

**BACHELOROPPGAVE:**

**MÅL MÅ BLI SATT AV BRUKEREN,  
IKKE FOR BRUKEREN**

(Pollock, Missiuna og Rodger, 2010, s. 114)

Ungdommer med cerebral pareses mulighet til å medvirke i målsettingsprosesser.

**FORFATTERE: FREDRIK ATILA KØNYE OG**

**JOSTEIN GANGSØY EIDE**

**Dato: 05. mai 2017**

## SAMMENDRAG

Tittel:	Mål må bli satt av brukeren, ikke for brukeren	Dato : 5. mai 2017
	(Pollock, Missiuna og Rodger, 2010, s. 114)	
	Ungdommer med cerebral pareses mulighet til å medvirke i målsettingsprosesser.	
Deltaker:	Fredrik Attila Kønne Jostein Gangsøy Eide	
Veileder:	Linda Stigen	
Nøkkelord:	“ergoterapi” “cerebral parese” “målsetting” “ungdom” “kollaborativ målsetting” “brukermedvirkning”	
Antall sider/ord: 48 / 9797	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått (ja/nei): ja
<b>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</b>		
Problemstilling: <i>Hvordan arbeider kommunale ergoterapeuter slik at ungdom 12 - 18 år med cerebral parese har mulighet til å medvirke i målsettingsprosesser?</i>		
Metode: Kvalitativ metode ble anvendt som forskningsstrategi, ved bruk av semistrukturerte intervjuer av tre kommunale ergoterapeuter. Intervjuene ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse og hovedtemaer ble identifisert.		
Resultat: Resultatene fra intervjuene viser at de kommunale ergoterapeutene arbeider for å skape et tillitsforhold med ungdommen over tid, og de bruker dette som et fundament for målsettingsprosessene. Ergoterapeutene forteller at de aktivt arbeider for å la ungdommen medvirke ved å vektlegge ungdommens ønsker under målsettingsprosessene, og bygger videre på ungdommens mål ved å dele opp og konkretisere målene til ungdommen.		
Diskusjon: Resultatet og funnene fra intervjuene ble diskutert opp mot relevant forskning og teori, og ergoterapeutenes utsagn ble gjort rede for og satt opp mot hverandre.		
Konklusjon: Funnene i denne oppgaven viser at de kommunale ergoterapeutene arbeider for å bygge et gjensidig tillitsforhold med ungdommen over tid, gjør ungdommen til en aktiv deltager i målsettingsprosessene, og har et helsefremmende perspektiv hvor de legger stort fokus på å underbygge ungdommens motivasjon, ved at mål blir satt av ungdommen, ikke for ungdommen.		

## ABSTRACT

Title:	“Goals need to be set by the client, not for the client” (Pollock, Missiuna og Rodger, 2010, s. 114)	Date : May 5th, 2017
Adolescents with cerebral palsys opurtunity to participate in goal setting processes		
Participants:	Fredrik Attila Kønne Jostein Gangsøy Eide	
Supervisor:	Linda Stigen	
Keywords:	“occupational therapy” “cerebral palsy” “goal setting” “adolescents” “coallbortive goal setting” “user involvement”	
Number of pages/words: 48 / 9797	Number of appendix: 3	Availability (open/closed): open
<b>Short description of the bachelor thesis:</b>		
Issue: <i>How does public occupational therapists work so that adolescents 12 - 18 years with cerebral palsy have the opportunity to contribute in goal setting processes?</i>		
Method: Qualitative method was used, and semi-structured individual interviews was conducted with three public working occupational therapists. The interviews were analyzed by the usage of qualitative content analysis and the main themes were identified.		
Results: The results from the interviews shows that the public occupational therapists are working towards creating a trusting relationship with the adolescents over time, and uses this as a foundation for the goal setting processes. The occupational therapists explains that they actively work towards letting the adolescents become involved, by focusing upon the adolescents wishes when conducting goals, and are building upon the goals of the adolescents, by picking apart, and concretizing the goals of the adolescents.		
Discussion: The results and findings from the interviews were discussed against relevant research and literature, and the respondents' statements was accounted for and set up against each other.		
Conclusion: The findings in this study shows that the public occupational therapists are working towards building a mutual trusting relationship with the adolescents over time, makes the adolescents an active participant in the goal setting processes, and has a perspective towards health promotion by focusing on building upon the adolescents motivation, so that goals are set by the adolescent, not for the adolescent.		

# Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	5
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2. Problemstilling.....	6
1.3. Avgrensning og presisering av problemstilling.....	7
1.4. Oppgavens formål.....	8
1.5. Forskning på området.....	8
2. Teori.....	9
2.1. Teoretisk rammeverk.....	9
2.1.1. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement - CMOP-E.....	9
2.2. Relevant teori.....	10
2.2.1. Cerebral parese.....	10
2.2.2. Medvirkning og Brukermedvirkning.....	10
2.2.3. Relasjonsbygging.....	11
2.2.4. Salutogenese.....	11
2.2.5. Empowerment.....	12
2.2.6. Klientsentrert muliggjørelse.....	12
2.2.7. Canadian Occupational Performance Model (COPM).....	13
2.4. Begrepsavklaring.....	13
2.4.1. Begreper fra problemstilling.....	13
2.4.2. Avklaring av sentrale begreper.....	14
3. Metode.....	15
3.1. Valg av metode.....	15
3.2. Utvalg av informanter.....	15
3.3. Etske betraktninger.....	16
3.4. Redegjørelse for egen forståelse.....	17
3.5. Intervjuguide.....	18
3.6. Forberedelser og praktisk gjennomførelse av intervjuer.....	18
3.7. Fra intervju til rådata.....	19
3.8. Systematisering av data.....	19
3.9. Litteratur og teori.....	20

4. Resultat.....	21
4.1. Relasjonsbygging og tillit .....	21
4.2. Medvirkning i målsettingsarbeidet.....	23
4.3. Realitetsorientering og realistiske mål .....	25
5. Diskusjon.....	27
5.1. Relasjonsbygging og tillit .....	27
5.2. Medvirkning.....	29
5.3. Realitetsorientering og realistiske mål .....	32
5.4. Metodekritikk.....	35
6. Konklusjon .....	36
7. Litteraturliste .....	37
Vedlegg .....	44
Vedlegg 1: Søking og resultater .....	44
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	45
Vedlegg 3: Invitasjon til informanter .....	47

# 1. Innledning

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Ergoterapeuter arbeider i dag med barn som har cerebral parese (CP) innen ulike områder av de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Åldstedt, 2006, s. 116). Hovedfokuset til ergoterapeuten vil alltid være meningsfull aktivitet og deltagelse for barnet, uavhengig av arbeidsområdet (ibid). Åldstedt (2006, s. 259) konstaterer at brukermedvirkning er en sentral del i habiliteringsarbeidet og at ergoterapeutene må bli flinkere til å utforske hva barnet selv ønsker å gjøre.

I årsmeldingen til Helse- og omsorgsdepartementet (2016) om kvalitet og pasientsikkerhet peker hovedtrekkene på utfordringer i forhold til medvirkning. Det beskrives store forskjeller i det kommunale helsetilbudet, spesielt for barn og unge voksne, hvor mange brukere opplever at deres behov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt, og at de ikke får utøve sin rett til medvirkning og medbestemmelse i sitt eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Ifølge Hoel og Andersen (2011, s. 157) må barn få erfaringen av at de kan påvirke og ta avgjørelser på egenhånd, og at disse avgjørelsene ikke er prisgitt de voksne. Barn må få være med på å bestemme mer når det kommer til innhold i intervensjonene som blir satt i gang, etterhvert som de blir eldre (ibid). Dette vil være en god forberedelse for barnet til å ta ansvar for egen helse og eget liv etterhvert som det blir eldre (ibid). I følge Barnelova (1981, §31) skal det legges stor vekt på hva barnet mener fra det året barnet er fylt 12 år. Forelderene er også lovpålagte å gi barnet stadig større selvråderett med alderen og fram til det fyller 18 år (ibid, §33). Ungdomstiden vil med dette blant annet innebære større selvstendighet for barnet. Denne perioden i livet er en distinkt utviklingsfase karakterisert blant annet av vekst, utvikling og selvbestemmelse (Vroman, 2015, s. 124). Ergoterapeuter har mulighet til å legge til rette for utvikling i ungdomstiden hos ungdommer med funksjonsnedsettelse ved å tilby evaluering og intervensjoner som gjør det mulig for ungdommer med å adressere egne utfordringer og funksjonsnedsettelser. Med dette gis ungdommene mulighet til å tilegne seg ferdigheter slik at de kan delta i sosiale og faglige aktiviteter på skolen og i samfunnet (ibid, s. 123).

Norsk Ergoterapeutforbund (2014) mener at offentlige tjenester i Norge har store utfordringer med å legge til rette for individuelt planlagte forløp, spesielt ved ulike overganger i livet, som transisjonen mellom spesialist- og kommunehelsetjenester, overgangen fra foreldrenes hjem til eget hjem, og fra barne- til voksentjenester. Ergoterapeuter har i dag et ansvar med å veilede klienter til å ta valg som muliggjør deres mål (Townsend, *et al.*, 2008a, s. 171), noe som gjør målsettingsarbeidet til en betydelig del av ergoterapeutenes praksis i møte med pasienter og brukere. Det er viktig å underbygge barns selvstendighet da det kan være lett for personene rundt barnet å ta beslutninger på vegne av barnet, noe som kan føre til at barnet blir avhengig av at valg blir tatt for dem av andre (Tollefsen, Nielsen og Ottersen, 2011, s. 170). Dette kan bli vanskelig å vende når barnet etter hvert blir voksen, og det er forventet å ta beslutninger for eget liv (*ibid*). Det er altså viktig at ungdom med cerebral parese opparbeider erfaring og selvtillit ved å sette seg inn i og bestemme og medvirke i tiltak som angår dem selv. Det å inkludere barnet i bestemmelse av omfang og innhold i trening og tiltak er ifølge Hoel og Andersen (2011, s. 157) “en god forberedelse til selv å ta ansvar for egen helse og eget liv”.

I følge FNs barnekonvensjon skal barn som er istand til å formulere egne meninger gis mulighet til fritt å gjøre dette i alle tiltak som involverer barnet og barnets synspunkter skal bli vektlagt i samsvar med barnets alder og modenhet (UN General Assembly, 1989).

Ergoterapeutens samarbeid med barn som har cerebral parese og barnets foreldre vil være styrende for ergoterapeutens arbeid, og brukermedvirkning vil på denne måten til en hver tid bli ivarettatt (Åldstedt, 2006, s. 117). Brukermedvirkning blir med dette et sentralt aspekt ved ergoterapeutens arbeid med barn som har cerebral parese og ”bare ved å ta utgangspunkt i barnets ønsker kan vi utnytte barnets motivasjon, som er den mest sentrale faktor for utvikling av mestring.” (Åldstedt, 2006, s. 174).

## **1.2. Problemstilling**

Årsmeldingen til Helse- og omsorgsdepartementet (2016) om kvalitet og pasientsikkerhet, peker blant annet på utfordringer i forhold til medvirkning i kommunale helse- og omsorgstjenester, spesielt i forhold til barn og unge voksne. Norsk ergoterapeutforbund (2014) er også av den mening at offentlige tjenester har store utfordringer med å legge til rette for individuelle planlagte forløp ved overgangen fra barn- til voksenlivet. På bakgrunn av dette vil denne oppgaven se nærmere på følgende problemstilling.

