

Masteroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Markus Kristiansen

Tilrettelegging av autonomi, kompetanse og tilhørighet under rehabilitering

En kvalitativ undersøkelse som viser hvordan ansatte tilrettelegger for pasienters selvbestemmelse under rehabilitering

Masteroppgave i idrettvitenskap

Veileder: Jan Erik Ingebrigtsen

Trondheim, mai 2018

Markus Kristiansen

Tilrettelegging av autonomi, kompetanse og tilhørighet under rehabilitering

En kvalitativ undersøkelse som viser hvordan ansatte tilrettelegger for pasienters selvbestemmelse under rehabilitering

Masteroppgave i idrettsvitenskap
Veileder: Jan Erik Ingebrigtsen
Trondheim, mai 2018

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Forord

Når jeg skriver forordet for masteroppgaven er det med følelse av glede. Denne tiden har bydd på mange utfordringer, nedturer, oppturer og til tider frustrasjon. Jeg har lært masse og sitter igjen med stor kunnskap om temaet. Arbeidet med avhandlingen har også vært lærerikt for selvstendig arbeid og akademisk progresjon, som jeg tar med meg inn i arbeidslivet.

Underveis av utarbeidelsen for denne oppgaven er det mange som fortjener en takk for at oppgaven ble til. En stor takk rettes til informantene som stilte opp i prosjektet, uten dere ville ikke oppgaven vært mulig å gjennomføre. Takk for at dere tok dere tid til å dele tanker og erfaringene med meg. Jeg vil også takke veileder Jan Erik Ingebrigtsen, takk for gode råd og innspill.

Takk til mamma, pappa og tante som har bidratt til stor støtte, gode innspill og til slutt korrekturlesing. Takker dere også for støtte gjennom hele utdanningen min. Vil også takke resten av familien min som har vært der for meg gjennom disse fem årene.

Til slutt vil jeg rette en takk til Marius, Henrik og Torleif som har bidratt til å holde motivasjonen oppe under lange dager på lesesalen. Uten dere ville denne perioden blitt mye vanskeligere og mindre morsom.

NTNU Trondheim, 29.mai 2018

Markus Kristiansen

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven er å få en forståelse for hvordan ansatte tilrettelegger for pasienters selvbestemte motivasjon under rehabilitering. I denne oppgaven er det fysioterapeuter og ergoterapeuter sin tilrettelegging for pasienters selvbestemmelse som diskuteres. Oppgaven er gjennomført på Sunnaas Sykehus under avdelingen “Rehabilitering med arbeid som mål”.

Denne oppgaven har undersøkt hvordan ansatte legger til rette for selvbestemt motivasjon hos sine pasienter, ved hjelp av Deci and Ryan (1985) sin selvbestemmelsesteori (SDT).

Underteorien grunnleggende psykologiske behov (BNT) står sentralt i oppgaven. Denne underteorien er utgangspunkt for oppgavens oppbygging og diskuterer menneskers behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet.

“Many models of intervention and change have suggested that the practitioner-patient relationship is an important medium and vehicle of change. In health care this is especially so, as vulnerable individuals, often lacking in technical expertise, look for the inputs and guidance of professionals. In this process a sense of being respected, understood, and cared for is essential to forming the experiences of connection and trust that allow for internalization to occur” (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008, p. 3). Ryan and Deci (2000) har studert autonom motivasjonsform opp mot ytre motivasjonsform. De så på begge motivasjonsformene i aktivitet der begge hadde samme nivå av oppfattet kompetanse. Funnene de fant var at autonom motivasjonsform viser til mer interesse, spenning, tillit, forbedret ytelse, utholdenhet, kreativitet, økt vitalitet, selvtillit og generell trivsel. Pasienters samarbeid med profesjonelle er antatt som avgjørende for om rehabiliteringen skal lykkes (Petersen, Hounsgaard, Borg, & Nielsen, 2012).

Individuelle intervju er gjennomført med utgangspunkt i intervjuguide. Intervjuformen som er valgt er semistrukturert intervju. Informantene forteller at aktivt arbeid med pasientenes selvbestemmelse fører til at pasientene får bedre forutsetninger til å fortsette rehabiliteringen etter oppholdet. Ved at pasienten føler autonomi rundt egen rehabilitering og autonomistøtte fra fysioterapeuter og ergoterapeuter sin side, kan dette bidra til endringen som er nødvendig. Grunnleggende psykologisk behov hører sammen i denne prosessen og alle er viktig for å få til endringen.

Abstract

The purpose of this study was to gain an understanding of how employees arrange for patients' self-determined motivation under rehabilitation. In this study, the facilitating from physiotherapists and occupational therapist in regard to their patients will be discussed. The study took place in Sunnaas Hospital under the department of "Rehabilitation with work as a goal".

This thesis has studied how employees arrange for self-determined motivation in their patients, with Deci and Ryans (1985) Self Determination Theory (SDT) as a framework. One of the subcategories in SDT called *Basic psychological needs theory* (BPNT) is important to the current study. This subcategory is the foundation of which the current thesis is structured and discussed, where the human needs for autonomy, competence and relatedness are the key components.

"Many models of intervention and change have suggested that the practitioner-patient relationship is an important medium and vehicle of change. In health care this is especially so, as vulnerable individuals, often lacking in technical expertise, look for the inputs and guidance of professionals. In this process a sense of being respected, understood, and cared for is essential to forming the experiences of connection and trust that allow for internalization to occur" (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008, p. 3). Ryan and Deci (2000) have studied autonomous forms of motivation against extrinsic forms of motivation. They looked at both types of motivation in physical activity where both had the same level of perceived competence. The findings show that autonomous forms of motivation indicate more interest, excitement, trust, improved performance, stamina, creativity, increased vitality, confidence and general wellbeing. The patients' cooperation with professionals is assumed crucial for the success of the rehabilitation.

Individual interviews were done on the basis of an interview guide. The type of interview that was chosen for this study was semi-structured interview. The informants explained that active work with the patients' self-determined motivation led the patients to gain better chance of continuing the rehabilitation after their stay. When the patients experience autonomy in their own rehabilitation and autonomous support from their physiotherapists and occupational therapists, this contribute to the necessary change. Basic psychological needs belong together in this process and they are all important to achieve changes.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
2. Rehabilitering – Tilbake til arbeid	3
2.1 Problemstilling	6
3. Selvbestemmelse	7
3.1 Kognitiv evalueringsteori (CET)	8
3.2 Organisk integrasjon (OIT).....	9
3.3 Grunnleggende psykologisk behovsteori (BNT).....	12
3.3.1 Autonomi	12
3.3.2 Kompetanse.....	13
3.3.3 Tilhørighet.....	15
4. Forskningsmetode	17
4.1 Valg av metode.....	17
4.2 Utvalg.....	18
4.3 Intervjuguide	19
4.4 Kvalitetssikring av intervjuguide	20
4.5 Gjennomføring.....	22
4.6 Transkribering og analyse av intervju	23
4.7 Etikk	26
5. Tilrettelegging av pasienters selvbestemmelse for rehabilitering.....	27
5.1 Autonomi og rehabilitering	27
5.2 Kompetanse og rehabilitering	45
5.3 Tilhørighet og rehabilitering	50
5.4 Oppsummering	55
6. Veien videre.....	57
Referanseliste	59
Vedlegg	65

1. Innledning

Av ulike grunner får mange mennesker behov for profesjonelt tilrettelagt rehabilitering. Dette kan skyldes medfødte skader, ulykker, livsstilssykdommer eller annen problematikk som hindrer funksjonaliteten. Utfallet av rehabiliteringsopplegg vil være avhengig av pasienters motivasjon og samarbeid med ansatte (Petersen et al. 2012; Murray et al., 2015). I denne oppgaven fokuseres det på hvordan helsepersonell tilrettelegger for pasienters selvbestemmelse i rehabiliteringsprosessen. Oppgaven tar for seg avdelingen “Rehabilitering med arbeid som mål” på Sunnaas Sykehus med de ansatte i denne avdelingen, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Oppgaven skal se på hvordan de ansatte påvirker og tilrettelegger for pasienters motivasjon under rehabilitering.

Mennesker som må gjennom rehabilitering, vil ofte ha med seg motivasjon. Motivasjonen de tar med seg er ønsket om å komme tilbake til hvordan de var før de fikk nedsatt funksjonalitet. I denne oppgaven ser en på hvordan ansatte tilrettelegger for pasientene sin motivasjon. Det er spennende å se hvordan ansatte jobber med sine pasienter og motiverer de gjennom rehabiliteringen. *“Suffering from pain over a long period of time negatively affects a person’s whole situation, including family life, use of leisure time, finances, psychosocial well-being and the ability to work”* (Sjostrom, Alricsson, & Asplund, 2008, p. 649). Nedsatt funksjonalitet hos pasienter vil gjøre det vanskelig å gjennomføre riktig trening. Dette vil påvirke pasienten sin motivasjon for trening og fortsettelse av trening. Ulike motivasjonsteorier kan tas i bruk for å forstå begrepet motivasjon. I denne oppgaven vil Deci and Ryan (1985) sin selvbestemmelsesteori (SDT) bli tatt i bruk. Teorien vil bli brukt til å se på hvordan ansatte tilrettelegger motivasjon for pasienter under rehabilitering.

I denne oppgaven sees SDT i sammenheng med trening under rehabilitering. I SDT står menneskers psykologiske grunnleggende behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet sentralt. Autonomi er behovet der mennesker ønsker å være selvbestemt i gjennomførte aktiviteter. Behovet for kompetanse tar for seg mennesket ønske om mestring under aktiviteter. Tilhørighet er behovet som forklarer hvordan mennesker blir påvirket av miljøet rundt dem og menneskene de er i kontakt med. Avhengig av om de ansatte legger til rette for at behovene støttes eller ikke,

skal denne oppgaven belyse hvordan dette kan utspille seg på en positiv eller negativ måte for pasienters motivasjon til rehabiliteringen.

Motivasjon

“Motivasjon handler altså om målrettet atferd, og hva som gjør at vi er villige til å jobbe mot et mål over lengere tid, med det innsatsnivået og den kvaliteten som er nødvendig for å nå det målet vi har satt oss” (Mehus, 2015, p. 28). I denne oppgaven er det snakk om målrettet atferd i aktiviteter. Oppgaven ser på hvordan de ansatte under rehabilitering tilrettelegger for pasientenes motivasjon for aktiviteter. Thorup et al. (2016) beskriver motivasjon som avgjørende for å få til en vedvarende atferdsendring. Skal intervensjoner av atferdsendring vedvare er teoretisk rammeverk i motsetning til mangelen på dette mer effektivt (ibid).

Skal en mobilisere andre til aktivitet er rollemodeller viktige. Uavhengig om det er lærere, ledere, trenere, helsepersonell eller foreldre er også måten aktivitetene gjennomføres på avgjørende (Ryan & Deci, 2000). Avhengig av hvordan de tilrettelegger aktiviteten vil ulike atferdsformer for aktiviteten tre frem (ibid). *“People can be motivated because they value an activity or because there is strong external coercion. They can be urged into action by an abiding interest or by a bribe. They can behave from a sense of personal commitment to excel or from fear of being surveilled”* (Ryan & Deci, 2000, p. 69). Motivasjon er en prosess som påvirker målrettet atferd. Mobilisering av energi til å skape interesser, engasjement, fortsettelse, kvalitet og ønske om å investere i aktiviteter påvirker motivasjonen (Lillemyr, 2007; Maehr & Zusho, 2009). Ryan and Deci (2000) har studert autonom motivasjonsform opp mot ytre motivasjonsform. De så på begge motivasjonsformene i aktivitet der begge hadde samme nivå av oppfattet kompetanse. Funnene viser at autonom motivasjonsform viser til mer interesse, spenning, tillit, forbedret ytelse, utholdenhet, kreativitet, økt vitalitet, selvtilit og generell trivsel.

Det teoretiske rammeverket for denne oppgaven er motivasjonsteorien om selvbestemmelse. Ved å benytte selvbestemmelsesteori vil behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet være teoretisk rammeverk for hvordan de ansatte tilrettelegger pasienten sin motivasjon. Behovet for autonomi vil stå sentralt i oppgaven og legges mest vekt på.

2. Rehabilitering – Tilbake til arbeid

Innen rehabilitering finnes mange ulike regimer en kan ta del i utfra skadens alvorlighetsgrad og type funksjonsnedsettelse. På Sunnaas Sykehus avdelingen “Rehabilitering med arbeid som mål” er hovedfokuset behandlingen for pasienter som ønsker seg tilbake til arbeidslivet. Avdelingen jobber med mange ulike pasienter som har ulike typer skader og former for funksjonsnedsettelse.



("Forside - Sunnaas sykehus," 2018)

Pasienter som får plass under denne avdelingen på Sunnaas Sykehus blir henvist. *“Sunnaas har ett felles henvisningsmottak som behandler søknader til sykehuset og henvisninger fra fastleger og privatpraktiserende avtalespesialister til rehabilitering ved private rehabiliteringsinstitusjoner i og utenfor Helse Sør-Øst”* ("Henvisning til Sunnaas sykehus," 2018).

Hovedgrupper av pasientene i avdelingen har langvarige smerteproblematikk og nedsatt funksjonsevne. Dette er pasienter med hypermobilitetssyndrom, idiopatiske smerter og problematikk fra tidligere skader. Hypermobilitetssyndrom er en sykdom med overbevegelige ledd og kan medføre ledd smerter, ledd som glir ut av stilling og betennelse

(NorskRevmatikerforbund, n.d.). Sykdommen skyldes slapphet i bindevevet, hovedsakelig ligamentvev som er arvet og bestemt av individets bindevevsmatriksproteingener (Keer & Simmonds, 2011). Fysioterapi er sett på som den beste og mest effektive behandlingsformen. Hovedprioritering for behandlingen er å forbedre leddene. Hensikter er å redusere smerte, forbedre ledd kontrollen og stabiliteten, sørge for skadeforebygging og gjøre det mulig utfra pasientens tilstand å klare seg selv på en trygg måte (Keer & Simmonds, 2011).

Fysioterapeuter og ergoterapeuter innen rehabilitering arbeider med pasienter som har fått endret sin funksjon, enten ved skader, aldring eller sykdom (Barbic, Bartlett, & Mayo, 2013). Novotney (2014) viser viktigheten av å kunne se pasientenes begrensninger for å presse pasienter ut av sin komfortsone. Er pasienters begrensninger kartlagt på forhånd vil de ansatte vite når de kan presse og når de må holde igjen. Dette kan hjelpe til å bedre styrken, utholdenheten og koordinasjonen til pasientene (ibid). Pasienters oppfatning av støtte og hjelp fra andre vil påvirke rehabiliteringen (Chan, Lonsdale, Ho, Yung, & Chan, 2009). Dette kan påvirke motivasjon for rehabilitering ved oppmøte og gjennomføring av rehabiliteringen (ibid). Pasienters ønske om deltakelse i rehabilitering er ett samspill om hva individet er i stand til, hva en ønsker, det sosiale miljøet og forventninger (Kvam & Eide, 2015). Pasienters motivasjon for rehabilitering vil være en nøkkelfaktor for hvordan resultatet blir. Også motivasjon for å fortsette og vedlikeholde fysisk form og aktivitet i tiden etter ett rehabiliteringsopphold vil være viktig for resultatet (Murray et al., 2015). *“The key is developing a relationship of trust with the patient, and there are many products and technologies available that greatly reduce the risk of injury for both patient and clinician, and provide greater productivity”* (Novotney, 2014, p. 67). En ulempe med å presse pasientene for hardt og raskt kan være at det faktisk forlenger rehabiliteringen (ibid).

Innen rehabilitering er det viktig at pasienten aksepterer skadens realitet. Aksept fører til bedre samarbeid mellom helsepersonell og pasienten (Tracey, 2003). Pasienten kan dermed bruke sin energi og konsentrasjon på rehabiliteringsprosessen. Petersen et al. (2012) har sett at pasienters samarbeid med profesjonelle er antatt som avgjørende for om rehabiliteringen skal lykkes. Et skifte innen rehabilitering har kommet der pasientene i dag er mer involverte i egen rehabilitering. Pasientene er med i diskusjoner, valg som gjøres og er med på å påvirke sin egen rehabilitering (Petersen et al., 2012). Dette skiftet har bidratt til at relasjonen mellom helsepersonell og pasienter omhandler gjensidig avhengighet, respekt og partnerskap (ibid). Det

er ett samarbeid mellom partene der de sammen planlegger og legger føringer for rehabiliteringen.

Sjostrom et al. (2008) viser til at regelmessig oppfølging over en lenger periode opprettholder oppnådd resultat ved rehabiliteringen. *“In rehabilitation, it has proved to be a challenge to maintain the level of physical activity in everyday life as during rehabilitation”* (Saebu, Sørensen, & Halvari, 2013, p. 613). Sporadiske eller uregelmessige oppfølgingstester kan føre til større endringer i pasientens atferd over tid (Sjostrom et al., 2008).

Forskning på området om rehabilitering der målet er å komme tilbake til arbeidslivet har funnet at den beste forutsetningen for å klare dette er å være mann (Ahlgren & Hammerstróm, 2000). Dette støttes av studiet gjennomført av Lonsdale et al. (2017) der de fant at menn uavhengig om de fikk kommunikasjonskompetanse eller ikke av fysioterapeuter bedret kompetansen sin. Kvinner i same studiet bedret funksjonen signifikant bedre ved hjelp av kommunikasjonskompetanse. Ahlgren and Hammerstróm (2000) har sett at rehabilitering for menn er mer omfattende og starter tidligere, meden rehabilitering for kvinner er mer komplisert. Strupstad (2011) sin studie har sett på konkret arbeidstrening opp mot gruppebaserte intervensjoner i henholdsvis Hernes Institutt og Rehabiliteringssenteret AiR. Begge institusjonene førte til positive endringer i faktorer som har vist seg å predikere tilbakeføring til arbeidslivet. Dette er faktorer som god helse, god psykososial status og høy tilfredshet med egen jobb (ibid).

På et rehabiliteringssenter jobber pasientene tett med fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger og andre fagpersoner. Viktigheten av hvordan ansatte, i denne oppgaven fysioterapeuter og ergoterapeuter, tilrettelegger rehabiliteringen for pasientene finnes lite forskning på. Pasienter kommer til rehabilitering og ønsker en endring slik de kan oppnå målet sitt; om det er å bli helt frisk igjen, kunne leke med ungene sine igjen eller returnere til arbeidslivet. Ett rehabiliteringsopphold strekker seg ofte over noen uker. For at pasienter skal fortsette rehabiliteringen etter oppholdet vil vedvarende motivasjon være nødvendig. Det er her de ansatte har et ansvar med å tilrettelegge pasienters motivasjon for videre deltakelse i rehabilitering.

Denne oppgaven tar for seg hvordan fysioterapeuter og ergoterapeuter tilrettelegger for pasienters motivasjon. Motivasjonsteorien som brukes for å se hvordan dette blir gjort er selvbestemmelsesteorien (SDT). SDT ser på hvordan atferd styres av individets egne interesse,

ønsker og autonomi til aktivitet. Teorien skal i denne oppgaven se på hvordan de ansattes tilrettelegging av selvbestemmelse påvirker pasienters motivasjon for rehabilitering. Nærmere bestemt behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Lite forskning på dette området er gjort tidligere og oppgavens mål er å belyse denne tematikken.

2.1 Problemstilling

Hvordan tilrettelegger fysioterapeuter og ergoterapeut for pasienters autonomi, kompetanse og tilhørighet under rehabilitering?

