

# **MASTEROPPGAVE**

**Master i ergoterapi**

**Mai, 2018**

**”Jeg skal, jeg vil, jeg må!”**

En kvalitativ studie om brukeres erfaringer med Canadian Occupational Performance Measure benyttet i hverdagsrehabilitering.

Hanna Lønstad

**Fakultet for helsefag**

**Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag**

**OsloMet – storbyuniversitetet**

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b>	<b>6</b>
1.1 Om masteroppgaven	6
1.2 Sentrale begreper	6
1.3 Bakgrunn for oppgaven	6
1.3.1 Nasjonale føringer	6
1.3.2 Hverdagsrehabilitering	7
1.3.3 Brukermedvirkning	9
1.4 Canadian Occupational Performance Measure	10
1.4.1 COPM norsk versjon	12
1.4.2 Bruk av COPM i hverdagsrehabilitering	12
1.4.3 Erfaringer med COPM	14
<b>2. Mål og problemstilling</b>	<b>14</b>
<b>3. Teori</b>	<b>15</b>
3.1 Den kanadiske ergoterapimodellen CMOP-E	15
3.2 Anerkjennelsesteorien	17
3.3 Deci and Ryan's selvbestemmelsesteori	18
<b>4. Metode</b>	<b>19</b>
4.1 Studiedesign	19
4.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt	19
4.3 Datainnsamling	20
4.3.1 Individuelle intervjuer	20
4.3.2 Semistrukturert intervjuguide	21
4.4 Utvalg og rekruttering	22
4.4.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	22
4.4.2 Rekruttering	22
4.4.3 Eksklusjon av kommuner og informanter	23
4.5 Analyse	24
4.6 Kvalitetssikring og etiske hensyn	26
4.7 Min forforståelse	27
<b>5. Resultater</b>	<b>28</b>
5.1 Oversikt	28
5.2 "Hverdagsrehabilitering er et fantastisk tilbud" – Erfaringer fra hverdagsrehabiliteringen	29
5.2.1 Fantastisk tilbud som gav trygghet og mestring	30
5.2.2 Hard trening var årsaken til bedringen	31
5.2.3 Hverdagen ble endret både under- og etter rehabiliteringen	32
5.3 "Å snakke om utfordringene hjalp meg" – Erfaringer med COPM	33
5.3.1 De kjente igjen COPM	33
5.3.2 Spontane tanker handlet om skåringen og fremgang	33
5.3.3 Det var fint og nyttig å snakke om hverdagen	34
5.3.4 Helt naturlig å snakke om utfordringer	35
5.4 "Hvorfor få bronse hvis du kan få gull?" – Erfaringer med skåringsprosessen	36
5.4.1 Delte erfaringer ved skåringsprosessen	36
5.4.2 Delte erfaringer ved skåring av betydning og utførelse	38
5.4.3 Det var enklere å vurdere seg ved retest	39
5.5 "Hvilket mål har du?" – Erfaringer med målsettingsarbeidet	40
5.5.1 Det var informantenes egne mål	40
5.5.2 Et ønske om selvstendighet	41
5.5.3 Målene betydde alt og gav motivasjon	42
5.6 "Du følte jo at du ble hørt" – Opplevelsen av brukermedvirkning	43
5.6.1 Litt ambivalente opplevelser av å bestemme	44
5.6.2 Samarbeid og dialog er suksessfaktor	46

<b>6. Diskusjon</b>	<b>47</b>
6.1 <i>Diskusjon av resultater</i>	47
6.1.1 COPM fremmer hverdagsrehabiliteringens prinsipper	47
6.1.2 Trygghet hos brukerne er svært viktig	48
6.1.3 Opplevelse av grundig kartlegging	49
6.1.4 Skåringsprosessen krever god informasjon og abstrakt tankegang	50
6.1.5 Målarbeidet ved COPM ivaretar tre fundamentale behov	52
6.1.6 Høy brukermedvirkning med COPM i hverdagsrehabilitering	55
6.2 <i>Diskusjon av metode</i>	58
6.2.1 Studiens validitet	58
6.2.2 Studiens reliabilitet	62
<b>7. Oppsummering</b>	<b>63</b>
<b>8. Referanser</b>	<b>65</b>
<b>9. Vedlegg</b>	<b>68</b>
9.1 <i>Informasjonsskriv</i>	68
9.2 <i>Samtykkeskjema</i>	69
9.3 <i>Intervjuguide</i>	70
9.4 <i>Tilbakemelding fra NSD</i>	73
<b>10. Artikkel</b>	<b>75</b>

## Sammendrag

**Innledning:** Flere stortingsmeldinger har økt fokus på hverdagsrehabilitering og brukervedvirkning. Brukervedvirkning har en vag definisjon, krever ofte tolkning og må tilpasses til ulike kontekster. Det er derfor behov for verktøy som fremmer brukervedvirkning i praksis. Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et ergoterapeutisk vurderingsverktøy som ble utviklet for å fremme brukervedvirkning og aktivitetsfokuserede tiltak. Dette gjøres ved å kartlegge brukerens meningsfulle aktiviteter, og hvilke som er utfordrende å utføre, skåre de, og det er et gjennomgående fokus på brukervedvirkning i verktøyets alle trinn. COPM er det mest brukte undersøkelses- og vurderingsredskapet blant ergoterapeuter i Norge. COPM er anbefalt å benyttes i hverdagsrehabilitering, og det er et verktøy som kan bidra til å fremme hverdagsrehabiliteringens prinsipper. Hverdagsrehabilitering har fokus på hverdagslige aktiviteter som brukeren mener er betydningsfulle, økt selvhjelpenhet, økt deltakelse i samfunnet og høy brukervedvirkning. Det finnes lite studier på hvordan brukerne erfarer COPM benyttet i hverdagsrehabilitering.

**Metode:** Syv brukere ble rekruttert fra seks forskjellige kommuner i Norge for å delta i individuelle, semistrukturerte intervjuer om deres erfaringer om å benytte COPM i hverdagsrehabilitering.

**Resultat:** Resultatene fra denne studien antyder at COPM er et verktøy som kan bidra til høy grad av brukervedvirkning innenfor områdene målsetting, vurdering og samarbeid. Målsettingsarbeidet ble opplevd som positiv fordi de fikk velge mål selv og det bidro til høy motivasjon. Skåringsprosessen ved COPM ble av noen opplevd som litt vanskelig, og det anbefales å finne gode strategier for effektiv kommunikasjon når dette oppstår. Bruk av COPM i hverdagsrehabilitering fremmer begge prinsipper, og dette gjør at COPM fungerer godt i hverdagsrehabilitering. Denne studien støtter anbefalingene om å benytte COPM i hverdagsrehabilitering.

**Nøkkelord:** Canadian Occupational performance measure, COPM, vurderingsredskap, hverdagsrehabilitering, brukervedvirkning, kommunal rehabilitering, rehabilitering.

## **Abstract**

**Introduction:** Several parliamentary reports have increased focus on reablement and client participation. Client participation has a vague definition, often requires interpretation and needs to be adjusted to different contexts. Therefore, it is need for tools that support client participation in practice. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is an occupational therapy assessment tool that was developed to increase client participation and activity focused measures. The COPM contributes to find meaningful activities, activities which are challenging to perform, assessing performance and satisfaction with performance of these activities, and there is continuous client participation in all stages of the assessment process. The COPM is the most widely used assessment tool among occupational therapists in Norway. The COPM is recommended to be used in reablement, and it is a tool that can help promote the principles of reablement. Reablement focus on everyday activities that the client experience as meaningful, increased self-reliance in the society and increased client participation. There are few studies on how the clients experience the COPM used in reablement.

**Method:** Seven clients were recruited from six different municipalities in Norway to participate in individual semi structured interviews about their experience of using the COPM in reablement.

**Results:** The results of this study indicate that the COPM is a tool that can contribute to increased client participation in the areas of goal-setting, assessment and collaboration. The goal setting was experienced as positive because the participants could choose their own goals, and it contributed to increased motivation. The assessment process in the COPM was perceived a bit difficult by some participants, and it is recommended to find good strategies for effective communication when it occurs. The use of COPM in reablement support both of their principles, which means that the COPM is a great assessment tool to be used in reablement. This study supports the recommendations for using the COPM in reablement.

**Keywords:** Canadian Occupational Performance Measure, COPM, assessment tool, client participation, reablement, community rehabilitation, rehabilitation.

# 1. Innledning

## 1.1 Om masteroppgaven

Denne masteroppgaven handler om vurderingsredskapet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) benyttet i hverdagsrehabilitering. Det er en kvalitativ studie som har undersøkt hvilke erfaringer brukere har med COPM i hverdagsrehabilitering. Masteroppgaven består av en kappe og en artikkel. Artikkelen vil hovedsakelig presentere resultatene og diskutere disse. Kappen er en lengre, og har innhold som ikke får plass i artikkelen.

Innledning, teori og metode er mer detaljert beskrevet i kappen, i tillegg til resultater og diskusjoner som ikke fikk plass i artikkelen. Det er anbefalt å lese artikkelen først, og deretter kappen. Artikkelen ligger vedlagt bakerst i oppgaven.

## 1.2 Sentrale begreper

**Aktivitet** = Aktivitet kan være alle vanlige oppgaver som er meningsfulle for de fleste av oss. For eksempel å spise middag, kjøre bil til jobben eller å handle mat (Tuntland, 2014). I denne oppgaven brukes ordet aktivitet som et vidt begrep som kan omhandle alle aktiviteter man utfører i hverdagen sin innenfor egenomsorg, fritidsinteresser eller produktivitet. Bruken av begrepet er fra den ergoterapeutiske modellen CMOP-E (Polatajko et al., 2012), som utdypes senere i denne oppgaven.

**Bruker** = I denne oppgaven benyttes begrepet ”bruker” om de menneskene som har fått et tilbud innenfor helse og omsorg. Der hvor teorier, kilder eller forskning bruker begreper som pasient, klient eller tjenestemottaker blir det i denne oppgaven endret til bruker for å vise til at det handler om de samme og for å minske muligheter for misforståelser.

## 1.3 Bakgrunn for oppgaven

### 1.3.1 Nasjonale føringer

Det har i de siste tiårene vært en stabil befolkning på de over 65 år i Norge. I årene fremover derimot, vil Norge få en veldig stor gruppe med eldre mennesker. Årsaken til dette er at forventet levealder har jevnt steget i mange år, og de store barnekullene som kom etter 1945, går nå ut i pensjon. Ifølge statistisk sentralbyrå vil antall eldre over 80 år øke fra 221 000 personer til 500 000 i 2050. I tillegg så øker levealderen, så vi får flere eldre som lever enda lengre. En annen utfordring er at antall personer som er i arbeidsfør alder (16-66 år), vil synke. Det vil si at dersom vi skal opprettholde den samme standarden på tjenestene våre, må

vi øke arbeidskraften med 120 prosent. For å opprettholde det nåværende tjenestetilbudet må hver fjerde elev velge sosial- og helsefag i 2025, og hver tredje i 2035 (Ness, 2014).

Det er utarbeidet strategier for å møte disse utfordringene. Blant annet er det vedtatt nye lover, utarbeidet flere reformer og opptrappingsplaner. Samhandlingsreformen (st.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009) har fokus på akkurat disse utfordringene og danner videre grunnlag for flere nye lover, planer og stortingsmeldinger. Samhandlingsreformen oppsummeres slik:

Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles. (Ness, 2014, p. 51)

Videre ble ”Morgendagens omsorg” utviklet, (st.meld. nr. 29 (2012-2013), 2013) som presiserer områder som peker seg ut som morgendagens viktigste muligheter. Der handler det om tidlig innsats, å gjøre eksisterende boliger og omgivelser funksjons- og aldersvennlige ved hjelp av universell utforming. Det handler om å ta i bruk velferdsteknologi, og til å stimulere til økt frivillighet. Det handler også om å legge enda større vekt på mestring og hverdagsrehabilitering (Ness, 2014). Det står videre at det er nødvendig å utnytte ressursene som hver enkelt bruker har, og undersøke potensiale for rehabilitering før det settes i gang tradisjonelle og kompensierende tiltak. Regjeringen spesifiserer at de ønsker å videreutvikle satsingen med hverdagsrehabilitering (st.meld. nr. 29 (2012-2013), 2013). Deretter ble stortingsmeldingen ”Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet” utarbeidet, hvor det fremkommer at hverdagsrehabilitering ble innført i en rekke kommuner som en del av et prosjektet som undersøker ulike modeller for hverdagsrehabiliteringer (st.meld. nr. 26 (2014-2015), 2015).

### 1.3.2 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en rehabiliteringsmodell hvor man vektlegger personens helse og ressurser fremfor sykdom og begrensninger. Fokuset har flyttet seg fra kompensering og hjelp til ressursorientering og helsefremming. Tuntland og Ness (2014) definerer

hverdagsrehabilitering slik: Hverdagsrehabilitering defineres med å innebære at man starter med spørsmålet ”Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå? Det er en målrettet og et intensivt fokus på hverdagslige aktiviteter som brukeren mener er meningsfull. Det er en tidsavgrenset innsats i brukerens hjem og nærmiljø. Det innebærer en styrket involvering og samarbeid mellom fysio- og ergoterapeuter i andre personell i hjemmetjenestene. Det er ønske om økt selvhjulpenhet i daglige gjøremål for at brukeren kan bo lenger hjemme og være aktiv i sitt eget liv og deltakende i samfunnet. Det er et tankesett om at brukeren styrer sin egen deltakelse og hverdagsmestring. Det er muligheter for å inkludere aktuelle pårørende, frivillige eller andre personer (Tuntland & Ness, 2014).

Hverdagsrehabilitering startet opp i Norge med samarbeidsprosjektet ”Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner”. Det ble opprettet mellom Norsk ergoterapeutforbund, Norsk fysioterapeutforbund og Norsk sykepleieforbund i 2012 ("Historien," 2014). Etter dette har hverdagsrehabilitering blitt innført i mange kommuner, og i januar 2018 har 226 kommuner gjort praktisk erfaring med hverdagsrehabilitering, mens mange kommuner planlegger oppstart (Ness, 2017).

Hverdagslivet blir nå sett på som et interessant arbeidsområde for flere faggrupper. Hverdagslivet lever vi hver dag sammen med andre mennesker i hjemmet, nærmiljø, arbeid og fritid, og hverdagsaktivitetene former vår verden og skaper mening. De aktivitetene som er viktige for hver enkelt oppleves ofte som meningsfulle å gjøre. Hverdagsrehabilitering bygger på en grunnleggende antakelse om at mennesker har et behov for meningsfulle aktiviteter, og at disse har en potensiell terapeutisk verdi. Det er også et tankesett om at brukerne skal kunne mestre hverdagen, og ”hverdagsmestring” er en holdning som vektlegger den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå. Hovedmålet med hverdagsrehabilitering er å fremme hverdagsmestring og deltakelse for hver enkelt person. Hverdagsrehabilitering blir sett på som en vinn-vinn-vinn situasjon som alle parter tjener på. Det er fordi brukerne oppnår økt hverdagsmestring og deltakelse, fagutøverne får økt jobbtilfredshet, og det er økt innsparing for kommunen (Tuntland & Ness, 2014).

Hverdagsrehabilitering innebærer et tverrfaglig samarbeid mellom faggruppene fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og vernepleier. Disse utvikler en rehabiliteringsplan basert på en kartlegging i samarbeid med bruker. Bruker utarbeider selv personlige aktivitetsmål som for eksempel å klare ta på seg strømper eller å klare å handle på nærbutikken selv. Etter at



kartlegging er ferdig kommer en annen gruppe medhjelpere inn, hjemmetrenerne. Disse bistår brukerne med den daglige treningen og kan bestå av helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, aktivitører eller assistenter. Det er viktig å legge til at hjemmetrenerne bare får oppgaver av det tverrfaglige teamet som det er forsvarlig at de utfører. Hverdagsrehabilitering er en kortvarig, men intensiv rehabilitering. Dette innebærer økt tidsbruk per besøk, men hele rehabiliteringen varer fra 3-12 uker, alt etter hva som er hensiktsmessig for hver enkelt bruker. Da vurderer man om man skal fortsette med nye mål eller om man trekker seg ut (Tuntland & Ness, 2014).

### 1.3.3 Brukermedvirkning

Begrepet ”bruker” ble først benyttet i norske offentlige dokumenter fra 1970-tallet og defineres som ”alle som benytter et offentlig tjenestetilbud”. Brukermedvirkning blir i offentlige dokumenter definert som ”at de som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet” (Jenssen & Tronvold, 2012, p. 50). Definisjonene betyr at brukeren sikres innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet de får. Allikevel er brukermedvirkning et ganske vagt begrep, og innholdet av definisjonen vil påvirkes av ulike kontekster og arbeidsplasser (Jenssen & Tronvold, 2012).

Brukermedvirkning er lovfestet rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Regjeringen.no, 2009). Det vil si at brukere har rett til å medvirke og involveres i undersøkelser, ved behandling og valg av tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2017).

Brukermedvirkning innebærer at man benytter brukernes erfaringer for å kunne yte best mulig hjelp. Målet er at brukermedvirkning skal bidra til økt kvalitet på tjenestene og at brukeren får innflytelse på egen livskvalitet (Regjeringen.no, 2009).

I morgendagens omsorg (st.meld. nr. 29 (2012-2013), 2013) formidles brukere som ressurspersoner. Velferdssamfunnet vårt skal bidra til at innbyggere kan benytte sine egne ressurser mest mulig, fremfor å være passive tjenestemottakere. Helse- og omsorgstjenestene har i for liten grad lagt vekt på brukernes deltakelse i planleggingen og produksjonen av hvilke tjenester og tilbud som gis. Det er derfor viktig at brukernes medborger- og medvirkningsansvar styrkes og fremmes, slik at hver enkeltes ressurser og muligheter tas hensyn til for å påvirke sitt eget liv og egen helse. Velferdssamfunnets verdier om deltakelse, selvstendighet, uavhengighet, verdighet og normalisering forutsetter en sterk brukerinnflytelse. Mange tjenestemottakere opplever at de ikke møtes med nødvendig respekt

for sine egne verdier og preferanser, eller at de ikke får delta i utformingen av eget tjenestetilbud (st.meld. nr. 29 (2012-2013), 2013). Hverdagsrehabiliteringsmodellen er nettopp laget for å legge vekt på brukernes deltakelse i planleggingen og det tas hensyn til hver enkeltes ressurser til å påvirke sitt eget liv og helse. Hverdagsrehabilitering er et tilbud som søker bedre utnyttelse av brukernes ressurser ved å benytte brukermedvirkning (Tuntland & Ness, 2014), og er dermed et konkret tiltak som kan innfri stortingsmeldingens ønske om styrket brukermedvirkning.

#### 1.4 Canadian Occupational Performance Measure

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et ergoterapeutisk verktøy som er utviklet for å fremme aktivitetsfokuset praksis og nettopp brukermedvirkning. Hovedmålet er å bidra med å avdekke aktivitetsutfordringer som kan være mål for terapeutiske tiltak.

Allikevel kan verktøyet brukes med flere hensikter som for eksempel: Å identifisere aktiviteter bruker synes er utfordrende å utføre, å vurdere brukerens prioriteringer av sine daglige aktiviteter, å innhente brukerens skåring av sin utførelse og tilfredshet av disse aktivitetene, å danne grunnlag for utarbeiding av rehabiliteringsmål, og å måle brukerens oppfattelse av endring av aktivitetsutførelsen i løpet av, og etter rehabiliteringen (Law et al., 2014). En studie viser at norske ergoterapeuter benytter COPM mest av alle undersøkelses og vurderingsredskaper av til sammen 65 ulike redskaper (Dolva et al., 2015).