*Hvordan arbeider kommunale ergoterapeuter slik at ungdom 12 - 18 år med cerebral parese har mulighet til å medvirke i målsettingsprosesser?*

### **1.3. Avgrensning og presisering av problemstilling**

I denne oppgaven er problemstillingen avgrenset til å omhandle ungdom fra 12 - 18 år med cerebral parese. Cerebral parese er en livslang funksjonshemming. På tross av dette stopper systematisk oppfølging når personer med CP er fylt 18 år (Jahnsen, 2006, s. 18). Etter fylte 18 år er det opp til ungdommen selv å uttrykke behov for oppfølging og tiltrengt helsehjelp (ibid, s. 75). Det sees dermed på som relevant at ungdom med cerebral parese selvstendigjøres gradvis opp mot voksen alder slik at de etter hvert kan ta selvstendige valg for eget liv og egen helse. Det at barnet får være med å bestemme omfang og innhold i trening og tiltak er ifølge Hoel og Andersen (2011, s. 157) en god måte å selvstendiggjøre barnet på. På bakgrunn av dette avgrenses problemstilling til ungdommer i kommunehelsetjenesten. Dette er fordi ungdomsalderen er spesielt den alderen personen skal utvikle selvstendighet (Jacobsen, 2011), og det er kommunehelsetjenesten som står for den dagligdagse oppfølgingen av barn og unge med CP med samtaler, intervju og kartlegging av omgivelsesfaktorer (Åldstedt, 2006, s. 116-117).



## 1.4. Oppgavens formål

Hensikten med denne oppgaven er å bidra til ny innsikt og mer kunnskap om fagfeltets praksis innenfor målsettingsarbeid med brukergruppen ungdom fra 12 - 18 år som har cerebral parese. Målet med oppgaven er å belyse og eventuelt bidra til kunnskap i form av å undersøke hvordan ergoterapeuter arbeider med å sette mål sammen med ungdom som har cerebral parese i dag. Metoden vi valgte var å intervjuere yrkesaktive kommuneergoterapeuter som arbeider med brukergruppen. Hensikten med bruk av intervju som metode er å produsere intervjukunnskap, som bringes fram i kommunikasjonen mellom intervjuer og intervjuperson (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 76).

## 1.5. Forskning på området

Kollaborativ målsetting er i dag betraktet som den beste praksisen i relasjon til å sette mål sammen med bruker (Costa, Brauchle og Kennedy-Behr, 2016, Brewer, Pollock og Wright, 2014 og Gan, *et al.*, 2008). Costa, Brauchle og Kennedy-Behr (2016) viser til forskning som påpeker at det å involvere brukeren i målsettingsprosessen kan resultere i et forbedret behandlingsutbytte. Ifølge Gan, *et al.*, (2008) er overgangen fra ungdom til voksen et kritisk veiskille for ungdom med funksjonshemminger, og en overgang som blant annet kan innebære at ungdommen gradvis går over til å leve et mer selvstendig liv. I overgangen til voksenlivet trenger ungdom å utvikle sine ferdigheter også når det gjelder beslutningsprosesser, selvsikkerhet, egenomsorg og til å kunne fremme sin sak (*self-advocacy*) slik at de kan håndtere nødvendige helsetjenester på egenhånd (*ibid*). Ifølge Costa, Brauchle og Kennedy-Behr (2016) er det å investere tid i å utforske barnas meninger et essensielt aspekt for å fremme barnets helse.

## 2. Teori

I dette kapittelet vil det bli presentert litteratur og teori anvendt for å belyse og besvare problemstillingen. Det teoretiske rammeverket vil bli presentert, videre vil relevante teorier trekkes inn, og til slutt vil det redegjøres for sentrale begreper i oppgaven.

### 2.1. Teoretisk rammeverk

#### 2.1.1. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement - CMOP-E

Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) tar sikte på å identifisere de grunnleggende egenskapene ved menneskers meningsfulle aktiviteter (Polatajko, *et al.*, 2008a, s. 82). CMOP-E modellen skal forstås som et bilde av den interaksjonen som fører til aktivitetsutførelsen (Polatajko, *et al.*, 2008b, s. 60). Personen blir i CMOP-E delt inn i tre utøvelseskomponenter, den kognitive, den affektive og den fysiske, mens det åndelige står i sentrum (ibid). Personen er omsluttet av sine omgivelser som viser til at hen påvirkes av fysiske, institusjonelle, kulturelle og sosiale omgivelser (ibid). Meningsfulle aktiviteter blir framstilt som en bro mellom personen og omgivelsene, og deles inn i egenomsorg, produktivitet og fritid (ibid). Modellen poengterer at ergoterapeutens sentrale interesse er meningsfulle aktiviteter, og avgrenser dermed ergoterapeutens interesse for person og omgivelser (ibid).

## **2.2. Relevant teori**

### **2.2.1. Cerebral parese**

Cerebral parese er en diagnose som betegner flere ulike former for motorisk funksjonshemming (Andersen, u.å.). Skaden stammer fra den umodne hjernen og erverves fra svangerskapet og fram til barnet er blitt 2 år gammelt (ibid). Et kjennetegn ved cerebral parese er at den ikke er progredierende, men statisk (ibid). Hvilke symptomer som forekommer er avhengig av skadens lokalisasjon og størrelse (ibid).

Åldstedt (2006, s. 13) poengterer at nyere kunnskap innen nevrobiologi og ny forståelse frembragt av ulike referanserammer, fører til at definisjonen på CP har behov for en revurdering og oppdatering, og følgende definisjon blir da presentert:

*Cerebral palsy (CP) describes a group of disorders of the development of movement and posture, causing activity limitation, that are attributed to non-progressive disturbances that occurred in the developing fetal or infant brain. The motor disorders of cerebral palsy are often accompanied by disturbances of sensation, cognition, communication, perception, and/or behavior, and/or by a seizure disorder (Rosenbaum, et al., 2005).*

Vanlige symptomer ved cerebral parese er vanskeligheter med grovmotorikk (f.eks. krabbe, sitte, gå og løpe), vanskeligheter med finmotorikk (f.eks. tegne, skrive og snakke), innlæringsvansker, vanskeligheter med øye-/hånd-koordinasjon og unormal oppfattelse og bearbeiding av sanseintrykk (Andersen, u.å.). Det kan også oppstå ulike tilleggsvansker som følger av diagnosen cerebral parese som går på nedsatt sansefunksjon, problemer med kommunikasjon, kognisjon, persepsjon og/eller epilepsi. (ibid).

### **2.2.2. Medvirkning og Brukermedvirkning**

Medvirkning, i oppgavens forstand, refererer til at barnet (eller den unge) får tilstrekkelig og tilpasset informasjon og fritt får gi uttrykk for sine synspunkter (Forskrift om medvirkning og tillitsperson, 2014, §3). Barnet skal bli hørt og barnets synspunkter skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet (ibid).

“Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem” (Helsedirektoratet, 2017).

Brukermedvirkning kan praktiseres både på individnivå, klinikknivå og systemnivå (Bahus, 2015). Fokuset i oppgaven er avgrenset til brukermedvirkning på individnivå med vekt på den enkeltes mulighet til å påvirke sitt eget hjelpe- og behandlingstilbud, hvor bruker blir tatt med for å utforme en behandling som er skreddersydd individuelt for individet (ibid). På denne måten kan fagkompetanse og brukerkompetanse utfylle hverandre (ibid).

### **2.2.3. Relasjonsbygging**

Relasjon beskrives av Eide & Eide (2007, s. 17) som “forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker”.

Evnene til å bygge gode relasjoner er viktig i et profesjonelt pasient- og brukerforhold (Eide & Eide, 2007). Barn har et behov for å bli møtt med respekt og aksept (ibid, s. 140). Dette fører videre til at barnet utvikler et sunt og godt selvbilde, utfolder seg selv som person og føler seg verdsatt og forstått (ibid).

### **2.2.4. Salutogenese**

Begrepet salutogenese blir beskrevet av Mæland (2016) til å omhandle fokuset på de helsefremmende faktorene. I et salutogent perspektiv sees helse som “en ressurs som kan bygges opp eller brytes ned gjennom livsløpet.” (ibid, s. 78). Salutogenese omhandler fokuset på de helsefremmende faktorene som styrker helsen framfor å fokusere på de ulike faktorene som hemmer helsen, eller fremmer sykdom, det vil si patogenese (Mæland, 2016). En viktig salutogen faktor “er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende (“sense of coherence”)” (Mæland, 2016, s. 78, som sitert i Antonovsky, 2012). Sense of coherence “er nær beslektet med begreper som trygg identitet, opplevelse av kontroll og optimisme” (Mæland 2016, s. 78).

### **2.2.5. Empowerment**

Begrepet empowerment varierer på tvers av kulturer (Polatajko, *et al.*, 2008c, s. 122). Empowerment kan forklares som personlige og sosiale prosesser, som forvandler synlige og usynlige forbindelser, slik at makten fordeles mer likt mellom to personer (Townsend og Polatajko, 2008, s. 492). Dette innebærer blant annet at helsepersonellet må gi fra seg makt og styring til bruker (Mæland, 2016, s. 79). Empowerment er en del av den helsefremmende ideologien, som omhandler det å gi mennesker større kontroll over forhold og faktorer som påvirker deres helse, og som følger av dette får de muligheten til å delta aktivt for å fremme sin egen helse (ibid).

### **2.2.6. Klientsentrert muliggjørelse**

Muliggjørelse beskrives på to ulike måter av Townsend *et al.* (2008a, s. 148):

*muliggjørelse: a) give styrke til; styrke; gjøre fyldestgørende eller kompetent; b) sette i stand til, give midlerne til, at være eller gjøre noget for at udstyre med evne eller midler til at gjøre noget ... at muliggjøre ... at give juridisk kraft, habilitet eller hjemmel.*

Klientsentrert muliggjørelse benytter muliggjørende ferdigheter i en samarbeidende forbindelse med blant annet individuelle brukere for å fremme en visjon om sunnhet, trivsel og rettferdighet ved hjelp av meningsfulle aktiviteter (Townsend og Polatajko, 2008, s. 494).

### **2.2.7. Canadian Occupational Performance Model (COPM)**

Canadian Occupational Performance Model (COPM) er utviklet for å undersøke eventuelle endringer i en brukers vurdering av tilfredshet med egen utførelse av meningsfulle daglige aktiviteter, samt hvilken betydning disse aktivitetene har i hverdagslivet til brukeren (Bendixen og Madsen, 2013, s. 147).

## **2.4. Begrepsavklaring**

### **2.4.1. Begreper fra problemstilling**

**Bruker/klient** - *Enkeltpersoner, familier, grupper, lokalsamfund, organisationer eller befolkningsgrupper, der får del i ergoterapeutiske ydelser ved direkte henvisning eller gjennom andre ordninger mht. ydelser og finansiering med et team, en gruppe eller et organ, der inkluderer ergoterapi.* (Townsend og Polatajko, 2008, s. 494).