3. Selvbestemmelse

Selvbestemmelsesteorien (SDT) som benyttes som teorigrunnlag i denne oppgaven er en samlebetegnelse av fem miniteorier av Deci and Ryan (1985). Disse miniteoriene er grunnleggende psykologisk behovsteori (BNT), organisk integrasjonsteori (OIT), mål innhold teori (GCT), kognitiv evalueringsteori (CET) og kausalitetsorienteringsteorien (COT). Tre av dem mener jeg er relevant for å svare på min problemstilling: BNT, OIT og CET.

“The starting point for SDT is the postulate that humans are active, growth-oriented organisms who are naturally inclined toward integration of their psychic elements into a unified sense of self and integration of themselves into larger social structures” (Deci & Ryan, 2000, p. 229).

SDT er en tilnærming til menneskelig motivasjon som fremhever menneskets indre ressurser for utviklingsevne, selvregulering og atferdsendring (Ryan & Deci, 2000). Teorien er blitt identifisert ved empiriske prosesser for menneskelige behov, utvikling og trivsel (Deci & Ryan, 2000).

Teorien undersøker forholdene som fremmer selvbestemt atferd, og skiller mellom ytre og intern drevet atferd (Gagné & Deci, 2005; Moran, Russinova, Yim, & Sprague, 2014).

SDT argumenterer for at alle mennesker har medfødt kapasitet for personlig utvikling og vekst ved optimale miljøforhold (Moran et al., 2014). Teorien tar for seg hvordan belønninger, retningslinjer, tilbakemeldinger, ros og andre forandringsrelaterte faktorer forsterker eller reduserer autonom motivasjon og atferdsutfall (Moran et al., 2014). Ryan and Deci (2007) mener at autonom motivasjon, ofte referert som selvbestemt motivasjon, styres av menneskers ønske om å være selvbestemt og ved opplevd følelse av kompetanse. Autonom motivasjon kan forklares ved individets frie vilje til å ta egne valg og frihet til å handle (Ryan & Deci, 2007). Dette vil føre til større innsats, engasjement, ansvar og interesse for handlingen. Motsatt, vil kontrollert motivasjon innebære at individet gjør valg under press. Dette vil føles kontrollert for individet og være med på å undergrave atferd (ibid).

Deci and Ryan (1985) har utviklet selvbestemmelsesteorien med flere underteorier. Underteorien om grunnleggende psykologisk behov (BNT) beskriver behov som må ligge til grunn for at individet skal oppnå selvbestemt motivasjon. Disse behovene er autonomi, kompetanse og tilhørighet. Utfra om behovene støttes eller ikke, ser teorien utfra atferd hvilken type motivasjon

individet har regulering for ved den andre underteori organisk integrasjonsteori (OIT). Underteorien BNT vil være grunnstammen for denne oppgavens videre oppbygging. Underteoriene om OIT ser på hvilken reguleringsform individ har på bakgrunn av om behovene legges til rette for eller ikke. Kognitiv Evalueringsteori (CET) innenfor selvbestemmelsesteorien vil i oppgaven være med på å se om de sosiale faktorene rundt individet spiller inn på tilretteleggingen av behovene.

3.1 Kognitiv evalueringsteori (CET)

Deci gjorde studier på 1960 – 70 tallet om hvordan indre motivasjon undergraves under ulike sosiale forhold. Studiene ble senere bakgrunnen for underteorien kognitiv evalueringsteori (CET) i selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan, 1985).

CET fokuserer på indre motivasjon definert utfra atferd som gir glede. I en aktivitet vil dette være energisparende handlinger som er drevet av autonom motivasjon, snarere enn ytre motivasjon. Med autonom motivasjon menes aktiviteter som samsvarer med individets egne interesser og ønsker. Når individet har indre motivasjon trenger ingen oppmuntring å gis, men det sosiale miljøet rundt individet vil være avgjørende når det gjelder å støtte opp under behovene for kompetanse og autonomi som er avgjørende for å opprettholde denne indre motivasjonen (Blanke, Beder, & Klepal, 2017).

CET omhandler indre motivasjon og tilfredsstillelsen av atferd som gjøres for egen skyld. Teorien tar for seg og ser på den spesifikke virkningen av ulike sosiale kontekster sine påvirkninger av indre motivasjon. Utfra sosiale kontekster som blir satt ser teorien også på hvordan autonom motivasjon og egne interesser blir påvirket av faktorer som belønninger, kontrollerte forhold og ego involvering. I CET går de i dybden på hvilken måte kompetanse og autonomistøtte spiller inn for å fremme indre motivasjon hos mennesker (Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan & Deci, 2000).

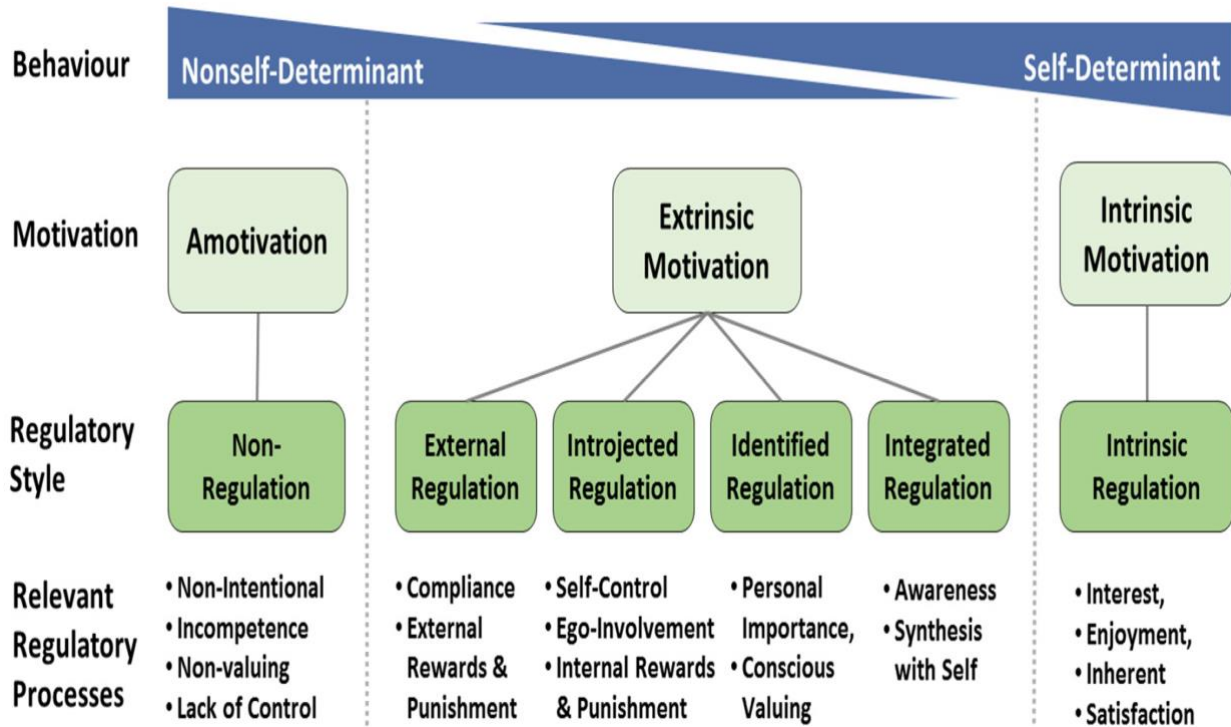
CET hevder at miljøer som gir optimale utfordringer, kompetansefremmede tilbakemeldinger, støtte for autonomi og leder til følelse av kompetanse (mestring) i aktiviteter vil tilrettelegger for indre motivasjon hos individet (Deci & Ryan, 1985). Indre motivasjon vil undergraves ved alle belønninger som er betinget av oppgaveprestasjon, trusler, tidsfrister, evalueringer og pålagte mål

(Ryan & Deci, 2000). Teorien sier at følelse av kompetanse alene ikke vil gi indre motivasjon, individet må oppleve følelse av kompetanse sammen med følelse av selvbestemt atferd for at den indre motivasjon skal oppstå (Deci & Ryan, 1985). Individ som får støtte og tilbakemeldinger i slike miljø må oppleve dette som viktig og betydningsfullt for han/hun for at indre motivasjon skal forekomme (ibid).

3.2 Organisk integrasjon (OIT)

Ved å gjennomføre aktivitet for den iboende tilfredsstillende av selve aktiviteten har personer størst grad av autonom motivasjon for aktiviteten og indre motivasjon kan oppstå. Andre ganger kan aktiviteten gjennomføres ved en ytre motivasjon der målet vil være å oppnå andre utfall som resultater eller helsefordeler (Ryan & Deci, 2000). Den autonome motivasjonen, og dermed indre motivasjon kan begrenses ved personlige forpliktelser, passiv overholdelse og regulering av forespurt atferd. Individ vil dermed internalisere og integrere sin egen atferd (ibid). I organisk integrasjon (OIT) forklares hvordan ytre motivasjon kan internaliseres og reguleres i individet utfra ens atferd og grad av autonom motivasjon eller mangel på dette.

OIT beskriver hvordan ytre motivasjon på fire måter i et kontinuum, kan internalisere atferd og reguleres i individet (*Figur 1*) (Deci & Ryan, 1985). Ytre motivasjon kan også oppleves som autonom og vil da være en form for autonom ytre motivasjon. I SDT er de fire reguleringsformene for ytre motivasjon delt inn i kontrollert motivasjon og autonom ytre motivasjon (Ryan et al. 2008). Ytre regulering (external regulation) og innlemmet regulering (introjected regulation) er former for kontrollert motivasjon. Identifisert regulering (identified regulation) og integrert regulering (integrated regulation) er former for autonom ytre motivasjon (ibid).



Figur 1: (Blanke et al., 2017, p. 7) I denne modellen vises Indre motivasjon som er selvbestemt motivasjon, fire ulike reguleringsformer av ytre motivasjon og amotivasjon som er mangelen på selvbestemmelse.

Ytre regulering (External regulation) er en atferd som utføres for å tilfredsstillere en ytre etterspørsel eller belønningsforutsetning. Denne reguleringsformen oppleves ofte av enkeltpersoner som kontrollert eller fremmedgjort og handlingene deres har en utvendig oppfattelse av kausalitet (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000). Personer med denne atferdsreguleringen vil gjennomføre aktiviteter på bakgrunn av ytre belønninger denne aktiviteten vil medføre, eller på bakgrunn av straff det kan medføre å ikke gjennomføre aktiviteten. Personer innen denne reguleringen vil gjennomføre aktiviteten, men vil ikke endre holdninger og sin egen atferd.

Innlemmet regulering (Introjected regulation) er den andre ytre motivasjonsformen som også er en relativ kontrollert form for regulering av atferden. Det som motiverer atferden under denne reguleringen er å unngå skyld, angst eller for å oppnå stolthet. En klassisk atferdsform under innlemmet regulering er involvering i aktivitet der målet er å vise dominans i form av evne for å

oppretholde sine egne følelser av verdighet. Selv om det er internt drevet har atferden fortsatt en kausal oppfattelse (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000). Det kan sees på som at personer vil gjøre aktiviteter for å bevise for andre at de faktisk kan gjøre aktiviteten og viser vilje. Dette er personen sitt valg og er ikke pålagt, men personene gjør aktiviteten for å vise seg fram og atferden er ikke drevet av iboende interesser som vil føre til langvarig atferdsendring.

Identifisert regulering (Identified regulation) gjenspeiler handlinger som er aksepterte eller eid som personlig viktig. Ved denne type atferd har personen mer internalisert sin regulering der en fullt ut har akseptert aktiviteten som sin egen. Atferden vil være mer autonom selv om den fortsatt er utvendig motivert i form av instrumental der en for eksempel trener for å være sunnere og ikke utfører treningen alene som en kilde til spontan nytelse og tilfredsstillelse. Denne formen forventes å bli bedre opprettholdt og knyttes til høyere engasjement og prestasjon (Deci & Ryan, 2000). Personer vil engasjere seg mer og være mottakelig for læring under aktivitet og samtidig med endringer underveis i aktiviteter når de ser viktigheten av dette kan gi fordeler for en selv. Denne atferden vil ikke i like stor grad styres av tvil og frykt.

Integrert regulering (Integradet regulation) er den mest komplette formen for internalisert utvendig motivasjon. Denne formen integrerer atferden med andre aspekter av selvet. Atferden oppfattes som en del av individets egen identitet og styres utfra egen vilje til å delta i aktivitet (Mehus, 2015). Det som først var ytre regulering vil i denne formen ha blitt omdannet fullt til selvregulering der resultatet er selvbestemt ytre motivasjon (Deci & Ryan, 2000). Integrert regulering har likhetstrekk med indre motivasjon, men vil fortsatt være en form for ytre motivasjon fordi individet ikke vil gjøre aktiviteten kun på bakgrunn av aktiviteten i seg selv. Under rehabilitering vil denne reguleringen oppstå om pasienter verdsetter aktiviteter og ser på rehabiliteringen som en del av sin identitet.

3.3 Grunnleggende psykologisk behovsteori (BNT)

“Basic psychological needs of autonomy, competence, and relatedness are shown as indicators of global basic psychological needs according to the hypothesis that optimal motivational function is achieved with the satisfaction of all three needs: the needs form the starting point of the motivational process and reflect top-down individual differences in psychological need satisfaction and affect motivation in many context” (Ryan & Deci, 2007, p. 7).

Miniteorien om grunnleggende psykologisk behov (BNT) sier at psykisk velvære og optimal funksjon er betinget av *autonomi, kompetanse og tilhørighet* (Conroy, Elliot, & Coatsworth, 2007; Fortier & Kowal, 2007; Markland & Vansteenkiste, 2007; Ryan & Deci, 2007; Wang & Biddle, 2007; Wilson & Rodgers, 2007). Omgivelser som støtter versus hindrer disse behovene vil ha innvirkning på individets velvære. Teorien hevder at alle tre behov er viktig, og at mennesker er avhengige av alle tre for å utvikle seg og fungere på en sunn og optimal måte (ibid). Støtte av behovene i aktivitet vil føre til opprettholdelse av autonom motivasjon og internalisering. Motarbeides behovene vil dette ha negative konsekvenser for den autonome motivasjonen til individet (Joessaar & Hein, 2011; Markland & Vansteenkiste, 2007; Ryan & Deci, 2007). Farholm, Halvari, Niemiec, Williams, and Deci (2017) har i sin studie vist at tilrettelegging av autonom motivasjon og kompetanse under rehabilitering er kritisk om en ønsker endring i helseatferd hos pasienter. BNT undersøker forholdet mellom psykologiske behov, deres opprinnelse, virkemåte og utfall (Ryan & Deci, 2007).

3.3.1 Autonomi

I selvbestemmelsesteorien (SDT) refereres autonomi til individets følelse av egen vilje, valg og beslutningstaking til å delta i en aktivitet, heller en tvang og press (Markland & Vansteenkiste, 2007; Quested et al., 2013; Ryan & Deci, 2000; Wilson & Rodgers, 2007). Når individets atferd styres av autonomi, så vil en velge å gjennomføre aktiviteten på selvstendige prinsipper. Atferden er fullt ut styrt av egen vilje under aktivitet og ikke bestemt av andre rundt. Det er individet selv som sitter i førersetet for hvordan aktiviteten skal gjennomføres. Atferd vil være selvbestemt og aktiviteten bygges på fri vilje, valg og tilstedeværelse for utførelsen. Autonomi for aktiviteten vil ved innblanding fra andre begrenses. Dette kan medbringe følelser hos individet der egne valg

fratas og oppfattes som ytre press. Autonomi innebærer å være viljestyrt og opptre på en slik måte som representerer en integrert oppfatning av seg selv (Calvo, Carvello, Jimenez, Iglesias, & Murcia, 2010). Når utførelsen under aktivitet baseres på bakgrunn av ett ønske som en identifisere seg med, vil en være viljestyrt. Ved å identifisere seg med aktiviteten og være styrt av fri vilje, vil aktiviteten være integrert i individet. Dette vil gi autonomi for aktiviteten som gjennomføres.

I SDT vil følelsen av autonomi være til stedet når atferden blir styrt utfra personlige verdier og interesser (Ryan & Deci, 2002). Dette innebære å ha gleden av å trene styrketrening der treningen gjennomføres fordi aktiviteten er integrert i individet. Denne formen for aktivitet vil føre til at individet identifiser seg med aktiviteten og atferden er en del av individet. Ryan and Deci (2002) sier at autonomi er et grunnleggende menneskelig behov der en selv vil være i førersetet til handling utfra egne interesser og verdier som er integrert i individet. Autonomi som ett grunnleggende behov viser til alles mennesker ønske om å ha fri vilje, muligheten til å bestemme over seg selv og bestemme hva en skal gjøre. Når behovet for autonomi er støttet og integrert i individet under en aktivitet, vil dette bidra til indre motivasjon for aktiviteten. Dette behovet er vesentlig for at indre motivasjon kan forekomme. Støttes ikke behovet for autonomi, men motarbeides ved ytre press og tvang, kan dette føre til begrensninger av indre motivasjon. Mangelen på autonomi vil i stor grad påvirke de to andre grunnleggende behovene også. Er autonomi til stede hos individet øker sjansen for at kompetansebehovet også dekkes.

3.3.2 Kompetanse

Ryan and Deci (2002) definerer behovet for kompetanse ved det å føle seg effektiv i interaksjon ved det sosiale miljøet en er i, oppleve muligheter for trening og uttrykkelse av sine evner. Dette gjøres ved å bruke egne ferdigheter og vise fram egne evner i ulike aktiviteter (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2002). Når aktiviteter gir mulighet for individ å trene og bruke ferdighetene sine for aktiviteten, øker dekningen av kompetanse behovet. Ved at aktiviteter gir individ slike muligheter kan evner og ferdigheter uttrykkes. Uttrykkelse av egne evner og ferdigheter kan bidra til effektiv interaksjon i miljøet fra individets side. Er det støtte for å vise fram kompetanse under aktiviteter får individer utfolde seg og vise fram egne ferdigheter. Dette gir en trygghet der individ prøver på nye ting og interaksjonen i det sosiale miljøet vil være effektiv. Støttes ikke

kompetansebehovet vil interaksjonen i miljøet føles mindre effektiv. Dette vil innebære mindre følelse for uttrykkelse av sine egne ferdigheter. Når uttrykkelsen av ferdigheter begrenses medfører dette mindre kompetanse i aktivitet og begrenser samtidig autonomi. Ryan et al. (2008) sier at om kompetansefølelsen i aktivitet skal oppstå vil tilrettelegging av autonomi også være tilstede. Dette innebærer at en er engasjert, har vilje til handling og vil dermed ha best forutsetning for læring, utnyttelse av nye strategier og kompetanser (ibid). Når autonomi er tilstede vil aktiviteten bli styrt av frihet og aktivitet preges av uttrykkelse av evner og ferdigheter. Når atferd i aktiviteter styres av fri valg vil en lettere tørre å vise fram evner og ferdigheter i aktiviteten. BNT sier at støtte av autonomi sammen med kompetanse i aktivitet kan bidra til mer læring og nye kompetanser (Ryan et al., 2008). Skal individet ha de beste forutsetninger for følelsen av selvbestemmelse og selvbestemt motivasjon under aktivitet, må autonomi -og kompetansebehovet støttes.