COPM har mange kjennetegn som gjør verktøyet unikt. Den er basert på en egen teoretisk modell for ergoterapi, CMOP-E (les mer om CMOP-E under teori på punkt 3.1). Verktøyet engasjerer brukeren fra dag en med ergoterapi, og involverer brukeren i stor grad i den terapeutiske prosessen. Den har et utgangspunkt som støtter oppfatningen av at alle brukere er medansvarlige for sin egen helse og den terapeutiske prosessen. Den omfatter aktivitetsområdene personlige daglige aktiviteter, produktivitet og fritid som primære utfallsmål. Verktøyet anerkjenner både fysiske, kognitive og affektive funksjoner som helt essensielle komponenter i enhver aktivitetsutførelse. Den kan fange opp brukernes roller og rolleforventninger, og tar stor grad i betraktning hvilke aktiviteter som er viktige for brukerne. På grunn av dette sikrer det at aktivitetsutfordringene er relevante for brukerne og disse danner utgangspunkt for terapeutiske mål. Verktøyet hjelper til med å måle utfordringene som klientene beskriver, og inneholder en revurdering av disse etter rehabiliteringen. Det blir tatt hensyn til hvilken tilfredshet klienten har med sin nåværende aktivitetsutførelse. Hvis klienten

selv ikke er i stand til å uttale seg og utføre et COPM-intervju, er det mulig for at personer i klientenes sosiale nettverk kan gjøre dette (Law et al., 2014).

COPM består av flere trinn og er utformet som et semistrukturert intervju som skal ta ca. 15-30 minutter. Første trinn består av å finne aktivitetsutfordringer hvor man intervjuer brukerne om deres hverdag og daglige aktiviteter. Det er viktig at brukerne forteller om aktiviteter de ønsker å gjøre, må gjøre, eller forventes å gjøre i hverdagen. For å finne disse kan brukeren tenke på en typisk hverdag. Terapeut spør deretter om brukerne er tilfreds med hvordan de utfører disse aktivitetene (Law et al., 2014).

Trinn to består av å vurdere betydningen av de aktivitetsutfordringene som brukeren har beskrevet. Det er brukeren selv som skal vurdere betydningen av aktivitetene ved hjelp av en 10-gradert skala. Da spør man klienten ”hvor viktig er det for deg å kunne gjøre denne aktiviteten?”, hvor score 1 betyr at det ikke er viktig i det hele tatt, og score 10 betyr veldig viktig. Vurderingen føres inn i skjemaet, og man får en innsikt i hvordan brukeren prioriterer de ulike aktivitetene. Dette kan brukes som planlegging av mål og tiltak videre i behandlingen. Trinn tre og fire tar utgangspunkt i opplysningene fra trinn to. Da finner man frem til de fem aktivitetene som brukeren mente var mest betydningsfulle, og spør om det er disse det er viktigst at de tar med seg videre. Ved bekreftelse av brukeren foretar man en videre vurdering av disse aktivitetene. Først skal brukeren selv vurdere utførelse av aktivitetene ved at terapeut spør ”Hvordan vurderer du den måten du utfører aktiviteten slik du gjør den nå?”. Da benytter brukeren en 10-gradert skala, der 1 representerer at man ikke klarer å utføre aktiviteten i det hele tatt, og 10 representerer at man klarer å utføre aktiviteten svært bra. Deretter spør terapeut ”Hvor tilfreds er du med den måten du for tiden kan utføre denne aktiviteten?”. Der brukes også 10-gradert skala for å vurdere disse, der 1 representerer at man ikke er tilfreds i det hele tatt, og 10 representerer at man er svært tilfreds. Når man har vurdert alle aktivitetsutfordringene regner man ut en gjennomsnittsscore for utførelse og tilfredshet. Dette gjøres ved å legge sammen tallverdiene til alle utførelsene, og dele på antall aktivitetsutfordringer. Det samme gjøres for tilfredshet. Trinn fem består av retest og gjøres en tid etter første vurdering og etter intervensjonen. Tiden fra første test til retest vil variere og avhenger av ulike forhold. Ved retest skal bruker skåre ny utførelse og tilfredshet av aktivitetene ved bruk av de samme skåringsskalaene. Til slutt skal man regne ut endringen fra første test til retest ved å trekke fra verdiene fra tidspunkt 1 fra tidspunkt 2, og da finner man endringsskåren. Her kan man også regne ut gjennomsnitts-endringsskår ved å legge sammen

utførelsene ved retest og dele på antall aktivitetsutfordringer, og det samme for tilfredshet (Law et al., 2014).

#### 1.4.1 COPM norsk versjon

Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings- og Kompetansesenter forvalter og har rettigheter for den norske versjonen av COPM. Den norske versjonen har blitt testet med gode resultater for pålitelighet, gyldighet, responsivitet og anvendelighet, og har blitt brukt i mange norske studier (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012).

En norsk studie utført av Tuntland et al (2016) undersøkte om COPM har pålitelig og gyldige måleegenskaper i hverdagsrehabilitering. Studien støtter en tverrfaglig bruk av COPM i klinisk praksis for eldre pasienter som mottar hverdagsrehabilitering. COPM har tilfredsstillende innholdsvaliditet, begrepsvaliditet og er gjennomførbar for brukergruppen med eldre mennesker (Tuntland, Aaslund, Langeland, Espehaug, & Kjeken, 2016).

#### 1.4.2 Bruk av COPM i hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabiliteringsmodellen består av viktige prinsipper om hverdagsaktiviteter som personen tillegger betydning, økt selvhjelpenhet i daglige gjøremål og et tankesett om at bruker selv styrer egen deltakelse og hverdagsmestring, og generelt høy brukermedvirkning (Tuntland & Ness, 2014). COPM er utviklet for å kartlegge brukerens viktige aktiviteter og prioriteringer, hvilke som er utfordrende å utføre og har et gjennomgående fokus på brukermedvirkning ved alle trinnene (Law et al., 2014). En rehabiliteringsprosess skal bestå av de fem komponentene å identifisere behov/problem, finne faktorer som kan påvirkes, definere mål, iverksette planlagte tiltak og evaluere effekt (WHO, 2011). Av disse komponentene kan COPM som verktøy hjelpe med å identifisere behov/problem, definere mål og evaluere effekt (Law et al., 2014), mens hverdagsrehabiliteringen med teamets kunnskap kan finne faktorer som kan påvirkes og iverksette tiltak (Tuntland & Ness, 2014).

Under prosjektet ”Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner” var det et krav om at kommunene måtte benytte COPM for å få tilskuddsmidler fra helsedirektoratet (Førland & Skumsnes, 2016). Dette prosjektet ble basert på erfaringer fra kommunen Fredricia i Danmark. Et av de seks oppsummerte suksesskriteriene fra disse erfaringene var at hverdagsrehabiliteringens utgangspunkt handlet om hva brukerne selv synes var viktige å

mestre. Det var COPM nøkkelverktøyet som styrte dette og videre utarbeidelse av mål og plan (Laberg & Ness, 2012). Det norske prosjektet har omfattet flest kommuner både nasjonalt og internasjonalt som undersøkte hverdagsrehabilitering. Det finnes en følgeevaluering med erfaringer fra disse 43 kommuner som benyttet litt ulike metodiske tilnærminger. Intervensjonsgruppen var mottakere av hverdagsrehabilitering, mens kontrollgruppen mottok standard tjenester. Det ble benyttet ulike vurderingsredskaper for å fange ulike effekter, men Canadian Occupational Performance Measure (COPM) var det viktigste utfallsmålet. I denne studien ble det utført intervjuer med 37 ansatte om deres erfaringer. Det var litt ulike erfaringer med kartleggingsverktøyet COPM, men gjennomgående var de tilfredse med det. Noen brukere kunne streve litt med verktøyet, og det kommer frem at hver enkelt deltaker kan ha forskjellige erfaringer og opplevelser. Det kom også frem at fagpersonene kunne ha tenkt ut mål på forhånd, men under COPM-intervjuet kom det frem at deltakerens mål var annerledes enn det fagpersonen trodde. Studien kommer frem til at det er behov for mer studier om hverdagsrehabilitering, der også kvalitative studier om erfaringer fra brukere og ansatte med ulike roller er viktige (Langeland et al., 2016).

To kvalitative studier av Kari Margrete Hjelle m. fler (2016) undersøkte erfaringer fra brukere og ansatte om hverdagsrehabilitering. Den første studien tar for seg hvordan eldre personer opplever å motta hverdagsrehabilitering. Der kom det frem brukerne ble møtt av veldig blide og vennlige mennesker som oppmuntret og veiledet dem til å utføre de hverdagslige aktivitetene selv, og på egenhånd uten teamet til stede. Brukerne opplevde trygghet og selvtillit. Brukerne fortalte at hverdagsrehabiliteringen var det beste som hadde skjedd med de, og at det var som å vinne i et lotteri. Det kom også frem at motivasjon var viktig, og at deres egne målsettinger var en viktig faktor for motivasjonen. De eldre brukerne erfarte at å sette egne mål var viktig for å kunne se frem til å bli den personen de var før (Hjelle, Tuntland, Førland, & Alvsvåg, 2016). Den andre studien tok for seg hvordan de ansattes opplevelser var. Det ene hovedtemaet som kom frem var at brukernes mål var helt avgjørende. De mente at brukernes mål var felles for det tverrfaglige teamet og resulterte i at alle jobbet mot det samme, uansett hvilken profesjonsbakgrunn de hadde. De mente at brukerne ble mer motivert av å kunne prioritere egne mål og hva som var viktig for seg. De mente at dette var hovedforskjellen mellom tradisjonell rehabilitering og hverdagsrehabilitering (Hjelle, Skutle, Førland, & Alvsvåg, 2016).

### 1.4.3 Erfaringer med COPM

De som utviklet COPM (Law et al., 1990) har i ettertid også undersøkt hvilke spørsmål og problemer som har dukket opp ved bruk av COPM i kliniske og ikke-kliniske situasjoner. Det første spørsmålet er om informantene er pålitelige, hvor det har oppstått utfordringer hvor barn, psykisk syke og kognitiv svekkede skal rapportere problemer. De nevner også at det kan oppstå situasjoner hvor terapeut ikke er enig i brukerens aktivitetsproblemer, og det brukersentrerte synet satt på prøve. COPM er utarbeidet av vestlige ergoterapeuter, men skal i utgangspunktet kunne fungere for alle. Allikevel har det oppstått utfordringer hvor ikke-vestlige kulturer har et annet syn på funksjonsnedsettelse og sykdom, og hvilken rolle bruker og terapeut skal ha i en intervensjon, samt hvilke roller de har i familier og i samfunnet. Det har også oppstått utfordringer hvor informasjonen kommer fra en annen enn bruker selv, for eksempel fra foreldre, helsearbeidere eller andre relevante. En annen utfordring er hvis man må ha en tredjepart for å kunne kommunisere med brukeren som for eksempel en tolk. Det vil også kunne oppstå ulike utfordringer hvis man må modifisere intervjuet, språk eller skåringssystemet for å imøtekomme brukeren. Et annet problem kan være hvis brukeren har vanskeligheter med å identifisere aktivitetsproblemer. De nevner også viktigheten med å utføre COPM i et rom med minst mulig stimuli som kan forstyrre (McColl et al., 2005).

Chen et al. (2002) ønsket å undersøke hvilke erfaringer ergoterapeuter hadde med å benytte COPM. I intervjuene kom det frem at COPM hjalp ergoterapeutene med å arbeide brukersentrert og mer holistisk. Alle ergoterapeutene erfarte også noen av de samme utfordringene ved gjennomføringen. Dette handlet om brukerne forstod meningen av COPM, manglende innsikt, vanskeligheter med å identifisere aktivitetsproblemer, og vanskeligheter og frustrasjon ved de forskjellige skåringene. I tillegg møtte de brukere som mente at det er terapeuten som er ekspert, og ønsket at terapeut skulle finne problemene og løse de, samt at noen mente at hvis man var syk eller skadet var hvile det de trengte. Hvor vellykket gjennomføringen av COPM er, mente de avhenger av brukerens kognitive funksjon, motivasjon, samarbeidsvillighet, innsikt, alder og kommunikasjonsferdigheter (Chen, Rodger, & Polatajko, 2002).

## 2. Mål og problemstilling

Det ligger nasjonale føringer som fremmer hverdagsrehabilitering og brukervedvirkning. COPM er et verktøy som skal bidra til å øke brukervedvirkning og brukes mye i

hverdagsrehabilitering. Det finnes mye studier som er utført på COPM, allikevel er det funnet lite studier som tar for seg hvordan brukere erfarer COPM benyttet i hverdagsrehabilitering.

### **Derfor var min problemstilling:**

Hvilke erfaringer har brukere med verktøyet Canadian Occupational Performance Measure benyttet i hverdagsrehabilitering?

Hensikten var å få mer kunnskap om brukernes erfaringer med verktøyet som brukes i så stor grad. Det vil være relevant å få frem både positive sider, men også hvilke utfordringer som kan oppstå.

## 3. Teori

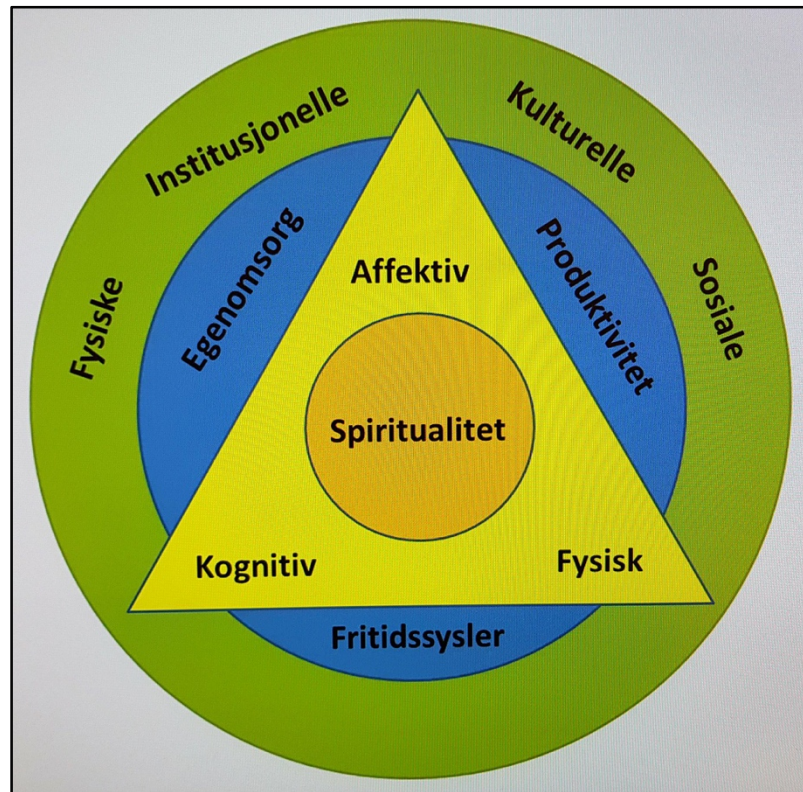
### 3.1 Den kanadiske ergoterapimodellen CMOP-E

World Federation of Occupational Therapy (WFOT) utarbeidet en definisjon av ergoterapi i 2012. Der kommer det frem at ergoterapeuter er opptatt av å fremme helse og velvære gjennom aktiviteter. Hovedmålet for ergoterapi er å gjøre det mulig for mennesker å delta i hverdagslige aktiviteter. Ergoterapeuter oppnår dette ved å samarbeide med mennesker og lokalsamfunn for å forbedre deres evne til å engasjere seg i de aktiviteter de ønsker, må eller forventes å gjøre, eller ved å endre aktiviteten eller miljøet for å støtte opp aktivitetensengasjementet. Hverdagsaktiviteter kan være helt basale, som for eksempel å vaske seg og lage mat, men det kan også være å jobbe, leke med barnebarnet, gjøre regnskap eller være med venner og familie. Aktivitetene kan være betydningsfulle eller nødvendige, og kan omfatte aktiviteter i hjemmet, på arbeid eller i fritiden. Ergoterapi har en grunnleggende forståelse av at aktivitet er en essensiell del av livet for alle mennesker, og en forutsetning for trivsel og god helse. Alle mennesker har rett til å være aktive i sitt eget liv, og det å finne en mening i hverdagens aktiviteter er viktig for alle. Målet for ergoterapi er å gjøre dette mulig (Brandt et al., 2013).

For å muliggjøre betydningsfulle aktiviteter, benytter ergoterapeuter ulike strategier.

Canadian Association of Occupational Therapists introduserte Canadian Model of Occupational Performance and Engaging (CMOP-E) som har fokus på betydningsfulle aktiviteter, og hvordan aktivitetsutøvelse foregår i en dynamisk interaksjon mellom personen, aktiviteten og omgivelsene. Modellen består av ulike komponenter som skal gi et bilde av

interaksjonen som fører til aktivitetsutførelse. Figur 1 viser hvordan modellen ser ut med de ulike komponentene.



Figur 1. CMOP-E-modellen. Laget av masterstudent fra "Menneskelig aktivitet 2", Polatajko et al, 2012, s. 61.

Aktivitetsutøvelsen er ikke et begrep i modellen, fordi modellen skal vise hvordan de ulike komponentene fører til selve aktiviteten. Personen selv er vist som trekanten i midten av modellen. Denne består av tre utøvelseskomponenter; den kognitive, den fysiske og den affektive, i tillegg til spiritualiteten i sentrum. Den ytterste sirkelen er omgivelseskomponenten og kan bestå av ulike individuelle miljømessige kontekster. I modellen består komponentene av fysiske, institusjonelle, kulturelle og sosiale miljø. Modellen skildrer at personen er helt omsluttet i omgivelsene for å vise at hvert enkelt individ lever et unikt liv innenfor sin miljømessige kontekst. Det er de betydningsfulle aktivitetene som danner broen mellom personen og miljøet og ligger derfor i midten av modellen. Disse er delt inn i tre; Produktivitet, egenomsorg og fritidsaktiviteter. En person vil utøve betydningsfulle aktiviteter i sine omgivelser. Det er et fokus på aktivitetsutøvelse når det gjelder aktiviteter. Men det å ha betydningsfulle aktiviteter betyr ikke det samme som å utføre dem. Mennesker kan engasjere seg i betydningsfulle aktiviteter uten å selv utøve dem.



Begrepet aktivitetsengasjement har et veldig bredt perspektiv på betydningsfulle aktiviteter. Å engasjere seg omfatter alt hva vi gjør, involverer oss i, eller deltar i (Polatajko et al., 2012).

### 3.2 Anerkjennelsesteorien

Anne Grete Jensen har skrevet boken ”Brukermedvirkning” (2012) og mener at brukermedvirkning kan sees i lys av Honneths anerkjennelsesteori. Sosialfilosofen Axel Honneth utviklet anerkjennelsesteorien og mener at ”(...) mennesket er avhengig av å erfare anerkjennelse for å kunne være et menneske” (Jenssen & Tronvold, 2012, p. 55), og mener dermed at anerkjennelse er et menneskelig behov. I teorien til Honneth kommer det frem at anerkjennelse må være gjensidig og universell, men erkjenner også at mennesker er ulike og må behandles forskjellig. Dette kan knyttes opp mot begreper som benyttes når brukermedvirkning skal formuleres. I lovverk og retningslinjer brukes formuleringer som er lite konkrete, for eksempel ”så langt som mulig”, ”i større grad” eller ”i samarbeid” med. Dette gir rom for et skjønns- og handlingsrom for tjenesteyterne og ulik praksis (Jenssen & Tronvold, 2012).