**Ergoterapeuten** - *Utfører kunsten og vitenskapen av å muliggjøre utførelsen av meningsfulle aktiviteter i hverdagslivet* (Townsend og Polatajko, 2008, s. 492).

**Ungdom** - Da det ikke finnes en klar aldersdefinisjon på begrepet “ungdom” (Tønnesson og Svartdal, 2013), defineres ungdom i denne oppgaven til å omhandle aldersgruppen 12-18 år. Dette på bakgrunn av offentlige og private aktører hvor mange opererer innenfor denne aldersgruppen i arbeid med ungdom. Det er blitt tatt utgangspunkt i ungdomssentere og ungdomshjem som opererer under Bufetat, hvor den laveste aldersgruppen er 12-18 år (*Clausenengen ungdomshjem*, 2017). Aldersgruppen definert i Fagspesifikk innledning - barn og unge i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, u.å.), som refererer til aldersgruppen 0-18 år med barn og unge er også tatt i betraktning.

**Mål/målsetting** - Mål eller målsetting sees på som det å organisere eller utøve en betydningsfull aktivitet som er meningsfull (Townsend og Polatajko, 2008, s. 496). Et mål er essensielt for oppstarten av et ergoterapi forløp, og blir relevant for ergoterapi når det er en utfordring å oppnå målet (ibid).

#### 2.4.2. Avklaring av sentrale begreper

**Kognisjon** - Kognisjon blir definert av Lauritzen og Maul (2010, s. 48) som å oppfatte, forstå og vite, eller mer spesifikt, å forestille seg noe ved tankens kraft.

**Mestring** - *Kompetent funksjonsdygtighed inden for en betydningsfuld aktivitet* (Polatajko, et al., 2008b, s. 64).

**Meningsfulle aktiviteter** - *Betydningsfulde aktiviteter er alt det, folk foretager sig for at holde sig beskæftiget, indbefattet at pleje sig selv (egenomsorg), at nyde livet (fritidsaktiviteter) og at bidrage til samfundets sociale og økonomiske struktur (produktivitet); de betydningsfulde aktiviteter er ergoterapis interesseområde og terapeutiske middel.* (Townsend og Polatajko, 2008, s. 490).

**Self-advocacy** - Det å representere seg selv eller sine egne synspunkter eller interesser (*Self-advocacy*, 2017).

## **3. Metode**

### **3.1. Valg av metode**

Med utgangspunkt i problemstillingen er en kvalitativ metode blitt tatt i bruk som forskningsstrategi, da ønsket med denne oppgaven ikke er å undersøke noe som kan tallfestes, men å undersøke personers egne meninger og opplevelser (Dalland, 2012, s. 112). Det ble utført semistrukturerte individuelle intervjuer av yrkesaktive ergoterapeuter med hensikten om å få en forståelse av hvordan ergoterapeutene arbeider fra deres eget perspektiv, og avdekke deres opplevelser på bakgrunn av de erfaringene de har opparbeidet seg (Kvale og Brinkmann, 2015). Da formålet med denne oppgaven er å forstå hvordan kommunale ergoterapeuter arbeider slik at ungdom med cerebral parese har mulighet til å medvirke i målsettingsprosesser, vil et kvalitativt intervjustudie av yrkesaktive ergoterapeuter være med på å skape en bedre forståelse over temaet.

### **3.2. Utvalg av informanter**

Inklusjon- og eksklusjonskriteriene for valg av informanter til denne oppgaven bærer preg av de tidsmessige begrensningene for bacheloroppgaven. Det ble derfor prioritert hensiktsmessige intervjupersoner på østlandet, der denne oppgaven ble utført.

Inklusjonskriteriene ble utformet av hensyn til å finne hensiktsmessige ergoterapeuter som arbeidet innenfor problemstillingens tematikk og brukerområde. I denne oppgaven ble det



valgt kommunale ergoterapeuter som arbeidet med den aktuelle brukergruppen i tidspunktene intervjuene ble utført, noe som gjør at informasjonen som ble innhentet ville ha tidsaktuell relevans. Utvalget av informanter inkludert i oppgaven kommer fra ulike arbeidsplasser på østlandet, og ved å ha et variert utvalg av ulike intervjupersoner fra ulike arbeidsplasser kan informasjonen som er innhentet representere ergoterapeutenes arbeidshverdag. Det bør legges til at dersom intervjupersonene hadde vært mer geografisk spredt, så ville oppgaven gitt et mer representativt bilde over dagens praksis.

Inklusjonskriteriene våre for valget av informanter til oppgaven var: (a) ergoterapeuten måtte ha stilling som yrkesaktiv ergoterapeut, (b) arbeide i kommunen, (c) ha arbeidserfaring med målsettingsarbeid rettet mot brukergruppen og tematikken i problemstillingen, (d) være tilgjengelige innenfor tidsperioden vi jobbet med oppgaven og (e) oppholde seg på østlandet.

I denne oppgaven ble informantene valgt ut i fra stillingsbeskrivelsene som ga forventninger om at de hadde erfaringer med problemstillingen, noe Dalland (2012, s.116) beskriver som et “strategisk utvalg”. De aktuelle informantene ble kontaktet via mail, med en beskrivelse av oppgavens formål, metode og hensikt dette sammen med et samtykkeskjema.

### **3.3. Etiske betraktninger**

Intervjuforskningen er “fylt med moralske og etiske spørsmål” (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 95). For å sikre at denne oppgaven er gjort etisk forsvarlig mottok informantene som deltok i denne oppgaven, et informasjonsskriv før intervjuet fant sted om oppgaven formål, metode og hensikt. Det ble også sikret skriftlig informert samtykke av informantene som deltok i oppgaven. Dette for å sikre at ergoterapeutene deltar frivillig samtidig som de er informert om at de når som helst har rett til å trekke seg fra å delta i undersøkelsen (ibid, s. 104).

Samfunnsforskning bør i følge Kvale og Brinkmann (2015, s. 96) “tjene vitenskapelige og menneskelige interesser.” Formålet med denne oppgaven er å belyse hvordan ergoterapeuter arbeider med å sette mål sammen med ungdom som har cerebral parese.

I transkripsjonene ble steds og personnavn anonymisert for å bevare deres anonymitet. Det ble utført ord for ord-transkribering for i større grad å motvirke egen tolkning av ergoterapeutenes utsagn. Uttalelsene som blir framstilt i resultatet, har også blitt bearbeidet fra muntlig til skriftlig form for å ikke bruke ordrette transkripsjoner som kan være ubehagelig for ergoterapeutene å lese i etterkant (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 214).

Lyddopptak og data som ble samlet inn fra informantene under oppgaven, ble lagret på en diktafon og en USB-enhet uten tilkoblingsmuligheter til internett, og oppbevart i en låst skuff for å beskytte konfidensialiteten til ergoterapeutene og institusjonene som nevnes i intervjuet. Lyddopptak og materialet av informantene i denne oppgaven blir slettet etter endt prosjekt (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 213).

### **3.4. Redegjørelse for egen forståelse**

“Både intervjuer og intervjuperson møter hverandre med en forhåndsoppfatning av det som skal skje, og det vil prege den samtalen som skal finne sted” (Dalland, 2012, s. 168). Det er derfor viktig å være bevisst på egne forutantagelser før man utfører intervjuet (ibid).

Beskrivelser av forfatterens syn på ergoterapeutens rolle i målsettingsarbeid og formålet med å sette mål, vil bli presentert slik at vår forståelse av problemstillingen kommer klart fram (ibid).

Forfatterens forståelse av ergoterapeutens rolle i målsettingsarbeid er at ergoterapeuten er en katalysator for ungdommens egne mål. Ergoterapeuten arbeider mot å få fram ungdommens ønsker og meninger og konkretiserer deres mål og legger fram mulige delmål i samarbeid med ungdommen.

Formålet med å sette mål sees på som et virkemiddel for å skape motivasjon hos ungdommen og hjelper til med å strukturere ergoterapeutens arbeid. Ergoterapeuten blir dermed bedre istand til å formidle oversikt og struktur for ungdommens del.

Målsetting blir sett på av forfatterne som en vesentlig del av ergoterapeutisk intervensjon, og de har tatt en interesse for dette temaet gjennom målsamtaler i praksisperioder og gjennom inspirasjon fra litteratur. Brukermedvirkning blir også sett på som en viktig del av å sette mål med bruker, da begge forfatterne støtter verdiene og antagelsene som blir presentert av Townsend og Polatajko (2008, s. 34-35), som blant annet sier at hvert enkelt menneske har retten til å gjøre beslutninger for sitt eget liv og rett til selvbestemmelse.

### **3.5. Intervjuguide**

Til å intervju ergoterapeutene ble det tatt i bruk en intervjuguide med forhåndsskrevne spørsmål. “En intervjuguide er et manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre stramt” (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 162). Intervjuguiden ble utformet med utgangspunkt i oppgavens problemstilling og ble tatt i bruk for å strukturere intervjuene, og for å sørge for at relevante spørsmål i forhold til problemstillingen ble stilt til ergoterapeutene. Intervjuguiden inneholdt 8 spørsmål rettet mot oppgavens problemstilling.

### **3.6. Forberedelser og praktisk gjennomførelse av intervjuer**

Intervjueren forberedte seg til intervjuene ved å anvende Kvale og Brinkmanns (2015, s. 195-196) veiledning til intervjueren i ti konkrete punkter. Disse punktene beskriver behovet for at intervjueren har kunnskap til temaet, strukturerer intervjuet, stiller klare og enkle spørsmål, er tålmodig og lar intervjupersonen snakke, lytter aktivt, er følsom overfor hva som er viktige

temaer for intervjupersonen, styrer inn mot det intervjueren ønsker å finne ut av, bevarer en kritisk sans, oppfatter og bevarer det intervjupersonen sier slik som det blir sagt og tolker det som blir sagt under intervjuet (ibid).

Intervjueren startet med å minne ergoterapeutene om tema og problemstilling, informerte om rettigheter, og at samtalen ville bli tatt opp ved hjelp av en diktafon. Intervjuet ble utført med en varighet på 40-50 minutter, der intervjueren på slutten tolket og gjengav hovedpunktene av det som kom fram under intervjuet, og ergoterapeuten fikk muligheten til å bekrefte eller spesifisere sine utsagn.

### **3.7. Fra intervju til rådata**

Intervjuet ble transkribert ordrett fra muntlig tale til skriftlig form etter hvert intervju. Etter dette ble transkripsjonene gjennomlest av forfatterne for å sikre at transkripsjonene inneholdt en korrekt gjengivelse av det som ble sagt av ergoterapeutene.

For å holde oversikt over hvem som sa hva i transkripsjonene fikk ergoterapeutene tilnavnene "E1", "E2", og "E3", intervjuer ble gitt navnet "I", mens sekretær fikk tilnavnet "S". I resultatet ble ergoterapeutenes tilnavn tatt bort for å danne et helhetsinntrykk av ergoterapeutenes utsagn og beskrive utsagnene mer generelt.