“Competence is not, then, an attained skill or capability, but rather is a felt sense of confidence and effectance in action” (Ryan & Deci, 2002). Kompetanse er ikke den spesifikke evnen en har i aktivitet. Det er individets følelse av selvtillit og effektivitet i aktiviteten en driver. Følelsen av å være effektiv og ha selvtillit vil videre påvirke den spesifikke evnen over tid og vise til resultater av å ha et autonomistøttende og kompetansestøttende miljø. For å tilfredsstille kompetansebehovet må også miljøet inneholde optimale utfordringer og være autonomistøttende (se 3.1 Kognitiv evalueringsteori (CET)) for at individet skal føle seg kompetent (Deci & Ryan, 1985). Innen rehabilitering vil helsepersonell tilrettelegge for pasienter kompetanse ved å engasjerer seg, være kompetansestøttende, tilrettelegger for mestring, ha optimale utfordringer og unngår utfordringer over pasienters evne (Ryan et al., 2008). Miljøet individet befinner seg i, skulle det være fotballag, håndballag eller rehabilitering, må sørge for aktiviteter som individet ser på som utfordrende. Aktiviteten må ikke være så vanskelig at en ikke klarer å gjennomføre, men heller ikke så lett at det blir kjedelig. Tilrettelegging av aktiviteter i flytsonen der individ vil ha full konsentrasjon og engasjement til aktiviteten er viktig. Flytsone er aktiviteter der individ oppfatter aktiviteten som optimal. Aktiviteten er ikke for lett og heller ikke for vanskelig, men den er utfordrende nok til å gjennomføre den. Når individet er i flytsonen trives en i aktiviteten fordi utfordringene er optimale. Ved å optimalisere miljøet på denne måten legges det til rette for å vise frem kompetanse i den valgte aktiviteten. Kompetanse i aktivitet er en nøkkelfaktor for videre deltakelse i aktiviteter. Ved å mestre en aktivitet vil aktiviteten oppleves som gøy og gi økt

motivasjon. Er mestring fraværende i aktiviteten og individet har stagnasjon, vil frustrasjon oppstå og selve gleden med aktiviteten forsvinne. Dette vil ikke bidra positivt for å integrere indre motivasjon hos individet.

3.3.3 Tilhørighet

Tilhørighet referer til følelsen og lysten av å ville være knyttet til andre, bli inkludert, respektert, bry seg og at andre bryr seg om en (Calvo et al., 2010; Deci & Ryan, 2000; Quested et al., 2013). Behovet for tilhørighet er betydningsfullt for at endring både for atferd og motivasjon skal oppstå. Vi mennesker vil ha følelsen av å ha andre rundt oss som vi kan dele erfaringer og livet med. Vi ønsker en tilknytting til andre mennesker i samme situasjon som oss selv. Innen rehabilitering kan dette være pasienter som har samme funksjonsnedsettelse og mål som en selv. Det vil være viktig med relasjoner som gir oss mer enn det vi har og som gir følelsen av at andre bryr seg og vi blir respektert. Når andre bryr seg om en bygger dette relasjoner vi tar med oss videre og det vil være lettere å komme seg gjennom situasjoner som oppstår. Vi mennesker trenger sosiale relasjoner med andre mennesker for å føle en tilknytting til miljøet vi befinner oss i og søker en aksept fra andre i dette miljøet (Ryan & Deci, 2002). Tilhørighet til miljøet vi befinner oss i vil også være med på å legge til rette for kompetansebehovet. Føler vi oss respektert og akseptert i det miljøet vi er i, tørr vi å ta plassen og uttrykke våre egne ferdigheter og evner. Er ikke dette på plass i miljøet vi befinner oss i, er steget for å uttrykke oss større og vi tørr kanskje ikke slippe oss helt løs. Dette vil påvirke valgene vi tar og atferden vi utfolder i miljøet. Tilhørighet involverer meningsfulle forbindelser, gjensidig tilfredstillelse og støttende sosiale forhold med andre mennesker i ens miljø (Markland & Vansteenkiste, 2007; Ryan & Deci, 2002; Wilson & Rodgers, 2007).

For helsevesenet har intervensjoner antydnet at forholdet mellom pasient og helsepersonell er viktig for å få til endring (Ryan et al., 2008). Tilknytting til miljøet vi er i og støttende forhold i miljøet vil være viktig om mennesker skal få til atferdsendring. Er forholdene i miljøet støttende vil vi lettere stole på andre i miljøet, vi vil ta imot råd og høre på dem. Når vi har tilhørighet til miljøet vi er i og følelsen av gjensidig respekt er tilstede, bidrar dette til at endring fortere kan oppstå. Tilhørighet er med på å øke kompetansen vår og dette kan gi følelse av autonomi ved gjensidig respekt mellom partene i miljøet. Pasienter som er sårbare og mangler teknisk

kompetanse vil se etter innspill og veiledning fra fagfolk. I denne prosessen er det viktig at pasienten føler seg respektert, forstått og tatt vare på for å danne tillit som kan føre til internalisering (Ryan et al., 2008). Når for eksempel en pasient har tilhørighet til en institusjon som et rehabiliteringsopphold vil pasienten være åpen for råd og tilbakemeldinger. Tillit mellom fagpersoner og pasienten er viktig for å få til endringen som skal til for å bli rehabilitert. I denne forstand brukes tillit for å opparbeide pasienters kompetanse og fører til økt følelse av kompetanse. Pasienter vil også føle seg hørt og forstått, noe som bidrar til påvirkning av rehabiliteringen. Når innspill fra pasienten blir hørt og forstått av fagpersoner, som bruker innspillene i rehabiliteringsprosessen, bidrar dette til å autonomistøttende forhold som kan øke pasienters tilhørighet og autonomi for rehabiliteringen.

4. Forskningsmetode

I denne delen av oppgaven beskrives metodiske strategier og utvelgelse av informanter. Videre vil intervjuguidens oppbygging, transkribering og analyse bli forklart. Til slutt er etiske retningslinjer gjort rede for.

4.1 Valg av metode

Valg av metode er gjort i forhold til oppgavens problemstilling om å undersøke hvordan ansatte tilrettelegger selvbestemmelse under rehabilitering. Oppgaven tar for seg hvordan fysioterapeuter og ergoterapeuter tilrettelegger selvbestemmelse for pasienter på Sunnaas Sykehus. I forhold til dette er valget av metode tatt ut fra hva som er mest hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen for denne oppgaven (Grønmo, 2004). I oppgaven undersøkes ansattes meninger om selvbestemmelse og hvordan de tilrettelegger for selvbestemmelse for pasienter under rehabilitering. Kvalitativ metode falt som ett naturlig valg utfra dette. Anderson (2010) sier det kan være en sterkere framgangsmåte å bruke kvalitativ tilnærming i forhold til kvantitativ, for å finne ut menneskers meninger og erfaringer.

Med kvalitativ metode står meninger og intensjoner sentralt (Befring, 2002; Grønmo, 2004). Hvordan folk ser på seg selv, sine opplevelser og sosial tilhørighet, ligger til grunn for å forstå deres atferd. Ved kvalitativ metode kan kunnskap samles inn på ulike måter. Dette innebærer observasjon, videoopptak, lydopptak, tegninger, skriftlige essayer og intervju (ibid). Utfra problemstillingen og tematikken oppgaven skal belyse, er ansattes subjektive forståelse av selvbestemmelse i fokus. Det vil si meninger ansatte innehar om tilrettelegging av selvbestemmelse for pasienter på deres arbeidsplass. Det ble derfor valgt en kvalitativ tilnærming i form av intervju som metode. Ved et kvalitativ intervju gir dette ett større innblikk i informantenes egne erfaringer, tanker og følelse rundt tematikken (Dalen, 2004). Ved kvalitativ metode er det viktig å ha en god fleksibilitet i forhold til om uforutsette ting skulle dukke opp og ta hensyn til dette ved for eksempel å stille nye spørsmål utenfor intervjuguiden om deltakeren nevner noe av interesse for det valgte temaet (Dalen, 2004).

Intervjuformen som er valgt for å finne svar på problemstillingen er semistrukturert intervju. Ved et slikt intervju er spørsmålene klare på forhånd, med mulighet til å ta opp andre samtaleemner underveis i intervjuet om det er av interesse (Thing & Ottesen, 2015). Spørsmålene er valgt utfra temaet intervjueren ønsker å tematisere (Dalen, 2004). Ved å velge denne forskningsmetoden er dette en form for individuelle intervju som gir mulighet til å gå i dybden av temaet (Thing & Ottesen, 2015). Fordelen ved individuelle intervju vil være at spørsmål som er personlige, intime eller i tilfeller sensitive gir informanten rom for å svare ærlig (Johannessen, Christoffersen, & Tuft, 2010). Ved et gruppeintervju kan slike spørsmål gjøre at informantene ikke tør å svare ærlig da de kanskje vil skille seg ut fra gruppen (Johannessen et al., 2010).

4.2 Utvalg

Utvalg av personer til kvalitativ forskning blir valgt ut fordi de har visse egenskaper, istedenfor et stort utvalg av befolkningen som i kvantitativ forskning (Thomas, Silverman, & Nelson, 2015). Utvelgelse av informanter er målbevisst på den måten at forskeren velger de han kan lære mest fra (Grønmo, 2004; Thomas et al., 2015). Mengden av intervju som trengs å gjennomføre avgjøres ved et metningspunkt, der flere intervju ikke lenger vil gi vesentlig ny kunnskap (Kvale, 1997). Antall intervjupersoner avhenger også av studiens formål (ibid). Utvalget er valgt ut på bakgrunn av problemstillingen for oppgaven. Informantene snakket mye om det samme rundt de ulike spørsmålene under intervjuet. Flere informanter kan tenkes ville ført til svar som var nokså like og ikke bidratt med noe vesentlig mer til studiet. Jeg har med mine informanter dekket det Kvale (1997) beskriver som metningspunkt. Selvfølgelig kan en ikke konkludere hundre prosent med dette, men utfra hvor like svar de fem informantene kom med, har informantene ved Sunnaas Sykehus lik tankegang rundt temaet som er tatt opp i denne oppgaven.

For denne oppgaven er utvelgelse ved selvseleksjon brukt for å hente inn informanter. Dette innebærer at aktører får informasjon om studiet som skal gjennomføres og de blir invitert til å delta i studiet (Grønmo, 2004). Utvalget for en slik framgangsmåte blir av de som melder seg frivillige til å delta i studiet (ibid). Denne framgangsmåten vil være effektiv for denne oppgavens formål ved at informantene som er valgt ut bidrar til oppgavens problemstilling. Sunnaas Sykehus ble kontaktet og avdelingssjefen for "Rehabilitering med arbeid som mål" videreførte formålet med studiet til fysioterapeuter og ergoterapeuter. Det var frivillig å melde seg som

informant til studiet og fem personer meldte seg frivillig. Å gjøre en selvseleksjon på denne måten kan være effektiv fordi de som melder seg frivillige ofte er de mest interesserte og utadvendt (Grønmo, 2004). De vil som regel ha mye interessant informasjon å komme med og kunne formidle denne informasjonen på en god måte (ibid).

Informanter

Intervju ble valgt som metode og Informanter fra Sunnaas Sykehus som jobber som fysioterapeuter og ergoterapeut på avdelingen “Rehabilitering med arbeid som mål” ble hentet inn. For å få tak i disse informantene ble først ett skjema og informasjonsskriv om oppgaven sendt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). NSD godkjente oppgaven og Sunnaas Sykehus ble kontaktet (Vedlegg 1). Sunnaas Sykehus ble kontaktet via mail der det kom fram at oppgaven skulle inneholde intervju med fysioterapeuter og ergoterapeuter i avdelingen “Rehabilitering med arbeid som mål”. Ved å kontakte Sunnaas Sykehus ble lederen for denne avdelingen kontaktet og de diskuterte oppgaven på et fagmøte. På dette fagmøtet konkluderte de med at de hadde ledig tid til å kunne være med på oppgaven. Tre fysioterapeuter og to ergoterapeuter ville frivillig stille opp til intervju. Informasjonsskriv (vedlegg 2) og intervjuguide (vedlegg 3) ble sendt over som anmodet av lederen for avdelingen. Videre ble hver enkelte av informantene kontaktet via mail for å avtale gjennomføringer av intervjuene. Alle intervjuene ble avtalt og gjennomført i januar 2018.

4.3 Intervjuguide

Ved å ha lest mye teori og ha god kunnskap om den valgte teorien i oppgaven ble en intervjuguide utarbeidet (vedlegg 3). Dalen (2004) sier at en intervjuguide skal omfatte sentrale temaer og spørsmål som har til formål å belyse problemstillingen for studiet. Dette gjøres for å sette problemstillingen til konkrete temaer innen teorien med underliggende spørsmål (ibid). Intervjuguiden skal i grove trekk beskrive hvordan intervjuet skal gjennomføres og hvilke temaer som skal diskuteres (Grønmo, 2004). I et semistrukturert intervju bør de første spørsmålene ikke starte med de mest følsomhetsladde, de bør heller være av en art som får informantene til å føle seg avslappet før en tar opp de mer sentrale temaene (Dalen, 2004). Guiden bør være tilstrekkelig på den måten at en får den type informasjon som kan bidra til studiet, men også være så enkel at

en kan gjennomføre alle intervjuene på en fleksibel måte (Grønmo, 2004). Spørsmålenes tonegang er også viktig å tenke på når man lager intervjuguiden. Det en er ute etter er spørsmål som stilles på en slik måte at informantene forteller sin opplevelse med egne ord og at de åpner seg (Dalen, 2004). Ved utarbeidelse av oppgavens intervjuguide har fokuset vært på å lage mest mulige åpne spørsmål og ikke lukkede. På denne måten kommer informantenes opplevelse av ulike temaer fram og informantene må tenke selv. Dette er viktig for å unngå ledene spørsmål der intervjueren vil “fiske etter riktige svar”.

Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet etter Deci and Ryan (1985) sin selvbestemmelsesteori. Teorien bygger på de grunnleggende behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Disse behovene og tilfredstillelsen av disse går også inn under de andre miniteoriene i SDT. Derfor utgjør disse behovene intervjuguidens hovedtemaer. Under disse temaene kommer spørsmål som har til hensikt å belyse hvordan informantene tilrettelegger for de ulike behovene for sine pasienter under rehabilitering på Sunnaas Sykehus i avdelingen “Rehabilitering med arbeid som mål”. Spørsmålene som ble stilt tar for seg hvordan informantene ser på de ulike behovene og om de mener tilrettelegging av slike behov spiller inn på motivasjonen hos pasientene sine. I tillegg ble spørsmål om hva informantene selv gjør for å legge til rette for behovene for pasientene stilt. Spørsmålene i denne intervjuguiden tar på denne måten for seg det selvbestemmelsesteorien sier er essensielt for å oppnå indre motivasjon, tilrettelegging av de tre grunnleggende behovene.

4.4 Kvalitetssikring av intervjuguide

Ved å gjennomføre intervju er det viktig at kvaliteten på intervjuet er både pålitelig og gyldig. Dette kan gjøres ved å se på begrepene reliabilitet, validitet og generalisering (Kvale 1997).

Reliabilitet har med forskningsfunnenes konsistens å gjøre. Er spørsmålene ledende kan det påvirke svarene en får (Kvale, 1997). Ved å ha åpne spørsmål vil dette være en logisk framgangsmåte gjennom hele intervjuet. Ved å benytte åpne spørsmål sørges det for å ikke ha ledende spørsmål, samtidig som det vil gi informantene tid til å tenke, for å øke troverdigheten til oppgaven (ibid). På denne måten påvirkes ikke informantenes svar fra intervjueren. Ledende spørsmål er likevel brukt, men på en slik måte for å kontrollere at informantene ble forstått riktig. Informantene ble gitt tid til å tenke over spørsmålene som ble stilt. Om de ikke svarte med

engang, fikk de tid til å tenke seg om og svar ble aldri prøvd dratt ut av informantene. Det var informantene som startet å prate igjen etter stillheten, noe som gav ærlige svar og hva de så på som det viktigste å ta med ut fra spørsmålene som ble stilt. Noen ganger viste de ikke hva de skulle svare og spørsmålene ble omformulerte på en slik måte at spørsmålet fortsatt var åpent, men på en mer allmenn måte. Når dette skjedde svarte alltid informantene etterpå. Ved at informantene alltid svarte på de åpne spørsmålene, var det ingen grunn til å vri på spørsmålene så mye at de ble lukkede. Dette var bra for reliabiliteten for oppgaven siden alle spørsmål var åpne og styrt av informantenes tanker rundt temaet og ikke intervjuerens. Reliabiliteten spiller også inn rundt analysing av datamaterialet. Måten en velger å transkribere materialet vil påvirke reliabiliteten (Kvale, 1997) (les: 4.6 Transkribering og analyse av intervju).

Validitet sier noe om intervjupersonens troverdighet og kvalitet på selve intervjuet. Under intervjuet bør grundig utspørring om meningen med det som blir sagt tatt tak i (Kvale, 1997). Dette kan gjøres ved å stille oppfølgingsspørsmål til det som blir sagt av informantene. Kvale (1997) beskriver validitet for kvalitativt metodisk intervju at spørsmål som stilles skal ha til hensikt å innhente data som vil være med på å belyse oppgavens problemstilling og tema. Dette gjøres ved å ha spørsmål som faktisk svarer på det en er ute etter. Dette sammen med åpne spørsmål bidrar til økt validitet av studien. Også informantenes erfaring og kjennskap til studiet er med på å sikre validiteten. Det at informantene fortsatt er aktive inne sitt fagfelt og har erfaring bidrar til økt validitet for denne oppgaven.

Generalisering er med på overførbarheten til studiet. Med dette menes om forståelsen i dette studiet kan overføres til andre sammenhenger. Det er få informanter i dette studiet, som kan si at generalisering kan være vanskelig (Kvale, 1997). Målet med generalisering for dette studiet vil være om funn kan gjelde det samme for andre institusjoner eller andre avdelinger i samme institusjon. Ved å ha plukket ut få informanter fra Sunnaas Sykehus kan det ikke sies om det informantene beskriver vil være gjeldende for andre rehabiliteringssenter i Norge. Det vi kan konkludere med er at funnene vil være generaliserbare mot andre avdelinger innen den samme institusjonen. Ved ett lite utvalg av informanter i oppgaven og utfra studiets problemstilling kan det tenkes at andre ansatte på institusjonen ville ha samme oppfatning og forståelse rundt de sentrale temaene som ble diskutert.

4.5 Gjennomføring

Intervjuobjektene er kontaktet via mail og telefon for avtale av intervjusted og intervjugjennomføring. Alle informantene ønsket å gjennomføre intervjuene på Sunnaas Sykehus i løpet av uke 3, januar 2018. To intervju ble gjennomført på onsdagen og tre på fredagen i denne uken. Ved å gjennomføre intervjuene på deres arbeidsplass ville informantene være i et komfortabelt miljø. Denne feltintervjuformen ble valgt for at informantene skulle føle seg komfortable (Befring, 2002). Her var det de som var på hjemmebane og intervjueren måtte tilpasse seg deres arbeidsplass. Informantene hadde et avskilt grupperom der en var alene og kunne snakke fritt. Dette var med fordel en bedre plass å gjennomføre intervjuene enn for eksempel i kantinen der pasientene går inn og ut gjennom dagen. Informantene var avslappet og hadde interesse for oppgavens tematikk, i tillegg til å være veldig pratsomme. En av informantene var mindre pratsom enn de andre, men virket fortsatt engasjert og interessert rundt temaet for oppgaven. Likevel hadde hun en oppfatning om temaet som de andre og bidro til datamaterialet.

I starten av intervjuet ble oppgavens formål og informasjonsskriv (vedlegg 2) gjort rede for. Alle informantene hadde også fått informasjonsskriv og intervjuguide (vedlegg 3) tilsendt på mail på forhånd. Videre ble det gjort klart at dette var anonymt og at lydopptak kun var for intervjuerens del, for å gå gjennom etter intervjuet og at lydopptaket skulle slettes etter studiet var ferdig. Iphone ble brukt som lydopptaker, noe som var greit for alle informantene. Ved å benytte lydopptak ville alt som ble sagt gitt tilgang til etter intervjuet, noe som førte til en mer lyttende form mot informantene. Med dette ville ikke bekymringer for å miste viktige utsagn underveis i intervjuet oppstå. Intervjuerens fokus og konsentrasjon ville rettes mer mot informantene. Dette førte til en god flyt i samtalen og mer oppmerksomhet til hva informanten snakket om. Flyten som oppstod gjorde at gode oppfølgingsspørsmål kunne stilles om de kom med interessante vinklinger, påstander eller historier de hadde opplevd.