For å virkelig forstå hva anerkjennelse handler om, må man også vite hva krenkelse innebærer. Honneth mener at krenkelser ødelegger for dannelsen av identitet og selvrealisering. Han bygger sin teori på at subjekter blir konstruert gjennom anerkjennelse av andre, og dette er årsaken til at anerkjennelse er så viktig. Teorien til Honneth bygger på tre grunnleggende begreper som symboliserer ulike former for anerkjennelse; Kjærlighet, rettighet og solidaritet. Anerkjennelsesformen kjærlighet handler om at vi har et behov for omsorg, nærhet og vennskap, og er en gjensidig anerkjennelse fra andre uten betingelser. Her utvikler man selvtillit og evne til å leve sammen med andre. Krenkelser i denne formen for anerkjennelse vil skade følelsen av trygghet, sikkerhet og selvtilliten. Det er nødvendig å styrke brukernes selvtillit slik at de kan uttrykke sine egne ønsker og behov uten frykt for konsekvenser. Anerkjennelsesformen rettighet handler om bli respektert for å være selvstendig, og danner grunnlaget for selvrespekt. Anerkjennelsesrett handler at ikke bare om at det må være lovfestet, men også at det anerkjennes av andre som rettigheter. Anerkjennelsesformen solidaritet handler om å verdsette hver enkelt person med egenskaper, ressurser og talenter av grunnleggende verdi for et konkret fellesskap. Dette skal danne grunnlag for selvaktelse og dannes gjennom arbeidsliv eller andre fellesskap. Anerkjennelse

kan handle om å bli sett og få positive tilbakemeldinger, det å bety noe for andre, både i form av hvem du er og hva du kan bidra med i et fellesskap (Jenssen & Tronvold, 2012).

### 3.3 Deci and Ryan's selvbestemmelsesteori

Deci og Ryan har utarbeidet en teori om menneskelig handling som viser hvordan mennesker er aktive og selvstyrte organismer som har tre fundamentale behov: autonomi, kompetanse og slektskap. Autonomi handler om at alle individer har en selvstendighet og selvbestemmelse og bruker dette sammen med sine erfaringer til å fungere som enhetlige, integrerte mennesker i samfunnet. Kompetanse handler om at man mestrer miljøet rundt seg, og søker utfordringer for å øke mestringsfølelsen. Slektskap handler om at man har en følelsesmessig tilknytning til andre mennesker og at man søker å føle seg elsket. Deci og Ryan mener at det er gjennom å innfri disse tre behovene mennesker kan oppleve psykologisk vekst og velvære. Disse behovene sees også på som å være et naturlig mål i det menneskelige liv og er formålene som ligger bak menneskelig handling og oppførsel (Siegert & Taylor, 2004).

Videre blir det presentert hvordan teorien kan benyttes som retningslinjer i praksis ved målsetting i rehabilitering. Tanken bak autonomi er at man må ta hensyn til ulike individer og at de er aktive og svært involverte med å sette sine egne mål ved alle stadier. Jo grundigere kartlegging av brukeren er, desto større sannsynlighet vil det være at den oppnår målet sitt. Behovet bak kompetanse kan relateres mot alle ADL-funksjoner, og ofte vil disse deles inn i ulike nivå etter hva man arbeider med i rehabiliteringen først. Det vil ofte være naturlig at man ønsker å forflytte seg og stille seg før man ønsker å klare større ting som for eksempel å vaske huset. Teoriens behov for slektskap kommer ofte i siste rekke, men det er veldig viktig at det ikke blir glemt. Slektskap og sosialt samvær er meget viktig, og man må undersøke om personen har et sterkt nettverk av pårørende eller venner, og bidra til å opprettholde eller gjenoppta sosiale aktiviteter (Siegert & Taylor, 2004).

Et siste sentralt begrep i selvbestemmelsesteorien er den indre motivasjonen. Deci og Ryan definerer det som når belønningen kommer innenifra for personen. Videre mener de at indre motivasjon er mye mer effektiv enn ytre motivasjon. Å involvere seg i personens indre motivasjon vil kunne øke personen følelse av kompetanse og selvbestemmelse. For å gjøre dette må man bli godt kjent med personen før man kan hjelpe dem med å finne meningsfulle mål. Man må etterstrebe og forstå deres verden, syn, perspektiver og situasjon for å kunne

etablere hvilke aktiviteter som vil skape indre motivasjon for individet (Siegert & Taylor, 2004).

## 4. Metode

I denne delen vil jeg gjøre rede for hvilke valg som ligger til grunn i denne studien. Det består av hvilket studiedesign som er brukt, hvilket vitenskapsteoretisk utgangspunkt som ligger til grunn, valg av informanter, hvordan rekruttering foregikk, valg av metode for analyse, samt etiske overveielser og hvilken forforståelse jeg hadde fra før.

### 4.1 Studiedesign

For å svare på problemstillingen ble det valgt å benytte et kvalitativt studiedesign. Kvalitativ metode har som formål å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk eller kvaliteter ved et fenomen som studeres. Kvalitative metoder brukes for å få mer innsikt om menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, forventninger, opplevelser, holdninger og motiver (Malterud, 2017).

### 4.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Det er benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk forståelse i denne studien. Metoden er fenomenologisk i form av at den har som mål å få frem brukeres erfaringer av et gitt fenomen. Det fenomenologiske perspektivet har blitt benyttet ved å forsøke å gi presise beskrivelser av informantens erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017). Ved en fenomenologisk tilnærming skal man ha en bevissthet for å sette sin egen forforståelse til siden (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Dette har jeg gjort ved å reflektere over, og skrive ned hvilken forforståelse jeg hadde av fenomenet tidlig i prosessen. Videre har jeg reflektert over hvilken påvirkning denne kan ha på forståelsen og analyse av datamaterialet og resultatene, og forsøkt å legge disse til siden. Dette er for unngå i størst mulig grad at informantenes erfaringer og opplevelser kommer frem med påvirkning av mine forforståelser. Intervjuguide, spørsmål og intervjusetting er bygget opp fra et fenomenologisk perspektiv som er beskrevet lenger ned.

Analysedelen er også preget av fenomenologien, men også av hermeneutikken. Det ble benyttet systematisk tekstkondensering "STC" (Malterud, 2017), som er inspirert av fenomenologien. Fellestrekkene mellom analysemetoden og fenomenologien er at man skal beskrive de mest relevante trekkene av fenomenet man undersøker så nøyaktig som mulig. Første utkast av resultatene ble skrevet på en beskrivende måte for å unngå for mye

fortolkning i første omgang. Det informantene sa var det som kom frem i resultatet.

Den videre analysen har bakgrunn innen hermeneutisk metode. Hermeneutikken søker en økt forståelse av fenomenet på et dypere nivå ved å tolke datamaterialet (Thornquist, 2015).

Denne prosessen besto av å bevege seg frem og tilbake i materialet, som bidro til at forståelsen endret seg, og nye meninger og forståelser dukket opp. Dette er den hermeneutiske sirkel (Thomassen, 2007). Denne analysemetoden ble benyttet når resultatene var ferdige og de skulle tolkes på et dypere nivå og skulle diskuteres videre. Resultatene har blitt lest mange ganger, sett opp mot relevant teori og skapt nye forståelser. Den hermeneutiske analysemetoden preget derfor diskusjonen med egne refleksjoner, teori og tidligere litteratur.

### 4.3 Datainnsamling

For å svare på problemstillingen har jeg benyttet kvalitative forskningsintervjuer som metode for datainnsamling. Et kvalitativt forskningsintervju har som formål å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv fra deres eget perspektiv. Intervjuene skal kunne produsere kunnskap som gjør at man kan forstå verden slik den er for intervjupersonen, og få frem deres erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det ble benyttet båndopptaker under intervjuene for å sikre informasjonen og kvaliteten på datamaterialet. I tillegg ble det benyttet notater under intervjuene for å dokumentere elementer som ikke fanges så lett opp på båndopptaker, eller temaer og oppfølgingsspørsmål som jeg vil ta opp igjen senere (Kvale & Brinkmann, 2015).

#### 4.3.1 Individuelle intervjuer

Det ble benyttet individuelle intervjuer i denne studien. Ved individuelle intervjuer kan man få en dypere forståelse på et personlig plan (Sander, 2016), og informanten kan reflektere over egne erfaringer og meninger ved at det skapes en avslappet stemning uten at informanten blir påvirket av andre (Tjora, 2010). Det var ønskelig at informantene skulle kunne åpne seg om sine egne erfaringer uten å bli påvirket av andres meninger. Hensikten var å få vite noe om hver enkeltes erfaringer og opplevelser, og dette vil komme best frem under individuelle intervjuer. Intervjuene ble utført i informantenes egne hjem. Dette var for å gi dem trygge omgivelser og rammer, i tillegg til at det gjør det enklere og mer praktisk for informantene slik at de slipper transport til et annet sted.

### 4.3.2 Semistrukturert intervjuguide

Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide. Det er ganske likt som en vanlig samtale i dagliglivet, men er allikevel et intervju. Intervjuguiden var semistrukturert fordi det hverken var et lukket spørreskjema, eller en åpen samtale (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden inneholdt en oversikt over temaer som det var ønskelig at skulle dekkes, og med forslag til spørsmål under hvert tema. Intervjuguiden ligger under vedlegg nr. 9.3.

Informantene ville ha ulike erfaringer og historier knyttet til fenomenet, og kan dra intervjuet i ulike retninger. Det var derfor viktig at intervjuene ikke ble helt like for alle informantene, og dette var en årsak for å benytte en semistrukturert intervjuguide. Da har man også mulighet for å kunne spørre oppfølgingsspørsmål. Kvale og Brinkmann (2015) nevner at det er viktig å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål, og at det da kreves god kunnskap om intervjutemaet, et godt lyttende øre, og en god relasjon mellom intervjuer og informant.

Jeg benyttet ulike former for oppfølgingsspørsmål, alt etter hva jeg var ute etter. Ved åpning av et nytt tema eller spørsmål begynte jeg ofte med ”Kan du fortelle/beskrive...” eller ”Hvordan opplevde du...”. Når informant avsluttet noe interessant, eller jeg ønsket at den skulle ta opp igjen et tema brukte jeg ”Kan du fortelle mer om...”. Hvis informant avsluttet noe interessant uten å gå dypt ned i temaet, eller jeg ønsket å få frem følelser, brukte jeg mer spesifiserende oppfølgingsspørsmål som for eksempel ”Hva følte du da?”. Hvis jeg var usikker på informantens ståsted benyttet jeg meg av fortolkende spørsmål for å være sikker på at jeg forstod rett, for eksempel ”Er det riktig at du føler at...?”. Jeg forsøkte å unngå spørsmål hvor man kan svare ja/nei på, men brukte dette også bevisst for å få frem et standpunkt hvor jeg alltid hadde oppfølgingsspørsmål hvor jeg spurte ”Hva gjør at du opplevde det slik?” (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det ble tillat at informantene avsporet litt fra temaene, og dette gav til tider gode refleksjoner og uventet kunnskap. Etter hvert som jeg fikk mer erfaring med å intervjuer opplevde jeg at å gi dem ekstra god tid og kanskje litt lange ”pinlige” stillheter bidro til at informantene tok opp igjen temaet og reflekterte enda mer. Det ble utført noen få justeringer på intervjuguiden underveis. Endringene besto av benytte noen andre ord og begreper som var mer forståelig for informantene, og å flytte plassering på noen av spørsmålene.

## 4.4 Utvalg og rekruttering

### 4.4.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det ble foretatt et strategisk utvalg av aktuelle informanter. Dette innebærer at man gjør et bevisst utvalg ut fra kriterier som på best måte kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017). Det ble derfor utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier for å samle informanter som var aktuelle for studien. Inklusjonskriteriene ble laget for at informantene skulle inneha relevant informasjon som kunne svare på problemstillingen. Eksklusjonskriteriene ble laget for å sikre god kvalitet på informasjonen fra informantene. Det er ikke nevnt under kriteriene nedenfor, men det var ønskelig å maksimalt to informanter fra hver kommune. Dette var for å unngå at alle benyttet samme hverdagsrehabiliteringsteam og samme terapeuter som utførte COPM.

Inklusjonskriteriene besto av fire kriterier:

- Informantene skulle være voksne, det vil si over 18 år.
- Av praktiske hensyn skulle informantene bo på Øst- eller Innlandet.
- Informantene skulle ha benyttet COPM i forbindelse med hverdagsrehabilitering.
- Informanten skulle ha gjennomført COPM før hverdagsrehabiliteringen og en retest i etterkant.

Eksklusjonskriteriene besto av tre kriterier:

- At informant hadde dårlig språk-, eller taleferdigheter.
- Nedsatt kognisjon (Moderat – alvorlig).
- Lenger enn 1 måned siden siste retest ble utført. Dette er for å sikre at informant skal kunne ha prosessen best mulig i minne.

### 4.4.2 Rekruttering

Det var et ønske om å rekruttere seks informanter. Dette var et antall vi ønsket på forhånd fordi det er et antall som er lite nok til å gjøre grundige analyser, samtidig som det er stort nok til å få et mangfold av erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015).

For å komme i kontakt med aktuelle informanter måtte jeg først samarbeide med noen som jobbet i et hverdagsrehabiliteringsteam som kunne ta videre kontakt med- og rekruttere informanter. For å komme i kontakt med teamene brukte jeg tre ulike metoder.

Metode en bestod av å henvende meg til kommuner på Øst- og Innlandet som tilbyr hverdagsrehabilitering. Jeg lette på nettsider til kommuner og ringte til sentralbord for å få tak i mailadresser. Deretter sendte jeg mail til ergoterapeuter eller andre som jobbet innenfor hverdagsrehabilitering i kommuner, og sendte med informasjon om studien, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt informasjonsskriv (vedlegg nummer 9.1) og samtykkeskjema (vedlegg nummer 9.2). Metode to bestod av å bruke kontakter jeg hadde fra før. Da sendte jeg mail og tok kontakt med personer jeg kjente, som enten jobber i hverdagsrehabilitering, eller som kjenner noen andre de kan videreformidle studien til. De fikk samme informasjon om studien som ovenfor. Metode tre bestod av å legge ut en melding med kort informasjon om studien på en gruppe på facebook. Denne gruppen heter ”hverdagsrehabilitering”, er tilknyttet norsk ergoterapeutforbund, og hadde på dette tidspunktet over 8000 medlemmer. De som var interesserte fikk samme informasjon på mail som skrevet ovenfor.

Deretter ble det opprettet en dialog med de som ønsket å samarbeide om å rekruttere informanter. Teamene gikk gjennom sine brukere for å se om noen passet som informanter sett mot studiens kriterier. Hvis de hadde en aktuell informant opprettet teamet kontakt med brukeren, tok med informasjonsskriv og spurte om de ønsker å delta. Hvis bruker ønsket dette, hadde den to alternativer for å ta kontakt med meg. Alternativ en var at bruker ringte meg og vi avtalte videre. Hvis bruker av en eller annen årsak ikke ønsket eller kunne ringe selv, så ringte teamets kontakt meg for å gi nummer eller annen informasjon slik at jeg kunne ta videre kontakt.

Det var på forhånd ønsket seks informanter til studien. Under intervju nummer fem ble det gjort oppmerksom om at denne informanten egentlig skulle ha blitt ekskludert fordi det var lenger enn en måned siden hun/han hadde tatt retest og hatt hverdagsrehabilitering. Dette intervjuet ble ikke så detaljert og fyldig som ønskelig fordi informant ikke husket prosessen så godt. Det ble derfor valgt å ta inn en ekstra informant. Informant nummer fem ble allikevel valgt å beholdes i studien fordi hun/han hadde noen gode refleksjoner og informasjon som allikevel kom godt med. Derfor ble det til slutt benyttet syv informanter i denne studien.

#### 4.4.3 Eksklusjon av kommuner og informanter

Gjennom samarbeidet om rekrutteringen ble det kontinuerlig gjort valg for eksklusjon av kommuner og informanter av ulike årsaker. Noen kommuner oppga at de ikke benyttet COPM, mens noen brukte den ikke fullt ut. Det kunne være at bare den første intervjudelen

ble benyttet for å finne aktivitetsutfordringer og mål, men ikke fullverdig med vurderingsdelen og retesting. Disse kommunene ble ekskludert fra å innhente informanter fra.

Noen kommuner hadde brukere som kunne vært aktuelle, men det var usikkerhet om de hadde gode nok kognitive ferdigheter. Når det var usikkerhet rundt dette, valgte vi å ekskludere disse, for å sikre at informantene som deltok skulle kunne gi et samtykke og forstå hva de var med på. I tillegg kreves det under et intervju at man innehar en viss kognitiv ferdighet for å kunne reflektere og formidle svarene på spørsmålene.

#### 4.5 Analyse

De første analysene begynte allerede under intervjuene hvor informantene beskrev og fortalte om sine erfaringer og opplevelser. Da må man lytte, samtidig som det foregikk spontan fortolkning, noe som gjorde at jeg kunne stille oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Fortolkning under intervjuene ble benyttet på flere måter, både ved å stille oppfølgingsspørsmål, for å forsikre meg om at jeg hadde forstått informanten korrekt, for å spørre og undersøke om det informanten prøvde å fortelle kan sies på en annen eller enklere måte, ved å spørre og hjelpe informanten med å finne begreper på hva de forteller om, og ved at jeg oppsummerte intervjuet til slutt, og bad om evt. rettelse eller moderering hvis noe ikke var helt korrekt.

Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og disse ble transkribert til en tekst i hvert sitt dokument. En transkripsjon skal være mest mulig lojal til det opprinnelige materialet, slik det ble formidlet under intervjuene og unngå tolkninger (Malterud, 2017). Transkripsjonene ble skrevet direkte ned slik informantene ordla seg for å opprettholde gyldigheten. Dette gjorde at teksten kunne virke upresis og merkelig sammenlignet med den originale muntlige talen (Malterud, 2017). For å gjøre teksten så forståelig og presis som mulig ble det under transkriberingen benyttet mye komma og punktum slik at man fikk en naturlig pause når man leste det, nøyaktig slik som det ble sagt muntlig. Det ble også transkribert inn lengre pauser, latter, kremting og andre ikke-språklige lyder eller non-verbale lyder som kunne påvirke og gjøre teksten mer forståelig i skriftlig form. Transkriberingen ble foretatt på bokmål, selv om noen av informantene hadde litt dialekter. Noen ord, uttrykk eller begrep har allikevel fått beholde sin originale ordlyd for å beholde nærheten til utsagnet eller fordi det ikke fantes noen gode ord som kunne erstatte det uten å fjerne meningen. Transkripsjonene ble utført rett



etter hvert enkelt intervju slik at disse kunne bidra med nye refleksjoner eller for å undersøke om det var behov for å endre intervjuguiden til neste intervju.

Videre i analysearbeidet ble det benyttet systematisk tekstkondensering som analysemetode fordi den gir en oversiktlig, systematisk og enkel måte å strukturere analyseprosessen på uten forutsetninger til filosofiske røtter. Den består av fire trinn som utgjør hovedstrukturen. I trinn en skal man få et helhetsinntrykk over datamaterialet (Malterud, 2017). Alle transkripsjonene fra hvert enkelt intervju ble skrevet ut og lest gjennom fire ganger. Det ble skrevet noen korte notater for hvert intervju for å få oversikt og valgte noen relevante temaer som gikk igjen i datamaterialet.