### **3.8. Systematisering av data**

I analysen av transkripsjonene ble det tatt i bruk en deskriptiv innholdsanalyse. Dette brukes når en beskrivelse av en hendelse eller fenomen er forventet (Kim, Sefcik og Bradway, 2017). Formålet med å bruke en deskriptiv innholdsanalyse er å sammenfatte alle dataene som er

samlet inn om en hendelse, og sette det sammen for å beskrive denne hendelsen (Sandelowski, 2000). Forfatterne gjorde seg kjent med transkripsjonene ved å lese gjennom dem samtidig som opptakene ble gjennomhørt flere ganger. Innholdet ble kodet etter kategorier som ble satt etter generelle temaer som ergoterapeutene fokuserte på, og ble spesifisert i underkategorier. Kodene og underkategoriene ble satt inn i et “kode-og-hente-program”, hvor utsagnene ble satt opp mot hverandre og eventuelt omkodet for å gjøre innholdet mer oversiktlig. Etter dette ble de kodede utdragene tatt ut, gitt en meningsfortettet overskrift (Kvale og Brinkmann, 2015) og eventuelle muntlige ord og uttalelser ble gjort skriftlig forståelig. Videre ble det utført en “quasi-statistical analysis” (O'Donoghue, 2007, s. 59), hvor forfatterne leter etter konkrete ord eller temaer som har blitt spesifisert på forhånd (ibid). Temaer ble vektlagt etter hvor frekvent et tema ble tatt opp, hvor mye tid de forskjellige ergoterapeutene brukte innenfor et spesifikt tema, og hva ergoterapeutene eksplisitt gav uttrykk for at var viktig under intervjuene. Dette med formålet om å beskrive ergoterapeutenes arbeid i målsetningsprosessene. Deretter ble de forskjellige temaene som ergoterapeutene tok opp abstrahert og sammenfattet i en sammenhengende tekst, som utgjorde resultatet.

### **3.9. Litteratur og teori**

Aktuell litteratur og forskning ble anvendt for å belyse og diskutere resultatene, og for å introdusere tema og problemstilling i oppgaven. For å søke fram til aktuell forskning og artikkelbasert teori, ble det brukt ulike søkemotorer for akademisk litteratur som: CINAHL (EBSCO), Google Scholar og SCOPUS (Elsevier), med ulike kombinasjoner av søkeordene “occupational therapy”, “cerebral palsy”, “children”, “patient involvement”, “self-efficacy”, “collaborative goal setting” og “intervention”.

## 4. Resultat

Funn fra det bearbejdede datamateriale vil her bli presentert. Funnene blir presentert i 3 ulike hovedtemaer. Hovedtemaene har blitt utformet etter informantenes uttalelser rettet mot prosjektets problemstilling.

### 4.1. Relasjonsbygging og tillit

Ergoterapeutene legger stor vekt på at det er viktig med et godt tillitsforhold til ungdommen under målsettingsarbeidet: *“jeg er opptatt av at jeg må få den gode tilliten, kontakten. For hvis ikke jeg har fått den, så opplever jeg at, da kommer jeg ingen vei.”*

De forteller at tillitsforholdet til ungdommen er et viktig utgangspunkt for å kunne ta opp samtaleemner i målsettingsarbeidet ungdommene kan synes det er vanskelig å snakke om. De forteller videre at de er opptatt av at ungdommen skal få tillit til dem som ergoterapeuter, og sier at det å arbeide i kommunen, muliggjør det å arbeide med brukere over lengre tidsperioder. De har som følge av arbeidsforholdene i kommunen mulighet til å bygge et tillitsforhold med ungdommen over tid. På spørsmål om hvordan ergoterapeuten arbeider for å bygge opp tillitsforholdet til ungdommen svarer en ergoterapeut at strategien er *“å følge dem over lengre tid”*.

En av ergoterapeutene forteller også at når hun følger brukeren over lengre tidsperioder, blir hun bedre kjent med hvordan brukeren forholder seg til egen funksjonshemming, og kan da tilpasse sitt arbeid med personen lettere ved at hun ser hvilken effekt ulike tiltak har hatt på ungdommen over tid.

Alle ergoterapeutene forteller om at det er viktig å sette tydelige rammer for målsettingen sammen med ungdommen. De legger stor vekt på strukturen og rammene for samtalene i

målsettingsprosessene. En av ergoterapeutene sier hun tar ungdommenes meninger på alvor i målsettingsarbeidet og strukturerer samtalene på ungdommens egne premisser:

*“Jeg lager alltid noen rammer, når jeg skal snakke med dem for å si noe om ok, hvor lenge skal vi prate sammen? [...] Hva har du lyst til å snakke om? Hva trenger du å snakke om? Er det kanskje noe du ikke vil ta opp i dag?”*

Hun sier også at hun pleier å utfordre ungdommen på følelser, *“for det er det ikke så mange som gjør.”* Ergoterapeuten forteller at det ofte kommer opp uventede reaksjoner som kan være godt for ungdommen å få ytret. Hun forteller at rammene for samtalene i målsettingsprosessen blir satt for at ungdommene skal være trygge på at *“det er ikke noe som er rett og galt i det vi skal snakke om.”*

Alle ergoterapeutene forteller også om at det er viktig å være fleksibel på hvor de møter ungdommen når de skal sette mål sammen. En av ergoterapeutene sier at hun liker å la ungdommen velge hvor de skal møtes, *“enten det er hjemme eller på skolen, i deres nærmiljø”*. Dette gjør hun for at ungdommen skal vite at hun spiller på lag med dem.

En av ergoterapeutene er opptatt av å utnytte avledende aktiviteter for å finne mål sammen med ungdommen og illustrerer dette med et eksempel hvor hun utnytter det å tøye den spastiske armen til en av ungdommene: *“Jeg tøyer jo ikke bare armen hennes da, selv om hun kanskje tror det, men da snakker vi jo den lille halvtimen, som vi tøyer, og da snakker vi jo om mange ting.”*

Ergoterapeutene forteller at når de møter ungdommen på deres premisser, opplever de at ungdommen får større tillit til dem, og blir trygge nok til å åpne seg og snakke om det som er vanskelig og viktig i ungdommens egen hverdag.

## 4.2. Medvirkning i målsettingsarbeidet

Ergoterapeutene er opptatt av at ungdommen skal delta i målsettingsprosesser, *“og gjennom det kunne oppnå mestring”*. En av ergoterapeutene sier at når ungdommen *“er med å sette målene selv, får de et større eierforhold til målet”*.

De forteller at de tar i bruk kartleggingsverktøy som en av metodene for å finne mål sammen med ungdommen:

*“jeg bruker verktøy, for å fange opp hva som er viktig for dem. Da bruker jeg litt COPM, og da får man jo, på en måte, gode induksjoner på hva som er viktig for dem.”*

Flere av ergoterapeutene sier at de har tatt i bruk COPM under målsettingsprosesser. De opplever at kartleggingsverktøyet både hjelper ungdommen med finne aktiviteter de ser på som viktig å mestre i sin hverdag, og til å realitetsorientere ungdommen på hvilke mål som er realistiske å sette seg og ikke.

En av ergoterapeutene forteller at omsorgspersonene rundt ungdommen kan ha ønsker om at ungdommen skal bli selvstendige i aktiviteter de ser på som viktige, men disse aktivitetene er ikke nødvendigvis det samme som det ungdommen selv ser på som viktig: *“det kan jo være noe alle andre syns er kjempeviktig, mens brukeren selv tenker at, vettu hva det bryr jeg meg ikke noe om”*. Hun sier videre at det da er viktig å finne ut hva ungdommen selv ønsker å bruke energi på, slik at ungdommen har nok energi til å kunne utføre aktiviteter ungdommen selv ser på som meningsfulle.

Ergoterapeutene er opptatt av å bygge videre på målene ungdommen har satt seg, og forteller at deres primære arbeidsoppgaver i målsettingsprosessen er å fokusere *“på daglige aktiviteter, og det at ungdommen skal mestre hverdagen.”*

Ergoterapeutene er opptatt av at det er viktig å forsvare ungdommens mål. En av ergoterapeutene forteller at noen foreldre er uenige i ungdommens mål og *“setter begrensninger på eget barn, fordi de er bekymret.”* Foreldrenes bekymring kan da overføres



til ungdommen, som igjen kan føre til at ungdommen mister troen på egen evne til å fullføre målene de har satt seg. Ergoterapeutene sier de er opptatt av å forsvare ungdommens mål, når foreldrene er uenig i realistiske mål ungdommene har satt seg. En av ergoterapeutene sier at hun forsvare ungdommens mål ved å si til foreldrene: *“Dette har han eller hun lyst til, så dette skal vi prøve å få til. Eller se hvor langt vi kommer.”*

De forteller videre at ungdommens mål ikke alltid er sammenfallende med foreldrenes. En av ergoterapeutene poengterer at ungdomstiden er en opprivingsalder for ungdommene, hvor de i økende grad skal lære å bli selvstendige individer. De sier at ungdommen i større grad må bli tatt med i målsettingsprosessene, og at dette er en slags løsrivelsesprosess fra foreldrene. En av ergoterapeutene sier at de i ungdomsperioden, *“må bli flinke til å dra med ungdommene mer og selvstendiggjøre dem.”* Hun poengterer at de fleste ungdommer med CP, er forventet å bli gradvis mer selvstendige, på samme måte som funksjonsfriske ungdommer:

*“de med ganske høyt funksjonsnivå, følger jo den veien som andre ungdommer tar også i forhold til det med løsrivelse hjemmefra”.*

Ergoterapeutene forteller at det likevel er viktig at de har respekt for foreldrenes ansvarsrolle for ungdommen fram til ungdommen er fylt 18 år. Samtidig må de balansere det å være forkjemper for ungdommens egne mål. En av ergoterapeutene forteller om at det er en balansegang i målsettingsarbeidet hvor de ønsker å fokusere på ungdommen og deres mål, samtidig som at de må ha respekt for foreldrene som primær ansvarsperson i perioden før ungdommen har rett til fullstendig selvbestemmelse.

Ergoterapeutene sier at når ungdommens mål blir tatt på alvor vil ungdommene i større grad være motiverte for å jobbe mot de målene som blir satt under målsettingsprosessene:

*“det har null verdi, hvis det er mine mål, brukeren må eie målet ellers så gidder dem jo ikke å bry deg om det. Så det er jo veldig viktig, at de må ha et eierforhold til det, for å ha lyst til å nå målet sitt.”*

Ergoterapeuten mener at ungdommens motivasjon øker om målene som blir satt er definert av ungdommen selv. Det kan være vanskelig å motivere ungdommene når de ikke ser en mening

med de målene som blir satt. Hun poengterer at ungdommens motivasjon er helt avgjørende for om ungdommen ønsker å utføre målet, og at det er viktig at ungdommen er motivert fra starten av.