Under et intervju er det viktig å la informanten få tid til å tenke seg om og høre godt etter (Kvale, 1997). Dette ble også gjennomført. Informantene ble ikke avbrutt når de snakket eller tenkte seg om rundt ulike spørsmål. Informantene fikk muligheten til å komme med alt de hadde på hjertet. Når informantene svarte på spørsmål ble oppfølgingsspørsmål tatt i bruk for det de nettopp hadde

sagt for å få en forsikring om at de hadde blitt forstått riktig. Om noen av informantene ikke forsto et spørsmål som ble stilt, ble spørsmålets mening forklart nærmere. Dette bidro i alle tilfeller til at informantene forsto spørsmålet som ble stilt og intervjuet fortsatte.

Intervjuene hadde en varighet mellom litt over en halv time og litt under timen. Det skal nevnes at kun ett intervju var nede mot halvtimen, mens de fire andre var rundt 50 minutter. Alle informantene hadde ryddet sin egen timeplan og hadde satt av litt over en time for gjennomføring av intervjuet. Ingen av intervjuene hadde stopp på grunn av ytre påvirkninger og det var flyt i samtalen helt ut. Informantene fikk mulighet til å kommentere til slutt i intervjuet eller legge til noe om de ønsket dette. Til slutt fikk alle informantene mulighet til å trekke seg fra studiet om de ikke ville være med.

4.6 Transkribering og analyse av intervju

Det som er viktig når en skal transkribere et intervju er at det faktisk er et lydopptak av intervjuet og det som er tatt opp er mulig å høre på lydopptaket (Kvale, 1997). For å sørge for at transkriberingen skulle gå lettere var plassering av Iphonen som ble brukt som lydopptaker plassert mellom informantene og intervjueren. Dette sørget for kvalitet på lyden og gjorde det lettere å transkribere materialet. Dette sørget også for at alle pauser, tonefall og ordbruk kom tydelig fram under transkriberinga. Lydopptak inneholder ikke de visuelle aspektene ved intervju som informantenes ansiktsuttrykk og kroppsspråk (Kvale, 1997). Etter gjennomføring av intervju er disse aspektene ferskt i minne hos intervjueren og derfor var det viktig å starte transkriberingen tidlig for å få med disse aspektene. Kanskje var det noe informantene sa som der og da var ironisk, men som på lydopptak ikke hørtes ironisk ut. Ved at transkriberingen av intervjuene startet noen dager etter intervjuene var ferdig var slike aspekter ved intervjuet ferskt i minne. Transkriberingen er gjort ordrett og så godt som det lar seg gjøre. Informantene i denne studien har fått ulike nummer for å sikre deres anonymitet, henholdsvis IF1 – IF5. Hele intervjuet i sine fulle former ble transkriberte. Dette ble gjort for å få en helhet i transkriberingen og alt som ble sagt ble tatt med videre i studiet. Dette sørget for at alt av råstoff som kunne bli brukt videre ikke ble utelatt fra det informantene sa. Etter gjennomlesningen av transkriberingen og tilgangen til alt råstoff var til grunn, var det lettere å selektere ut stoff som var viktig for oppgaven. Dette

resulterte i at de sitatene som videre ville bli brukt i oppgaven ble plukket ut og de andre sitatene som ikke ville bidra til oppgaven ble fjernet.

Analyse

Informantenes kjønn, alder, legning og andre personlighetstrekk vil ikke være en del av analysen. Dette for å sikre anonymiteten til deltakerne og legge fokuset på oppgavens problemstilling.

Før starten av denne oppgaven var ideen om hva den valgte metoden skulle finne ut av tenkt gjennom. Ved å velge intervju som metode, er intervjuguiden laget utfra ansattes relasjon mellom pasienter. Intervjuguidens tema omhandler hvordan de ansatte tilrettelegger selvbestemmelse for pasienter under rehabilitering. Etter gjennomført analyse av datamaterialet, er intervjuene transkribert inn som sitater i oppgaven. Sitatene er også tolket og diskutert, i form av hva som er relevant for å belyse oppgavens problemstilling. Ved å analysere sitatene av datamaterialet fikk en funn som var relevant for å belyse oppgavens problemstilling. Ved at en tolker de ulike sitatene og hva som blir sagt vil funnene fra analysen også få mening (Nilssen, 2012). Sitatene som analyseres i denne oppgaven er slått sammen til en analyse og diskusjons del av de relevante sitatene.

For å analysere datamaterialet er Tjora (2017) sin analysemetode som framgangsmåte tatt i bruk. Analysemetoden som er valgt er tematisering i form av stegvis-deduktiv induktiv metode (ibid). Denne tematiseringen innebærer først å gjennomføre ett intervju. Neste steg er å samle datamateriale i form av rådata (ibid). I denne oppgaven ble dette gjort ved transkribering av alle intervjuene i sin helhet. Nilssen (2012) foreslår transkribering av intervjuene fortest mulig etter de er gjennomført. Ved å starte transkriberingsprosessen fortest mulig vil intervjuet være ferskt i minne og ulike finesser som var til stedet under intervjuet som ikke vises på lydopptaket som kan ha påvirket hva som ble sagt, blitt fanget opp. Dette kan være informantens humor, ironiske innspill, at de smiler, kroppsspråk og lignende. Disse faktorene trenger ikke være relevante for transkriberingen og analysen av sitatene. Skulle det likevel være relevant er det en god framgangsmåte å ha utført transkriberingen av intervjuene i kort tid etter når det fortsatt sitter ferskt i minne.

Videre behandles råstoffet, her blir datamaterialet kodet (Tjora, 2017). Kodingen ble først gruppert inn utfra teorien og videre delt inn i kategorier (ibid). For denne oppgaven ble sitater med temaer som omhandlet autonomi, kompetanse og tilhørighet grupper inn ved koding i hvert sitt nye dokument som ga oversikt over hvert tema. Sitatene som gikk på autonomi ble først delt inn i sitat som tok for seg meningene informantene hadde om hvordan de tilrettelegger for dette på Sunnaas Sykehus. Videre ble sitater om tilrettelegging av autonomi for målsetninger, øvelsesutvalg, trening og treningstidspunkt kodet inn i hver sin kategori. Ved å se på datamaterialet for autonomi og den valgte inndelingen, kom det fram hvordan informantene tilrettelegger for autonomi for de ulike delene av pasienters rehabilitering. Utvelgelsen av sitater som var relevant for hvordan informantene tilrettelegger for kompetanse ble kodet på samme måte. Her er sitater om hvordan informantene oppfatter påvirkningen kompetanse har på pasienters motivasjon kodet. Hvordan de ansatte tilrettelegger for pasienters kompetanse og opplevde kompetanse er kodet i hver sin kategori og tatt med videre i diskusjonsdelen av oppgaven. Tilretteleggelsen av tilhørighet og informantenes oppfatning om hvordan de gjør dette ble kodet i kategoriene for tilretteleggelse under oppholdet og etter oppholdet.

Til slutt analyseres datamaterialet råstoff utfra kodegruppene og kodekategoriseringen som er gjort (Tjora, 2017). Kodingen er på den måten analysert opp i mot teorien som er siste steg av Tjora (2017) sin analysemetode. Analysen av kodegruppene, kodekategoriseringen og relevante sitater er presentert og fortolket i oppgavens kapittel “5. *Tilrettelegging av pasienters selvbestemmelse for rehabilitering*”. Framgangsmåten for arbeidet av analysen har som nevnt vært tematisering. Intervjuguiden er bygget opp ved at informantene kunne beskrive med egne ord hvordan de tilrettelegger for behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet. I denne oppgaven er det informantenes oppfattelse og meninger om hvordan tilretteleggelsen av de ulike behovene blir gjort på som står sentralt. Underkategoriene som er valgt skal se om informantene tilrettelegger for pasienters selvbestemte motivasjon under rehabilitering. Som selvbestemmelsesteorien sier er tilrettelegging av alle tre behovene viktig for å få til endring (Farholm et al., 2017; Ryan & Deci, 2000; Ryan et al., 2008). Det vil ikke være nok kun å tilrettelegge for ett av disse behovene siden behovene i samspill er det som kan føre til økning av selvbestemt motivasjon i aktivitet. Behovene påvirker hverandre og vil sammen legge til rette for selvbestemt motivasjon eller hindre det. Tilrettelegging av behovet autonomi kan eksempelvis føre til tilretteleggelse av kompetansebehovet (Ryan et al., 2008). Er ikke autonomi tilrettelagt

for, kan dette hindre tilretteleggelsen av kompetansebehovet. Dette diskuteres nærmere i “5. Tilrettelegging av pasienters selvbestemmelse for rehabilitering”. I analysen for oppgaven er tilretteleggelsen for behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet tatt for seg, sammen med underkategoriene som nevnt over. Siden behovene har relasjoner med hverandre, vises og forklares dette også i analysen. Informantenes påvirkning for tilretteleggelse av pasienters selvbestemte motivasjon forklares også i analyse kapittel ved å se på betydningen av å tilrettelegge for alle behovene samtidig.

4.7 Etikk

Etiske avgjørelser må foretas gjennom hele forskningsprosessen. Kvale (1997) foreslår tre etiske regler for forskning på mennesker, det informerte samtykket, konfidensialitet og konsekvenser.

Det informerte samtykket omhandler at informantene som har gitt samtykke til å delta i studiet blir informert om studiets overordnede mål, hovedtrekk, fordeler og ulemper med å delta i studiet (Kvale, 1997). Også at de som stiller opp frivillig får beskjed om at de kan trekke seg når som helst er viktig for å unngå påvirkning og tvang (A. Ryan, 2004). Dette ble informantene i oppgaven også gjort oppmerksom på før intervjuet startet.

Konfidensialitet handler om at personene som stiller opp frivillige er anonyme (Kvale, 1997). Informantene som er valgt ut i denne oppgaven ble frivillig med på studiet. Før jeg startet intervjuet med hver enkelt informant gjorde jeg det klart for alle at dette var frivillig å delta på og at jeg ville anonymisere dem slik ingen skal kunne kjenne de igjen. Det at personlig data som kan identifisere informantene ikke blir offentliggjort ved publikasjoner og navn med andre personopplysninger fjernes fra studiet er viktig ved etiske hensyn (Flick, 2014). I tillegg til at jeg informerte informantene om at de ville bli anonymisert, gjorde jeg de oppmerksom på at lydopptakene som ble gjort under intervjuene skal slettes etter studiet er ferdig.

Konsekvensene av en intervjustudie omhandler skaden eller fordelene personer som deltar i studien kan få (Kvale, 1997). Den intime, åpne og forførende intervjusituasjonen kan føre til at informanter vil si ting de senere angres på. Nærheten som oppstår vil være med på å sette krav fra intervjuerens side om hvor langt han eller hun kan grave med sine spørsmål.

5. Tilrettelegging av pasienters selvbestemmelse for rehabilitering

I analysen vil ikke kjønn mellom fysioterapeutene og ergoterapeuter bli diskutert. Alder, legning og andre aspekter ved individene vil heller ikke diskuteres.

Informantene vil bli presentert som “IF–”. For å skille mellom de vil de ha tall bak seg “IF1–IF5”. Direkte sitat presenteres i kursiv. Tilleggsinformasjon som tenkepauser presenteres ved “...” og sammenkobling innen samme sitat med “(...)”.

I denne delen av oppgaven vil informantene tanker rundt begrepet selvbestemmelse og hvordan de bruker dette i arbeidet sitt med pasienter diskuteres. Videre tar jeg for meg hvordan informantene tilrettelegger for behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet. Behovene vil sees i samspill med hverandre og behovet for autonomi vil vektlegges mest.

5.1 Autonomi og rehabilitering

Begrepet autonomi forklares i teorikapitlet. Hva teorien sier og hva informantene legger i autonomibegrepet eller hvordan de tolker autonomi kan variere. Når informantene blir spurt om hvordan de tilrettelegger for selvbestemmelse viser svarene nedenfor at de har fokus på pasienters autonomi for oppholdet.

IF1 – Vi prøver å være tydelig på det helt fra starten. Dette er pasientens rehabilitering, det er ikke vi som rehabiliterer pasientene, det er de som hele tiden skal sitte i førersetet og styre dette her. (...) også skal jeg forsøke å legge opp løpet deretter slik de hele tiden ser ... For det er egentlig en viktig nøkkel til suksess for når de kommer hjem, at de eier rehabiliteringsforløpet sitt, at det er de som føler at de kan bestemme.

IF2 – (...) Når pasienten kommer inn blir han tatt imot. Også blir han tatt imot på ett tverrfaglig møte med teamet der vi går i gjennom pasient historikken kan du si. Og ikke minst informerer om hva målet, eller hva dette oppholdet er. Jeg tror det der å involvere pasienten i forhold til sin egen beslutning og egne valg synes jeg er og håper og tror vi gjør i aller høyeste grad.

Informantene har samme oppfatning rundt tilretteleggelsen for selvbestemmelse. De ønsker at pasientene skal ha eierskap til sin egen rehabilitering, at det er pasienten som skal stå i sentrum av prosessen. Informantene oppgir at de har tverrfaglige møter med pasienten der de har fokus på pasientens eierskap for rehabiliteringen. Slike møter gjennomføres ved at fagpersonene på Sunnaas Sykehus som lege, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, sykepleier, helsefagarbeider, psykolog og pedagog alle er med i møte med pasienten. Under slike møter i starten av pasientens opphold, vil de finne ut hvilket mål pasienten har med oppholdet. De sier at de spør om pasientens mål og kartlegger oppholdet utfra denne målsetningen. Det kommer også fram at informantene er opptatt av realistiske målsetninger for de tre ukene pasienten skal være på oppholdet. Hvordan de skal tilrettelegge for hver enkelt pasient utfra funksjonsnedsettelse diskuteres også under møtene. Her snakker alle fagpersonene sammen og tar med pasienten i diskusjonen. Alle kommer med innspill om hva de tenker vil være gunstig, både fagpersonene, pasienten og de kommer til slutt fram til en felles avgjørelse. Også hvordan oppholdet skal være for pasienten for at han/hun skal trives diskuteres med pasienten og de sier de prøver så godt de kan å tilrettelegge dette utfra pasientens behov og egne ønsker.

Svarene informantene kommer med tar utgangspunkt i pasientens autonomi og det er autonomien de i første omgang forbinder med selvbestemmelse. Skal de oppnå at pasienten føler eierskap og selvbestemmelse for eget rehabiliteringsoppholdet sier selvbestemmelsesteorien at omgivelser må støtte opp under behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet for å opprettholde selvbestemt motivasjon (Joesaar & Hein, 2011; Markland & Vansteenkiste, 2007; Ryan & Deci, 2007). Ved å tilrettelegge for disse behovene, påvirker dette pasientens motivasjon. Som vi vet er pasientens motivasjon for rehabiliteringen avgjørende for hvordan resultatet blir (Murray et al., 2015). Informantene jobber med pasientene sine og prøver å tilrettelegge for autonomi. De ønsker at dette skal være pasientens egen rehabilitering. Når de gjør dette vil pasienter få en nærmere tilknytting for rehabiliteringsprogrammet de skal gjennom. Hadde informantene tatt fullstendig føringen for rehabiliteringsprogrammet og kommandert pasienten til hva som skal gjøres da og da, ville autonomifølelsen til pasienten gått ned. De ønsker å få pasientene med i avgjørelser som skal tas rundt opplegget for rehabiliteringen som hver enkelt skal gjennom. En motivasjonsform der de ansatte tar fullstendig føringen kan fungere i starten av rehabiliteringen, men over tid vil denne motivasjonsformen begrense autonomi og pasientens motivasjon vil forsvinne. En slik form for motivering fra informantene kunne fungert i de tre ukene pasienter er

inne på rehabilitering. Dette kan også bidra til å gi gode resultater når pasienten er inne på rehabiliteringen. Det vil likevel ikke være ønskelig å ha denne tilnærmingen for motivasjon siden dette vil være en kortsiktig motivasjonsplan. Som forskningen sier er både pasienters motivasjon for rehabiliteringen og motivasjonen for å fortsette og vedlikeholde fysisk aktivitet etter rehabiliteringsoppholdet viktig for hvordan resultatet blir (Murray et al., 2015). Skal motivasjon for rehabilitering hos pasientene vedvare over en lenger periode vil det å la pasientene være med å bestemme over sin egen rehabilitering være en form for tilretteleggelse av autonomi. Dette kan bidra til at pasienter føler selvbestemt motivasjon for rehabiliteringen.

Utfra det informantene sier vil de at pasienter skal ha mulighet for egne valg og deltakelse for sin egen rehabiliteringsprosess. Legger de til rette for dette er informantene med på å støtte opp under behovet for autonomi. Informant 3 beskriver videre hvordan de hjelper pasienten til å nå målene sine og legger til rette for at de skal oppnå målene.

IF3 – Det er jo det at de er med i prosessen hele tiden i forhold til rehabiliteringsprosessen, at det er deres mål som skal være i fokus først og fremst. Så er det vi som skal hjelpe de til å sette delmål for å nå dit. Det er noe med at de også blir hørt. Er det en dag de ikke orker å trene så er det greit.

Utfra hva informantene svarer om hvordan de tilrettelegger for autonomi kan vi konkludere med at fysioterapeutene og ergoterapeutene prøver å legge til rette for at pasienten skal få et eierskap til sin egen rehabilitering. De setter pasientens mål først og vil videre sette delmål for å nå hovedmålet til pasienten. Når de får disse delmålene over til pasientene vil dette være viktig for pasienten da de må gjennom delmålene for å nå sitt hovedmål. Informantene lager på denne måten et miljø som legger til rette for selvbestemmelse som kobles opp mot kognitiv evalueringsteori der pasienten opplever dette som viktig og betydningsfullt for en selv (Deci & Ryan, 1985). Pasientene vil her føle på selvbestemt motivasjon ved at de føler mer autonomi til rehabiliteringsprosessen, ved at de er med på å bestemme hva som skal gjennomføres og at ansatte er autonomistøttende. Pasientene vil likevel ikke ha full autonom motivasjon, indre motivasjon, for rehabiliteringsprosessen. Dette viser miniteorien organisk integrasjonsteori oss og vi kan tolke det dit at pasientene befinner seg rundt de ytre selvbestemte motivasjonsformene for identifisert -og integrert regulering (Deci & Ryan, 2000). Under disse reguleringsform vil

rehabilitering blitt en del av pasienters egen verdi og de ser nytten av å gjennomføre rehabiliteringen (ibid). Pasientene vil her starte å se nytten av hva rehabiliteringen kan tilføre dem selv, men denne tilretteleggingen fra informantens side vil ikke alene sørge for endring av pasienters reguleringsform. Skal informanten få pasienter over i de mer autonome reguleringsformene spiller også andre faktorer inn som vi skal se senere.

Informantene hjelper pasientene til å legge opp rehabiliteringsløpet til pasientene. Men hva om målene pasientene setter ikke er realistiske? Informant 1 går inn på framgangsmåten de bruker for å sette riktige mål.

IF1 – Men viss det er altfor høye mål må man realitetsorientere de litt og si “Hva tror du om dette her? Hva har du prøvd noe lignende før? Er dette en ønsket drøm?”