I trinn to skal man sortere datamaterialet, ved å finne meningsbærende enheter og sortere de i temaer. Denne delen består av en dekontekstualisering hvor du tar meningsbærende enheter systematisk ut fra konteksten (Malterud, 2017). For å analysere på dette steget ble det valgt en praktisk løsning fremfor å benytte datateknologi. Det ble benyttet A4 konvolutter som skulle inneholde ulike temaer. Intervjuene ble skrevet ut, og meningsbærende enheter ble klippet ut og flyttet ned i konvolutten med passende tema. Intervjuene hadde hver sin fargekode, slik at det var enkelt å vite hvilken informant og hvilket intervju den meningsbærende enheten kom fra. Når de meningsbærende enhetene ble klippet ut fra helheten ble det skrevet på sidetall slik at det var enkelt å finne hvor utklippet kom fra hvis det skulle bli behov for å se tilbake på konteksten. Etter at alle intervjuene var klippet opp i meningsbærende enheter og sortert i ulike temaer, ble de sett over for å få oversikt og om noe måtte flyttes på.

Trinn tre bestod av å identifisere og kode de meningsbærende enhetene ved å systematisk kondensere innholdet for å skape mening (Malterud, 2017). Her ble utklippene med meningsbærende enheter fra hvert enkelt tema lagt frem på et stort bord. Der ble de sortert og lagt i bunker etter likt innhold. Disse bunkene ble lagt i små konvolutter med foreløpige navn og representerte underkategorier innenfor et tema. Disse små konvoluttene ble lagt tilbake i den store konvolutten i sitt tema. Neste steg bestod av å skrive kondensater for hvert tema og underkategori. Et kondensat består av å sammenfatte de meningsbærende enhetene til en mer generell form. Kondensatet ble en gjenfortelling i et sammenfattet notat med innhold fra underkategoriene, og inneholdt deltakernes begreper fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017). I dette trinnet ble kondensater skrevet for hvert tema inndelt etter

underkategoriene. Når kondensatene ble skrevet ble det gjort oppmerksom på at noen få av underkategoriene ikke ble fyldige nok til å kunne stå alene som en egen underkategori. Disse ble enten plassert i andre underkategorier for å ikke miste de meningsbærende enhetene, eller de ble tatt helt ut av kondensatet.

I trinn fire skal man rekontekstualisere ved å sette sammen bitene igjen, og sammenfatte resultatene til en fortolkende syntese. Da ble kondensatene benyttet som utgangspunkt for en ny analytisk tekst som ble illustrert med et gullsitat (Malterud, 2017). I dette trinnet ble temaene, undergruppene og de meningsbærende enhetene skrevet inn i tabeller for å få en oversikt. Når syntesen ble skrevet ble kondensatet benyttet som utgangspunkt, samtidig som de meningsbærende enhetene var tilgjengelige på bordet for å sikre at det viktigste datamaterialet ble med. Resultatene ble skrevet ned i nytt dokument. Ved bruk av sitater ble det reflektert over hvordan disse skulle skrives, siden transkripsjonen er preget av en muntlig råtekst. Det ble lagt vekt på at sitatet skulle oppleves som presist og sammenhengende i skriftlig form, for å unngå at informanten virket fordømmende (Malterud, 2017). Samtidig som det ble forsøkt å beholde sitatet mest mulig som sin originale råtekst med bruk av begreper og ordlyd.

Det siste trinnet handler om å validere resultatene opp mot sammenhengen den er hentet ut i fra. Det ble foretatt en refleksjon om den rekontekstualiserte resultatet representerte det empiriske materialet ved å lese gjennom transkripsjonene og sammenligne med resultatet. I tillegg ble resultatet utfordret med å prøve å finne materiale i transkripsjonene som motsier resultatene og ved å stille kritiske spørsmål (Malterud, 2017).

#### 4.6 Kvalitetssikring og etiske hensyn

Denne studien ble basert på frivillig deltakelse, og full konfidensialitet og anonymitet. Det ble sendt inn søknad til personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (referansenummer 54864). Søknaden ble godkjent med kommentar om at taushetsplikten ble overholdt, og at datamaterialet og personopplysninger ble lagret på en sikker måte. All data har vært oppbevart i en låst safe til enhver tid. Personopplysninger, transkribering og koblingsnøkkel har vært oppbevart på ulike lagringsenheter. Lydopptakene fra intervjuene har bare vært oppbevart på båndopptaker, og transkribering ble foretatt rett ut fra denne. Utover student og veiledere, har ingen hatt tilgang til dataene. Alle

personopplysninger ble slettet og destruert i etterkant av studien, i tillegg til full anonymisering i oppgave og artikkel.

Informantene som deltok i studien ble informert skriftlig ved et informasjonsskriv, og muntlig gjennom egne behandlere. De tok kontakt over telefon dersom de ønsket å delta. I noen tilfeller ønsket de at behandlere skulle ta kontakt for de, og da fikk jeg et telefonnummer jeg kunne nå de på. Jeg gikk gjennom informasjonsskrivet på nytt før intervjuet startet og fikk bekreftet at de ønsket å delta. Da ble det skrevet under på et samtykkeskjema av begge to. Informasjonsskrivet bestod av informasjon om studiet, hensikt, hva det innebar å delta for informantene, hvilke fordeler og ulemper som kunne forekomme, hva som skjer med informasjonen de gav, om båndopptak, opplysninger om anonymisering, frivillig deltakelse, og muligheter for å trekke seg under eller etter intervjuet. Se vedlegg for å se nærmere på tilbakemelding fra NSD (Vedlegg nummer 9.4), informasjonsskriv (vedlegg nr. 9.1) og samtykkeskjema (vedlegg nr. 9.2).

Det ble foretatt etiske vurderinger ved utformingen av denne studien. Det ble reflektert over hvilke konsekvenser det kunne ha for informantene å delta sett mot hvilken verdi kunnskapen som ble søkt kunne gi i etterkant. I tillegg ble det foretatt en vurdering på hva informantene kunne forvente av fordeler og ulemper ved å delta (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne studien vil kunne gi helsepersonell som utfører COPM en bedre forståelse av hvordan det oppleves å bli benyttet COPM på, i tillegg kan den skape en diskusjon på hvordan utfordrende situasjoner kan håndteres eller forbedres. Studien kan bidra med nyttige brukererfaringer som kan være positive for videre praksis. Disse utfallene vil ikke yte informantene noen verdi i første omgang, men for fremtidige brukere. En mulig positiv konsekvens for informantene var en økt refleksjon og forståelse av egen situasjon, samtidig som de vet at de bidrar med viktig informasjon til kunnskapsutvikling. En mulig negativ konsekvens kan være hvis det dukket opp følsomme eller ubehagelige temaer, spesielt hvis informanten hadde dårlige erfaringer eller opplevelser. Allikevel kan dette snus til det positive ved at informantens erfaringer bidrar til kunnskapsutvikling som kan bedre praksis, slik at færre får dårligere opplevelser.

#### 4.7 Min forforståelse

Ved en fenomenologisk tilnærming vektlegges informantens opplevelser, og da skal man ha en bevissthet for å sette sin egen forforståelse til siden (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Jeg har forsøkt å sette min egen forforståelse til siden ved å være bevisst på hvilken forforståelse jeg kanskje har, og skreiv de ned på forhånd. Jeg har selv benyttet COPM på ulike brukergrupper før, og sitter med noen egne erfaringer. Jeg har erfart at brukerne synes det er veldig positivt å få ha så stor makt over mål som bygges opp fra deres egne betydningsfulle aktiviteter de ikke lenger mestrer. Målene er veldig ofte synlig målbare for brukeren selv fordi de synes det er meningsfulle hverdagslige aktiviteter, og dette gir brukeren stor motivasjon. Jeg har erfart at personlighet, hvor snakkesalig eller sjenert brukeren er, kan påvirke hvor enkelt intervjuet går i større grad enn det spesifikke brukergrupper eller diagnoser gjør. Jeg har erfart at brukere kan ha litt utfordringer med skåringen. For å unngå at mine forforståelser skal komme frem, vil jeg under intervju unngå ledende spørsmål og la de prate fritt som om jeg ikke har noen kunnskaper eller erfaringer om temaet. Jeg vil fremtre så fordomsfri, åpen og empatisk som mulig slik at informantene kan fremstå på sine egne premisser.

## 5. Resultater

### 5.1 Oversikt

Tabell 1: Demografisk oversikt over informantene.

Informant nummer	Kjønn	Alder	Hjemmeboende	Bor alene	Utdanning (antall år)	Hatt rehabilitering før	Årsak for hverdagsrehabilitering
1	Mann	89	Ja	Ja	7	Ja	Hofteoperert
2	Mann	70	Ja	Ja	10	Ja	Hofteoperert
3	Kvinne	84	Ja	Ja	8	Nei	Hofteoperert
4	Kvinne	78	Ja	Ja	13	Ja	Hofteoperert
5	Kvinne	?	Ja	Ja	?	?	Brudd i fot
6	Kvinne	68	Ja	Ja	11	Ja	Smerter etter fall
7	Kvinne	92	Ja	Ja	9	Ja	Hofteoperert

Analysearbeidet ledet til fem temaer, hvor alle har fått underkategorier som er vist i tabellen nedenfor. Underkategoriene har også flere meningsbærende enheter som presenteres i teksten. Temaene har to til tre underkategorier, og ulikt antall meningsbærende enheter. Noen av

temaene er fyldigere enn andre, og dette kommer av hvor mye de ulike temaene ble snakket om i intervjuene.

Hovedtema	Underkategorier
”Hverdagsrehabilitering er et fantastisk tilbud” – Erfaringer med hverdagsrehabiliteringen	Fantastisk tilbud som gav trygghet og mestring
	Hard trening var årsaken til bedringen
	Hverdagen ble endret både under- og etter rehabiliteringen
”Å snakke om utfordringene hjalp meg” – Erfaringer med COPM	De kjente igjen COPM
	Spontane tanker handlet om skåringen og fremgang
	Det var fint og nyttig å snakke om hverdagen
	Helt naturlig å snakke om utfordringer
”Hvorfor få bronse hvis du kan få gull?” – Erfaringer med skåringssprosessen	Delte erfaringer ved vurderingsprosessen
	Delte erfaringer ved vurdering av betydning og utførelse
	Det var enklere å vurdere seg ved retest
”Hvilket mål har du?” – Erfaringer med målsettingsarbeidet	Det var informantenes egne mål
	Et ønske om selvstendighet
	Målene betydde alt og gav motivasjon
”Du følte at du ble hørt” – Opplevelse av brukermedvirkning	Litt ambivalente opplevelser av å bestemme
	Samarbeid og dialog var suksessfaktor

## 5.2 ”Hverdagsrehabilitering er et fantastisk tilbud” – Erfaringer fra hverdagsrehabiliteringen

Dette kapitlet oppsummerer hva informantene erfarte, opplevde og mente rundt hverdagsrehabiliteringen som de mottok. Dette ble valgt å være med som et tema fordi de snakket en del om det, og dro det inn under intervjuet ved flere anledninger på eget initiativ. Det er delt inn i tre underkategorier som handler om at de var fornøyde med

hverdagsrehabiliteringen, at trening var en viktig faktor for bedringen, og at det bidro med en endring av hverdagen.

### 5.2.1 Fantastisk tilbud som gav trygghet og mestring

Intervjuene startet med at vi snakket om hva informantene hadde vært i gjennom og det ble naturlig at de snakket en del om hverdagsrehabiliteringen. De var alle svært fornøyde og takknemlige for det tilbudet de hadde fått. De kunne nesten ikke fullrose det nok, og de snakket om dette flere ganger på eget initiativ i løpet av intervjuene. Flere av informantene nevnte at kommunen hadde tatt så godt vare på dem og fulgt dem godt opp. Teamene og de som kom på besøk hos dem ble også fullrost av ulike årsaker. De var blide, lette å samarbeide med, oppmuntret dem, lærte bort mye og de mente at de nesten fikk et personlig forhold til dem.

*”Jeg har skrytt så mye av dem til alle, og er så takknemlig. Jeg kan ikke takke nok. Tenk at vi lever i et samfunn hvor dette er mulig”. – Trude.*

Teamet som var på besøk hos informantene gav dem en stor trygghet. Flere av informantene uttrykte en usikkerhet før de mottok tilbudet. Dette handlet om deres egen situasjon, og om hva og hvordan de kunne belaste kroppen sin. De visste ikke hvordan dette fungerte, hvor mye de kunne anstrenge seg, og de var redde for å gjøre noe galt. Etter dialog og samarbeid med teamet fikk de den tryggheten de trengte for å utføre den belastningen de skulle. De ble trygge på at de kunne bruke kroppen sin og at de ikke kunne gjøre noe galt så lenge de forholdt seg til det de skulle. Hvis de ikke hadde fått denne tryggheten fra teamet så hadde det tatt lang tid før de hadde turt å prøve seg uten de.

*”Jeg tror ikke jeg hadde turt å trent såpass hvis jeg ikke hadde fått dem. Jeg hadde ikke turt å tatt i så mye, for da hadde jeg vært redd for å ødelegge noe. Så det at de kom var i alle fall en stor trygghet for meg”. – Solveig.*

Det kom tydelig frem at den hjelpen de hadde fått gjennom hverdagsrehabiliteringen var den viktigste faktoren for at de hadde blitt mye bedre og kommet seg tilbake til der de var før. Det var teamet som dro dem i gang, og fulgte dem opp hver dag. Flere forteller at hvis de ikke hadde vært med på dette, så tror de ikke at de hadde vært så spreke som de er nå. De var overveldet over den hjelpen de har fått og at det bare kom fordeler ut av det.

*”Jeg hadde ikke kommet så langt hadde det ikke vært for dem. Det er de som har dratt meg i gang og fulgt meg opp hele tiden, så jeg har satt veldig pris på det”. – John.*

Flere av informantene fortalte at de ikke hadde hørt om hverdagsrehabilitering før de fikk tilbudet. De synes det var overraskende at de dukket opp uten at de hadde bedt om noen ting. Noen hadde inntrykk av at tiltaket var relativt nytt, og at dette måtte bygges videre på fordi det var en så fantastisk. Det ble sett på som en fordel at rehabiliteringen forgikk hjemme hos dem fremfor at de ble sendt på en rehabiliteringsinstitusjon.

*”Jeg synes det er fantastisk at det finnes som en mulighet. Dere må bare bygge videre på det, for det må bli! For meg og jeg tror for mange, så er det bedre å gjøre det her, enn å komme på et rehabiliteringssenter. Så for meg var det mye bedre å gjøre det her. Når jeg fikk dette teamet her, var det et eventyr!”. – Trude.*

### 5.2.2 Hard trening var årsaken til bedringen

Det kommer tydelig frem at informantene opplever at hard trening har vært en viktig faktor i hverdagsrehabiliteringen, og at det har bidratt til at de er så mye bedre i dag. Det var treningen som gjorde at de ble sterkere. Når de snakket om hva de har gjort i rehabiliteringen kom det frem at det var å trene, enten å gjøre øvelser som de fikk, eller å trene på å klare hverdagslige oppgaver.

*”Det å dusje var veldig viktig at jeg lærte meg, og det var litt av et opplegg altså. (...) Men det gikk veldig fint. Også var det å lære meg å gå, reise meg opp og ta ut og inn av skapene”. – Ellen.*

Noen erfarte at teamet var med å utførte øvelser, og at dette var svært motiverende for informantene siden de slapp å stå der alene. En annen informant fortalte at alt hun/han gjorde i leiligheten så hun/han på som trening. Å gå turer var en aktivitet som alle satte veldig stor pris på og ble benyttet veldig mye. Når informantene snakket om treningen og øvelser de utførte, fortalte de ofte om hvor mange repetisjoner de klarte når de startet, hvor raskt de måtte øke antallet repetisjoner, og hvor mange de klarte nå i etterkant. Økningen i antall repetisjoner var en tydelig indikasjon for informantene om at de ble sterkere.

*”Jeg ble jo mye bedre på øvelsene da i forhold til den første uken. For da brukte jeg jo 5 ganger 3, men etter fjorten dager så gikk jeg opp til 10 ganger 3 på alle øvelsene.” – Sigurd.*

Informantene snakket om at de i tillegg måtte trene på egenhånd når teamet hadde dratt. De hadde en treningsplan som bestod av ulike øvelser, og disse gjorde de så ofte de kunne. Å trene på egenhånd synes de gikk fint. En informant synes det var spesielt moro å klare de litt vanskelige øvelsene som krevde både koordinasjon og konsentrasjon. De gikk etterhvert turer alene og fikk høre mange positive tilbakemeldinger av andre.

*”Jeg var borte på sykehjemmet, så sa de ’er du nå ute og går igjen’? Også har jeg gått ned til kaféen og opp igjen, for da skulle vi møtes der. Så det var jo fint at de gikk turer med meg, det hadde jeg stor nytte av”. – John.*

### 5.2.3 Hverdagen ble endret både under- og etter rehabiliteringen

Hverdagsrehabiliteringen har bidratt til en endring av hverdagen hos informantene både under rehabiliteringen, men også i etterkant når de var ferdig. Teamet var på besøk hver dag og det gikk helt fint for de fleste. De daglige besøkene gjorde at informantenes vaner og rutiner måtte endres slik at de passet inn i tilbudet de mottok. En informant synes det ble litt mye at hun skulle få besøk hver morgenen i en hel måned, og fordi det ble litt endring i rutiner og hverdagen som ble utfordrende.

*”Det ble veldig mye, for de skulle være her klokka ti hver morgen i en hel måned, og det synes jeg begynte å bli litt mye. Og hvis jeg ikke har ro om morgenen får jeg ikke i meg mat i det hele tatt, og der begynte det å skjære seg litt”. – Ellen.*

Mange mottok nye hjelpemidler, og disse var en viktig faktor for at de klarte seg i hverdagen. I tillegg ble hjemmene tilrettelagt med å rydde rom og forflytte gjenstander slik at de kunne komme seg rundt og klare mest mulig selv.

*”Jeg fikk jo hjelpemidler, blant annet denne stolen her (...), rullator, også den arbeidsstolen der borte, og det har vært til god hjelp”. – Marit.*

Andre mennesker rundt dem bemerket at de så godt ut, samtidig som de var mer aktive enn før. En informant forteller at blodtrykket var mye bedre nå og at han merket at det var en stor



positivt endring fra før. Flere forteller at andre personer lurte på hvordan de kom seg så raskt. De ble mer aktive og deltok på ulike aktiviteter utenom etter de var ferdige med rehabiliteringen. De deltok på ulike former for trening utenfor hjemmet, enten det var å trene på treningsstudio eller å være med på fellestrening arrangert av kommunen. Andre har tatt opp igjen gamle interesser eller samler seg med andre for ulike sosiale formål.

*”Også har jeg begynt å spille bridge igjen to ganger i uken for å få hjernen til å fungere, slik at jeg får trimma hjernen rett og slett.” – Sigurd.*

### 5.3 ”Å snakke om utfordringene hjalp meg” – Erfaringer med COPM

Dette kapitlet handler helt overordnet om Canadian Occupational Performance Measure. Det er delt inn i underkategorier om informantene kjente igjen verktøyet, hvilke spontane tanker de hadde når de kjente det igjen, og hvordan de erfarte kartleggingssamtalen om hverdagen og utfordringene deres.