*“vi kommer ikke noen vei hvis vi starter og at de ikke er motivert.”*

En ergoterapeut poengterer at selv om ungdommen er motivert fra starten av er det viktig å *“stadig ta opp, målene, og holde det varmt og levende.”* Dette gjør hun ved å følge opp og motivere ungdommen til å se realistisk på sin situasjon og se *“konsekvensene, av de valgene vi tar.”*

Hun sier at hun jobber med å motivere ungdommen ved å finne lyspunkter i ungdommens hverdag de gangene ungdommen er demotivert:

*“Ingenting går. Altså men, ja hva er det som ikke går? Også begynner jeg å grave, sånn hva var det som ikke gikk i går? Hva skjedde da? Også klarer jeg kanskje å finne ut at jo, faktisk så var du innom kantina og kjøpte en brus. Det kan han komme på fordi at jeg begynner å detalj-spørre. Jammen så flott. Du kjørte inn i kantina med rullestolen, du kjøpte en brus og du drakk den der. Det er veldig bra, og så griper vi tak i det.”*

### **4.3. Realitetsorientering og realistiske mål**

Ergoterapeutene mener at ungdommens ønsker og meninger er helt avgjørende for de målene som til slutt blir satt for intervensjonen med ungdommen. På spørsmål om hvor mye ungdommens meninger er med på å definere de endelige målene som blir satt, forteller en ergoterapeut:

*“Det er jo veldig viktig da, hvis ikke så undergraver en jo, på en måte, det du har jobbet med å få de til å delta, med å bli ansvarliggjort.”*

Flere av ergoterapeutene forteller at er viktig å respektere ungdommene og deres mål, selv om målet til ungdommen noen ganger kan virke lite hensiktsmessig. Dette er fordi at ungdommen etter hvert skal lære å ta selvstendige valg, og da gradvis bør gis mer og mer makt i valg som har impakt på ungdommens hverdag. Ergoterapeutene sier videre at de da inntar rollen som en forkjemper for ungdommens mål så lenge det er noe som er oppnåelig. Når ungdommene kommer med mål som kan virke uoppnåelige sier ergoterapeutene at det da er viktig å ikke overkjøre ungdommene, men å heller bruke tid på å realitetsorientere dem.

En av ergoterapeutene forteller at så lenge ungdommen *“eier det målet, og tenker at dette vil jeg jobbe mot, så må jeg ta det på alvor, og så må jeg dele opp, og sette små delmål.”* De deler opp ungdommens hovedmål til delmål, slik at de kan konkretisere hva som må til for å nå målet, og for å realitetsorientere ungdommen om hva som er mulig å nå.

En annen ergoterapeut sier at hun arbeider med å realitetsorientere over tid, og at delmålene hun setter er med på å gi ungdommen en oversikt over hva som realistisk, *“at det er kanskje ikke rockestjerne du skal bli men eh, da må du for eksempel først kunne lære deg å spille gitar”*. *“Det er ikke nødvendig at man skal drepe målet med en gang”*, men samtidig er det nødvendig å hjelpe ungdommen til å se hva som er realistisk. En annen ergoterapeut sier at hun er opptatt av å sette mål som er gjennomførbare og som skaper en mestringfølelse hos ungdommen. Hun forteller at hvis det kommer mål som hun ser på som urealistisk å nå ut fra ungdommens funksjonsnivå må ungdommen til tider *“jenke seg litt, og se hva, altså hva er realistisk?”*

En av ergoterapeutene forteller at når ungdommen har satt seg mål de ikke har klart å fullføre, pleier hun å stille spørsmål som: *“Er det noe vi noe vi må endre? Er det noe vi må trene annerledes på? Ble det for vanskelig?”*. Dette gjør hun for å få ungdommen *“til å gjennomføre målet, og eie målet.”* Ungdommens mål vil da kunne bli formulert *“så konkret som mulig, på et detalj-nivå”*, dette gjør hun for å gjøre målene gjennomførbare, samtidig som det er med på å realitetsorientere ungdommen til å se hva som er realistisk og gjennomførbart.

Alle ergoterapeutene er tydelige på at variasjoner i den kognitive funksjonen til ungdommer med CP påvirker målsettingsprosessen. Ergoterapeutene sier at de ofte må jobbe med å gjøre

ungdommens mål mer realistiske hvis de arbeider med en ungdom som har en kognitiv nedsettelse. En av ergoterapeutene sier at når hun arbeider med å sette mål sammen med ungdommer som har CP, *“må jeg jo jobbe på litt forskjellige måter, fordi at noen har veldig urealistiske mål. Sånn at du må realitetsorientere litt, og komme inn til fokus.”*

## **5. Diskusjon**

I denne delen vil resultatet diskuteres opp mot forskning og teori. Diskusjonene er delt opp i 3 deler: Relasjonsbygging og tillit, medvirkning og realitetsorientering og realistiske mål.

### **5.1. Relasjonsbygging og tillit**

Ergoterapeutene sier at de er opptatt av et tillitsforhold til ungdommen under målsettingsarbeidet, og at et godt tillitsforhold muliggjør åpne samtaler hvor ungdommen får mulighet til å fortelle om det som er vanskelig og viktig for ungdommen selv. Det er avgjørende å skape tillit, åpenhet, forståelse, empati og gjensidig respekt i fellesskap med brukeren med den hensikt å sette mennesket i stand til å formulere deres egne interesser og prioriteringer for å skape gode relasjoner (Townsend et.al, 2008b, 205-206). *“Å få et barns tillit er som regel ikke gjort i en håndvending”* (Eide & Eide, 2007, s. 359) og krever ofte *“at man prøver seg frem med litt forskjellige metoder”* (ibid). Ergoterapeutene forteller at de kan bygge et tillitsforhold med ungdommen ved å gi oppfølging over lengre tidsperioder, noe de sier arbeidsforholdene i kommunen muliggjør. Eide & Eide (2007) forteller at barn og unge opplever trygghet i omgivelser hvor de kjenner personene som er tilstede og når barna er tilstrekkelig informert om den aktuelle situasjonen. Det kan tenkes at ergoterapeutenes

mulighet til oppfølging av brukere over lengre tid med bakgrunn i at de arbeider i kommunen gjør at ungdommene selv føler større kontroll og forutsigbarhet i målsettingsprosessene. Over tid vil de da bli tryggere på ergoterapeuten som person. “Grunnlaget for det gode møtet er tillit” (Myhra, 2012, s. 148) og tillit kan man gjenfinne på flere nivåer, deriblant den *“personlige tilliten”* hvor hjelperen oppleves som en person som kan stoles på (Ekeland, 2007, s.45). Det kan derfor virke som om ergoterapeutene ønsker den personlige tilliten gjennom at de forsøker å bli opplevd som en ungdommene kan stole på. “Om tillit manglar, er mykje av det ein ellers gjer bortkasta” (ibid). I følge Ekeland (2007, s. 45) er tillit noe som smitter, og tillit gitt fra andre kan være med å bygge opp tillit til seg selv og egne ressurser (ibid). Tillit er også en ressurs som kan skape håp, håpet kan være med på å skape forventninger og disse forventningene skaper aktiviteter som kan være med på å realisere dette håpet (ibid). Tillit kan med dette sees på som en sentral faktor for å skape en forventning hos ungdommen om at ergoterapeuten kan hjelpe dem med å realisere deres ønsker. Ekeland (2007, s.45) sier at tillit er viktig i alle kommunikasjonssammenhenger, og ikke noe personen som ønsker å hjelpe kan ta for gitt. En av ergoterapeutene forklarer at hun er *“opptatt av at jeg må få den gode tilliten, kontakten.”* Hun sier videre at *“hvis ikke jeg har fått den, så opplever jeg at, da kommer jeg ingen vei.”* Det kan virke som om ergoterapeutene ikke tar tillitsforholdet til ungdommen for gitt, men aktivt utfører tillitskapende aktiviteter sammen med ungdommen for å bygge opp et tillitsforhold. En av ergoterapeutene illustrerer dette når hun forklarer at hun strukturerer samtalene i målsettingsarbeidet på ungdommens egne premisser, hvor ungdommen styrer hva samtaleemnene i målsettingssituasjonen skal handle om. Det å klargjøre rammene for samtaler med pasienten vil være med på å gi en følelse av kontroll over egen situasjon ved at personen blir tilstrekkelig informert om situasjonen, samtidig som personen kan stille spørsmål om noe er uklart (Eide & Eide, 2007, s. 254). Ergoterapeuten forklarer at hun setter rammene for samtalene i målsettingsprosessen for at ungdommene skal være trygge på at *“det er ikke noe som er rett og galt i det vi skal snakke om.”* I rådgivnings- og veiledningssamtaler der trygge relasjoner allerede er etablert, kan man skape en åpen situasjon, hvor brukeren inviteres til å snakke om det vedkommende selv er opptatt av (ibid, s. 256). Å skape en åpen situasjon kan brukes som utgangspunkt til å skape en trygg relasjon, og legge til rette for at man kan starte prosessen med å identifisere problemer (ibid). Det kan tenkes at ergoterapeutene arbeider for å få ungdommen til å komme med det personen selv er opptatt av, og starte prosessen med å identifisere problemer ut fra ungdommens ønsker. På bakgrunn av dette kan man tenke seg at at ergoterapeutene ønsker å

skape en åpen situasjon hvor ungdommene inviteres til å snakke om det de er opptatt av og dermed etablere en relasjon og starte prosessen med å identifisere mål ungdommen selv er opptatt av å sette seg.

Alle ergoterapeutene forteller at det er viktig å være fleksibel på hvor de møter ungdommen når de skal sette mål sammen. En av ergoterapeutene sier at hun liker å la ungdommen velge hvor de skal møtes, *“enten det er hjemme eller på skolen, i deres nærmiljø”*, noe hun gjør for at ungdommen skal vite at hun spiller på lag med dem. Mange barn kan holde sine tanker og følelser for seg selv, og det kan derfor være til hjelp å rette oppmerksomheten mot noe som interesserer barnet (Eide & Eide, 2007, s. 359). Dette for å skape tillit og en god relasjon (ibid). Det å finne ut av hvilke interesseområder barnet har, hva barnet er opptatt av og hvor fokuset til barnet ligger er en god begynnelse på å skape en god relasjon (ibid). Mye tyder på at ergoterapeutene prøver å identifisere ungdommens interesser i trygge og kjente arenaer slik at ungdommen kan føle seg sett og hørt, og komme med sine interesser når man skal sette mål sammen.

## 5.2. Medvirkning

Ergoterapeutene forteller at de er opptatt av at ungdommene aktivt skal delta i målsettingsprosessen. Dette for å få et større eierforhold til målene de setter seg. Det er viktig at ergoterapeuten lar barn og foreldre komme med egne ønsker slik at de fremmer eierskap til målene som blir satt i målsettingsprosessen (Stokholm, 2013, s. 300). Et av kartleggingsverktøyene ergoterapeutene forteller at de tar i bruk under målsettingsprosessen med ungdommene er Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Ifølge Townsend, *et al.* (2008c, s. 468) blir COPM blant annet brukt til å involvere brukeren i å identifisere problemer brukeren selv ønsker å arbeide med i forbindelse med utøvelse av aktiviteter. Ergoterapeutene forteller at de tar i bruk COPM for å finne ut av hva som er viktig for ungdommen, og de forteller at når ungdommene *“er med å sette målene selv, får de et større eierforhold til målet”*. Det kan tenkes ergoterapeutene tar i bruk COPM for å gjøre ungdommen til en aktiv deltaker i målsettingsprosessen, og man kan også se på dette som en

form for brukermedvirkning da de mest sentrale begrepene i brukermedvirkning handler om deltagelse og innflytelse når brukeren mottar tjenester (Myhra, 2012, s. 95). Brewer, Pollock og Wright (2014) anbefaler også bruken av COPM blant annet i samarbeid med barn. Dette for å frembringe, dokumentere og evaluere mål (ibid). De skriver at COPM øker klientenes persepsjon og oppmerksomhet av graden av deres deltakelse i målsetting gjennom den eksplisitte og strukturerte prosessen av målsetting assosiert med bruken av dette redskapet (ibid). Forskning støtter dermed ergoterapeutenes bruk av kartleggingsredskapet så lenge det brukes til sitt tiltenkte formål, som er å frembringe, dokumentere og evaluere mål (ibid).