Informantene oppgir at endring av pasienters målsetninger for rehabilitering er nødvendig i noen tilfeller. Da menes endring av målet for de tre ukene pasientene er inne på rehabiliteringsoppholdet på Sunnaas Sykehus. Informantene beskriver at noen pasienter kan ha for høye målsetninger for de tre ukene. I slike tilfeller sier informantene at de vil realitetsorientere pasientenes målsetning for oppholdet. De prøver å få pasienten til å forstå at rehabiliteringen er en lenger prosess. Videre prøver de å lage delmål sammen med pasienten som over en lenger tidsperiode enn oppholdet, skal bidra til å nå pasientenes mål. Som informantene sier er det pasientens mål som skal stå i sentrum. En slik realitetsorientering vil i stor grad påvirke pasientene sine opprinnelige målsettinger for oppholdet. Ved realitetsorienteringen kan man si at informantene tar bort en del av autonomien pasienten har når de endrer den opprinnelige målsetningen. Informantene vil i en slik situasjon endre målsetningen pasienten opprinnelig hadde for oppholdet. Det kan diskuteres om det fortsatt er pasienten som lager målsettingen, men pasienten vil også bli påvirket av informantenes realitetsorientering. Velger pasienter å ta i bruk denne realitetsorienteringen kan en også diskutere om målet er autonomt bestemt, eller påvirket av ytre forhold fra informantenes side. Selvbestemmelsesteorien sier at autonomi er individets følelse av egen vilje, valg og beslutningstaking til å delta i aktivitet (Markland & Vansteenkiste, 2007; Quested et al., 2013; Ryan & Deci, 2000; Wilson & Rodgers, 2007). Når informantene bruker realitetsorienteringen for sine pasienter kan dette endre pasientens følelse om eget valg og kan føre til at de ikke lenger gjør dette av egen vilje.

Informantene vil legge forutsetninger for pasientenes beslutningstaking og dette kan føre til at pasientenes følelse av selvbestemmelse svekkes.

Gjøres informantens realitetsorientering på en måte der pasientene sitter igjen med følelse av egen vilje, valg og beslutningstaking, vil følelsen av autonomi til rehabiliteringsoppholdet fortsatt være til stede. Det vil være viktig at informantene under realitetsorientering ikke tar fra følelse av autonomi, men klarer å bevare denne følelsen hos pasientene. Som kognitiv evalueringsteori tar for seg vil støtte av autonomi sammen med andre faktorer som optimale utfordringer, kompetansecfremmede tilbakemeldinger og følelse av kompetanse tilrettelegge for indre motivasjon (Deci & Ryan, 1985). Det er derfor informantenes oppgave å legge til rette for autonomi og dermed selvbestemt motivasjon. Informantene må trå varsomt om de tar i bruk realitetsorienteringen da dette kan oppleves som pålagte mål. Om pasienten opplever utfallet av realitetsorienteringen som pålagt mål kan dette være med på å undergrave pasienters selvbestemte motivasjon for oppholdet (Ryan & Deci, 2000).

Informantene er som de selv sier opptatt av at dette skal være pasientene sin rehabiliteringsprosess. De ønsker å være støttespillerne til pasientene. Pasienter som har høye mål og tenker veldig langt fram i tid trenger veiledning til å nå målene sine og informantene prøver å hjelpe de til å nå målene. Her forklarer Informant 3 hvordan de veileder videre med delmål for pasientene og hva de gjør når målene blir satt over evne for pasienten.

IF3 – De er med på møtene. De er med i møtene når vi har målmøter, vi har midtveiseevaluering, vi har utskrivingsmøter de også er med på. Så de er med på det å sette målene for oppholdet her. Mer selvbestemmelse tror jeg du ikke kan få.

IF3 – Da er det å gå inn å realitetsorientere de. Okey, da må vi starte en plass. Det er jo jeg som legger til rette for at vi skal klare å komme dit, men du må starte der ressursene ligger.

Ved at dette skal være pasientene sin rehabiliteringsprosess er det viktig at informantene og det tverrfaglige teamet sammen med pasienten klarer å komme fram til felles delmål som pasienten kan føle en tilhørighet til. Skal informantene legge til rette for autonomi er det nødvendig at pasientene føler at delmålene som blir satt er en måte å nå hovedmålet sitt på og at de føler at de delmålene som blir satt er deres eget valg (Markland & Vansteenkiste, 2007; Quested et al.,

2013; Ryan & Deci, 2000; Wilson & Rodgers, 2007). Utfordringen for informantene er å få pasientene til å føle at delmålene er pasientenes egne valg. Pasientene kommer inn med en målsetning som de ønsker å få hjelp til å nå og ønsker at de skal oppnå dette fortest mulig. Ofte kan de ha forventninger til at oppholdet skal føre til at de klarer å nå hovedmålet sitt. Når informantene og teamet rundt deler opp hovedmålet til mindre delmål og realitetsorienterer pasienter som informant 3 beskriver, kan dette ha en negativ påvirkning for tilretteleggingen av autonomi. Når pasientenes forventninger for oppholdet ikke samsvarer med det som faktisk er realistisk, kan egen vilje til å delta i aktivitet forsvinne. Når informantene går inn og setter opp delmål kan dette føre til at de tar fra eierskapet pasienten har til rehabiliteringsprosessen. Informantene sier at de ønsker at pasienten skal ha eierskap til rehabiliteringen og at dette skal være pasienten sin rehabiliteringsprosess. Skal de legge til rette for dette vil det være nødvendig at de også tilrettelegger for pasienters autonomi for rehabiliteringen. Informantene må være forsiktig med å lage delmål for pasientene som kan oppleves som tvang eller press fra pasientene sin side. Oppleves delmålene som tvang eller press vil ikke autonomi bli tilrettelagt for (Markland & Vansteenkiste, 2007; Quested et al., 2013; Ryan & Deci, 2000; Wilson & Rodgers, 2007). Ryan and Deci (2002) forklarer at om autonomi skal oppstå, er det avgjørende at personer har personlige verdier og interesser som styrer atferden deres. Det vil derfor være viktig at pasienters delmål oppleves autonomistøttende i den grad at delmålene samsvarer med deres personlige verdier og interesser. Dette vil styre pasienters atferd og delmålene vil oppleves som autonome om de lykkes med å legge dette i grunn. Kommer de ansatte og pasienten fram til delmål som vil bedre funksjonaliteten til pasienten, er det stor sannsynlighet for at pasienten vil føle at dette målet samsvarer med ens personlige verdier og interesser.

Hvordan informantene bidrar til å lage delmål som skal føles autonom for pasienten kommer fram når de blir spurt om hva de gjør for at pasienten skal velge delmål som informantene ser for seg er gunstige for pasienten.

IF2 – Det viktigste er at når pasienten kommer til rehabilitering ønsker man en endring. Da må pasienten klare på ett tidspunkt å si hva han ønsker endring på. Det kan være å sette seg ned og leke med barn på gulvet, det er en kanon målsetting. Andre kan det være å holde seg i en 50% jobb. Dette tar som regel ofte litt tid, det er ikke alltid vi ser målsetningen med engang de

kommer og den kan endre seg. Jeg tror vi som team også må komme med innspill på hva, sånn at det blir en fornuftig målsetting.

Det kan tenkes at fysioterapeutene og ergoterapeutene konsentrerer seg om rehabiliteringen på Sunnaas og de tre ukene pasientene er der. Dette kan være en grunn til at de prøver å få pasienten til å oftest tenke lettere målsetninger i starten som de kan klare under oppholdet. Ved å ha lette målsetninger i starten som pasientene klarer å gjennomføre og får til, tilrettelegger de for kompetansebehovet i aktiviteter. Ved denne framgangsmåten ser pasienter at de faktisk klarer å gjennomføre aktiviteten, får følelse av mestring og dette kan bidra til mer autonom motivasjon for videre trening i rehabiliteringsprosessen. På denne måten vil informantene tilrettelegge for kompetansebehovet fra grunnleggende psykologiske behovsteori (BNT) i selvbestemmelsesteorien. Ved å tilrettelegge for dette behovet bidrar dette til en økning av autonom motivasjon. Det vil være nødvendig fra informantenes side at utfordringene de kommer med ikke blir for lette eller for vanskelige for pasienten. Da kan pasienten se på aktiviteten som henholdsvis kjedelig når det er for lett eller frustrerende om de ikke får det til. Informantene må sørge for at utfordringer de gir sine pasienter ikke er over evne, men heller optimale utfordringer for pasientene som er tilpasset deres funksjonsnivå (Ryan et al., 2008). Når pasienten opplever utfordringer som optimale vil de være i flytsonen. Dette vil føre til større engasjement for aktiviteten og mestring vil forekomme. En annen forutsetning for å bevare eller øke autonom motivasjon til pasientene er at disse utfordringene ikke er påtvungne aktiviteter, men tvert imot at pasientene opplever en følelse av autonomi for aktiviteten. Fysioterapeuter og ergoterapeuter må ha dette i bakhodet og ikke være kommanderende mot pasientene. De må prøve å få pasienten til å forstå viktigheten av øvelsen og på den måten få pasienten til å ønske å gjøre aktiviteten. Dette kan gi pasienten følelsen av at atferden deres styres av å være selvbestemt.

Informantene prøver å gi pasientene sine eierskap til rehabiliteringsoppholdet ved at de samarbeider med pasientene for å finne delmål de skal prøve å oppnå under oppholdet. De legger vekt på at det er pasienten som skal rehabilitere seg selv og som skal bestemme. Informantene sier de skal være støttespillere for pasientene og hjelpe de til å nå målene sine. Videre intervjuer jeg informantene om hvordan de kommer fram til disse målene? Hvor delaktige de er versus pasienten?

IF 1 – *Vi har et sånt målsettingsskjema som heter veiviseren. Der vi først begynner med langsiktige mål og kortsiktige mål med delmålene under der.*

Informantene opplyser også om at pasientene er med på samtaler rundt målsetting for oppholdet de er inne på og på den måten er med på å sette delmål. Pasientene får bestemme mye rundt målene. Dette gir selvbestemmelse på dette området, men om det er gunstig for rehabiliteringsoppholdet kan det stilles spørsmål om. Om ikke pasientene oppnår målene sine under oppholdet kan det tenkes at motivasjonen for rehabiliteringen gradvis vil forsvinne når de kommer hjem. Så hvordan skal informantene tilrettelegge målene slik pasienten opprettholder motivasjonen? Dette kommer fram når jeg spør informantene om urealistiske mål.

IF 2 – (...) *Er jeg indikator for en pasient som er inne her i to uker så er det litt jeg som har ansvar for å trekke inn disse trådene, men så skriver vi alle i teamet i journal de individuelle notat, i tillegg til en tverrfaglig rapport. Her sys jo det sammen. Jeg føler at vi klarer å sikre det ettersom vi har så mange møter. Det er pasientens mål som kommer først og at vi alle er team rundt det. (...) Det er ofte noe overordnet som ønsket om å stå i en 50% jobb, ønske om 100% tilbake, ønske om å gå 5km lenger enn det en gjør nå. (...) Det er ganske mange andre som bidrar til at vedkommende skal klare det.*

IF 1 – *Så hvis vi ser at det er liksom veldig lavt, ting som vi vurderer det til at de klarer det innen en uke eller noe sånt, så går det an å liksom oppnå det målet i løpet av en uke og si at nå må vi sette et nytt mål og kanskje se litt større. Men viss det er altfor høye mål må man realitetsorientere de litt og si “Hva tror du om dette her? Hva har du prøvd noe lignende før? Er dette en ønsket drøm?” Da pleier jeg å selvfølgelig trekke fram SMART mål prinsippet om at dette skal være realistisk. Så jeg pleier som regel å gi de den veiviseren og en sånn liten brosjyre om smarte mål ved siden av. Og den pleier å realitetsorientere de ganske bra da. Når de forstår hvordan den fungerer.*

Pasienter som setter “hårete” mål blir realitetsorientert av informantene og de prøver å få pasienten til å se virkeligheten i situasjonen pasienten befinner seg i. For å gjøre dette bruker de ulike instrument som veivisere og SMART mål prinsippet. SMART mål prinsippet går ut på at målene pasientene skal sette er Spesifikke, Målbare, Akseptabelt, Realistisk og Tidsbestemt. For å tilrettelegge for pasienters autonomi kan denne måten å endre mål på, endre autonomifølelsen

til pasientene. Avhengig av hvordan pasienten opplever realitetsorienteringen som nevnt, vil autonomifølelsen endre seg. Autonomifølelsen trenger ikke endre seg om pasienten likevel opplever følelse av egen vilje, valg og beslutningstaking i prosessen (Markland & Vansteenkiste, 2007; Quested et al., 2013; Ryan & Deci, 2000; Wilson & Rodgers, 2007). For at informantene skal få pasientene til å endre målene sine og opprettholde autonomifølelsen er det viktig at realitetsorienteringen ikke oppleves som tvang eller press. Oppleves realitetsorienteringen som tvang eller press vil pasienters autonomi undergraves (ibid). Pasienter som kommer inn kan ha målsetninger om å bli rehabilitert tilbake til slik de var før. For de fleste vil en slik målsetning ta lang tid og ikke være oppnåelig på de tre ukers opphold på Sunnaas Sykehus. Det er viktig at informantene tar en slik målsetning pasienten har på alvor. Skal pasientene ha de beste forutsetninger for å fortsette rehabiliteringen etter oppholdet vil det være fordelaktig at de føler både autonomi, kompetanse og tilhørighet til rehabiliteringsprosessen. Føler pasientene de ikke blir respekter av informantene og målene de har ikke blir tatt på alvor vil dette gå utover autonomifølelsen. Mindre autonomifølelse vil videre påvirke kompetansefølelsen og tilhørigheten til pasientene. Skal endring hos pasienter oppstå på den måten at de faktisk starter å trene målrettet for å rehabilitere seg selv, må tillit mellom informantene og pasienten være til stede (Ryan et al., 2008). Ved at pasienten føler autonomi rundt egen rehabiliteringsprosess og autonomistøtte fra informantene sin side, kan dette bidra til endringen som er nødvendig. De grunnleggende psykologiske behovene hører sammen i denne prosessen og alle er viktig for å få til endringen. Pasienters følelse av autonomi kan ved realitetsorientering gå ned om målene deres blir justert. De kan få følelsen av at de faktisk ikke bestemmer og vil ikke lenger føle frie valg under rehabiliteringen.

Når pasienter ikke har følelse av autonomi til eget rehabiliteringsprogram vil dette påvirke kompetansefølelsen og tilhørigheten. Lite autonomifølelse kan påvirke kompetansen på den måten at pasienter ikke ønsker å gjennomføre aktiviteter. Dette kan føre til at pasienter ikke vil vise fram egne evner og ferdigheter i aktiviteter (Ryan & Deci, 2002). Uten autonomi tilstede vil pasienter vise mindre engasjement og vilje til handling som er nødvendig for å oppleve kompetanse og mestring i aktiviteten som drives. Å føle seg kompetent i aktiviteten en gjennomfører er viktig om læring og utnyttelse av nye strategier skal oppstå (Ryan et al., 2008). Uten følelse av autonomi mister pasienter følelsen av denne delen av kompetanse. Mangelen på autonomi vil derfor være med på å undergrave behovet for kompetanse, som kan bidrar til å

redusere rehabiliteringsprosessen til pasientene. Dette viser viktighetene av å få pasienter under ett rehabiliteringsopphold til å føle autonomi til rehabiliteringsprogrammet de skal gjennomføre. Autonomi for oppholdet vil også bidra til å påvirke behovet for tilhørighet.

Ryan et al. (2008) sier at om følelsen av tilhørighet skal være til stede må det være tillit, respekt og følelse av at en blir sett og tatt vare på fra pasienten sin side. Tar informantene bort pasienters autonomi til rehabiliteringen vil ikke pasientene føle at ønskene deres blir respektert, tatt vare på og tillit mellom pasienten og informantene vil svekkes. Det er viktig at informantene viser forståelse for målene pasientene har satt og viser troverdig interesse for målene. Når informantene går inn for å realitetsorientere pasientene og målene, kan pasientene oppleve dette som respektløs og svekke tillitten mellom dem. Ved å realitetsorientere pasienter kan dette føre til mindre følelse av tilhørighet fra pasientene sin side, samtidig som følelsen av autonomi kan gå ned. Nedgangen av autonomi vil oppstå dersom pasientene ikke lenger føler de får være med på å bestemme hva målene skal være og informantene styrer hva som blir satt som mål for perioden de er inne på rehabiliteringsoppholdet. Informantene og den tverrfaglige gruppen rundt pasientene må høre på pasientens ønsker og komme fram til målsetninger sammen med pasienten på en slik måte at pasienten føler det er han/hun som bestemmer målene for å unngå å undergrave pasienters autonomifølelse. Ved å skape relasjon, respekt og tillit med pasientene kan de bygge opp pasienters tilhørighet for rehabiliteringen. På denne måten vil de skape en tillit som gjør at pasientene stoler på det tverrfaglige teamet sitt, hører på råd og veiledning som teamet kommer med. Det vil med dette være lettere for pasienten å ta til seg råd om å tenke annerledes om målene som de skal sette for oppholdet. Ved riktig veiledning kan informantene vise pasientene at delmål er nødvendig for å oppnå resultater. Pasientene vil videre få ett nytt syn på rehabiliteringen som en skal gjennom og se nytten av andre mål han/hun ikke har tenkt på før oppholdet. Gjøres dette på en ryddig måte fra informantenes side og resten av teamet, kan pasienters følelse av tilhørighet oppstå. Autonomifølelsen hos pasientene vil opprettholdes ved at de velger målsetninger som de nå ser på som viktig og ønsker å gjennomføre.

Ett eksempel på dette kan være en pasient som kommer inn og har som målsetning om å kunne gå på butikken på egen hånd. Pasienten har ikke god nok funksjon til å holde balansen uten å støtte seg til noe og sliter med balansen. Har informantene opparbeidet tillit og respekt som nevnt over kan de komme med forslag til pasienten. Dette kan være å lage delmål under hovedmålet for

pasienten om å klare å gå ti meter alene uten støtte. Her kan informantene komme med innspill om å bruke ulike stabiliseringsøvelsene og koordinasjonsøvelsene. Derfra bygge på flere delmål om å gå 20 meter, 50 meter, 100 meter og til slutt gå til butikken. Når tilhørigheten til pasienten er til stede og de forstår at dette må til for å oppnå målet sitt, vil pasienten ha autonomifølelse for å gjennomføre aktivitetene og strekke seg etter delmålene. Har pasientene autonomi for delmålene, vil de også oppleve kompetansefølelse når de ser at disse delmålene gir resultater. Dette ved at autonomifølelsen til pasienten vil føre til at de er engasjerte for aktiviteten og ha viljen til å gjennomføre aktiviteten. Dette vil bidra til at pasienten utnytter treningen som gjennomfører for å oppnå målene som er satt. Motsatt om realitetsorienteringen fører til at pasienten ikke føler tilhørighet ved at tillit og respekt ikke er til stede, vil nye mål bli sett på som presset mål og ikke frie vilje eller valg. I en slik situasjon vil pasientene ha mindre følelse av autonomi og tilhørighet. Dette vil gå ut over kompetansebehovet. Pasienten sin følelse av kompetanse vet vi blir tilrettelagt av autonomi og uten autonomifølelse vil behovet for kompetanse undergraves (Ryan et al., 2008).

Informant 4 har en annen oppfatning av hvordan de tilrettelegger for autonomi og forklarer sin situasjon på denne måten:

IF4 – Så godt som vi kan. Jeg har jo førerkortvurdering og der har de lite selvbestemmelse fordi vi kartlegger deres evne og da går vi ut ifra lovverk. Så der har de ganske lite de skulle ha sagt i forhold til det. Vi har et standard opplegg der de testes av nervepsykolog. Da får de resultat som sier om de kan kjøre bil eller ikke eller om de er tvilsomme. Også har vi en praktisk kjørevurdering. Så der har de nok lite, det er ikke så mye vi kan gjøre med det heller, testene. Men i de aller fleste andre tilfeller er de jo med å bestemme stort sett det meste selv.