#### 5.3.1 De kjente igjen COPM

Innledningsvis i intervjuene ble det ønsket å forsikre seg om at informantene kjente igjen COPM og innholdet i det. Alle informantene kjente igjen innholdet om førstegangssamtalen, det å snakke om hverdagen, lage mål og å vurdere med skåringsskalaen. Selve skjemaet med innhold og vurderingskortene ble godt kjent igjen av alle, bortsett fra en informant. Denne informanten kjente igjen innholdet, men ikke selve skjemaet. Den trodde den hadde sett skåringsskortene, men husket ikke detaljert hvordan det ble brukt eller hvordan de gjorde det.

*”Jeg tror at jeg har sett det, men du vet, det kan hende de satt med det også spurte de om en skala fra ditt og datt også bare svarte jeg”. – Marit.*

#### 5.3.2 Spontane tanker handlet om skåringen og fremgang

De aller første og spontane tankene som informantene hadde når det gjaldt COPM var litt varierte. Fire av informantene trakk med en gang frem skåringssprosessen de hadde vært i gjennom når de fikk se skjemaet og vurderingskortene. En informant nevnte med en gang *”Fra en til ti”* når den ble spurt om den kjente igjen COPM. De to andre informantene snakket om at deres første tanke var at de ble spurt om forskjellige ting, og at de deretter skulle svare med et tall eller på en skala. Den ene av disse fortalte spontant at den så en bedring fra tallet

en til tallet ni og ti ved retest. Den siste informanten som snakket om vurderingen som sin første tanke, nevnte med en gang at det ikke var så enkelt å skulle vurdere seg selv.

*”Vet du, det er ikke så lett å vurdere akkurat, liksom å sette tall på. Det er vanskelig å være helt presis”. – Trude.*

Flere av informantene som nevnte skåringssprosessen først, snakket også om sin fremgang i forbindelse med sine første tanker. To informanter nevnte at det å bli bedre i daglige gjøremål, målene og bedringen, var det første de tenkte på når de så skjemaet og vurderingskortene.

*”Jeg kunne jo for eksempel støvsuge da, det som var så tungt. Og det har jeg blitt bedre til. Ja, også var det å lage middagen (...). Jeg ser jo fremdrifta da, eller resultatet”. – Sigurd.*

### 5.3.3 Det var fint og nyttig å snakke om hverdagen

To informanter mente at de ikke hadde så mye å fortelle om hverdagen sin, mens en annen informant var redd for at den snakket for mye om uinteressante ting ved første samtale. Allikevel forstod hun til slutt at de faktisk var interessert i alle detaljene i hverdagen.

*”For den gangen de satt her, så tenkte jeg at de er da ikke interessert i alt dette her liksom. Jeg var ikke vant til det, men jeg skjønnte jo at de var det til slutt da.”. – Solveig.*

Det kom veldig tydelig frem at å snakke om hverdagen gikk veldig fint for alle. Det ble nevnt at det spilte ingen rolle og at det ikke var noe vanskelig. De synes det var veldig fint å dele hverdagen sin med teamet som var på besøk hos dem. De visste at de skulle få hjelp og da måtte de snakke om hvordan de hadde det. En informant synes det var greit å snakke om hverdagen, men opplevde at det ble for mange rare spørsmål som kunne være litt vanskelige å svare på.

*”Det var litt opp og ned da, for jeg fikk så mye rare spørsmål av dem, så jeg begynte å bli litt irritert”. – Ellen.*

Flere av informantene mente det var nyttig å snakke om hverdagen i startfasen av rehabiliteringen. Årsaken til dette var at de fikk innsikt i hva som kunne gjøres, hva som

kunne tilrettelegges og endres på i hjemmet, og hva som kunne trenes på hos dem. I tillegg snakket også en informant om at teamet var interessert i å høre hva den selv ønsket å ha hjelp til, og at det var uvant.

*”Det var jo klart at det var nyttig, for hvis jeg ville så kunne de hjelpe meg med å trene og få meg i gang igjen. Og de var interessert i å vite hva jeg ville ha hjelp til og. Så den første dagen var veldig uventet, men veldig fint”. – Solveig.*

#### 5.3.4 Helt naturlig å snakke om utfordringer

Overordnet synes de det gikk veldig fint å snakke om utfordringene som informantene hadde i hverdagen sin. Det var ingen som synes det var noe som var ubehagelig å snakke om. Det ble nevnt flere årsaker til dette, blant annet at det var helt naturlig å snakke om, at utfordringene var så selvforklart, at det var derfor teamet var der, og at de måtte jo snakke om det for at de skulle få hjelp til utfordringene sine. Det gikk fint å åpne seg, snakke om hvilke utfordringer de hadde, og hva de ikke fikk til i hverdagen sin til teamet som var der.

*”Jeg er ganske så grei til å fortelle om hva som plager meg. Men i den situasjonen så må det være at noen får noe ut av det. Min måte å overleve på er å snakke om det.” – Trude.*

Noen av informantene mente også at det gikk fint å snakke om utfordringer fordi det var egentlig ikke så veldig mye som var vanskelig for dem å gjøre i hverdagen. De mente at de klarte seg ganske greit, men at det var noe som var litt vanskelig. Allikevel var det en informant som opplevde at det var ganske vanskelig å snakke om hvilke utfordringer hun hadde fordi hun akkurat hadde kommet hjem og hadde ikke rukket å fått prøvd ut ulike aktiviteter i hverdagen sin enda. Hun visste rett og slett ikke hva hun ikke klarte eller hva hun ønsket å klare.

*”Det kom litt fort på meg, jeg hadde ikke tenkt at det kom noen hit. Og da var det litt vanskelig å tenke på ting du ville gjøre, for jeg tok det som en selvfølge at det som var i huset, det skulle jeg gjøre.” – Solveig.*

Det ble benyttet litt ulike fremgangsmåter for å finne frem til aktivitetsutfordringene hos informantene. Flere nevner at de kom frem til de gjennom en dialog med temaet og ved å snakke om hva som var vanskelig for dem. Noen mente at det nærmest sa seg selv hva som

var utfordringene siden de hadde så tydelige begrensninger i hverdagen sin, og at det derfor ikke var noe å lure på hva som var utfordringer. Utfordringene ble også snakket om og testet ut under førstegangsbesøket, men det var også noen informanter som prøvde seg på egenhånd til neste gang.

*”Når de kom, så skjønnte jeg at jeg bare kunne prøve, og da gjorde jeg det (...) når jeg var alene”. – Solveig.*

Flere av informantene mente at det var veldig nyttig å skulle snakke om hvilke utfordringer de hadde i hverdagen sin. Årsaken var at da kom det frem hva de ønsket å mestre og bli bedre på i hverdagen sin. Flere nevnte også at å snakke om utfordringene gjorde at de våget å prøve å utføre de, som de ikke hadde turt før. I tillegg ble det funnet noen kreative løsninger og tilrettelegginger som gjorde at de mestret utfordringene bedre allerede de første dagene.

*”Å snakke om utfordringene hjalp meg veldig. Det gjorde ting lettere, og at jeg våget å gjøre ting som jeg ikke hadde våget før. Også hva er alternativet når du sitter og har så vondt og ingen ting fungerer. Jeg skulle ikke gjøre noe galt, og da var det mange gode råd jeg fikk (...) og det gjorde meg tryggere”. – Trude.*

#### 5.4 ”Hvorfor få bronse hvis du kan få gull?” – Erfaringer med skåringsprosessen

Dette kapitlet handler om hvilke erfaringer og opplevelser informantene hadde med hele vurderingsprosessen som utføres med COPM. Det er delt inn underkategorier om hvordan de synes den generelle prosessen var, hvordan de erfarte å vurdere betydning og utførelse av utfordringene sine, og hvordan de erfarte å vurdere første gang sammenlignet med retesten.

##### 5.4.1 Delte erfaringer ved skåringsprosessen

Å vurdere seg selv og velge ut hvilket tall som passet dem best, erfarte nesten alle informantene at gikk greit. Det ble nevnt ulike årsaker til at dette gikk så greit, blant annet at de fikk god informasjon av teamet om hvordan de skulle gjøre det, eller fordi de enten klarte seg så bra eller dårlig at tallene var lette å finne frem til.

*”Jeg synes jo det gikk ganske greit da, men det er de som skal ha æren for det da. For jeg synes det var lett når de forklarte alt, og da synes jeg det var lett å gjøre det”. – John.*

Flere informanter nevner at god dialog og kommunikasjon var en viktig faktor for at skåringssprosessen gikk så bra. En informant husker ikke helt hvordan de utførte den, men kjente igjen vurderingskortene og mente at de fant frem til tallene ved hjelp av god dialog.

*”Nei, det husker jeg ikke helt, men kanskje vi snakket sammen og fant ut omtrent ’sånn og sånn’ også kom vi liksom frem til et tall. For jeg husker at jeg svarte med tall og måtte vurdere i forhold til en skala, men det var gjennom dialog hele veien”.* – Trude.

Nesten alle informantene opplevde en form for nytte med hele skåringssprosessen. Det ble gjentatt jevnlig at de mente det bidro til å synliggjøre fremgangen. I tillegg gav det en bevisstgjøring om hvilken funksjon de hadde fra starten, at det var et forbedringspotensial, og til slutt hvordan de utviklet seg etter endt rehabilitering. En informant synes spesielt det var moro med hele skåringssprosessen fordi da så han hva han hadde klart, hva han måtte trene videre på, og at han prøvde å oppnå så høye tall som mulig.

*”Ja, det synes jeg var moro, det synes jeg. Det å prøve å oppnå de høyeste tallene hele tiden. Og da visste jeg hva jeg greide, og hva jeg måtte prøve videre da, (...) det var det det dreide seg om. Så jo høyere jeg kom, jo morsommere synes jeg det var.”* – John.

Skåringssprosessen bidro også til å at de så fremgang, og at de nådde målene sine. En informant fortalte at hun mente at tallene var meget viktige og at de hadde en viktig oppgave når det gjaldt å skape motivasjon for å bli best mulig.

*”Det der med tallene tror jeg er ganske viktig, for hvis du setter deg som mål at dette må jeg bare klare eller vil klare, for hvis du ikke har det å gå etter så er det liksom ikke så farlig. Så derfor tror jeg det er nyttige tall, at du får det som en premie nesten. For når du har et mål å gå etter, hvorfor prøve å få bronse hvis du kan få gull?”* – Solveig.

Det var en informant som ikke visste om skåringssprosessen var så nyttig fordi hun fortalte at hun synes at hun klarte seg så godt på egenhånd. Hun fortalte at hun trodde at hun bare hadde utført skåringen en gang, den første gangen når teamet på kom på besøk, men ikke noe retest. Hvis det ikke ble utført noe retest kan dette være en årsak til at hun ikke så nytten like godt som de andre.

#### 5.4.2 Delte erfaringer ved skåring av betydning og utførelse

Helt overordnet synes alle at det gikk greit å skåre seg selv, og noen synes at å vurdere utførelse gikk veldig fint. Fordi utførelsen hos noen var svært begrenset, synes de det var enkelt å vite at de skulle velge et lavt tall på skalaen. Allikevel snakket noen av informantene om at det var litt vanskelig å skulle vurdere hvordan de utførte utfordringene sine. Det tydet på at årsaken var at de synes det var vanskelig å vite hvordan de skulle tenke, og hva tallene faktisk representerte som hvilken grad av funksjon. En informant fortalte at hun/han ikke skjønnte logikken med skåringsprosessen. En annen informant forteller at hun ikke har tenkt på denne måten før, og ikke har vært vant til å vurdere det hun har gjort. Det kommer også frem at å sette tall på denne måten var nytt for dem, og derfor vanskelig.

*”Ja, det synes jeg var vanskelig. Fordi jeg har aldri tenkt på at det kan være slik da. Jeg har bare vært der jeg har vært og gjort det jeg har gjort, og aldri tenkt på hvor mye det kunne telle i poeng. Jeg har aldri tenkt at nå har jeg gjort noe til ti poeng. (...) Jeg har ikke vært vant til å fått skåringstall på det jeg har gjort (...) Det var vanskelig, fordi jeg visste liksom ikke hva det fordres for å sette 'den skal der'. Hvor mye kunne jeg sette på? Jeg har aldri vært vant det, så det var vel derfor det var vanskelig”. – Solveig.*

En annen informant fortalte at det gikk greit å vurdere, men at det ble litt tipping på hvilket tall som ble valgt til å representere utførelsen. Noen fortalte at det ikke var vanskelig å finne frem til riktig tall, men at det var litt vanskelig fordi de synes det var tungt eller ubehagelig å skulle sette et veldig lavt tall på utførelsen.

*”Det var vanskelig den første gangen, for du vil jo være bedre enn du er da. Men det var greit å få festet det, også satte jeg det litt lavt for jeg hadde jo litt å gå på”. – Sigurd.*

Å vurdere betydningen av utfordringene var det også litt delte erfaringer rundt. De fleste synes at det var enklere å skulle vurdere betydning fremfor utførelse fordi det handlet om hva utfordringene betydde for de, og hva som var viktig å mestre i hverdagen for dem. Å få vurdere betydningen av utfordringene gav dem inntrykk at de gikk videre med det de ønsket selv.

*”Betydningen var jo det som var betydning for meg. Og da visste jeg at det de gjorde og sa videre, at det var det riktige for meg.” – John.*

Noen synes også det var litt vanskelig å vurdere betydningen og hvor viktig ulike aktiviteter var fordi de ikke har tenkt på denne måten før.

*”For jeg har liksom aldri lært det med å sette tall og hvor mye det betyr da. Jeg har bare gjort det, jeg har aldri tenkt at det der skal du få noe tall for”. – Solveig.*

En informant synes det var vanskelig å vurdere betydningen av ulike aktiviteter opp mot hverandre fordi det var å gå litt for mye i dybden, så tidlig i en prosess hvor hun var så dårlig i formen.

*”Det var vanskelig å finne vurderingen eksakt på det, det synes jeg blir litt å gå i dybden på sånne vesentlige behov. For meg var det viktigste bare å komme meg gjennom hverdagen fra time til time de første ukene”. – Trude.*

#### 5.4.3 Det var enklere å vurdere seg ved retest

Det var veldig tydelig at de fleste synes det var enklere å skulle vurdere på nytt ved retest fremfor første gang. Det ble lettere fordi de hadde allerede gjort det en eller flere ganger før, de visste hva det gikk ut på, og de visste hva de skulle gjøre. I tillegg snakket flere om at det var enklere fordi de var kommet i mye bedre form og kunne få sette høyere tall.

*”Ja, det var lettere. For da var jeg liksom ferdig og det ble mye niere, og da blir det liksom litt lettere til sinns”. – Sigurd.*

Flere snakket om at fremgangen ble svært tydelig når de vurderte seg på nytt ved retesten. Det ble også nevnt at selv om de visste at de var blitt bedre i utførelsen av både aktiviteter og øvelser, så var det allikevel moro å sette de høye tallene til slutt og at det ble en slags en premie.

*”Selv om jeg kanskje visste selv at jeg klarte det, så hjalp det til at det var tatt med, og at jeg fikk de tallene”. – Solveig.*

Det var enighet om at det føltes veldig godt å kunne få høye tall på utførelse når de var ferdige. En informant var fortsatt litt usikker på å vurdere utførelsen sin fordi hun var redd for å sette for høye tall.

*”Jeg ble jo egentlig litt redd for å sette for høye tall da, det skal jeg innrømme. Jeg har vel aldri vært vant til å roste meg selv, det har vel noe med det å gjøre. Jeg har aldri tenkt at man gjør ting som man trenger å si noe om er bra eller ikke bra. (...) Men da når jeg hadde gjort aktivitetene og synes det var bra selv, da var det lettere å sette tall på det”. – Solveig.*

En informant husket ikke skåringsprosessen like godt og var usikker på detaljene rundt den, mens en annen var usikker på om hun/han tok retesten i det hele tatt.

## 5.5 ”Hvilket mål har du?” – Erfaringer med målsettingsarbeidet

Dette kapitlet handler om hvordan informantene erfarte hele prosessen med målarbeidet. Det er delt inn i underkategorier om hvem sine mål de opplevde at det var, at informantene ønsket å klare seg selv og hva målene bidro med i rehabiliteringen, men også i etterkant av den.

### 5.5.1 Det var informantenes egne mål

Alle informantene opplevde at det var de selv som bestemte hvilke mål de hadde i rehabiliteringen sin. De forteller at målene ble det som de ønsket selv. Målene ble det som var viktige for dem å jobbe med, det de ønsket å få til eller det de ønsket å bli bedre i, i løpet av rehabiliteringen.

*”Det jeg husker er at de stadig spurte meg ’hvilket mål har du?’” – Trude.*

Allikevel nevnte flere at målene ble til gjennom et samarbeid og at teamet også hadde de samme målene. De jobbet derfor mot de samme målene gjennom rehabiliteringen.

*”Det var mitt mål, men det var vel deres mål og”. – John.*

En informant fortalte at hun fikk velge de målene som hun ønsket selv, men allikevel ønsket teamet at hun skulle ha et ekstra mål som hun absolutt ikke ønsket selv. Det var et mål som informanten følte seg usikker på, hun hadde ikke utført aktiviteten før skaden, og hun ønsket



ikke dette målet fordi hun var redd for at det skulle gå galt. Informanten opplevde at de ønsket at hun skulle gjøre mer enn hun egentlig klarte. Dette målet ble ikke jobbet videre med, men informanten ble tydelig preget av hendelsen.

*”Eneste er at vi ble litt uvenner når de skulle tvinge meg til å støvsuge og vaske gulvet. Jeg klarer ikke bøye meg, så hvis jeg blir liggende så kommer jeg meg ikke opp igjen. Det ble litt klabb og babb der. Jeg tror de mente at jeg skulle gjøre litt mer enn det jeg egentlig klarte hadde jeg inntrykk av”. – Ellen.*

Det at informantene ble spurt om hvilket mål de ønsket, og at de jobbet med egne mål synes de var veldig fint. Det ble nevnt at det å bestemme egne mål var meget positivt, at de fikk en god selvfølelse, de fikk en stolthet og at det var motiverende. *”Jeg synes det var veldig greit, men hva det gjorde med meg, jeg fikk litt stolthet kanskje”. – Marit.*

#### 5.5.2 Et ønske om selvstendighet

Det å klare seg selvstendig i sitt eget hjem ble sett på som et svært viktig og overordnet mål for alle informantene. Dette var noe de snakket mye om og som ofte ble trukket frem gang på gang under intervjuene. De ønsket å klare seg selv og ikke være avhengig av andre mennesker. De ville ikke å bli sittende i en stol og vente på at andre hjalp dem med ulike oppgaver i hjemmet. Det var også noen som trakk frem at de følte på forventninger fra ulike hold. De hadde ansvaret for seg selv og sitt hjem, samtidig som det var en forventning om at de skulle klare å bo selvstendig hjemme så lenge som mulig fra samfunnet sin side. Det var et syn om hvis man hadde mulighet og ønsket å klare seg selv, var dette det beste både for dem selv og for samfunnet.

*”Det jeg forventer av meg selv er at jeg skal gjøre alle tingene selv. (...) Jeg kan ikke tenke meg å bare sette meg til, og si til andre ‘gjør det og gjør det’, nei. For så lenge du er klar i hodet og du bor alene så skal man prøve å leve opp til det å kunne klare seg selv”. – Solveig.*

Innholdet av å klare seg selv opplevde de som å være oppegående, gjøre hverdagslige ting, å gjøre det som hørte til daglige gjøremål, og husmorsyrket. Ting som ble nevnt var å komme seg ut og inn av seng, forflytte seg både inne og ute, lage måltider, skifte på seng, stelle seg, dusje, handle og vaske klær og hus.