Ergoterapeutene forteller også at de velger å forsvare ungdommens mål i målsettingsprosessen selv om målene kan stride mot ønsker fra foreldre eller andre personer rundt ungdommen. Når uenighet om prioritering av mål oppstår mellom foreldrene og barnet, er det opp til ergoterapeuten å finne en løsning begge parter kan godta (Stokholm, 2013, s. 300). Det kan virke som om ergoterapeutene dog legger størst vekt på ungdommenes egne mål. De forteller at de bruker tid til å forsvare ungdommens mål når foreldre eller andre rundt ungdommen er uenig. Det kan oppstå et etisk dilemma blant annet i situasjoner hvor ergoterapeuten vurderer at et konkret mål er oppnåelig og relevant for ungdommen, men der foreldrene motsetter seg intervensjonen (Holm og Højberg, 2013, s. 326). Dette ser ut til å være et viktig etisk aspekt ergoterapeutene anerkjenner, da de forteller at det er viktig at de har respekt for foreldrenes ansvarsrolle for ungdommen helt til de er fylt 18 år. Ergoterapeutene sier at de legger vekt på viktigheten av å gradvis selvstendiggjøre ungdommen fram til de skal bli voksne, og at det i ungdomstiden foregår en løsrivelsesprosess fra foreldrene på samme måte som med funksjonsfriske ungdommer. Ifølge Jacobsen (2011, s. 109), kan man måle selvstendighet i utførelsen av praktiske gjøremål (ADL-ferdigheter), men persons egne opplevelse av selvstendighet er kanskje likevel viktigere enn å måle selve selvstendigheten (ibid). Det må derfor ikke bare sørges for at ungdommen blir selvstendig i ADL-aktiviteter, men man må også være bevisst på at personens opplevelse av selvstendighet er sentral i identitets- og selvstendighetsutviklingen (ibid, s. 110). Det kan da tenkes at ergoterapeutene arbeider for å fremme ungdommens selvstendighetsfølelse i målsettingsprosessen ved å prioritere deres ønsker og mål, og for å underbygge ungdommens tro på egen funksjon. Om opplevelse av å ha kontroll over hverdagen er tilstede, vil dette gi følelsen av selvstendighet (Møller og Stokholm, 2010, s. 137). Når ergoterapeutene tar ungdommen med i målsettingsprosessen og prioriterer deres ønsker, kan det da tenkes at ungdommen får en større følelse av

selvstendighet. Ved at ungdommen får mulighet til å sette egendefinerte mål imøtekommer ergoterapeuten ungdommens ønsker i så stor grad som mulig. Mye tyder på at dette fremmer ungdommens selvstendighetsfølelse. Samtidig er det viktig at ergoterapeuten unngår å neglisjere foreldrenes ansvarsrolle.

Ergoterapeutene forteller at det er viktig å verdsette det ungdommen har lyst til å bruke energi på, selv om det ikke alltid virker å være det mest hensiktsmessige. "I oppveksten kan det bli mer fokus på trening og hva barnet ikke mestrer enn hva det faktisk mestrer" (Hoel og Andersen, 2011, s. 157). Fagfolk bør derfor la barnet få medbestemmelse når det kommer til omfang og innhold av trening og tiltak (ibid). Dette gjelder spesielt i situasjoner hvor barnet kan gi uttrykk for egne ønsker (ibid). Mange barn med cerebral parese bruker mye tid og energi på trening og oppgaver i hjemmet og på skolen (Åldstedt, 2010, s. 188). Da er det viktig å finne hvilke aktiviteter barnet synes er slitsomme, og hvilke aktiviteter som er meningsfulle for barnet og som gir glede og energi (ibid). Ergoterapeutens arbeid med å fremme ungdommens medvirkning i målsettingsarbeid kan da tenkes at innebærer å finne ut hvilke aktiviteter som er meningsfulle, og legge til rette for at han/hun kan utføre disse aktivitetene. Etter hvert som barnet kommer inn i ungdomstiden virker det som om ergoterapeutene arbeider for å hjelpe ungdommen til å finne mål som er hensiktsmessig for å øke selvstendighet i daglige aktiviteter. Det er viktig at hovedfokuset er å bidra til at ungdommen skal ha følelsen av at de beveger seg mot en økende grad av selvstendighet.

Ergoterapeutene sier i intervjuene at ungdommenes motivasjon er en viktig faktor i målsettingsprosessen for at ungdommene skal "*ha lyst til å nå målet sitt.*" I følge Majnemer *et al.* (2010), er motivasjon en viktig personlig faktor som spiller inn på om et barn velger å gjøre enkelte handlinger eller oppgaver. Dette gjelder uavhengig av om de skulle ha kapasitet til å utføre selve handlingen eller ikke (ibid). I tillegg overensstemmer dette også med det ergoterapeuten forteller om at de ikke kommer "*noen vei hvis vi starter og at de ikke er motivert.*" Majnemer *et al.* (2010) konkluderer i sin forskningsartikkel med at barn med større funksjonsnedsettelse og aktivitetsbegrensninger kan ha større utfordringer med å opprettholde motivasjon, og at de derfor bør utsettes for intervensjoner og supplerende strategier, som kan fremme deres motivasjon. En av ergoterapeutene forteller at hun ofte må arbeide for å holde ungdommene motivert. Hun sier at hun gjør dette ved å finne lyspunkter i ungdommens hverdag ved å detalj-spørre om hva som er vanskelig og prøve å gripe tak i ting



ungdommen klarte. Det kan virke som at ergoterapeuten her aktivt arbeider for å øke ungdommens motivasjon med en supplerende strategi, der hun argumenterer for og fokuserer på ungdommens evne til å mestre aktiviteter. Dette gjør hun ved å fokusere på noe positivt i ungdommens hverdag.

### **5.3. Realitetsorientering og realistiske mål**

I intervjuene med ergoterapeutene forteller de at ungdommenes ønsker og meninger er helt avgjørende for de målene som til slutt blir satt for intervensjonen sammen med ungdommen.

Eide & Eide (2007) skriver at personer bør ansees som ledende autoriteter på eget liv:

*Både pasienten og den pårørende er selvstendige (autonome) personer, som bør ansees som autoriteter, ikke på behandling og faglig hjelp, men på hvordan situasjonen og sykdommen oppleves og hva som er viktig og vesentlig for dem selv. Dette fremhever betydningen av å møte pasienten med respekt, ta pasientens perspektiv på alvor, og la pasienten beholde så stor innflytelse på sin egen situasjon som mulig (Eide & Eide, 2007, s. 19).*

Ved at ergoterapeutene legger så avgjørende vekt på de ønsker og meninger ungdommen har for målene som blir satt til slutt i intervensjonen, kan man tenke seg at ergoterapeutene arbeider ut ifra ideologien om empowerment i målsettingsprosessene sammen med ungdommene. Begrepet empowerment er en sentral del i det helsefremmende arbeidet og “bygger på at enkeltindividet og fellesskapet må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen” (Mæland, 2016 s. 79). Man kan tenke seg at ergoterapeutenes vektlegging av ungdommens ønsker og meninger i tiltak som angår ungdommen kan sees på som helsefremmende tiltak, og det kan tenkes at ergoterapeutene arbeider på denne måten for å gi fra seg makt og styring, og med dette myndiggjøre ungdommen i målsettingsprosessene.

I følge Myhra (2012, s. 95) handler brukermedvirkning “om deltagelse og innflytelse.” Hun sier at “tjenesteapparatet og den profesjonelle har et stort ansvar for å legge til rette for brukermedvirkning” (ibid, s.74). Det kan virke som brukermedvirkning er en sentral del av ergoterapeutenes måte å jobbe på, da ergoterapeutene forteller at det er viktig å innta rollen som en forkjemper for de målene ungdommen velger å sette seg i målsettingsprosessene. En av ergoterapeutene forteller at så lenge ungdommen “*eier det målet, og tenker at dette vil jeg jobbe mot, så må jeg ta det på alvor*”. De forteller at de gjør dette for å ikke overkjøre ungdommen i målsettingsprosessene, og at de heller bruker tid på å realitetsorientere ungdommene i målene de setter seg ved å “*dele opp, og sette små delmål.*” Ergoterapeuter vurderer om måloppnåelse er realistisk for klienten ved å se på sammenhengen mellom de krav aktiviteten stiller, omgivelsene for utførelsen og klientens kapasitet (Bundgaard og von Bülow, 2013, s. 209). Man kan tenke seg at ergoterapeutene bruker dette når de vurderer målene ungdommene velger å sette seg i målsettingsprosessene. Ifølge Bundgaard og von Bülow (2013, s. 209) kan det være nødvendig for ergoterapeuten å forhandle med klientene om målene de ønsker å sette seg når det er et stort gap mellom klientens ferdigheter og de krav aktiviteten stiller. Dette virker å være spesielt viktig fordi urealistiske mål lett kan “fungere mot sin hensikt og være demotiverende og undergrave håp” (Eide & Eide, 2007, s. 57). Bundgaard og von Bülow (2013, s. 209) sier videre at det vil være mer realistisk å arbeide mot delmål slik at det er større sannsynlighet for at klienten skal nå målet. “Uten kortsiktige oppnåelige mål vil ikke barn med CP få tilstrekkelig del i resultatene av sitt strev, og det vil kjennes demotiverende, meningsløst og ikke bryet verd” (Jahnsen, 2006, s. 106). Det kan da tenkes at ergoterapeutene prøver å bygge opp ungdommens håp i målsettingsprosessene, da ergoterapeutene forteller at de deler opp ungdommenes hovedmål til delmål for å konkretisere hva som må til for å nå målene, og for å realitetsorientere ungdommen om hva som er mulig å nå ut i fra deres nåværende funksjonsnivå.

En annen ergoterapeut sier at hun er opptatt av å sette realistiske mål som er gjennomførbare, og som skaper en mestringsfølelse hos ungdommen. Hun forteller at hvis det kommer mål som hun ser på som urealistisk å nå ut fra ungdommens funksjonsnivå må ungdommen til tider “*jenke seg litt, og se hva, altså hva er realistisk?*” Mestring av “noe man ikke har klart før, kan gi en dyp indre tilfredsstillelse” (Tuntland, 2011, s. 30). Det kan tenkes at ergoterapeuten legger stor vekt på å fremme de målene som hun ser har størst potensiale, for å skape mestring i ungdommens liv, og med dette jobber for at ungdommen skal kunne oppleve

“*sense of coherence*”, noe Askheim (2007, s. 29, som sitert i Antonovsky, 1987) refererer til som å kunne forstå situasjonen man er i, utvikle troen på at det finnes løsninger på situasjonen man befinner seg i og finne gode grunner til å forsøke å arbeide mot den aktuelle situasjonen. “*Sense of coherence*” blir beskrevet av Mæland (2016, s. 78, som sitert i Antonovsky, 2012) til å være en viktig salutogen faktor. Salutogenese omhandler fokuset på de helsefremmende faktorene som styrker helsen (Mæland, 2016, s. 78), og det kan da virke som at ergoterapeutene fremmer god helse ved å arbeide for at ungdommene skal få oppleve mestring i målene de setter seg.