Den som skiller seg ut er informant 4 som sier at autonomi er det lite av. Informanten har ansvar for et testbatteri som pasienter må gjennomføre og bestå for å få tilbake bilsertifikatet. Da informanten ikke er i kontakt med pasientene på andre områder føler informanten at det er lite rom for autonomi rundt spesifikt dette opplegget. Noe som er forståelig. Denne informanten er ikke like delaktig i selve oppholdet til pasienten som de andre informantene er. Informanten har ansvaret for å gjennomføre testing av pasienter som kommer inn og vurdere de utfra testene som blir gjennomført.

Øvelsesutvalg

Når målene for rehabiliteringen er satt, vil pasienters autonomifølelse spille inn i forhold til øvelsesutvalg for å nå disse målene. Hvordan disse øvelsene blir gjennomført og hvordan pasienter opplever øvelsene vil også være med på å enten styrke eller svekke autonomifølelsen pasienten får til rehabiliteringen.

Skal informantene tilrettelegge for autonomifølelse for øvelsene pasientene skal gjennom, er det viktig at øvelsene har en betydning for dem. Informantene beskriver under hvordan valg av øvelser blir bestemt og hvor delaktige pasientene er i denne selekteringen.

IF 1 – Absolutt, det sier jeg veldig tydelig til dem også. “At dette er kun ett utvalg som er veldig enkle å utføre, også er det en skog av øvelser, så det er bare fantasien som setter grenser”. Så pleier jeg som regel å vise dem appen som heter “Styrk”, som gir dem en slags øvelsesbank. Der er det mange av de øvelsene jeg viser dem, men også litt andre som de kan bruke. Dette setter i gang litt av fantasien og de kan se hva de kan gjøre. Det går litt tilbake til autonomien at de skal gjøre øvelser som de liker og noen synes det er pyton å gjøre de øvelsene, da må jeg gå inn å forklare hvorfor de skal gjøre de og det går jo i hverandre.

Informantene har alle samme framgangsmåte for øvelsesutvalg som informant 1 over beskriver. De gir pasientene en øvelsesbank i form av en app, sier samtidig at de kan velge de øvelser de vil og det er kun fantasien som setter grenser. Denne måten å vise pasienter øvelser på og gi frie valg av øvelser kan hjelpe de til å ta beslutningen om å delta i aktivitet (Markland & Vansteenkiste, 2007; Quested et al., 2013; Ryan & Deci, 2000; Wilson & Rodgers, 2007). Dette gjør at pasientene til informantene har mulighet til å velge de øvelsene de har lyst til å gjennomføre, men vil dette gagne pasienten om det ikke er relevant for funksjonsnedsettelsen de har? Dette kommer tydeligere frem når informant 2 får samme spørsmål.

IF 2 – (...) Valg av øvelser blir bestemt utfra hvor pasienten er i forhold til funksjon eller hvor det butter eller hvor det skal legges inn. Noen har kanskje nedsatt stabilitet i kne eller styring fra hofta eller ankler. Da må kanskje øvelser tilpasses mer spesifikt til det området. Samtidig sette sammen i en sånn funksjonell handling som trappegang. (...) Øvelser tilpasses jo også selvfølgelig funksjonsutfordringer da.

I utsagnet over tolker jeg det som at pasienten ikke har like stor innflytelse på øvelsesutvalget som beskrevet tidligere av informant 1. Dette vil ikke være pasientenes egne frie valg for øvelsene da informantene går inn og bestemmer hva som vil være riktig øvelser for pasienten funksjonsnedsettelse. Dette er noe de kanskje må gjøre for at rehabiliteringen skal bidra til at pasientene vil gjøre øvelser som kan bedre situasjonen de befinner seg i. Informantene må inn og si til sine pasienter at de også må ha andre øvelser for å bedre nedsatte funksjonsevne. Pasienten vil kanskje ikke velge disse øvelsene selv, men vil se viktigheten av å gjøre disse øvelsene for å starte sitt eget rehabiliteringsløp og forstå at ved å velge disse øvelsene vil dette bidra til funksjonen de sliter med bedre seg. En slik framgangsmåte kan sees videre inn i selvbestemmelsesteorien om tilhørighet, kognitive valg og reguleringsformene til pasienten. Her kan en koble sammen tilhørighet pasienten føler opp mot reguleringsformene i organisk integrasjonsteori (OIT). Ved å gi pasienter valgmuligheter for hvilke øvelser han/hun skal gjennomføre vil dette tilrettelegge for autonomi hos pasienten. Når informantene videre går inn og legger til andre øvelser som de ser på som hensiktsmessige for pasientene sin rehabilitering, vil autonomifølelsen til pasienten muligens gå ned igjen.

Autonomien for øvelsesutvalget vil være til stede i en viss grad og autonomien for de andre øvelsene informantene kommer med vil være avhengig av hvilken reguleringsgrad pasienten har og om de har tillit til informantene. Avhengig av hvordan pasienter opplever øvelsene informantene kommer med vil de ha ulike reguleringsgrad til øvelsene som OIT tar for seg. Deci and Ryan (2000) og Ryan and Deci (2000) beskriver dette ved at om øvelsene informanten kommer med oppleves som ytre påvirkning og kontrollert av informantene, vil pasientene ha en ytre reguleringsform for øvelsene. Om øvelsene oppfattes som nyttig for pasienten og de tar øvelsene inn over seg som en del av deres egen verdi vil pasienten styres av en integrert reguleringsform (Deci & Ryan, 2000). Ved den siste reguleringsformen vil pasienter gjennomføre øvelsene fordi de ser på det som nødvendig for å få ønsket resultat, i dette tilfellet rehabilitert, og videre vil reguleringsformen være med på å øke selvbestemt motivasjon for øvelsene.

Med tanke på det tverrfaglige teamet rundt hver pasient og tydelig dialog mellom informantene og pasienten, bygges det opp en tillit mellom pasient og fagpersonene. Denne tilliten er med på å endre reguleringsformen for pasientene fra ytre reguleringsformer til ytre autonome reguleringsformer. Pasientene er inne på rehabilitering fordi de ønsker bedring, de vil stole på

fagpersonene til å ta rette valg for de og vil trolig se at de øvelsene informantene velger ut er nødvendig for å oppnå resultater. Pasienten vil med andre ord ha integrert regulering for disse øvelsene og bringe øvelsene inn i sin egen identitet fordi de vet at disse øvelsene vil hjelpe de til å nå hovedmålet sitt.

Under trening

Hvordan tilrettelegger informantene for autonomi under treningen? Dette prøver jeg å få tak i ved å stille informantene spørsmål om hva de selv gjør under treningen og hvordan de veileder og hjelper pasientene. Både når pasienten får til øvelsene og når de eventuelt ikke får til øvelsene.

IF 2 – Jeg tenker veldig konkret i en ... er veldig “hands on” og ønsker at de skal få på muskulaturen i den riktige/hensiktsmessige bevegelsesbanen. (...) Poenget mitt er at jeg bruker mye “hands on”, bruker mye quing, bruker mye skjelett. Bruker plansjer for at de skal se. (...) Få generert den rette muskulaturen.

Med en direkte dialog mellom informantene og pasienten under trening kan informantene vise og forklare hvorfor og hvordan de skal gjennomføre øvelser. Deci and Ryan (1985) legger vekt på at om indre motivasjon skal forekomme må individ ha selvbestemt atferd i samspill med følelse av kompetanse. Selvbestemt atferd er atferd der pasienten har følelsen av autonomi til aktiviteten. Når informant 2 sier en vil at pasienten selv skal føle at de aktiverer den riktige muskulaturen i øvelser ved hjelp av quing, plantasjer og skjelett, kan dette bidra til at pasientene forstår øvelsen bedre. Fokuset under øvelsen kan virke positivt inn på pasienten når de kjenner at muskulaturen informantene sier de skal aktivere faktisk blir aktivert. Dette kan gi pasientene en positiv følelse under øvelsen om at de klarer å aktivere riktige muskelgrupper og på den måten vil pasienten føle kompetanse for øvelsen. Vil pasienten klare å få til dette og de føler på kompetanse for øvelsen ved at informantene bruker hjelpemiddelet quing, plantasjer og skjellet, tilrettelegger informantene for kompetansebehovet til pasientene.

Ryan et al. (2008) tar for seg kompetanse behovet og sier at behovet vil bli tilrettelagt ved følelse av autonomi. Når informantene går inn og bruker quing, plantasjer og skjelet for å vise øvelsene og meningen med dem, er det viktig at øvelsene pasienten skal gjennom ikke blir oppfattet som tvungen deltakelse for øvelsene (Markland & Vansteenkiste, 2007; Quested et al., 2013; Ryan &

Deci, 2000; Wilson & Rodgers, 2007). Innspillet informantene kommer med må oppfattes som frivillig fra pasienten sin side og da vil kompetansen komme under øvelsen. Når informantene veileder pasienten og forklarer hvorfor de skal gjennom de og de øvelsene ved å vise til hvordan en skal få kontakt med de rette muskelgruppene og hvordan dette vil hjelpe de til å bedre funksjonsevnen deres, vil pasientene se at øvelsene vil hjelpe de for den rehabiliteringen de skal gjennom. Når pasientene ser viktigheten av øvelsene informantene kommer med og tar dette innover seg, vil pasientene se at øvelsene er nødvendig for å bedre deres funksjonsnedsettelse. Pasientene som er inne på rehabilitering har mange ulike mål og de fleste vet at de må bedre sin funksjonsnedsettelse for å bedre seg. Nå informantene viser øvelser på denne måten og pasientene ser nytten av øvelsene, er pasienten mottakelig for å gjennomføre de øvelsene som informantene kommer med. Pasientene ser at disse øvelsene vil hjelpe rehabiliteringsprosessen sin og vil frivillig delta i aktiviteten fordi de ønsker å bedre sin egen situasjon (Ryan & Deci, 2002). Autonomi for øvelsene vil her forekomme når pasienten ser at øvelsene vil bedre deres funksjon, rehabilitering og er riktig skritt mot deres hovedmål for rehabiliteringen.

Pasientene kan se viktighetene av å gjøre ulike øvelser. Noen ganger kan øvelsene være for avansert for pasientens funksjonsnivå og han/hun klarer ikke gjennomføre aktiviteten informantene har valgt ut på forhånd. Når informant 3 får spørsmål om hva som da må gjøres svarer hun ut fra sin egen erfaring og beskriver hva de da gjør og hva de legger vekt på når en slik situasjon oppstår.

IF 3 – Finner en annen måte å gjøre det på. Finner en alternativ måte å gjøre det på. Senker kravet for å klare mestring og mestring er jo veldig viktig. Kjenne på, tar jo ikke fra de håp, aldri, uansett hvor høyt målet er. Jeg tar de aldri fra pasienten håp og sier at det kan du bare glemme. Utenom om å kjøre bil.

Informant 3 beskriver over hva framgangsmåten er om pasienter ikke klarer å gjennomføre øvelsene som er bestemt på forhånd. Informantene legger vekt på at pasienten skal føle mestring for øvelsen og vil endre øvelser pasienter ikke klarer å gjennomføre på nåværende tidspunkt. Når øvelser endres vil det være viktig at pasienten får kompetansefølelse i de nye øvelsene. Når kompetansefølelse for aktivitet ligger til grunn vil pasienten kjenne på mestringsfølelse. Kompetansefølelsen vil spille utfra om autonomi i aktiviteten er tilstede. Dette fører til pasientens

vilje til handling og engasjement for aktiviteten (Ryan et al., 2008). Pasienten vil om kompetansecfølelsen er til stede i aktiviteten bruke egne ferdigheter og evner (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000). For å overføre denne følelsen best mulig til pasienter, vil det å tilrettelegge for autonomi være viktig for utfallet av pasienters opplevelse rundt øvelsene og kompetansecfølelsen. Skal informantene endrer øvelsen er det viktig at den nye øvelsen gir optimal utfordring for pasienten. For å tilrettelegge for videre autonomi og kompetanse i nye aktiviteter er det viktig at informantene fortsatt er autonomistøttende. Dette oppnås ved å være autonomistøttene på den måten at de tar pasienters tanker og følelser på alvor. Informantene oppmuntrer indre motivasjon og er tydelige på språket sitt på den måten at det ikke blir kontrollerte verbale tilbakemeldinger. Det er også viktig at de er tålmodige og tillater at pasienten får tid til selvooplæring. Ved en slik framgangsmåte kan informantene tilrettelegge for pasienters autonomifølelse for treningen som gjennomføres.

Hvordan informantene gjennomfører treningen og prøver å tilrettelegge for autonomi blir beskrevet videre av informant 5.

IF 5 – Da spør jeg “Skjenner du at du står feil nå? Merker du det selv? Kan du prøve å rette deg opp? Kan du ta å føre vekten litt over på venstre foten?” prøver litt på det, at de skal prøve å finne fram til det selv.

Her beskriver informant 5 med et eksempel fra en trening der fokuset er på pasienten sin bevisstgjøring under gjennomførelse av aktiviteten. Informanten ser at pasienten ikke er i balanse og dette kan potensielt over tid føre til at pasienten opplever smerter som kan føre til skade. Her går informanten inn og sier til pasienten at han/hun ikke gjør øvelsen optimalt. I dette tilfellet er pasienten i ubalanse og kan få smerter på grunn av dette. Når informanten ber pasienten om å lene seg til en av sidene er det for å få pasienten til å komme i balanse igjen og for å unngå smerte. Det at pasienten skal føle på dette selv og kjenne etter hvordan øvelsen gjøres kan bidra til at pasienten klarer å rette seg opp på egenhånd. Klarer pasienten dette uten vider hjelp og øvelsen gjøres rett vil pasienten oppleve kompetansecfølelse for øvelsen. Denne kompetansecfølelsen kommer av at informanten gir pasienten egen beslutningstaking for hvordan øvelsen skal gjennomføres (Markland & Vansteenkiste, 2007; Quested et al., 2013; Ryan & Deci, 2000; Wilson & Rodgers, 2007). Ved å klare å rette opp balansen sin på egenhånd får pasienten

en følelse av kompetanse og ser at dette er noe han/hun klarer. Ville informanten gått inn i øvelsen og bedt pasienten rette seg opp uten noen form for videre verbal kommunikasjon ville autonomifølelsen til pasienten forsvunnet. Ved en slik tilnæringsmåte kunne dette bidratt til at pasienten fortsatt hadde gjort øvelsen riktig, men kompetansefølelsen for øvelsen ville ikke oppstått på samme måte. Informanten spør først pasienten om han/hun kjenner om de gjør feil for å gi de muligheten til å endre på dette. Når informantene gjør dette tilrettelegger de for pasienters autonomi. Som Ryan et al. (2008) sier vil tilrettelegging for autonomi også resultere til tilrettelegging av kompetanse og ved at informantene tilrettelegger for autonomi på måten beskrevet over oppstår muligheten for pasientens kompetansefølelse for aktiviteten. Om pasienten føler at dette gir kompetanse vil også tilliten pasienten har til informantene økes.

Pasienters tillit til informantene vil oppstå når de ser økning av kompetanse for aktiviteten som drives og ved at veiledning fra informantenes side tilrettelegger for gjennomførelse av øvelsene. Denne tilliten vil også føre til økt tilhørighet fra pasienten sin side ved at innspill og veiledning fra informantene fører til opplevd kompetanse (Ryan et al., 2008).

Informanten beskriver også at de av og til må inn å si fra uten å gi pasienter mulighet for valg eller beslutningstaking.

IF 5 – (...) Men man må jo ofte si fra at “nå står du veldig mye på høyrefoten og da kan det bli smertefullt, prøv å len deg litt mot venstre”.

Her vil ikke informantene bidra på samme måte til at pasienten får velge og vil dermed begrense autonomifølelsen pasienten får. Pasienten kan føle at egen vilje til å utføre øvelsen forsvinner og oppleve det mer som en påtatt handling som må gjøres. Dette vil ikke lenger tilrettelegge for autonomi når pasienten ikke føler fritt valg og gjennomføring av egen vilje under aktivitet (Markland & Vansteenkiste, 2007; Quested et al., 2013; Ryan & Deci, 2000; Wilson & Rodgers, 2007). Dette avhenger også av hvordan pasienten opplever tilbakemeldingen. Opplevs det som tvang og ikke som ett valg vil ikke autonomi bli tilrettelagt for (ibid).

Treningstidspunkt

For å finne ut hvordan informantene ellers tilrettelegger for autonomi under behandlingen spør jeg videre om pasienten er med på å bestemme når det kommer til selve gjennomføringen av treninger som er satt for dem.

IF 3 – Egentlig ikke, det er jo timeplaner som skal gå opp i en veldig travel hverdag her. Det må jo passe inn i forhold til antall terapeuter og mennesker som skal gjennom behandling. Men selyfølgelig på primæravdelingen tar vi jo hensyn til hva og hvilken tid de har best yteevne. Får de mye medisiner på natten og kjempetrøtte på morgenen, er det ikke vits å legge treningen klokka 08:00 om morgenen. Til en viss grad, men det er jo vi som setter opp timeplanen.

Pasienter kan ikke fritt bestemme når på dagen de vil trene på grunn av Sunnaas Sykehus sin kapasitet og arbeidstid i tidsrommet 08:00 – 16:00. Dette er tiden pasientene har mulighet til å trene med veiledning fra sine fysioterapeuter og ergoterapeuter. Dette tidsrommet er vidt og pasientene har mulighet til å bestemme selv når de vil trene innenfor dette tidsrommet. Som informantene beskriver, ser de på pasientene om det er noen som ikke klarer å trene på morgenen og heller bør trene senere på dagen, eller omvendt. Utfra dette prøver de å tilrettelegge treningen for pasientene sine og bidrar til tilretteleggelse av pasienters autonomi. Fysioterapeutene og ergoterapeutene er tilgjengelig for pasientene i disse timene og bidrar til at trening kan gjennomføres hver dag.

Informant 5 sier at alle pasientene klarer å gjennomføre treningen innenfor dette tidsrommet og har ikke hatt pasienter som ikke har klart dette før.

IF5 – Det har jeg ikke opplevd. Som regel klarer de å fungere i løpet av 08:00 – 16:00.

IF5 – Treningsalen er åpent på kveldstid, bassenget er åpent, uteområder med ulike turløyper med kart fra resepsjonen og gå forskjellige løyper. Også har de ofte treningsprogram vi har laget som kan gjennomføres på rommet, både håndtrening og kroppsvekttrening. Vi tilrettelegger jo for egentrening sånn de kan øve seg på det vi har gjort i timene da. For at de skal bli trygge på det selv også kan de heller spørre oss om råd og hjelp om det er noe de lurer på.

Pasientene som er inne på Sunnaas Sykehus har muligheter til å gjennomføre treninger etter klokken 16:00 på egenhånd. Som Informant 5 beskriver over har de mange valgmuligheter. Her legger informantene og institusjonen til rette for autonomi ved å gi pasientene valg om å gjennomføre egentrening av treningsprogrammet de har gått gjennom med fysioterapeut på forhånd. Dette vil gi pasienter autonomifølelse ved at informantene gir pasientene valg om når de vil gjennomføre treningen og de bestemmer selv hva de vil gjennomføre (Markland & Vansteenkiste, 2007; Qvested et al., 2013; Ryan & Deci, 2000; Wilson & Rodgers, 2007).

Gjennomføres treningen alene kan pasientene kanskje ikke se sin egen framgang i øvelsene like godt som de ville gjort med en fysioterapeut eller ergoterapeut til disposisjon. Når behovet for autonomi tilrettelegges for, vil behovet for kompetanse i aktivitet spille en rolle for pasienters videre motivasjon for trening.