*”Målet mitt var jo å være oppegående og klare meg selv. For meg er det å være oppegående at jeg kan stå opp om morgenen, stelle meg, klare meg selv, spise frokost, og klare alt utenom vasking da. Målet mitt er at jeg kan klare det, og da er jeg fornøyd”. – Marit.*

Flere av informantene snakket om at de ønsket å få tilbake den funksjonen de hadde før, og å komme tilbake til normalen sin. Det var veldig viktig for dem å klare å utføre aktiviteter og oppgaver som det gjorde før.

*”Jeg kunne ikke bare sette meg ned og bli sittende her. Målet mitt var at jeg skulle bli frisk igjen og gjøre det som jeg pleide å gjøre før”. – Ellen.*

### 5.5.3 Målene betydde alt og gav motivasjon

Å ha mål under rehabiliteringen har vært veldig viktig for alle informantene. Målene var det som ble nevnt aller mest under alle intervjuene i ulike settinger. Det kom tydelig frem at målene var noe de virkelig ønsket å få til, og at målene har vært veldig nyttige for alle informantene. Målene gav dem et konkret mål som de selv ønsket å klare, og de fikk noe konkret å jobbe mot og strekke seg etter. Det ble også nevnt at målet var viktig både for dem selv, men også for teamet, slik at alle var bevisste på hva de ønsket å klare. Målene ble en påminnelse, selv om det ble nevnt at de ikke tenkte på det hele tiden, rett og slett fordi de tok det litt for gitt at de skulle klare det.

*”Jeg tror det var veldig viktig for alle å ha målene for å bli bevisste. Jeg mener det er veldig bra å ha noe å jobbe og strekke seg etter”. – Trude.*

Det viktigste målene bidro med, var at alle informantene fikk mye motivasjon. Dette kom tydelig frem fordi det ble nevnt flere ganger at det viktigste med alt var å klare målene. Flere nevnte at det til tider var tungt, men at de ville så gjerne klare målet sitt og derfor stod de på så mye de kunne.

*”Jeg hadde som mål å prøve å få opp igjen gnisten, og den er bra i dag! (...) Det er vel målene som har økt motivasjonen for å komme meg ut. Så da må jeg ta meg selv i nakken og si at nå skal jeg gjøre 'det og det'”. – Sigurd.*

Målene har dermed skapt stor motivasjon for informantene og vært svært viktige for fremgangen de erfarte. Det ble nevnt at det nyttet ikke å gi opp, for da blir ikke bedre.

*”Jeg kunne ikke bli sittende og ha det så vondt, for jeg måtte på beina igjen. Derfor sa jeg ‘jeg skal, jeg vil, jeg må!’. Hvis du ikke har noe motivasjon eller noen ting, da mener jeg at da står du bare der da, da står du stille.”* – Ellen.

Å jobbe med målene under selve rehabiliteringen synes de var veldig greit. Da nevnte de trening, enten det var øvelser, gå turer eller trene på hverdagslige gjøremål. Det ble også nevnt at det var litt frustrerende i starten, fordi det var tungt og at de ikke klarte alt med en gang slik de ønsket.

*”Det gikk i grunnen litt på tross, fordi jeg skulle greie det! Det var det jeg jobbet for”* – John.

Målene ble jobbet med både sammen med teamet, men de prøvde seg også frem alene. Mange av målene var hverdagslige aktiviteter, og de fant sine egne teknikker for å få det til. De jobbet godt med målene, og noen nevnte at de så på målene om å klare hverdagslige aktiviteter som trening.

*”Det var veldig greit å jobbe med målene, for det var jo ting jeg måtte gjøre synes jeg. Alt jeg dreiv med så jeg på som trening”* – Marit.

Flere informanter forteller at de lagde mål som de jobbet med videre etter at de var ferdige med rehabiliteringen. De fortsatte å gjøre øvelser og var aktive slik at de kunne bli enda bedre. Noen ønsket å komme i enda bedre fysisk form og klare enda mer, mens andre ønsket å klare å forflytte seg uten rullatoren.

*”Jeg har bestemt meg for at jeg skal være såpass at jeg kan klare å jogge en tur. Det er neste mål”* – Sigurd.

## 5.6 ”Du følte jo at du ble hørt” – Opplevelsen av brukermedvirkning

Dette kapitlet handler om hvilken opplevelse informantene hadde rundt sin egen deltakelse i sin rehabilitering. Det er delt inn i tre underkategorier som handler om de hadde en opplevelse

av å bestemme noe, og at godt samarbeid og god dialog med teamet var viktig for å føle seg deltakende.

### 5.6.1 Litt ambivalente opplevelser av å bestemme

Det ble snakket mye om informantenes deltakelse i sin egen rehabilitering. Når de fikk spørsmålet som handlet om de opplevde å få være med på å bestemme noe eller å delta i valg som ble gjort, så var nesten alle usikre på om de hadde gjort det. En informant mente det var teamet som bestemte og at han ikke hadde deltatt noe i valg som ble gjort.

*”Jeg vil si at det var de som bestemte. Jeg tenkte bare på det som de sa og gjorde”. – John.*

Flere opplevde også at det var de i rehabiliteringsteamet som bestemte, og at det var veldig greit. De nevnte at det var fordi det var de som var eksperter, fagfolk og hadde utdannelsen, slik at de visste hva som måtte gjøres. Informantene hadde derfor stor tiltro på den hjelpen de fikk og at de stolte på det teamet sa og gjorde.

*”Jeg tenkte jeg skal bare gjøre det som de sier, for det er jo det som er riktig, de er jo eksperter på det de er”. – Marit.*

Allikevel opplevde nesten alle at de hadde deltatt på ulike områder, men at de deltok slik de opplevde at ble forventet av dem fra teamet. Informantene hadde tidligere i intervjuene fortalt at de bestemte mål og skåret seg selv. Når det ble henvist til dette, fant alle ut at de hadde vært med på å bestemme litt forskjellig allikevel. Til slutt ble det tydelig at alle hadde bestemt målene sine selv. Noen nevnte også at de bestemte hvilket tall de skulle sette når de skulle vurdere seg selv, men ikke alle.

*”Jeg tror ikke jeg bestemte noe, jeg fulgte bare deres oppskrifter jeg. Men jeg gikk jo frem til det å gå, det var jo målet MITT”. – Johanne.*

Trening var også et område hvor flere opplevde å få være med å bestemme i større grad. Det handlet mye om at de opplevde stor deltakelse når de trente fordi de rett og slett var aktive. Det ble snakket om at de ikke sluntret unna og gjorde det de skulle. Flere nevnte også at de var med på å bestemme om treningen skulle være hardere, lengre, lettere, eller om de skulle

øke med repetisjoner på ulike treningsøvelser. De erfarte det som veldig fint å kunne være med å bestemme hvor hard og lang treningen skulle være.

*”De spurte meg om vi skulle gå, om jeg hadde lyst til det. Også spurte de hvor vi skulle gå og hvor langt vi kunne gå. Og hvis jeg ikke orket mer så måtte jeg si ifra, og hvis ikke så kunne vi gå lenger. Det var ålreit synes jeg, for det var ikke hver dag som var like god”. – Solveig.*

Alle opplevde at de deltok ved å være tilstede og bidro ved valgene som ble gjort. En informant hadde spesielt høy opplevelse av å være med å bestemme fordi hun/han mente at hun/han var med å bestemte alt som foregikk, og nevnte blant annet både mål, trening, finne egne teknikker og hvilke hjelpemidler hun ønsket. De som opplevde å delta og bestemme mye gjennom hele rehabiliteringen snakket litt om hva det betydde for dem. En informant snakket mye om at hun/han synes det var veldig fint, for hun/han kjente sin egen kropp best og kunne komme med egne erfaringer. Flere opplevde at det var fint fordi de følte seg hørt og at de hadde litt å si når ulike valg ble tatt.

*”Det var absolutt nyttig å kunne være med å bestemme litt for du følte jo at du ble hørt da. Og det synes jeg var fint”. – Solveig.*

En informant reflekterte mye rundt sin opplevelse i å få delta og bestemme så mye. Hun fortalte at hun var ikke vant til å kunne få være med å bestemme på denne måten.

*”Det var uvant og bra å være med å bestemme, så det var helt fint. For man har jo liksom ikke vært vant til det når man ha kommet til doktoren. Da har det ikke vært du som har bestemt hva som skulle skje. (...) Men når man kommer der også sier de at ‘nå står jeg til din disposisjon, hva er det du vil i dag?’ DET synes jeg var stort jeg!”. – Solveig.*

Å finne egne teknikker for å mestre ulike hverdagslige aktiviteter ble nevnt av noen informanter som en viktig faktor for å nå målene. Dette gjorde at de opplevde høy grad av deltakelse fordi de måtte delta i så stor grad og teste selv hvordan de skulle få til utfordringene. Ting som ble nevnt var spesielt å skifte på sengen, hvor de brukte kreativitet og fant egne teknikker for å mestre aktiviteten. Andre ting som ble nevnt var å skrelle poteter, dusje, ordne klesvask, og tre klær og sokker over føttene. En informant forteller om sin kreative måte for å tre på seg klær og sko over beina.

*”Jeg lå og tenkte ut hva jeg skulle gjøre for noe. Også fant jeg på det med den stolen, og da gikk det så fint, og da var jeg så glad! Man kan gjøre veldig mye selv altså”. – Marit.*

### 5.6.2 Samarbeid og dialog er suksessfaktor

God kommunikasjon og dialog var noe alle informantene snakket gjentakende om i intervjuene, og som de mente var svært viktig. De nevnte alle at fordi det var så god kommunikasjon på flere områder, så følte de at de var meget delaktige i alt som foregikk. Det foregikk en dialog hele tiden som de følte at de hadde en viktig stemme i. Flere opplevde at teamet var meget lette å snakke med og at de satt tålmodig og hørte på hva informantene hadde å fortelle.

*”I og med at den dialogen foregår hele tiden så er det veldig viktig å holde den i gang. Man må prøve og feile og hva klarer du, klarer du mer? Vi gjør 'sånn og sånn'. Så dialogen er viktig, jeg hadde så god kommunikasjon med alle tre”. – Trude.*

Flere nevnte også at de opplevde å ha en mer personlig kommunikasjon med teamet og hadde veldig fine samtaler om andre ting også. Dette var noe de satte stor pris på.

*”Men så pratet vi om andre ting og, hvordan vi hadde det. Fysioterapeuten fortalte jo så mye om datteren sin og alt det der. Så vi pratet og hygget oss ved siden av”. – Johanne.*

Et godt samarbeid er noe som alle informantene trakk frem gang på gang. Det handlet mye om at de hadde en god toveis-kommunikasjon som de deltok mye i. Det var tydelig at alle informantene mente at å samarbeide godt var veldig viktig for at de skulle klare å nå målene sine. Informantene opplevde at det var enkelt å samarbeide med teamet, og at dette var veldig viktig. Det at de kunne spørre spørsmål og ha et godt samarbeid gjennom hele prosessen gav informantene en trygghet om at deres interesser ivaretatt, og at de hadde mennesker som forstod dem.

*”Jeg følte meg veldig trygg, for jeg hadde folk som forstod meg og var trygg i sitt fag”. – Trude.*

## 6. Diskusjon

### 6.1 Diskusjon av resultater

I dette kapitlet vil det drøftes ulike sider ved hovedtemaene som ble presentert i resultatpresentasjonen, i tillegg belyses de med relevant teori, litteratur og tidligere forskning.

#### 6.1.1 COPM fremmer hverdagsrehabiliteringens prinsipper

Alle informantene ble godt informert på forhånd om at det var innholdet i COPM som skulle bli undersøkt, at det var det som var problemstillingen, og spørsmålene som ble stilt var rettet mot dette. Allikevel ble det ofte snakket om ulike områder innenfor hverdagsrehabiliteringen fordi informantene dro samtalen over til det. Det virket som at de var svært ivrige med å fortelle om sine erfaringer og opplevelser om hvordan de hadde det før de fikk tilbudet, hvor bra tilbudet var, og hvor mye bedre de var i dag. De ønsket virkelig å trekke frem og rose hverdagsrehabiliteringen og alle menneskene som hadde hjulpet dem. Noen ganger hendte det at informantene fikk et spørsmål som handlet spesifikt om COPM, men svarene handlet mer om hverdagsrehabiliteringen. Det kunne til tider virke som de ikke var helt klar over hva som var hva, eller hva COPM faktisk inneholdt selv om dette ble gjennomgått rett før intervjuene. Ved analyseringen var det også en usikkerhet om det var COPM eller hverdagsrehabiliteringen som bidro til ulike opplevelser og utfall. Det kunne virke som at de opplevde COPM som en naturlig eller integrert del av hverdagsrehabiliteringen, og ikke som et alenestående verktøy. En årsak til hvorfor det kunne være utfordrende å skille COPM fra hverdagsrehabilitering kan være fordi de bygger på like verdier og prinsipper. Begge fokuserer på aktiviteter som er viktige for brukeren, det er spesielt fokus på hverdagslige aktiviteter og daglige gjøremål, man ønsker økt selvhjulpenhet i disse, og det er spesielt stort fokus på brukermedvirkning. COPM kan derfor sees på som en integrert del av hverdagsrehabilitering ved å være et verktøy som bidrar til å fremme hverdagsrehabiliteringens verdigrunnlag. Allikevel består COPM og hverdagsrehabilitering av ulike elementer som tilsammen danner en fullverdig rehabiliteringsprosess. Verdens helseorganisasjon formidler i rapporten ”World report on disability” at en rehabiliteringsprosess skal bestå av fem komponenter; å identifisere behov/problem, finne faktorer som kan påvirkes, definere mål, iverksette planlagte tiltak og evaluere effekt (WHO, 2011). Av disse komponentene møter COPM komponentene å identifisere behov/problem, definere mål og evaluere effekt, mens hverdagsrehabiliteringen møter komponentene å finne faktorer som kan påvirkes og iverksetter planlagte tiltak. Dette kan vise til at tiltakene som

igangsettes i hverdagsrehabilitering bygger på informasjonen som fremkommer fra kartleggingen med COPM, som identifiserer behovene og definerer målene. Det at COPM og hverdagsrehabilitering består av så like verdier og prinsipper, og at de tilsammen møter alle komponentene som en rehabiliteringsprosess skal ha, kan være en årsak til at COPM fungerer bra i hverdagsrehabilitering. De danner et sterkt grunnlag av like verdier, samtidig som de bygger opp en hel rehabiliteringsprosess. COPM bidrar med å fremme hverdagsrehabiliteringens prinsipper, og det vil være til stor fordel for hverdagsrehabiliteringen som tiltak. Resultatet fra denne studien støtter helsedirektoratets anbefaling om å benytte COPM i hverdagsrehabilitering (Førland & Skumsnes, 2016), og at COPM er nøkkelverktøyet for utarbeidelse av mål og plan (Laberg & Ness, 2012).

### 6.1.2 Trygghet hos brukerne er svært viktig

Det kommer frem i resultatet at alle informantene er svært fornøyde med hverdagsrehabiliteringen fordi de ble så godt fulgt opp, de fikk en trygghet, og flere mente at de ikke hadde vært så bra i dag uten den hjelpen og oppfølgingen de fikk. Rehabiliteringen besto av mye trening på hverdagslige aktiviteter og generelle øvelser, og de trente både med og uten teamet til stede. Den kvalitative studien av Hjelle et al (2016) undersøkte hvilke erfaringer brukere har med hverdagsrehabilitering, og kom de frem til akkurat det samme som nevnt ovenfor. Brukerne opplevde stor trygghet og selvtillit til å tørre å utføre aktivitetene. Dette kan tyde på at hverdagsrehabilitering er en arbeidsmetode hvor mottakerne opplever en stor trygghet til å gjennomføre den daglige treningen både med og uten teamet til stede, de opplever å bli fulgt godt opp og at de ikke hadde blitt så bra uten hverdagsrehabiliteringen.

Ifølge Axel Honnests anerkjennelsesteori har mennesker et behov for omsorg, nærhet og vennskap, og at ved å få dette fra andre mennesker vil man oppleve en følelse av trygghet, sikkerhet og større selvtillit (Jenssen & Tronvold, 2012). Informantene uttrykte før rehabiliteringen en stor usikkerhet om sin situasjon, sin kropp og de var redde for å gjøre noe galt. De hadde aldri turt å trene så hardt og mye på eget initiativ, men hverdagsrehabiliteringsteamet gav dem den sikkerheten de trengte slik at de følte seg trygge og fikk selvtillit til å utføre det de skulle. Dette viser at mennesker i en sårbar situasjon som føler seg utrygge kan ha særlig behov for å møtes med omsorg og utvikle relasjoner med teamet for å bygge opp trygghet og selvtillit hos dem. Det vil være viktig fordi brukerne i hverdagsrehabilitering etter hvert er nødt til å utføre aktiviteter, trening og øvelser uten at rehabiliteringsteamet til stede. Å bygge opp trygghet og selvtillit hos usikre brukere kan



derfor være en viktig faktor som kan bidra til økt aktivitet og deltakelse uten at teamet er til stede, noe som vil kunne øke bedring av funksjoner både under og etter at rehabiliteringen er ferdig. Alle informantene ble mer aktive etter endt rehabilitering, og tryggheten og selvtilliten de hadde fått var en viktig årsak for dette.

### 6.1.3 Opplevelse av grundig kartlegging

Det kommer frem i datamaterialet at informantene opplevde at samtalen om hverdag deres var veldig fin. De visste at nå skulle få hjelp og da var det naturlig å snakke om hvordan de hadde det i hverdagen og hvordan de klarte seg. COPM-intervjuet (Law et al., 2014) er bygget opp slik at man ønsker å få et vidt bilde av personens hverdag, deres betydningsfulle aktiviteter og hvilke utfordringer de har. Informantene fikk en god oversikt over hva som kunne gjøres, hva som kunne tilrettelegges og trenes på. Det ble benyttet videre i kartlegging og planleggingen av rehabiliteringen. Det tyder på at det er nyttig å benytte COPM for å få en helhetlig oversikt over brukerens hverdag, hvilke betydningsfulle aktiviteter og utfordringer de hadde. Noen informanter trodde ikke at teamet kunne være så interessert i alt det de fortalte. Det var uvant at de undersøkte så dypt og at teamet stilte veldig mange spørsmål rundt hverdagen deres. Det kan derfor virke som at informantene ikke helt forstod at denne samtalen faktisk gav viktig informasjon for teamet. Dette kan også tyde på at det ble utført grundige kartlegginger hvor mange av elementene i CMOP-E-modellen (Polatajko et al., 2012) ble gjennomgått, for å få en full forståelse av hverdagen og situasjonen til brukerne. Ved å gjennomgå alle komponentene vil man kunne få et bredt bilde av personens aktiviteter og hvilke som er utfordrende. Informantene synes det var uvant at teamet var så interessert i at de snakket om sin egen hverdag, og at de ikke har hatt denne opplevelsen tidligere. Det kan derfor tyde på at andre helsetjenester ikke har vært så interessert i alle komponentene som påvirker aktivitetsutførelse slik som COPM etterspør. COPM handler nettopp om å snakke om en vanlig hverdag, og å finne betydningsfulle og utfordrende aktiviteter i hverdagen til brukeren, og resultatene tyder på at informantene har opplevd dette.

