fordi det er jobb, jeg tar arbeidet og de jeg jobber med seriøst og er profesjonell, men er ikke særlig interessert og engasjert ut over det.*	-3	-4
45	Jeg opplever å være interessert i dem jeg jobber med, og engasjert i jobben min, dette tror jeg smitter.*	3	3
48	I relasjon med pasient er jeg ikke så opptatt av at pasient skal føle seg sett og hørt av meg.*	-6	-3

**Vedlegg 10: Hjulet**



Eget bilde