5.2 Kompetanse og rehabilitering

For de ansatte som jobber med rehabilitering vil tilrettelegging av kompetanse være en god faktor for at deres pasienter skal lykkes med oppholdet. Ved at pasienter føler kompetanse under rehabiliteringsoppholdet sitt kan dette resultere til videre trening etter oppholdet. Er følelsen av kompetanse tilstede hos pasienten kan opplevelsen av mestringen for aktiviteter komme og bidra til videre aktivitet. Jeg spør informantene om kompetanse er viktig for motivasjon og rehabiliteringsoppholdet til pasientene.

IF5 – Ja, det tenker jeg. Og litt i forhold til erfaring de har fra før har mye og si. Det er mange som er gode på å trene og holde seg i gang og tar tak i ting. De som er vant med det fra før kommer fortere i gang, det er lettere for de å ta tak i det å komme videre og utvikle seg og lære seg ting.

Lignende beskrivelser går igjen for resten av informantene. Pasientene sin tidligere kompetanse kan være med på å påvirke motivasjonen som informant 5 er inne på. Tidligere erfaring med ulike aktiviteter, trening og styrketrening kan gi pasienter fordel for rehabiliteringen når de har utført lik aktivitet tidligere. Har de trent styrketrening fra før som er en del av rehabiliteringen, vet de mer hva de går til, de tar øvelsene fortere og kommer fortere i gang med selve rehabiliteringen i motsetning til de som ikke har den samme erfaringen og som må lære seg dette.

En stor utfordring vil være å tilrettelegge for kompetanse hos de som ikke har denne erfaringen fra tidligere. Hvordan de gjør dette på Sunnaas Sykehus har informantene samme oppfatningen av og informant 2 beskriver det slik:

IF2 – Jeg tenker dose/respons i øvelser, vanskelighetsgrad og sånne ting er jo veldig viktig. (..) Jeg er opptatt av at pasienten skal forstå hvorfor en skal gjøre ting og da handler det ekstremt mye om å informere vedkommende og gi gode forklaringer og få pasienten med. Om en har pasienten med og han blir innforstått med hva dette er og kanskje kan være selvbestemmende, mener jeg det bør henge opp mot mestring og motivasjon. Du tenker jo motsatt at det er lov å være frustrert og forbanna om en ikke får til ting. Kanskje frustrasjon kan skape en form for læring også. (..) Man må ha mestringstro, selvfølgelig at en sammen med pasienten finner noe utfordrende som gir de noe. Det her er jo en vanskelig balansegang hele tiden.

De ansatte legger vekt på realitetsorientering rundt programmet. De er opptatt av å forklare bakgrunnen og meningene med øvelsene pasienten skal gjennom. De legger også vekt på progresjon. Når informantene forklarer pasientene hvordan og hvorfor de skal gjennomføre aktiviteter kan dette bidra til tilrettelegging av pasientens kompetanse. Dette kan gjøres ved at de opplever bedre muligheter for trening og får brukt sine ferdigheter i aktivitet som grunnleggende psykologiske behov teori (BNT) i selvbestemmelsesteorien nevner er viktige komponenter for at behovet kompetanse skal bli dekt (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2002). Der en slik framgangsmåte kan øke kompetansen til pasientene, kan den også undergrave pasienters følelse av autonomi for programmet. Om de ansatte bestemmer øvelser som skal gjennomføres vil autonomifølelsen til pasientene gå ned. Det er viktig at også pasienten får være med i utvelgelsen av øvelser som skal gjennomføres. På denne måten kan de ansatte vedlikeholde pasienters autonomifølelser samtidig som de spisser øvelsesutvalget inn mot relevansen for funksjonsnedsettelsen til pasienten.

Miniteorien om kognitiv evalueringsteori (CET) nevner også at om indre motivasjon skal være tilstede må miljøet ha optimale utfordringer og lede til følelse av kompetanse (mestring) i aktivitet (Deci & Ryan, 1985). Ved at informantene legger vekt på progresjon og har fokus på å starte på et lavt nivå for så å øke progresjonen, bidrar dette til at miljøet under rehabiliteringen har optimale utfordringer og kan på denne måten lede til følelse av økt kompetanse hos

pasientene. Øvelsene eller aktiviteten som skal gjennomføres må ikke oppfattes som for lette da dette kan resultere i at pasienten ikke får optimalisere sine ferdigheter og oppleve det som kjedelig. Om dette forekommer er det viktig at informantene først og fremst ser dette, for så å gripe inn i situasjonen og igjen optimalisere utfordringene etter pasientens funksjonsevne.

Skal denne optimaliseringen fungere fra starten av pasientene sitt opphold er det viktig at de ansatte vet hvilket nivå pasientene sine er på (Novotney, 2014). For å finne ut av dette er en nøkkelfaktor å se på hvilket nivå pasientene ligger på og jeg spør videre om informantene klarlegger pasienters kompetanse.

IF3 – Ja, både funksjonsnivå, kroppsfunksjon, strukturen, helt ned på strukturnivå og helt opp til evne. Vi går inn på strukturer og tester om de fungerer eller ikke fungerer, begrensninger. Også ser vi de i aktivitet.

Svarene informanten oppgir om kartlegging av kompetanse, går inn på det informant 3 nevner over. Arbeidet med kartlegging av pasienters kompetanse vil være viktig for både å gjøre relevante aktiviteter for den nedsatte funksjonen og optimalisere progresjonen gjennom oppholdet. Ved å gjennomføre en slik kartlegging i starten av oppholdet, tilrettelegger informantene treningen på en optimal måte for hver enkelt pasient. Når funksjonsnivået til pasienten er kartlagt, har informantene gode forutsetninger for å støtte opp kompetansebehovet og tilrettelegge for mestring under aktivitet (Ryan et al., 2008). Når kartleggingen er ferdig og en skal starte med treningen er det viktig at øvelsene ikke vil være for vanskelig for pasientene, da dette ikke bidrar til at pasienten føler seg kompetent. Har pasienten følelse av kompetanse under aktivitet bidrar dette til at indre motivasjon kan forekomme. Men som CET sier, kan ikke kompetanse alene gi indre motivasjon (Deci & Ryan, 1985). Den sier at individet må ha en følelse av kompetanse sammen med følelse av selvbestemt atferd for å få fram individets indre motivasjon. Når informantene tilrettelegger for kompetanse må de også gi pasientene sine følelsen av autonomi. Innen rehabilitering kan dette være vanskelig å få til.

Har for eksempel fysioterapeuten en pasient med nedsatt funksjon i armer, vet fysioterapeuten at de og de øvelsene er gode for å trene opp igjen nettopp dette. Pasienten tar til seg dette og får velge den øvelsen en vil mellom disse, men er dette selvbestemt atferd? Pasienten vet nok at han/hun har nedsatt funksjon i armene og er inne på rehabiliteringsopphold for å bedre

bevegelsen i armene. Når fysioterapeuten så gir mange ulike alternativ for øvelser som pasienten kan velge, kan det tenkes at pasienten også opplever følelsen av at han/hun bestemmer hvilke øvelser som skal gjennomføres og på den måten føler en autonomi for øvelsesutvalget som gjøres.

Informantene sin oppgave vil være å hjelpe pasienter til å se mulighetene de har og legge opp rehabiliteringen til pasientene sine på en hensiktsmessig måte slik de blir rehabilitert. For å oppnå dette er det viktig at de legger opp løpet på en god måte. Det som fungerer for noen kan kanskje ikke fungere for andre. Det er viktig å se pasienten og vite om styrker og svakheter hos hver enkelt (Novotney, 2014). Det er dette som er informantene sin oppgave, å hjelpe pasienten under trening og vise pasienten hva som kan gjøres for å oppnå målene. Det som er interessant er at pasienten kan oppleve kompetanse, men så kan informantene se at den opplevde kompetansen pasienten føler på ikke stemmer overens med den faktiske kompetansen. Eller det kan være stikk motsatt der pasienter ikke føler noen form for opplevd kompetanse under trening, men informantene ser at de faktisk får til øvelsene under aktivitet og har god progresjon. Her vil det være viktig at informantene går inn og har samtaler med pasienten for å vise at de faktisk har progresjon. Dette forklares nærmere av informant 1 under.

IF1 – ... Jeg tenker kanskje mer at folk undervurderer seg selv da, folk på den forrige avdelingen, da jobbet jeg på senter med langvarige smerteproblematikk og da undervurderte de ofte sin egen evne til å være fysisk aktive. Og da kan jeg hjelpe dem til å se at de klarer faktisk ganske mer en de tror de klarer.

IF1 – Da må man bare prøve seg ut og de fleste føler seg ganske sikre når de er i gang med noe fysisk sammen med en fysioterapeut. De stoler jo veldig på deg og den kunnskapen du har, så en må bruke den tryggheten i å pushe dem.

Informant 1 beskriver at pasienter har en tendens til å undervurdere seg selv. Dette tolker jeg som at pasienter kanskje er litt nervøse og usikre på hvordan de skal klare å trene seg opp igjen til å fungere i hverdagen igjen. Med slike pasienter vil progresjon være nøkkelen. Ved å legge til rette for aktiviteter som er enkle å gjennomføre som informantene vet pasientene klarer, kan de endre denne holdningen til noe positivt. Det informant 1 er inne på om at pasienter ikke har tro på seg selv, kan med god progresjon vise at pasienten faktisk har evne til å være fysisk aktive. Når de

ser at informantene hjelper de i aktiviteter de klarer å gjennomføre, kan dette resultere til tillit mellom informantene og pasienten. Disse pasientene vil ofte være de som mangler teknisk kompetanse og trenger støtte fra de ansatte. Får de denne støtten kan tilliten mellom de øke og pasienten kan på denne måten starte internalisering av egen atferd (Ryan et al., 2008).

Klarer de ansatte å bidra til at pasienten ser framgang legger de også til rette for følelsen kompetanse. Pasienten vil fortære ta i bruk sine egne ferdigheter og starte å vise sine evner i aktivitetene. Når treningen inneholder utfordringer pasienten klarer å gjennomføre, treningen gir følelse av mestring og det er støtte for autonomi, vil informantene tilrettelegge for selvbestemt motivasjon (Deci & Ryan, 1985). Om dette er tilfellet har pasienten klart å internalisere seg fra amotivasjon eller ytre regulering, til en innlemmet reguleringsform. Pasienten vil her vise stolthet og trener for å unngå skyld (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000). Videre må informanten prøve å fortsette internaliseringen videre mot identifisert regulering og integrert regulering der pasienten vil starte å akseptere aktiviteten som sin egen og gjøre aktiviteter fordi han/hun ser at det vil hjelpe på rehabiliteringsprosessen (Deci & Ryan, 2000).

Når pasienter er inne på ett rehabiliteringsopphold vil ren indre motivasjon sjeldent forekomme. Dette fordi de ikke nødvendigvis vil gjennomføre aktivitetene kun på bakgrunn av at aktiviteten er gøy, men at det vil hjelpe de i rehabiliteringsprosessen. Målet med rehabiliteringsoppholdet er at de skal fortsette med rehabiliteringen og fortsette treningen når de kommer hjem. Om informantene klarer å tilrettelegge for behovene og dermed autonome motivasjonsformer, kan de få pasientene sine til å internalisere seg fra ytre reguleringsform over til identifisert- eller integrert reguleringsform som vil legge gode forutsetninger for at pasienten fortsetter arbeidet når de kommer hjem. Pasientene vil da ha gode forutsetninger for å trene seg opp og tilbake til samme nivå som de var. Når denne prosessen er ferdig kan det tenkes at trening har blitt noe pasienten identifiserer seg med og vil ha en integrert reguleringsform for rehabiliteringen. Herfra vil pasienten kunne nærme seg indre motivasjon dersom pasienten gjennomfører treningen på grunn av gleden det vil gi og fortsetter trening etter han/hun er ferdig rehabilitert.

5.3 Tilhørighet og rehabilitering

Tilhørighet handler om at pasientene får sosiale relasjoner med andre mennesker rundt seg. Også pasienters tilhørighet for aktivitetene de gjennomfører og til ansatte de er i kontakt med kan bidra til at pasienten føler tilknytting til rehabiliteringen som skal gjennomføres. Videre i oppgaven blir hvordan ansatte tilrettelegger for pasienters tilhørighet diskutert, både under oppholdet og etter de er ferdig med oppholdet på Sunnaas Sykehus.

Under oppholdet

Tilrettelegging av pasienters tilhørighet under oppholdet på Sunnaas Sykehus er en viktig faktor for at pasienter skal føle seg sett og respektert. Under oppholdet vil pasienter se etter innspill og veiledning fra ansatte de kommer i kontakt med. De vil være mottakelig for tilbakemeldinger fra fagfolk fordi de ønsker en endring av sin livssituasjon og er på utkikk etter å få hjelp til endring. Det vil være informantene sin oppgave å tilrettelegge for at pasienten føler tilhørighet. Jeg spør informantene om hva de tenker rundt tilhørighet og hvordan de tilrettelegger dette for pasienter under oppholdet.

IF 1 – Det springes også ut fra målet, når de setter seg et mål og føler at det er deres mål og det derfra kommer en tilhørighet. (...) I forhold til terapeuter og sånn, så forstår de jo at vi jobber tverrfaglig og kommuniserer om pasientene slik de ser at de ser det er en helhet i det, at jeg snakker med sosionom, ergoterapeut og lege om de samme problemstillingen. De forstår at det skaper det teamet og tryggheten rundt dem.

Informantene beskriver at de jobber tverrfaglig med alle pasienter. De har et team rundt pasientene som blir nevnt over der de diskuterer pasienten sitt opphold og framgangsmåte for den enkelte. Når pasientene ser denne tverrfaglige måten å jobbe på kan det tenkes at de føler at de som jobber i teamet faktisk bryr seg om dem og de blir tatt vare på. Dette vil videre bygge relasjon mellom informantene og pasienten, som kan skape tillit og videre internalisering. En slik måte å jobbe med pasienten kan skape tilhørighet for rehabiliteringen pasienten skal gjennom. Det er viktig å opparbeide tillit, men skal pasienten føle tilhørighet må han/hun også føle seg respektert og forstått på den måten at det pasienten sier vil bli tatt på alvor og ikke bli ignorert (Ryan et al., 2008).

IF 2 – (...) Vi bruker jo gruppe som metode, gruppedynamikk, gruppeprosess. (...) der ser vi ofte at noe pasientene helt resolutt trekker fram på slutten av alle opphold er at gruppen deres er bra. Der skjer det noe positivt og vi ser det som fysioterapeut på treningen at det er mye lettere å ha en gruppe som “drar sammen”. Det sier de ofte når vi har gruppetimer at “Dette er noe som gir meg noe, som jeg savner hjemme som svikter”.

Informanten over drar fram viktigheten av pasienters relasjoner med andre mennesker, i dette tilfellet sammen med de som opplever det samme som en selv. Når pasienten føler denne relasjonen med de andre pasientene i form av respekt overfor hverandre, at andre bryr seg og at de blir inkludert, vil dette være med på at tilhørigheten under rehabilitering tilrettelegges for. Som informanten over nevner vil de i en gruppe oppleve dette. Det at Sunnaas Sykehus har gruppeopphold vil i seg selv bidra til at tilhørighet kan forekomme. De legger altså til rette for tilhørighet på denne måten å arbeide på.

IF 5 – Det at de møter og har felles turer og møter en arena der de kan møte andre personer i samme situasjon som seg selv er viktige tiltak i forhold til det. Det er felles kantine der de møter fler. De møter oss som jobber her og vi møter de og prøver å ivare ta dem. Det er fellesundervisning og fellesaktiviteter de kan være med på. Det at de møter i møtetimen sin da. Det at de føler at de blir ivaretatt og har det bra med de er her.

Informant 5 drar fram de samme forutsetningene for tilhørighet som informant 1 og 2. Her kommer det også fram ulike fellesaktiviteter de er med på og andre aktiviteter de kan benytte seg av. Informanten drar fram viktigheten av de føler å bli ivaretatt og at ansatte møter dem. Denne informanten ser også betydningen av å møte andre i samme situasjon som en selv. Pasientene kan dele erfaringer og utfordringer de står ovenfor. Pasienter vil kanskje oppleve at de ikke er alene om sjukdommen/skaden, erfaringene og utfordringene. Her får pasientene mulighet til å knytte seg til andre i samme situasjon, noe som er viktig for å føle tilhørighet (Calvo et al., 2010; Deci & Ryan, 2000; Quested et al., 2013). Dette vil være relasjoner som bidrar til økt tilhørighet da alle er i samme situasjon, men hva skjer når oppholdet er over og de returnerer tilbake til hverdagen?

Etter oppholdet

Hva så når pasienten ikke er inne til rehabilitering på Sunnaas Sykehus? Klarer informantene å tilrettelegge for pasienters tilhørighet etter endt opphold når pasienten returnerer tilbake til hverdagen sin? Hvordan informantene tar for seg denne oppgaven beskrives nedenfor av informant 1.

IF 1 – Vi kartlegger sosialt nettverk. På gruppeoppholdene er nettverk en egen del de snakker mye om for de som har lite nettverk eller hvordan nettverket påvirker dem. Noe av nettverk kan være veldig energikrevende og andre kan gi energi.

IF 1 – (...) Men det er rett og slett at de kartlegger det litt i grupper, men selvfølgelig hvert sitt nettverk og ser på fordeler og ulemper og de forskjellige deler av nettverk og bryter det ned til familie og venner. Inni der også særlig i venedelen, hvilken venner man har? I hvilke sammenhenger? Og hvem man oppsøker når? Og hvordan disse påvirker hvordan man har det og eventuelt energinivå.

Informant 1 tar opp at de går gjennom det sosiale nettverket til pasientene under oppholdet på Sunnaas Sykehus. Her ser de på sosiale relasjonene pasienten har hjemme. De hører med pasienten hva som gir og tapper energi i forhold til det å være sosial. Formålet med dette er å se på hva som kan være fordelaktig for pasienten ved å enten øke eller trappe ned på sosiale relasjoner på hjemmebane avhengig av om det vil øke eller minske energinivå og hvordan de føler seg etterpå. Ved å gjøre dette under oppholdet kan pasientene ta med seg dette hjem og de får en ide om hva som er riktig for dem slev med tanke på dosering av sosiale relasjoner. Her prøver de å tilrettelegge for det sosiale aktivitetsnivået til pasientene når de er ferdig på rehabiliteringsoppholdet. Dette gjør de med tanke på hva som kan gi pasienten økt energinivå, kanskje vil det være lurt for noen som er veldig sosial å trappe ned på denne biten for å bevare energinivået til gjennomføring av trening. Ofte når pasienter bruker mye krefter på å være sosiale har de ikke overskudd til å gjennomføre treningen for rehabiliteringen som skal gjennomføres på hjemmebane for å få til endring. Klarer pasienten å begrense de sosiale relasjonene og ha overskudd til treningen som må til, kan rehabiliteringen fortsette.

Karlegging av nettverk på denne måten blir ikke nevnt av de andre informantene. Det kan tenkes at dette gjøres med alle pasientene, men for de andre informantene i denne oppgaven nevnes det ikke. Kanskje ser ikke de andre informantene dette som tilhørighet, kanskje de ikke tenkte over det, glemte det eller kanskje de ikke ser på dette som en viktig del av arbeidet sitt som fysioterapeut og ergoterapeut. Karlegging av nettverk til pasientene kan være en god måte å legge til rette for tilhørigheten deres. Vi vet at sosiale relasjoner med meningsfulle forbindelser og støttende sosiale forhold er viktig for å føle tilhørighet (Markland & Vansteenkiste, 2007; Ryan & Deci, 2002; Wilson & Rodgers, 2007). Arbeidet med dette under oppholdet på Sunnaas Sykehus kan hjelpe pasienter med å velge rette relasjoner med mennesker som gir de opplevelse av riktige forbindelser for dem. Ved å ha personer rundt seg som støtter dem i arbeidet om å rehabilitere seg selv, kan en enklere oppnå mål om å komme tilbake til der de var før eller komme tilbake til arbeidsplassen sin.