Alle informantene synes det gikk fint å snakke om hvilke utfordringer de hadde i hverdagen sin fordi de skulle få hjelp. En informant sa at den informasjonen hun gav i denne situasjonen, måtte gis til en person som fikk noe ut av informasjonen, og kunne gjøre noe med det. Det kan derfor virke som at hun synes det gikk fint å snakke om utfordringene sine til teamet fordi hun delte det med mennesker som hadde som formål å hjelpe henne med nettopp utfordringene. De synes det var nyttig å snakke om utfordringene sine fordi da kom de frem

til hva de ønsket å mestre og bli bedre på i hverdagen sin. Det kan derfor tyde på at å snakke om utfordringene under COPM-intervjuet gjorde at informantene reflekterte over sin egen situasjon, hvilke ressurser de hadde, hvilke utfordringer de hadde og hva de ønsket å mestre.

#### 6.1.4 Skåringsprosessen krever god informasjon og abstrakt tankegang

Datamaterialet viser at informantene synes overordnet at det gikk greit med hele skåringsprosessen fordi de fikk så god informasjon om hvordan de skulle utføre det av teamet. Allikevel synes noen at det var litt vanskelig. Årsaker var at de ikke forstod logikken, hvilket tall som representerte hvilken grad av funksjon i aktiviteten, og at de ikke hadde tenkt på denne måten før. I tillegg var det vanskelig var fordi de hadde tenkt på denne måten før. Det var helt nytt og uvant for dem. I COPM-manualen (Law et al., 2014) står det at brukeren skal vurdere hvordan hun/han utfører aktiviteten nå, hvor 10 er svært bra og 1 er at de ikke kan utføre det i det hele tatt. Når flere informanter nevner at de ikke var sikre på hva tallene tilsa og at noen tippet, kan dette tyde på at de trenger et litt mer konkret bilde eller retningslinje for hva tallene faktisk representerer. Allikevel vil dette kunne være litt motstridende fordi skåringsprosessen i COPM ikke har en standardisert grad av utførelse, fordi vurderingene nettopp skal være brukernes subjektive opplevelser (Law et al., 2014). De informantene som fortalte at vurderingsprosessen gikk fint, mente at det var på grunn av god informasjon og veiledning fra teamet. Dette kan tyde på at det er behov for svært god informasjon rundt vurderingene, slik at de forstår hva de skal, og at det blir utført på riktig måte.

I den kvalitative studien av Chen et al (2002) erfarte også ergoterapeuter som utførte COPM med brukere at noen kunne ha litt utfordringer med å vurdere seg selv, men at dette gjaldt brukere som ikke hadde så god selvinnsett. McColl et al (2005) oppsummerer ulike utfordringer som har dukket opp ved bruk av COPM, og nevner at en av disse ofte er skåringsprosessen hvor brukerne skal vurdere seg selv. Mange kan ha problemer med å skulle vurdere seg selv med en så abstrakt skåringsskala fra 1 til 10 (McColl et al., 2005). Studien av Carswell et al (2004) kommer også frem til utfordringer med skåringsprosessen (Carswell et al., 2004). Aktiviteten brukerne skal vurdere er ofte en sammensatt aktivitet som består av flere komponenter. I tillegg finnes det ingen fasit med retningslinjer når de skal vurdere seg selv subjektivt. Dette vil være en form for kvalitativ vurdering, men man skal allikevel tallfeste utførelsen av aktiviteten. Man er avhengig av å klare å tenke abstrakt for å klare å benytte skåringsskalaen for å finne frem til et tall som skal representere sin utførelse av en ofte sammensatt aktivitet. Personer som har noen typer psykiske lidelser eller fått en

hjerneskode som rammer pannelappen, kan ha spesielt utfordringer med å dette fordi evnen til abstrakt tenkning svekkes (Malt, 2018). Nå har ikke disse informantene hatt noe spesielt kognitiv svikt, men det viser allikevel at disse også har hatt utfordringer med å vurdere seg selv. McColl et al (2005) formidler i sin artikkel at når det oppstår utfordringer med skåringsprosessen, er det viktig at terapeutene er kreative når de beskriver skalaen og finner gode strategier for god og effektiv kommunikasjon. Spesielt vil det være viktig å ha fokus på språket og ordbruk når man stiller spørsmålene (McColl et al., 2005).

To informanter synes det var litt vanskelig å skulle vurdere utførelsen sin i aktiviteter fordi de måtte sette så lave tall, ikke fordi det var vanskelig å forstå systemet. Det kunne virke som de synes det var litt ubehagelig å sette lave tall fordi de ønsket å være bedre i aktivitetene enn de var. Dette viser også at de hadde god innsikt og refleksjoner rundt sin egen situasjon. Disse informantene var de som kanskje erfarte raskest og størst bedring, og var meget opptatte av fremgangen de hadde, og hvilke tall på utførelse de avsluttet med. Jo lavere tall man starter med på utførelse, jo større endring er det grunn til å tro at man kan oppnå, og desto større mestringsfølelse vil brukerne også kunne oppleve.

Å vurdere betydningen av aktivitetene synes informantene var mye enklere fremfor å vurdere utførelse av de. Det ble nevnt at ved betydning så handlet det bare om hva som var viktig for dem og derfor var det enklere å vurdere. Det kan virke som at dette var lettere fordi de ikke skulle vurdere noe i forhold til fysiske funksjoner, men at det rett og slett var deres egen mening om en aktivitet. Hvor betydningsfullt noe er vil oppfattes som en subjektiv følelse hos brukerne og dette er noe bare de kan svare på. Utførelse derimot er noe man fysisk gjør, og dette kan være en årsak til at utførelse var mer utfordrende for dem å vurdere. En informant fortalte også at den trodde at sin utførelse skulle sammenlignes med andres utførelse i samme aktivitet, og hvordan ”normalen” utførte den. Dette tyder på at informanten ikke helt hadde forstått at skalaen ikke har en felles standard for alle, men at det i utgangspunktet er de selv som bestemmer hva som er ytterpunktene i skalaen når aktiviteten utføres svært bra eller ikke kan utføres i det hele tatt. En annen faktor kan være at betydning var en ren subjektiv vurdering om hvor viktig en aktivitet var for dem, og skalaen blir derfor ikke like komplisert. Ved vurdering av utførelse kreves det større refleksjoner og abstrakt tankegang fordi de må reflektere rundt hvilken aktivitet det handler om, hvordan de selv synes de utførte den, satt i en skala hvor ulike tall skal representere ulike utførelse. Å vurdere utførelse setter større krav til å reflektere over hvilken utførelse de selv mener at alle tallene på skalaen skal representere,

samt at de skal plassere seg selv der de mener at de er akkurat på det tidspunktet. Vurdering av utførelse kan derfor sees på som en mer krevende prosess som setter krav til mer refleksjon og abstrakt tankegang fremfor vurdering av betydning som handler mer om en subjektiv følelse. Dette gjenspeiles i hva informantene opplevde.

#### 6.1.5 Målarbeidet ved COPM ivaretar tre fundamentale behov

I Siegert og Taylor (2004) sin artikkel om målsetting og motivasjon i rehabilitering fremkommer det at en av de viktigste elementene i rehabilitering er målsetting. Videre står det for at rehabiliteringen skal gå fremover, må man bli enige om mål og utfall (Siegert & Taylor, 2004). Den kvalitative undersøkelsen om hverdagsrehabilitering viser at målsetting var svært viktig for motivasjonen til brukerne (Hjelle, Skutle, et al., 2016). Resultatet fra denne masterstudien viser at informantenes mål var et svært viktig element i rehabiliteringsprosessen deres. Å klare målene betydde alt for de, og det gav dem motivasjon. Denne studien underbygger derfor tidligere studier om dette (Hjelle, Skutle, et al., 2016). Siden det er COPM som var verktøyet for å finne målene, kan man derfor si at COPM er et svært viktig element i hverdagsrehabiliteringen.

Ved å se dypere inn i det psykologiske plan kan man se nærmere på hvordan et godt målarbeid og økt motivasjon kan fremmes. Selvbestemmelsesteorien av Deci and Ryan er en teori som viser at mennesker har tre fundamentale behov; autonomi, kompetanse og slektskap. Autonomi handler om at individer har en selvstendighet og selvbestemmelse, og bruker det sammen med sine erfaringer (Siegert & Taylor, 2004). Det kommer klart frem i resultatene at informantene i denne studien opplevde å få bestemme sine egne mål og at det var et stort fokus på hva de ønsket å utføre og bli bedre i. De fortalte at å få velge mål var positivt fordi det gav dem ekstra motivasjon, større selvfølelse og at de opplevde stolthet. COPM sin målprosess bidrar til å fremme autonomi i stor grad. Fremgangen er grundig og systematisk for å finne mål som brukeren ønsker selv. Det er et tankesett om at brukeren kjenner seg selv og sitt hverdagsliv best, og man ønsker at de skal bidra med sine erfaringer. Ved å la brukerne bestemme sine egne mål kan det bidra til at de velger noe de virkelig ønsker, noe som kan øke motivasjonen, samt at de får et eierforhold til det. I resultatet kommer det frem en hendelse hvor en informant blir foreslått å ha et mål som den ikke ønsker selv. Hverdagsrehabiliteringsteamet ønsker at brukeren skal vaske leiligheten sin selv. Det kommer veldig tydelig frem at dette ikke opplevdes hyggelig for informanten. Dette målet gjorde at informanten ble usikker, redd og irritert, og de valgte til slutt å ikke gå videre med dette

målet. Hvis de hadde gjort dette kunne det ha påvirket hele rehabiliteringen, og forholdet mellom teamet og informant kunne blitt dårligere. Ser man dette i lys av anerkjennelsesteorien (Jenssen & Tronvold, 2012) så var denne informanten nær ved å oppleve krenkelse i både anerkjennelsesformene kjærlighet og rettighet. Krenkelse kan her bety at informanten ikke fikk anerkjennelse for sine ønsker og behov om å ikke ha dette målet, og det skadet følelsen av trygghet, sikkerhet og selvtillit. Krenkelse kan også være at informanten ble fratatt sin rett om å få velge sine egne mål. Det fremkommer i resultatene at informanten til dels opplevde disse krenkelsene. Målet ble ikke valgt å jobbe videre med etter diskusjon dem i mellom, men det var svært tydelig at det preget informanten allikevel. Hvis dette målet hadde blitt valgt kunne informanten ha blitt enda mer preget og opplevd krenkelsene som ble diskutert ovenfor. Det kan tenkes at denne situasjonen ikke har grobunn fra verktøyet COPM, men at det handler om at hverdagsrehabiliteringsteamet ser den økonomiske besparelsen for kommunen. Hvis informanten hadde vasket leiligheten sin selv, så hadde den ikke hatt behov hjemmehjelp og bistand fra kommunen til dette. Ifølge Siegert og Taylor (2004) er dette en situasjon som ofte dukker opp, hvor økonomien kan spille en rolle for hvilke mål som blir benyttet.

Neste fundamentale behov er kompetanse, og det handler om at man ønsker å mestre miljøet rundt seg, og man søker utfordringer for å øke denne mestringsfølelsen (Siegert & Taylor, 2004). At dette er et fundamentalt behov for velvære kan stemme overens sammenlignet med hvilket mål informantene hadde. Det aller viktigste for informantene var at de ønsket å klare å leve selvstendig i sitt eget hjem, altså å mestre miljøet rundt seg. De ønsket å mestre daglige aktiviteter i hjemmet og i nærmiljøet, slik at de ikke trengte være avhengige av noen. Å være selvstendig handlet om ulike å klare hverdagslige aktiviteter som å stå opp, dusje, stelle seg, lage mat, handle, og vaske og ordne i leiligheten deres. Mange så på disse aktivitetene og sin fysiske funksjon i et tidsperspektiv. De reflekterte frem i tid ved at de var redde for at de bare måtte sitte i en sofa og få hjelp til alt mulig. Videre reflekterte de tilbake i tid om hva de klarte da, og at de hadde et sterkt ønske om å klare det samme som de hadde klart før. De bruke nåtiden under rehabilitering til å endre utsiktene for en fremtid som de ikke ønsket, og søkte mot det de klarte i fortiden som et mål. For å søke etter utfordringene i miljøet sitt benyttet de sine tidsmessige erfaringer om hva de ønsket, for deretter å bruke disse for å mestre miljøet og øke mestringsfølelsen. Når informantene var ferdige med hverdagsrehabiliteringen fortalte de at de hadde nye mål som de jobbet med helt alene. Dette viser at det fundamentale behovet vi har for å søke nye utfordringer for å øke mestringsfølelsen var tilstede hos disse. Mange av

informantene snakket om at de opplevde en forventning om at de skulle klare seg selv, både hos seg selv, men også fra samfunnet rundt dem. Anerkjennelsesteorien består også av elementet solidaritet som handler om at vi naturlig verdsetter personers ressurser i et fellesskap (Jenssen & Tronvold, 2012). Det kan tyde på at informantene har fått med seg situasjonen vi står ovenfor med tanke på eldrebølgen og at flest mulig må bo hjemme og klare seg selv, men de hadde også en forventning fra seg selv om at de ønsket det. Sett i teorien består solidaritet av en følelse av selvaktelse hvor man benytter sine ressurser, egenskaper eller talenter som har en verdi for felleskapet (Jenssen & Tronvold, 2012). For informantene kan dette handle om å klare seg selv, ikke motta unødvendige helsehjelp, føle mestring i form av hvem du er og hva du kan bidra med. Noen ønsket å ikke være en belastning for pårørende, samt at de ville bistå med å ordne mat, kaffe og kaker når de fikk besøk.

Et annet viktig begrep i selvbestemmelsesteorien er indre motivasjon, hvor tanken er at det er mye mer effektiv enn en ytre faktor. Deci og Ryan definerer indre faktor med at belønningen kommer innen i fra hos personen. Ved å ha fokus på den indre motivasjonen vil man kunne øke personens følelse av kompetanse og selvbestemmelse. Dette kan man gjøre ved å bli ekstra godt kjent med personen før man kan hjelpe til med å finne meningsfulle mål (Siegert & Taylor, 2004). Som skrevet tidligere tyder det på at COPM bidro til at det ble utført grundige kartlegginger. COPM er et verktøy som skal kunne bidra til at terapeut blir svært godt kjent med brukeren, dens situasjon, verden, syn og meninger for å etablere hvilke aktiviteter de ønsker å mestre, som kan danne mål og deretter vil bidra med å skape indre motivasjon videre.

Det siste fundamentale behovet er slektskap og handler om at vi trenger en følelsesmessig tilknytning eller relasjoner til andre mennesker. Dette elementet kan sørge for at sosiale forhold ikke blir glemt ved utarbeiding av mål (Siegert & Taylor, 2004). Flere av informantene hadde sosiale interesser eller hobbyer utenfor leiligheten som for eksempel å guide, dra på kafé, gå turer eller møte familie og venner. Dette var aktiviteter som ble til konkrete mål og som de trente på under rehabiliteringen. Nesten alle disse målene ble nådd under rehabiliteringen, men noen måtte avvente til snø og is var borte og føre var bedre. Allikevel var dette aktiviteter som de til slutt utførte alene når rehabiliteringen var ferdig, og det var de utrolig fornøyde med. Siegert og Taylor (2004) medgir at dette siste behovet ofte lett kan bli glemt ved utarbeidelse av mål. Det vil være naturlig at målene vil ha forskjellig vanskelighetsgrad og kanskje vil noen være mest hensiktsmessig å starte med først. Ofte

starter man med de basale behovene, og derfor blir kanskje sosial tilknytning ikke prioritert først. Hvor lenge rehabiliteringen foregår, og hvilken situasjon brukeren er i vil også kunne påvirke hvilke mål man må starte med og hvor langt man kommer. Allikevel vil det være viktig å fokusere på dette fordi det er et fundamental behov vi har som mennesker. Dette behovet ble allikevel ivaretatt hos informantene i denne studien fordi de forteller om mål de hadde som ligger i denne kategorien. En årsak til dette ble ivaretatt kan være at COPM bygger på den kanadiske modellen som har fritid og sosiale aktiviteter som et viktig aktivitetskomponent. Under COPM-intervjuet spør terapeut derfor etter meningsfulle fritidsaktiviteter som inkluderer sosiale aktiviteter, og da om det disse er utfordrende å utføre (Law et al., 2014).

Denne studien viser at målarbeidet som ble utført med COPM i hverdagsrehabilitering har ivaretatt alle de tre fundamentale behovene som består av livets naturlige mål og gir en følelse av psykologisk vekst og velvære. Fordi bruk av COPM etterstreber en svært grundig kartlegging innenfor ulike områder kan verktøyet bidra til å finne aktiviteter og mål som skaper indre motivasjon for individet og høyner sannsynligheten for vellykket rehabilitering.

#### 6.1.6 Høy brukermedvirkning med COPM i hverdagsrehabilitering

Brukermedvirkning har blitt et meget viktig begrep inne helse og omsorg de siste årene. I stortingsmeldingen ”morgendagens omsorg” kommer det frem at det skal settes fokus på de ressurser som brukerne har, og de skal delta i utvikling av sine tilbud (st.meld. nr. 29 (2012-2013), 2013). Lovverk og stortingsmeldinger har satt brukermedvirkning på agendaen, men det mangler allikevel ofte konkrete retningslinjer i tillegg så kan definisjoner påvirkes av ulike kontekster, og det er ofte rom for tolkning (Jenssen & Tronvold, 2012). Det er derfor behov for verktøy som fremmer brukermedvirkning i praksis, og COPM er laget nettopp for dette formålet (Law et al., 2014). COPM har sammen med hverdagsrehabilitering mange like verdier. Det er spesielt fokus på høy brukermedvirkning og man bygger opp både mål og rehabiliteringen etter hva som er viktig for brukeren og hva de ønsker. Selv om hverdagsrehabilitering har disse verdiene, er COPM mer et verktøy man kan benytte med konkrete retningslinjer i ulike faser. Fordi det til tider vil være vanskelig å vite om det er hverdagsrehabiliteringen, COPM eller begge som har vært direkte årsak til brukermedvirkningen i resultatene i denne studien, vil de diskuteres videre sammen.

Det kom frem i resultatene at informantene først mente at de ikke var med å bestemme noe i sin hverdagsrehabilitering. Kanskje var ordet ”bestemme” litt for hardt, hvor de ikke hadde opplevelsen av å faktisk bestemme noe. Når begrepet ble byttet om og de samme informantene ble spurt om de opplevde å delta når ulike valg ble gjort, da endret svaret deres seg til at de var med å bestemme. Selv om en informant opplevde å ikke bestemme noen ting, kom det frem til slutt at hun/han var veldig klar på at hun/han bestemte målene sine og vurderte seg selv. Flere hadde derfor en litt ambivalent opplevelse om de var med å bestemme. En annen informant opplevde å være med å bestemme alt, mens de resterende opplevde å være med å bestemme akkurat passe gjennom dialog og samarbeid. De snakket mye om at de selv ikke visste hva som var riktig, og at det var teamet som var ekspertene og fagfolkene. Det kom tydelig frem at de hadde stor tiltro til teamets faglige kompetanse og at denne kanskje var viktigere enn deres egne erfaringer. To tidligere artikler har også kommet frem til at brukere oppfatter terapeuten som eksperten, hvor det videre har oppstått utfordringer med brukervedvirkningen rundt dette (Chen et al., 2002; McColl et al., 2005).