Alle ergoterapeutene forteller at de ofte må jobbe for å gjøre ungdommens mål mer realistiske de gangene de arbeider med en ungdom som har en kognitiv nedsettelse. Ergoterapeuter som arbeider sammen med barn som har en hjerneskade, må jobbe på forskjellige måter avhengig av skadens omfang og plassering, og de bør derfor velge intervensjonsform ut i fra barnets individuelle funksjon (Nielsen, 2010, s. 161). Stokholm (2013, s. 300) poengterer at mål må bli satt av og ikke for klienten, og at barnets ønsker alltid skal ivaretas, også når personen har en kognitiv nedsettelse. I målsettingsprosessen bør det formuleres realistiske og konkrete mål for at målet skal være evaluerbart i etterkant (Åldstedt, 2010, s. 183). Det kan da se ut som at ergoterapeutene som arbeider med ungdommer med CP som har en kognitiv nedsettelse, da i større grad må ta ungdommens kognitive funksjon i betraktning, men at ungdommens ønsker ivaretas uavhengig av kognitiv funksjon. Ergoterapeutene sier at de, i møte med ungdom som har en kognitiv nedsettelse, i større grad bruker tid på å realitetsorientere ungdommen om hva som er realistiske mål å sette. Dette kan være for at ungdommen selv skal kunne sette egne mål som er realistiske og konkrete slik at progresjon kan evalueres.

I intervjuene med ergoterapeutene ble det ikke fokusert på hvordan forhandlinger om fastsetting av målene påvirket ungdommens og deres følelse av selvstendighet. Unge med funksjonsnedsettelse står hele tiden overfor valg, og lever i en tilværelse hvor alt kan forhandles (Holm og Højberg, 2013, s. 326). Ifølge (Grue, 1999, s. 39) øker en persons livskvalitet i forhold til hvilken grad personen blant annet opplever selvkontroll over egne handlinger og har friheten til å velge. Når ungdommenes forslag til mål alltid er opp til vurdering av ergoterapeuten, kan det tenkes at ungdommenes følelse av frihet til å velge og opplevelse av kontroll avtar. “Barn må erfare at de kan påvirke sin egen situasjon, og at de ikke er prisgitt avgjørelser som er tatt av voksne” (Hoel og Andersen, 2011, s. 157). Ifølge

Gan, *et al.*, (2008) sin studie, hvor ungdommens persepsjoner av det klientsentrerte helsetilbud i rehabiliteringstjenester ble utforsket, kommer det frem i at det å underbygge selvstendighet hos ungdommen inkluderer tjenester som fremmer den unge personens følelse av autonomi, ansvar, og selvstendig tankegang. Ut fra dette kan det tenkes at når ungdommen må forhandle om de målene de ønsker å sette seg med ergoterapeuten, kan det være en utilsiktet virkning at dette svekker ungdommens følelse av selvstendighet og autonomi. Hvordan dette påvirker ungdommens følelse av selvbestemmelse og selvstendighet under målsettingsarbeidet kan være usikkert. Ungdommens perspektiv i målsettingsarbeidet ble ikke undersøkt i denne oppgaven og det kan være interessant å utforske dette nærmere. Det anbefales med dette videre studier med hensikt om å utforske denne tematikken ytterligere fra ungdommens perspektiv i relasjon til målsettingsarbeidet.

## **5.4. Metodekritikk**

En ulempe ved å ta i bruk et kvalitativt forskningsintervju som metode er at det kan være vanskelig å trekke noen generaliserbare beslutninger i oppgaven. I den postmoderne forståelsen for sosialforskning, er ikke formålet å produsere kunnskap som globalt kan generaliseres, men at kunnskapen som produseres er overførbar (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 200). Kritikere av kvalitativ intervju metode hevder blant annet at den ikke er en gyldig metode fordi det kvalitative intervjuet presenterer en subjektiv forståelse som kan tolkes ulikt av forskjellige personer (*ibid*). Kvale og Brinkmann (2015, s. 200) hevder at dette ikke er en svakhet men en styrke så lenge resultatet bli tolket ulikt grunnet ulike perspektiver og ikke innebærer en ensidig subjektivitet. Forfatterne hadde opparbeidet antagelser i forkant om hvordan ergoterapeuter arbeider i målsettingsprosesser, og dette kan ha påvirket og preget intervjuene, intervjuguiden og oppgavens innhold.

## 6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan kommunale ergoterapeuter arbeider slik at ungdommer med cerebral parese har mulighet til å medvirke i målsettingsprosesser. Oppgavens formål var derfor å besvare følgende problemstilling: Hvordan arbeider kommunale ergoterapeuter slik at ungdom 12 - 18 år med cerebral parese har mulighet til å medvirke i målsettingsprosesser?

Funnene i denne oppgaven viser at ergoterapeutene aktivt arbeider for å bygge et gjensidig tillitsforhold med ungdommen, og bruker dette som et fundament for at ungdommen skal kunne føle seg trygg på å ytre sine ønsker og behov til ergoterapeuten under målsettingsprosessene. Ergoterapeutene bruker tid på å bygge tillitsforholdet med ungdommen, noe arbeidsforholdene i kommunen muliggjør. Ergoterapeutene strukturerer målsamtalene sammen med ungdommen, hvor ungdommen selv får bestemme strukturen og innholdet for samtalene, noe som gjør at samtalene blir strukturert på ungdommens premisser.

Funnene viser videre at ergoterapeutene arbeider for at ungdommene aktivt skal delta og medvirke i målsettingsprosessen. De gjør dette ved å fokusere på ungdommens synspunkter, og på denne måten gjør de ungdommene til en aktiv deltager i målsettingsprosessen. De tar i bruk kartleggingsverktøy som COPM for å utforske hva som er viktig i ungdommens hverdag. Ergoterapeutene arbeider og er opptatt av å realitetsorientere og dele opp ungdommens mål dersom målene vurderes som urealistiske, og de velger å innta rollen som forkjemper for ungdommens ønsker og mål de gangene noen rundt ungdommen er uenig i målet ungdommen setter seg. De arbeider ut i fra ungdommens egne mål for å øke ungdommens motivasjon, noe de forteller er vesentlig for en progressiv intervensjon. Funn i oppgaven tyder også på at ergoterapeutene har et helsefremmende perspektiv, og at de legger stort fokus på å underbygge ungdommens motivasjon ved at mål blir satt av ungdommen, ikke for ungdommen.

## 7. Litteraturliste

Andersen, G. (u.å.) *Hva er CP?* Tilgjengelig fra: <http://www.cp.no/om-cerebral-parese/hva-er-cp/> (Hentet: 02. mai 2017).

Askheim, O. P. (2007) Empowerment - ulike tilnærminger, i Askheim, O. P. og Starrin, B. (red.) *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 21-33.

Bahus, M. K. (2015) *Brukermedvirkning*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/brukermedvirkning> (Hentet: 04. mai 2017)

Barnelova (1981) *Lov om barn og foreldre*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7> (Hentet: 28. april 2017).

Bendixen, H. J. og Madsen, A. J. (2013) Referencerammer og teori i ergoterapi, i Brandt, Å., Madsen, Anette J. og Peoples, Hanne (red.) *Basisbog i ergoterapi : aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 3. utg. København: Munksgaard, s. 139-160.

Brewer, K., Pollock, N. og Wright, F. V. (2014) Addressing the Challenges of Collaborative Goal Setting with Children and Their Families, *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 34(2), s. 138-152. doi: 10.3109/01942638.2013.794187.

Bundgaard, K. M. og von Bülow, C. (2013) Aktivitetsanalyse i ergoterapi, i Brandt, Å., Madsen, Anette J. og Peoples, Hanne (red.) *Basisbog i ergoterapi: Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 3. utg. København: Munksgaard, s. 197-212.

*Clausenengen ungdomshjem* (2017). Tilgjengelig fra: [https://www.bufdir.no/Barnevernsinstitusjoner/Clausenengen\\_ungdomshjem/](https://www.bufdir.no/Barnevernsinstitusjoner/Clausenengen_ungdomshjem/) (Hentet: 04. mai 2017).

Costa, U. M., Brauchle, G. og Kennedy-Behr, A. (2016) Collaborative goal setting with and for children as part of therapeutic intervention, *Disability and Rehabilitation*, s. 1-12. doi: 10.1080/09638288.2016.1202334.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. rev. og utv. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ekeland, T.-J. (2007) Kommunikasjon som helseressurs, i Ekeland, T.-J. og Heggen, K. (red.) *Meistring og myndiggjering: - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk, s. 29-52.

Forskrift om medvirkning og tillitsperson (2014) *Forskrift om medvirkning og tillitsperson*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2014-06-01-697> (Hentet: 30. april 2017).

Gan, C. Campbell, K. A., Snider, A., Cohen, S. og Hubbard, J. (2008) Giving Youth a Voice (GYV): A Measure of Youths' Perceptions of the Client-Centredness of Rehabilitation Services, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(2), s. 96-104. doi: <https://doi.org/10.1177/000841740807500205>.

Grue, L. (1999) *Funksjonshemmet ungdom og livskvalitet*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Grue, L. (2011) Barn og unge med nedsatt funksjonsevne, i Lunde, E. V., Lerdal, B. og Stubrud, L. H. (red.) *Habilitering av barn og unge: tiltak for helsefremming og mestring*. Oslo: Universitetsforl., s. 21-34.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (Meld. St. 13 (2016-2017)) Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/> (Hentet: 04. mai 2017).

Helsedirektoratet, u.å. *Fagspesifikk innledning - habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra:  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/habilitering-av-barn-og-unge-i-spesialisthelsetjenesten/seksjon?Tittel=fagspesifikk-innledning-habilitering-9762> (Hentet: 01. mai 2017)

Helsedirektoratet (2017) *Brukermedvirkning*. Tilgjengelig fra:  
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning> (Hentet: 03. mai 2017).

Hoel, R. og Andersen, G. L. (2011) Habiliteringsforløp for barn med cerebral parese, i Lunde, E. V., Lerdal, B. og Stubrud, L. H. (red.) *Habilitering av barn og unge: tiltak for helsefremming og mestring*. Oslo: Universitetsforl., s. 146-160.

Holm, H. og Højberg, A.-L. (2013) At muliggjøre aktivitet og deltagelse hos unge med nedsatt funksjonsevne, i Brandt, Å., Madsen, Anette J. og Peoples, Hanne (red.) *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 3. utg. København: Munksgaard, s. 307-329.

Jacobsen, K. (2011) Utviklingsprosesser i ungdomsalderen, i Lunde, E. V., Lerdal, B. og Stubrud, L. H. (red.) *Habilitering av barn og unge: Tiltak for helsefremming og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 109-117.