IF 3 – Vi starter den prosessen her, i primæropphold starter vi den prosessen både med dialog og med pårørende, nærmeste, familie, arbeidsgiver, fastlege, det behandlingsapparatet som skal ta imot. Ofte er de noen som hospiterer først, så vi prøver å legge til rette så godt vi kan. Det som er litt urettferdig er at vi har alt her innenfor husets fire vegger, i kommunen har du ikke det sant. Så det blir noen voldsomme forventninger, det er ikke alltid like lett å tilrettelegge at alt skal stå på plass når de kommer ut igjen.

Der informant 1 beskriver at de kartlegger pasientenes sosiale nettverk via samtaler med pasienten, beskriver informant 3 neste steg med dialog med de som er rundt pasientene. Her kommer det fram at informanten snakker med familie, arbeidsgivere, lege og behandlingsapparatet rundt pasientene hjemme. Her tilrettelegges det for at rehabiliteringen skal kunne fortsette hjemme etter primæroppholdet på Sunnaas er gjennomført. Dette sier informanten gjøres mens pasienten er inne på sykehuset. Disse dialogene nevner ikke informant 1 eller de andre informantene under deres intervju, når samme spørsmål stilles. Dette kan tyde på at informant 3 anser dette som viktigere tiltak enn de andre informantene for å tilrettelegge for tilhørighet for pasienten på hjemmebane. En annen forklaring kan være at de andre informantene ikke har dette som en del av arbeidsoppgavene sine, men at andre i teamet rundt pasienten tar seg av denne delen av rehabiliteringsprosessen. Likevel er det en viktig faktor for tilrettelegging av pasienters tilhørighet og burde nevnes om dette anvendes i prosessen og de mener det bidrar til

pasienters tilhørighet for rehabiliteringen de skal gjennom. Det vil ved en slik dialog være viktig å sørge for at de som skal jobbe, samarbeide og ta vare på pasienten bidrar til at pasienten føler seg respektert, forstått og bryr seg i den forstand at pasienten føler de er der for han/hun (Calvo et al., 2010; Deci & Ryan, 2000; Quested et al., 2013; Ryan et al., 2008). Fører dialogen Sunnaas Sykehus har til denne følelsen hos pasientene vil de ha forutsetninger for å bygge en tilhørighet til arbeidet som må gjennomføres hjemme.

Et problem pasienter kan støte på under rehabilitering hjemme er de forventningene som legges mens de er inne på rehabiliteringsoppholdet for når de kommer tilbake. Informant 3 nevner dette som et problem og har sett at utstyr og tilrettelegging ikke alltid er på plass for å møte pasienters forventninger. Når pasientene opplever å ha tilgang til alt inne på rehabiliteringsoppholdet, men mister denne tilgangen når de returnerer hjem kan dette føre til at pasienten ser det som mindre tilrettelegging som informant 3 nevner over.

5.4 Oppsummering

Denne oppgaven har analysert hvordan ansatte jobber med sine pasienter for å tilrettelegge for selvbestemmelse. Fysioterapeuter og ergoterapeuter tilretteleggelse for selvbestemmelse har blitt belyst ut fra problemstillingen: *Hvordan tilrettelegger fysioterapeuter og ergoterapeut for pasienters autonomi, kompetanse og tilhørighet under rehabilitering?*

Oppgaven har tatt for seg behovene i grunnleggende psykologisk behovsteori (BNT), der autonomi har blitt tillagt hovedfokuset. Behovene i BNT samspiller med hverandre og vil utfra om de støttes eller ikke påvirke utfallet av hverandre. Alle behovene er viktige og spiller inn på å få til pasienters endringer som er nødvendig om rehabiliteringen skal lykkes (Farholm et al., 2017; Ryan & Deci, 2000; Ryan et al., 2008). Det viser seg at måten informantene i oppgaven tilrettelegger for autonomibehovet til pasienten i første omgang, er at de har fokus på autonomi i rehabiliteringen. De beskriver at selve rehabiliteringen skal være pasientene sin prosess og det er pasientene som skal sitte i førersetet. Informantene har en autonomistøttende framgangsmåte der pasientene skal føle eierskap til rehabiliteringen og deres mål skal stå i fokus. Informantene og teamet rundt tilrettelegger rehabiliteringen for å nå dette målet. Informantene bruker ofte realitetsorientering som framgangsmåte for å få pasientene til å tenke over målene sine. Dette kan bidra til å sette grenser for pasienter ønsker ved å ta bort pasienters autonomi for målsetning. Avhengig av om pasientene opplever realitetsorienteringen fra informantene som tvang og press eller fortsatt vil inneha følelsen av egen vilje, valg og beslutningstaking, vil autonomifølelsen endres (Conroy et al., 2007; Fortier & Kowal, 2007; Markland & Vansteenkiste, 2007; Ryan & Deci, 2007; Wang & Biddle, 2007; Wilson & Rodgers, 2007). Informantene beskriver at pasientene er med på tverrfaglige møter der de sammen med pasienten blir enig om framgangsmåten for rehabiliteringen. Dette bidrar til å gi pasientene autonomifølelse for rehabiliteringsoppholdet da de vil være med på å bestemme sitt eget opplegg.

Informantene viser sine pasienter hvordan de skal gjennomføre aktivitet og hvorfor de valgte aktiviteten gjøres. De tar med pasienten i øvelsesutvalget og gir pasienter mulighet til å vise evner og ferdigheter i ulike aktiviteter. Dette tilrettelegger for pasienters kompetansebehov (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2002). Informanten har også fokus på progresjon for de ulike øvelsene pasientene gjennomfører som bidrar til optimale utfordringer. Dette gir pasientene

mestring under aktivitet som CET sier er nødvendig for å dekke behovet for kompetanse (Deci & Ryan, 1985). Optimale utfordringer, mestring og autonomi i aktivitet vil være viktig for å øke pasienters autonome motivasjon.

For å tilrettelegge for tilhørighet drar alle informantene fram viktigheten av at de jobber tverrfaglig med alle pasienter. De legger vekt på at det skal være pasienten sin rehabilitering. Ved at pasientene føler seg respektert og hørt skapes det tillit mellom pasientene og informantene, som tilrettelegger for tilhørighet behovet. Det tilrettelegges for pasienters tilhørighet for selve rehabiliteringen ved å kartlegge pasienters sosiale nettverk. Også dialog med de rundt pasientene på hjemmebane blir gjort for å gjøre overgangen fra oppholdet til hverdagen lettere. En slik form for dialog fører til at de personene pasienten har rundt seg respekterer, forstår og bryr seg om en. Når pasienten opplever dette og føler de rundt er der for han/hun bidrar det til tilhørighet for rehabiliteringen (Calvo et al., 2010; Deci & Ryan, 2000; Quested et al., 2013; Ryan et al., 2008).

6. Veien videre

Formålet med dette studiet har vært å se på hvordan fysioterapeuter og ergoterapeuter tilrettelegger for pasienters selvbestemmelse under rehabilitering og hvordan dette kan påvirke pasienters motivasjon for rehabiliteringen. Oppgavens fokus har vært på hvordan de ansatte jobber med tilretteleggelse av de grunnleggende behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet for sine pasienter. Videre vil det vært interessant å sett på hvordan andre avdelinger på institusjonen jobber for å motiver pasienter. Det å kunne se avdelinger opp mot hverandre og se om de vektlegger ulike aspekt med motivasjon ulikt. Ett annet aspekt kan være å se på pasienters oppfatning av fysioterapeuters og ergoterapeuters motivering for selvbestemmelse. Samsvarer disse resultatene med pasienters oppfatning? Videre forskning på pasienter innenfor rehabilitering er nødvendig for å se på i hvilken grad pasientene opplever ansattes tilrettelegging som selvbestemmelse.

Dette studiet ser på første del av rehabiliteringen og starter på den måten rehabiliteringen til pasienten. Oppgaven tar for seg de første ukene av pasienters rehabilitering inne på institusjonen Sunnaas Sykehus med tett oppfølging av fagpersoner. Informantene sier det er viktig at pasientene har ett eierskap til sin egen rehabiliteringen. Hvordan fortsetter så rehabiliteringen etter oppholdet på en slik institusjon? En videre utfordring er om personene som skal hjelpe pasienten på hjemmebane, bidrar til opprettholdelsen av motivasjonen institusjonen kan ha gitt for videre rehabilitering?

Referanseliste

- Ahlgren, C., & Hammerström, A. (2000). Backk to work? Gendered experiences of rehabilitation. *Scand J Public Health*, 28, 88-94.
- Anderson, C. (2010). Presenting and evaluating qualitative research. *American journal of pharmaceutical education*, 74(8), 141.
- Barbic, S. P., Bartlett, S. J., & Mayo, N. E. (2013). Emotional vitality: concept of importance for rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 94(8), 1547-1554.
doi:10.1016/j.apmr.2012.11.045
- Befring, E. (2002). *Forskningsmetode, etikk og statistikk*: Det Norske Samlaget.
- Blanke, J., Beder, C., & Klepal, M. (2017). An Integrated Behavioural Model towards Evaluating and Influencing Energy Behaviour—The Role of Motivation in Behaviour Demand Response. *Buildings*, 7(119), 1-17. doi:10.3390/buildings7040119
- Calvo, T. G., Carvello, E., Jimenez, R., Iglesias, D., & Murcia, J. A. M. (2010). Using Self-Determination Theory to Explain Sport Persistence and Dropout in Adolescent Athletes. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 677-684.
- Chan, D. K., Lonsdale, C., Ho, P. Y., Yung, P. S., & Chan, K. M. (2009). Patient motivation and adherence to postsurgery rehabilitation exercise recommendations: the influence of physiotherapists' autonomy-supportive behaviors. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(12), 1977-1982. doi:10.1016/j.apmr.2009.05.024
- Conroy, D. E., Elliot, A. J., & Coatsworth, J. D. (2007). Competence motivation in sport and exercise: The hierarchical model of achievement motivation and self-determination theory. In M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (pp. 181-192): Champaign, III: Human Kinetics.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode*. Universitetsforlaget.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior (Perspectives in Social Psychology)*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
doi:10.1207/s15327965pli1104_01
- Farholm, A., Halvari, H., Niemiec, C. P., Williams, G. C., & Deci, E. L. (2017). Changes in return to work among patients in vocational rehabilitation: a self-determination theory perspective. *Disabil Rehabil*, 39(20), 2039-2046. doi:10.1080/09638288.2016.1215559
- Flick, U. (2014). *An Introduction to Qualitative Research*: Sage.
- Forside - Sunnaas sykehus. (2018). Retrieved from <https://www.sunnaas.no/>
- Fortier, M., & Kowal, J. (2007). The flow state and physical activity behavior change as motivational outcomes: A self-determination theory perspective. In M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (pp. 113-125): Champaign, III: Human Kinetics.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331-362.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Henvising til Sunnaas sykehus. (2018). Retrieved from <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/samhandling/henvisning-til-sunnaas-sykehus - elektronisk-henvisning>
- Joesaar, H., & Hein, V. (2011). Psychosocial determinants of young athletes' continued participation over time. *Percept Mot Skills*, 113(1), 51-66.
doi:10.2466/05.06.13.PMS.113.4.51-66
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.). Oslo: Abstrakt.

- Keer, R., & Simmonds, J. (2011). Joint protection and physical rehabilitation of the adult with hypermobility syndrome. *Curr Opin Rheumatol*, 23(2), 131-136.
doi:10.1097/BOR.0b013e328342d3af
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Kvam, L., & Eide, A. H. (2015). Gender differences in the importance of participation associated with injured workers/persons perceived barriers to returning to work in the context of vocational rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 37(1), 78-85.
doi:10.3109/09638288.2014.907827
- Lillemyr, O. F. (2007). *Motivasjon og selvforståelse: hva ligger bak det vi gjør? :* Universitetsforlaget.
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Murray, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., . . . Hurley, D. A. (2017). Communication Skills Training for Practitioners to Increase Patient Adherence to Home-Based Rehabilitation for Chronic Low Back Pain: Results of a Cluster Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 98(9), 1732-1743 e1737.
doi:10.1016/j.apmr.2017.02.025
- Maehr, M. L., & Zusho, A. (2009). Achievement goal theory. *Handbook of motivation at school*. 77-104.
- Markland, D., & Vansteenkiste, M. (2007). Self-determination theory and motivational interviewing in exercise. In M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (pp. 87-99): Champaign, III: Human Kinetics.
- Mehus, I. (2015). Motivasjon.....til hva? In S. A. Sæther (Ed.), *Trenerroller*. Bergen: Fagbokforlaget Vigstadmo & Bjørge AS.
- Moran, G. S., Russinova, Z., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2014). Motivations of persons with psychiatric disabilities to work in mental health peer services: a qualitative study using

self-determination theory. *J Occup Rehabil*, 24(1), 32-41. doi:10.1007/s10926-013-9440-2

Murray, A., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Taylor, I. M., . . . Lonsdale, C. (2015). Effect of a self-determination theory-based communication skills training program on physiotherapists' psychological support for their patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 96(5), 809-816. doi:10.1016/j.apmr.2014.11.007

Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren*: Universitetsforlaget.

NorskRevmatikerforbund. (n.d.). Ehlers-Danlos syndrom og hypermobilitet. Retrieved from <https://www.revmatiker.no/diagnose/ehlers-danlos-syndrom-og-hypermobilitet/>

Novotney, A. (2014). Inspiring motivation.(Rehabilitation). . *McKnight's Long-Term Care News*, 35(4), 66-67.

Petersen, K., Hounsgaard, L., Borg, T., & Nielsen, C. V. (2012). User involvement in mental health rehabilitation: a struggle for self-determination and recognition. *Scand J Occup Ther*, 19(1), 59-67. doi:10.3109/11038128.2011.556196

Quested, E., Ntoumanis, N., Viladrich, C., Haug, E., Ommundsen, Y., Van Hove, A., . . . Duda, J. L. (2013). Intentions to drop-out of youth soccer: A test of the basic needs theory among European youth from five countries. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(4), 395-407. doi:10.1080/1612197x.2013.830431

Ryan, A. (2004). Ethical issues. In C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 218-235). London: Sage.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychological Association*, 55(1), 68-78.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). An overview of Self-Determination Theory: An Organismic-dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of Self-Determination Research* (pp. 3-36). New York: The University of Rochester Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2007). Active human nature: Self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health. In M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (pp. 1-19): Champaign, III: Human Kinetics.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *European Health Psychologist, 10*, 2-5.
- Saebu, M., Sørensen, M., & Halvari, H. (2013). Motivation for physical activity in young adults with physical disabilities during a rehabilitation stay: a longitudinal test of self-determination theory. *Journal of Applied Social Psychology, 43*(3), 612-625. doi:10.1111/j.1559-1816.2013.01042.x
- Sjostrom, R., Alricsson, M., & Asplund, R. (2008). Back to work--evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme with emphasis on musculoskeletal disorders. A two-year follow-up. *Disabil Rehabil, 30*(9), 649-655. doi:10.1080/09638280701400599
- Strupstad, J. H. (2011). Arbeidsrettet rehabilitering i Norge – en komparativ studie av Hernes Institutt og Rehabiliteringssenteret AiR. *Utposten, 3*(26), 26-32.
- Thing, L. F., & Ottesen, L. S. (2015). *Metoder i idræts- og fysioterapiforskning*. København: Munksgaard.
- Thomas, J. R., Silverman, S., & Nelson, J. (2015). *Research methods in physical activity*. 7E: Human kinetics.
- Thorup, C. B., Gronkjaer, M., Spindler, H., Andreasen, J. J., Hansen, J., Dinesen, B. I., . . . Sorensen, E. E. (2016). Pedometer use and self-determined motivation for walking in a

cardiac telerehabilitation program: a qualitative study. *BMC Sports Sci Med Rehabil*, 8, 24. doi:10.1186/s13102-016-0048-7

Tjora, A. (2017) Kvalitative forskningsmetoder i praksis. *Oslo: Gyldendal akademisk*.

Tracey, J. (2003). The Emotional Response to the Injury and Rehabilitation Process. *Journal of Applied Sport Psychology*, 15(4), 279-293. doi:10.1080/714044197

Wang, C. K. J., & Biddle, S. J. (2007). Understanding young people's motivation toward exercise: An integration of sport ability beliefs, achievement goal theory, and self-determination theory. In M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (pp. 193-208): Champaign, III: Human Kinetics.

Wilson, M. P., & Rodgers, M. W. (2007). Self-determination theory, exercise, and well-being. In M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport*: Champaign, III: Human Kinetics.

Vedlegg

Vedlegg 1: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, (NSD)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 1. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, (NSD)



Jan Erik Ingebrigtsen
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 07.12.2017

Vår ref: 57361 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.11.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

57361	<i>Rehabilitering og pasienters selvbestemmelse</i>
Behandlingsansvarlig	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Jan Erik Ingebrigtsen</i>
Student	<i>Markus Kristiansen</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- NTNU sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at NTNU er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til

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

- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 30.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54 / hildur.thorarensen@nsd.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet om rehabilitering på Sunnaas Sykehus

”Rehabilitering og pasienters selvbestemmelse”

Bakgrunn og formål

Forskningsprosjektet er en masteroppgave i Idrettsvitenskap ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Denne studien gjennomføres ikke for en ekstern oppdragsgiver.

Jeg ønsker å finne ut hvordan personer som jobber med rehabilitering på Sunnaas Sykehus tilrettelegger for pasienters selvbestemmelse?

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamling er et intervju med varighet mellom 30 minutter og en time. Spørsmålene omhandler dine erfaringer om tilrettelegging av pasienters motivasjon. Data i intervjuet vil bli registrert ved notater og lydopptak.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun student (Markus Kristiansen, mastergradsstudent idrettsvitenskap, NTNU) og veileder Jan Erik Ingebrigtsen (Amanuensis i idrettssosiologi ved institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU) vil ha tilgang til personopplysninger. Resultatet i studien vil anonymiseres og bli presentert slik ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes som sikrer deltakernes anonymitet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2018. Datamateriale vil bli anonymisert og opptak av intervju slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom en velger å trekke seg, vil alle opplysninger slettes.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Markus Kristiansen (e-mail: markuskristiansen1993@gmail.com, tlf: 97979438) eller Jan Erik Ingebrigtsen (e-mail: janei@ntnu.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3. Intervjuguide

Intervjuguide

Åpningsspørsmål

- Hvilken utdanning har du?
- Hva er dine arbeidsoppgaver?
- Er motivasjon viktig for rehabilitering?

Kompetanse

- Har du erfart at pasienters kompetanse har påvirket motivasjonen?
- Kartlegger dere kompetansen til pasientene?
 - Kartlegger dere opplevd/faktisk kompetanse
- Hvor viktig er mestring for pasientens motivasjon

Tilhørighet

- Hvordan legger dere til rette for tilhørighet på Sunnaas?
- Vet dere noe om hvordan pasientene opplever tilhørighet?

Autonomi

- Hvordan tilrettelegger dere for pasientens selvbestemmelse?
 - Valg av øvelser, egentrening, grad av støtte, treningstidspunkt?

Avslutningsspørsmål

- Kan du beskrive et opplegg som har fungert usedvanlig godt?
 - Hvorfor ble det så bra?
- Lykkes dere godt med alle opplegg?

Tusen takk for at du ville bidra til prosjektet mitt.