Jahnsen, R. (2006) *Voksen med cerebral parese*. Oslo: Unipub.

Kim, H., Sefcik, J. S. og Bradway, C. (2017) Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review, *Research in Nursing & Health*, 40(1), s. 23-42. doi: 10.1002/nur.21768.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg., 2. oppl. Oslo: Gyldendal akademisk.



Lauritzen, G. Q. og Maul, J. (2010) Sansing, perception og kognition, i Andersen, I. V., Quist, Gertrud L. og Stokholm, Gitte (red.) *Ergoterapi og børn: udvikling, aktivitet og deltagelse*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 43-62.

Majnemer, A., Shevell, M., Law, M., Poulin, C. og Rosenbaum, P. (2010) Level of motivation in mastering challenging tasks in children with cerebral palsy, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(12), s. 1120-1126. doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03732.x.

Myhra, A.-B. (2012) *Fra bruker til samarbeidspartner: Realisering av brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforl.

Mæland, J. G. (2016) *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. 4. utg. Oslo: Universitetsforl.

Møller, M. L. og Stokholm, G. (2010) Rehabilitering, aktivitet og deltagelse, i Andersen, I. V., Quist, Gertrud L. og Stokholm, Gitte (red.) *Ergoterapi og børn: Udvikling, aktivitet og deltagelse*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 123-144.

Nielsen, E. F. (2010) Aktivitet og deltagelse i et intensivt neurorehabiliteringsforløb, i Andersen, I. V., Quist, Gertrud L. og Stokholm, Gitte (red.) *Ergoterapi og børn: utvikling, aktivitet og deltagelse*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 145-167.

Norsk Ergoterapeutforbund (2014) *Barns helse: Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om barns helse*. Tilgjengelig fra:

[https://ergoterapeutene.sharepoint.com/\\_layouts/15/WopiFrame.aspx?guestaccesstoken=yEqVfJsr8XDTA549bA%2fOqHaESA4Ncn4f%2fB0x5Ah5i0U%3d&docid=01d454e869cbd4d5d83f1af2ef403dc19&action=view](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/_layouts/15/WopiFrame.aspx?guestaccesstoken=yEqVfJsr8XDTA549bA%2fOqHaESA4Ncn4f%2fB0x5Ah5i0U%3d&docid=01d454e869cbd4d5d83f1af2ef403dc19&action=view) (Hentet: 01. mai 2017).

O'Donoghue, T. (2007) *Planning Your Qualitative Research Project: An Introduction to interpretivist research in education*. Abingdon: Routledge.

Polatajko, H. J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J, Eftekhar, P, Harvey, A, Jarman, J, Krupa, T, Lin, N, Pentland, W, Rudman, D. L., Amoroso, B. og Connor-Schisler, A. (2008a)

Menneskers betydningsfulde aktiviteter i omgivelserne, i Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 79-111.

Polatajko, H. J., Davis, J., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. og Zimmerman, D. (2008b) Specifikation af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter somkernen, i Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 47-78.

Polatajko, H. J., Molke, D., Baptiste, S., Doble, S., Santha, J. C., Kirsh, B., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Iwama, M., Rudman, D. L., Thibeault, R. og Stadnyk, R. (2008c) Aktivitetsvidenskab: En bydende nødvendighed for ergoterapi, i Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 113-136.

Pollock, N., Missiuna, C. og Rodger, S. (2010) *Occupation Centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists*, i Rodger, S. (red.) *Occupation-centred practice with children*. Hoboken: Wiley, s. 114-134.

Rosenbaum, P. Bernard, D., Leviton, A., Paneth, N., Jacobsson, B., Goldstein, M. og Bax, Martin (2005) Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(8), s. 571-571. doi: 10.1111/j.1469-8749.2005.tb01195.x.

Sandelowski, M. (2000) Whatever happened to qualitative description?, *Research in Nursing & Health*, 23(4), s. 334-340. doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G.

*self-advocacy* (2017). Tilgængelig fra: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/us/self-advocacy> (Hentet: 04. mai 2017).

Stokholm, G. (2013) At muliggjøre aktivitet og deltagelse hos børn med nedsat funktionsevne, i Brandt, Å., Madsen, Anette J. og Peoples, Hanne (red.) *Basisbog i ergoterapi: Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 3. utg. København: Munksgaard, s. 293-306.

Tollefsen, M.-H., Nielsen, A. T. og Ottersen, J. (2011) Habiliteringsforløp for barn med utviklingshemming, i Lunde, E. V., Lerdal, B. og Stubrud, L. H. (red.) *Habilitering av barn og unge: Tiltak for helsefremming og mestring*. Oslo: Universitetsforl., s. 161-175.

Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D. og Brown, J., (2008a) Muliggjørelse: Ergoterapis kernekompetence, i Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 141-200.

Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (red.) (2008) *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard.

Townsend, E. A., Trentham, B., Clark, J., Dubouloz-Wilner, C.-J., Pentland, W., Doble, S. og Rudman, D. L. (2008b) At muliggjøre individuel forandring, i Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 201-222.

Townsend, E. A., von Zweck, C., Baptiste, S., Krupa, T., Picard, H. og Trudel, L. (2008c) Planlægningen af arbejdsstyrken inden for ergoterapi, i Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 443-476.

Tuntland, H. (2011) *En innføring i ADL: Teori og intervensjon*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforl.

Tønnesson, Ø. og Svartdal, F. (2013) *Ungdom*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/ungdom>  
(Hentet: 30 januar 2017).

UN General Assembly (1989) *Convention on the Rights of the Child*, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3, Tilgjengelig fra: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html>  
(Hentet: 29 April 2017).

Vroman, K. (2015) Adolescent Development: Transitioning from Child to Adult, i Case-Smith, J. og O'Brien, J. C. (red.) *Occupational Therapy for Children and Adolescents*. Missuory: Elsevier Mosby, s. 102-126.

Åldstedt, L. (2006) *Ergoterapi for barn med cerebral parese: Med fokus på mestring og deltagelse*. Trondheim: Communicatio forl.

Åldstedt, L. (2010) Rehabilitering, aktivitet og deltagelse, i Andersen, I. V., Quist, Gertrud L. og Stokholm, Gitte (red.) *Ergoterapi og børn: Udvikling, aktivitet og deltagelse*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 169-191.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Søking og resultater

Gan, C., *et al.* (2008) **Giving Youth a Voice (GYV): A Measure of Youths' Perceptions of the Client-Centredness of Rehabilitation Services**, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(2), s. 96-104. doi: 10.1177/000841740807500205 (Hentet 6. januar 2017).

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
“occupational therapy” “cerebral palsy” “children” “patient involvement”	Google Scholar	AND	103

Costa, U. M., Brauchle, G. og Kennedy-Behr, A. (2016) **Collaborative goal setting with and for children as part of therapeutic intervention**, *Disability and Rehabilitation*, s. 1-12. doi: 10.1080/09638288.2016.1202334 (Hentet: 18. februar 2017).

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
“occupational therapy” “self-efficacy” “cerebral palsy” “collaborative goal setting” “children”	Google Scholar	AND	58

Brewer, K., Pollock, N. og Wright, F. V. (2014) Addressing the Challenges of Collaborative Goal Setting with Children and Their Families, *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 34(2), s. 138-152. doi: 10.3109/01942638.2013.794187 (Hentet 16. mars 2017).

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
“occupational therapy” “intervention” “cerebral palsy” “collaborative goal setting” “children”	Google Scholar	AND	125

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### 1. Rammesetting

- Uformell samtale.
- Informer om lydopptak
- **Start lydopptak**
- Introduksjon og generell informasjon
- Er det noe du lurer på før vi starter med spørsmål?

### 2. Erfaringer

- Hvor lenge har du jobbet som ergoterapeut?
- Hvor lenge har du jobbet her på denne arbeidsplassen?
- Kan du fortelle litt om hvordan du jobber med ungdom som har cp?
- Kan du fortelle litt om dine erfaringer med det å sette mål sammen med denne brukergruppen.

### 3. Fokusering, nøkkelspørsmål

- Hva innebærer ditt ansvar som ergoterapeut under målsettingsprosesser med ungdom som har cerebral parese?
- Hva er viktig for deg i ditt arbeid med å sette mål sammen med ungdom som har cerebral parese?
- På hvilken måte legger du til rette for at ungdom med CP har mulighet til å medvirke i målene som blir satt.
- På hvilken måte påvirker ungdommens meninger ditt arbeid med å sette mål sammen med brukeren?

### 4. Tilbakeblikk

- Har jeg forstått dette riktig? / avklaring av eventuelle uklarheter (Se også på notatene)
- Nå har vi snakket om en del av dine erfaringer med å sette mål sammen med ungdom med cp, er det noe vi ikke har vært innom du ønsker å si noe om, eller er det noe du ønsker å utdype noe mer?

- Da vil vi gjerne få takke for å du var villig til å stille opp og dele dine erfaringer med oss.

## **Vedlegg 3: Invitasjon til informanter**

### **Invitasjon til deltagelse i undersøkelse om hvordan ergoterapeuter jobber med målsettingsarbeid sammen med ungdom som har cerebral parese**

Hei,

Vi er to tredje-års studenter som studerer bachelor i ergoterapi ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet - NTNU. Vi arbeider for tiden med vår bacheloroppgave, hvor vi har valgt å fokusere på ergoterapeuters målsettingsarbeid, med ungdom som har cerebral parese. Vår problemstilling er: Hvordan arbeider ergoterapeuter slik at ungdom (12-18 år) med cerebral parese har mulighet til å medvirke i målsettingsprosesser?

Vi vil derfor invitere deg til å delta i et individuelt intervju hvor vi ønsker muligheten til å lære av dine erfaringer og refleksjoner rundt det å sette mål sammen med ungdommer som har cerebral parese. Målet med prosjektet er å kunne bidra til ny innsikt og mer kunnskap om fagfeltets praksis innenfor ergoterapeuters målsettingsarbeid med denne brukergruppen.

Intervjuet vil vare i ca. 1 time og vi kommer til å benytte båndopptaker under intervjuet, for å få en mer presis gjengivelse av det som kommer frem i samtalen. Det er ønskelig at intervjuet finner sted i løpet av uke 12 og 13. Alle personopplysninger vil bli anonymisert slik at hverken du eller din arbeidsplass vil kunne gjenkjennes i oppgaven som skal skrives. Lydfilen vil bli slettet etter endt prosjekt som forventes å være i mai 2017. Selv om du takker ja til å bli intervjuet, kan du når som helst trekke deg fra prosjektet uten å oppgi noen grunn og allerede innhentet data fra deg vil da bli slettet.

Dersom du ønsker å delta som informant i vårt prosjekt, vil vi sette pris om du har mulighet til å returnere samtykkeerklæringen under via mail, innen fredag 24. mars.



Ved spørsmål, ta gjerne kontakt med Jostein G. Eide på tlf: 90287438, eller ved E-post:  
josteige@stud.ntnu.no.

Med vennlig hilsen

Jostein Gangsøy Eide og Fredrik Attila Kønne

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige

Universitet - NTNU i Gjøvik.

Samtykkeerklæring:

Jeg bekrefter herved å ha fått informasjon om prosjektet og ønsker å delta som informant.

---

(Sted og dato)

---

(navn)