Det aller viktigste for informantene var å ha et godt samarbeid og gode dialoger med teamet. De opplevde seg svært delaktig nettopp fordi de deltok så mye i dialogene hvor de følte at deres stemmer ble hørt. På grunn av at de opplevde at de ble så godt hørt om hva de selv ønsket, så følte de seg i trygge hender av noen som forstod dem. Anerkjennelsesteoriens form for kjærlighet viser til at vi har et behov for å oppleve omsorg, nærhet og vennskap (Jenssen & Tronvold, 2012), og det kan tyde på at informantene opplevde alle disse tre elementene. De forteller om svært gode relasjoner dem i mellom, hvor fantastiske de var, og at de nærmest hadde et personlig forhold fordi de også snakket om andre temaer som ikke handlet om rehabiliteringen. Dette bidrar til å skape en relasjon med gjensidig tillit som videre vil bygge selvtilliten hos brukeren. Dette vil være nødvendig for at brukeren skal kunne tørre å uttrykke sine egne ønsker og behov uten at de er redde for konsekvensene (Jenssen & Tronvold, 2012). Å oppleve behovene omsorg, nærhet og vennskap med teamet vil være så viktig for brukervedvirkningen nettopp fordi de skaper trygghet og selvtillit til å tørre å uttrykke følelser, behov og ønsker.

Anerkjennelsesformen rettighet består nettopp av at brukerne må bli respektert for å være selvstendig, i denne situasjonen om deres mål, behov og ønsker (Jenssen & Tronvold, 2012). Ifølge Jenssen og Tronvold (2012) må disse bli innfridd for å oppnå høy brukervedvirkning. Under intervjuet når informantene reflekterte om de opplevde å bestemme, så kom alle



informantene frem til at de faktisk var med å bestemme en del konkrete ting foruten å delta generelt i dialogene. Det var flere områder hvor informantene opplevde å delta og bestemme i stor grad. Målsetting var et område som alle trakk tidlig frem, hvor de var meget klare på at de bestemte målene sine. Noen nevnte at de bestemte hvilket tall de skulle vurdere seg med i vurderingsprosessen, men enda flere nevne at de bestemte mye når det gjaldt treningsmengde, progresjon og hva de skulle bruke dagen på når teamet var på besøk. Noen nevnte også at de måtte finne sin egen teknikk og bestemme hvordan de ønsket å utføre flere aktiviteter. Det kom svært tydelig frem i resultatet at informantene ble respektert for sitt ønske om å være selvstendig. Hverdagsrehabiliteringsmodellen handler om å gjøre mennesker mest mulig selvstendig i eget miljø. Videre handler det om at de ble respektert for hvilke mål de ønsket eller ikke ønsket. De ble også respektert når det gjaldt andre behov og ønsker i rehabiliteringen med henvisning til eksemplene over. I denne settingen vil det være grunn til å tro at COPM har vært medvirkende til å bidra til brukermedvirkning når det gjelder hva informantene har ønsket av målsetting og tall under skåringsprosessen. Når det gjelder at de erfarte å bestemme progresjon innen trening, finne egne teknikker og hvilke aktiviteter de utførte til en hver tid, vil antakeligvis hverdagsrehabiliteringen være årsaken til høy brukermedvirkning her. COPM kan derfor bidra med høy brukermedvirkning innenfor rehabiliterings tre komponenter identifisere behov, definere mål og evaluere effekt, mens hverdagsrehabiliteringen kan bidra med høy brukermedvirkning ved komponenten å planlegge tiltak. Den siste komponenten som handler om å finne faktorer som kan påvirkes, kan være den komponenten hvor informantene opplevde at terapeutene var ekspertene og ikke var like delaktige. Det trenger derfor ikke være negativt at informantene ikke opplevde å bestemme like mye her, fordi det er nettopp her terapeutenes ekspertise kommer inn.

Å verdsette en persons egenskaper, ressurser og talenter som gir en verdi for et fellesskap handler anerkjennelsesformen solidaritet om (Jenssen & Tronvold, 2012). Dette kunne også til dels vært beskrevet om hverdagsrehabilitering som modell, fordi de nettopp tar utgangspunkt i personers egenskaper og ressurser samtidig som de arbeider for at brukerne skal opparbeide nye, som vil være en verdi for dem selv, men også for samfunnet. Dette er hvorfor hverdagsrehabilitering ofte blir kalt for en vinn-vinn-vinn situasjon.

Hverdagsrehabilitering er til fordel for brukeren, samfunnet og terapeuten (Tuntland & Ness, 2014). Informantene ble respektert til å være mennesker som ønsker å bedre sine funksjoner for å bli i stand til å leve selvstendig i samfunnet.

Å kunne få lov til å delta, gjøre valg og bestemme innenfor så mange ulike områder var det full enighet om at bare var positivt. Selv om noen opplevde å bestemme mer enn andre, opplevde alle mer eller mindre å bestemme. Dette gjorde at de følte seg hørt og at deres interesser og ønsker ble ivaretatt. Noen synes det var veldig stort å kunne få være med å bestemme så mye som de gjorde, og at dette var veldig uvant. Dette kan tyde på at de ikke har fått være med å bestemme så mye før når de har mottatt andre helsetjenester. En informant nevner konkret at den ikke får delta i utarbeiding av tjenestetilbud når den er hos legen sin. Nesten alle informantene har mottatt en eller annen form for rehabilitering før, men de har allikevel ikke oppnådd så høy opplevelse av å delta så mye i valg før nå. Dette kan vise til at COPM brukt i hverdagsrehabilitering har høyere grad av brukermedvirkning sammenlignet med andre rehabiliteringsformer.

## 6.2 Diskusjon av metode

I dette kapitlet vil det reflekteres rundt valgene som ble gjort både før og under studien, og datakvaliteten ved kunnskapen som har fremkommet.

### 6.2.1 Studiens validitet

Malterud skriver at å validere handler om å aktivt stille spørsmål om kunnskapen er gyldig. Dette handler om metoden som ble benyttet var en logisk vei til å finne kunnskapen og om den vil bidra til å belyse problemstillingen (Malterud, 2017).

#### *Problemstilling*

Det er viktig å stille spørsmål om problemstillingens formulering og om den relevant, samt om det var dette vi faktisk lurte på (Malterud, 2017). Problemstillingen har fra starten av vært den samme, men har gjennomgått noen små endringer på formuleringen og begrepsbruk. Problemstillingen var ”Hvilke erfaringer har brukere med verktøyet Canadian Occupational Performance Measure benyttet i hverdagsrehabilitering?”. Under intervjuene ble det snakket mye om hverdagsrehabilitering generelt, og det kunne virke som om informantene ikke helt forstod forskjellen, eller glemte at det var COPM som var ønsket å bli undersøkt. Det kunne vært en mulighet å ikke ta med hverdagsrehabiliteringen i problemstillingen for å unngå at fokuset ble på det, men da ville studien blitt en helt annen. Hverdagsrehabilitering ble inkludert i studien nettopp fordi COPM blir mye benyttet i det, og det er anbefalt å være et av hovedutfallsmålet i hverdagsrehabilitering. Derfor ble problemstillingen valgt til å undersøke

COPM i hverdagsrehabilitering, og det er inkludert litt erfaringer med hverdagsrehabilitering generelt i studien i tillegg.

### *Datainnsamling*

Det ble utført et strategisk utvalg for å finne informanter som best mulig kunne svare på problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015), og derfor ble det utviklet inklusjons- og eksklusjonskriterier. De syv informantene var spredd fra seks ulike kommuner på hele Øst- og Innlandet. Videre var de fordelt på to menn og fem kvinner med en alder fra 68-92 år. Dette kan derfor sees på som et ganske variert utvalg, som vil kunne representere populasjonen. Allikevel kan informantene sees på som litt like med tanke på hvorfor de mottok hverdagsrehabilitering, siden alle hadde hofte-, eller bruddskader og alle bodde alene. Dette kan for eksempel påvirke hvilke aktivitetsutfordringer de hadde og hvor selvstendige de ønsket å være. At alle informantene bodde alene kan være en årsak til hvorfor det var så viktig for dem å oppleve trygghet. En årsak til hvorfor de hadde så like diagnoser kan være eksklusjonskriteriet om kognitiv svikt, og dette kan ha ekskludert en del av populasjonen som faktisk mottar hverdagsrehabilitering. Dette kan resultere i at brukere som kan ha andre erfaringer og utfordringer med COPM benyttet i hverdagsrehabilitering ikke har blitt fanget opp. Alle inklusjons og eksklusjonskriteriene ble fulgt og opprettholdt, bortsett fra at en informant egentlig skulle vært ekskludert før et intervju ble utført. Årsaken var at det var for lenge siden denne informanten hadde fått hverdagsrehabilitering og utført retest med COPM. Denne informasjonen ble det gjort oppmerksom på under selve intervjuet, og det ble valgt å gjøre det beste ut av situasjonen. Intervjuet ble derfor fullført, men noen temaer ble veldig tynne fordi informanten ikke husket alle temaer like detaljert. Intervjuet ble inkludert fordi det allikevel gav en del god informasjon som var relevante for problemstillingen. På grunn av dette ble det valgt å ta inn en ekstra informant, slik at det ikke resulterte i et mindre fyldig datamateriale.

Siden det var hverdagsrehabiliteringsteamet i kommunene som rekrutterte aktuelle informanter vil det være viktig å reflektere om dette kan ha gitt noen konsekvenser. En mulig konsekvens kan være at de rekrutterte informanter som hadde god fremgang av hverdagsrehabiliteringen og var veldig fornøyde, fordi de ønsket å fremme det positive i arbeidet de selv utfører. For å unngå dette ble det derfor spesifisert i informasjonsskrivet til både de som rekrutterte og til informantene at det var ønskelig å rekruttere informanter som

kan ha opplevd både positive og negative opplevelser. Det er allikevel usikkert hvor mye dette kan ha påvirket rekrutteringen og dermed resultatene.

Intervjuguiden ble arbeidet med sammen med veileder, og det ble ikke gjort store endringer på denne. Etter de første to intervjuene ble det utført noen små endringer som omhandlet å bytte noen begreper og plassering av noen spørsmål. Det var planlagt et pilotintervju før intervjuene av informantene, men da det første intervjuet med informant plutselig ble arrangert før pilotintervjuet kunne bli utført, ble det dessverre ikke utført noe pilotintervju. Det første intervjuet gikk allikevel fint, men etter hvert som de andre intervjuene ble utført opplevde intervjuer at hun ble bedre på både oppfølgingsspørsmål, formuleringer og det å tørre å holde stillheten lenger. Ved å holde stillheten lenger ble det opplevd at informantene tok opp igjen tråden og fortalte enda mer utfyllende. Intervjuguiden ble fulgt veldig nøye. Informantene hadde mye å fortelle om de samme temaene, samtidig som noen temaer ikke var like interessante for de å snakke om. Det kan derfor tenkes at hovedtrekkene kunne bli de samme ved en ny studie og at de derfor kan regnes som gyldige. Etter hvert enkelt intervju gikk intervjuer gjennom alle temaene og oppsummerte intervjuet slik det ble oppfattet av intervjuer. Da ble informantene oppfordret til å si fra hvis noe var feil, gi tegn når noe var riktig og legge til hvis det var noe de synes var ekstra viktig eller som ikke hadde kommet med. Intervjuer fikk godkjennelse av alle oppsummeringene og opplevde at informantene var fornøyde.

Resultatene av studien viser at det generelt var stor enighet blant alle informantene i de aller fleste temaene. Ifølge Malterud (2017) er konsensus rundt et funn med på å øke sannsynligheten for at resultatene kan beskrives som gyldige. Allikevel kan for stor enighet være et tegn på at datamaterialet ikke bidrar med noe nye nyanser av kunnskap (Malterud, 2017). I resultatene fra denne studien kommer det også frem noen nyanser av ulike erfaringer og opplevelser innenfor ulike temaer som var spennende, og disse er trukket frem for å komme med flere nye nyanser av kunnskapen.

### *Analysering og teoretiske perspektiver*

Den fenomenologiske tilnærmingen ble valgt for å kunne gjøre nøytrale og korrekte beskrivelser ved første del av analyseringen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble derfor nødvendig at forforståelsen ble skrevet ned for å prøve å møte fenomenet uten forventninger og med åpenhet. Masterstudent var interessert i temaet, men har allikevel en litt ambivalent

opplevelse av det. Dette kan bidra til at man unngår en ubevisst leting etter svar som man ønsker å finne. Masterstudent valgte også å ikke ta noe kurs innenfor COPM, for å opprettholde en mest mulig nøytral stilling til verktøyet.

Kontekst og omgivelser påvirker oss, og det er viktig at man prøver å tilnærme seg den naturlige konteksten hvor fenomenet har opptrådt. Husserl forteller at konteksten og omgivelsene har så stor betydning for bevisstheten og erfaringene, og at de er avhengige deler (Giorgi, 2009). Dette er en viktig årsak for hvorfor hjemmet ble valgt som omgivelse under intervjuene, nettopp fordi hverdagsrehabiliteringen og COPM mest sannsynlig har blitt utført i deres hjem. Dette kunne være med å skape assosiasjoner og refleksjoner rundt prosessen de hadde vært i gjennom.

Systematisk tekstkondensering av Malterud (2017) ble benyttet som analysemetode fordi den består av en enkel og strukturert metode. Et eget analysenotat ble opprettet hvor hver detalj av analysearbeidet ble skrevet ned mens analyseringen pågikk for å ha kontroll på hva som ble gjort til enhver tid ved alle stegene. Analysen er også beskrevet detaljert under kapittel 5.5. Dette bidrar til god transparens slik at leseren får et godt innsyn i hvordan hele analyseprosessen foregikk fra start til slutt (Malterud, 2017). Den praktiske utførelsen av analyseringen med utskrifter og konvolutter ble utarbeidet sammen med veileder. Dette var en metode som fungerte svært godt på grunn av god struktur og planlegging, og at det ble holdt god kontroll og oversikt over materialet til enhver tid. I den videre analyseringen ved diskusjonen ble det benyttet en mer hermeneutisk tilnærming hvor resultatene ble fortolket videre i lys av teori og tidligere forskning (Thornquist, 2015). Før resultatene var ferdige ble det utført søk etter teori som kunne være aktuelle for en bredere forståelse av fenomenet. Først når resultatene var ferdige ble teoriene gått gjennom på nytt for å se hvem som kunne benyttes mot datamaterialet for å gi ny innsikt. Anerkjennelsesteorien ble beholdt, men i tillegg ble det utført nye søk etter teorier som kunne belyse blant annet målsetting og motivasjon. Flere artikler og teorier ble gjennomgått, men til slutt ble selvbestemmelsesteorien valgt fordi den syntes å kunne skape nye forståelser rundt resultatene. Det ble derfor forsøkt å finne en dypere mening i resultatene for å utvikle en utvidet horisont (Thornquist, 2015) og det ble deretter dannet en ny og spennende forståelse av fenomenet når de ble sett i sammenheng med de aktuelle teoriene og den tidligere forskningen. Teorien som ble benyttet gav en mye dypere forståelse om opplevelsene som informantene hadde av COPM i hverdagsrehabilitering.

### *Studiens anvendelighet*

Pragmatisk validering handler om kunnskapen er brukbar eller anvendelig og om den kan utgjøre en forskjell i samfunnet (Malterud, 2017). Det vil i mange tilfeller være mottakeren av kunnskapen som bestemmer om det vil være anvendelig for seg eller ikke. Denne studien kan være til interesse for flere yrkesgrupper innenfor rehabilitering som arbeider med COPM eller målsettingsarbeid. Det er ikke funnet mye tidligere forskning som undersøker brukernes erfaringer, og dette er derfor ny kunnskap. COPM og hverdagsrehabilitering har hatt en enorm vekst som verktøy og tiltak, og derfor er det spesielt viktig at denne informasjonen kommer frem.

Generaliserbarhet handler om resultatene kan overføres til andre relevante situasjoner og om de kan representere populasjonen. Intervjuforskning blir ofte kritisert fordi det er for få i utvalget til at resultatene kan generaliseres (Malterud, 2017). Selv om denne studien består av intervju med syv informanter, så er det grunn til å tro at resultatene til en viss grad kan overføres til populasjonen. Vi er ikke ute etter å vite hva alle i populasjonen mener, men finne hvilke individuelle erfaringer og opplevelser som finnes om et spesifikt fenomen. I en slik sammenheng vil det være feil å si at alle i populasjonen erfarer det slik som i denne studien, men at dette er erfaringer som finnes der ute. En analytisk generalisering innebærer å kunne begrunne hvordan resultatene fra studien kan brukes som veiledning for hva som kan oppstå i en lignende situasjon (Kvale & Brinkmann, 2015). I kvalitativ forskning får man dypere beskrivelser og forståelser om ulike fenomener, og det kan derfor være viktigst å vite hvordan man kan bruke resultatene når man havner i en situasjon hvor det blir aktuelt. I denne studien har det kommet frem flere historier som kan skape refleksjoner om hva som kan være konsekvensene av valg som er gjort. Et eksempel kan være situasjonen hvor den ene informanten opplevde å nesten bli presset til å ha et mål som hun selv ikke ønsket. Dette resulterte i uenighet, irritasjon, usikkerhet og redsel. Dette er et konkret eksempel på hvordan man kan benytte resultater til å reflektere rundt hva som kan skje i lignende situasjoner.

### *6.2.2 Studiens reliabilitet*

Studiens reliabilitet handler om hvorvidt et resultat kan reproduseres av andre forskere til andre tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er gjort mange valg i denne studien som skal kunne bidra til at den kan etterprøves i ettertid. Som skrevet tidligere har det gjennom hele prosessen blitt laget dokumenter som har detaljerte beskrivelser over alle steg som er utført. Dette gjelder spesielt hvordan hele fremgangsmetoden har foregått og et detaljert

beskrevet analysearbeid. Transkripsjonene er skrevet direkte ned slik det ble formulert muntlig, med naturlige pauser som punktum. Det er lagt frem hva som er beskrivelser og hva som er videre fortolkninger i oppgaven. Under intervjuene ble det lagt stor vekt på å opptre så nøytralt som mulig, unngå ledende spørsmål og fokusere på erfaringene, opplevelsene og historiene som informantene fortalte. Siden det ble benyttet semistrukturerte intervjuer kan det tenkes at en reproduksjon kan bli vanskelig, men også fordi informantene fikk ganske frie tøyler til å snakke om det de ønsket innenfor valgte temaer og spørsmål. De hadde litt ulike historier, erfaringer og opplevelser, og derfor ble mange oppfølgingsspørsmål ulike også. Som Le Compte og Goetz (1982) forteller er ikke menneskelig atferd statisk, og ingen studier kan nøyaktig gjengis uansett (LeCompte & Goetz, 1982). Så selv om det er mulig å etterprøve disse resultatene, vil det kunne fremkomme variasjoner av dem. Allikevel finnes det en god tro på at en annen forsker hadde funnet like resultater ved å benytte dette datamaterialet på nytt, selv om det selvfølgelig hadde vært noen differanser. Å utføre samme studie på nye informanter vil også kunne resultere i andre resultater. Hver enkelt person vil ha sine egne erfaringer og opplevelser og det kan fremkomme helt andre erfaringer og utfordringer ut fra samme problemstilling. Utvalget fra denne studien har mye av de samme erfaringene og opplevelsene på noen områder og temaer, mens de har noen ulike erfaringer og opplevelser på andre temaer. Det kan tenkes at dette kan gi en viss oversikt over hvilke opplevelser som finnes der ute, og at man antakelig vil kunne finne mye av de samme resultatene ved utførelse av en ny studie.

## 7. Oppsummering

Bakgrunnen for oppgaven var at brukermedvirkning og hverdagsrehabilitering er to områder som det er veldig stort fokus på innen helse og omsorg i dag. Samtidig er COPM et verktøy som skal kunne bidra til økt brukermedvirkning og benyttes veldig mye i hverdagsrehabilitering. Hensikten var derfor å undersøke hvordan brukere erfarer å benytte verktøyet COPM i hverdagsrehabilitering.

Resultatene fra denne studien antyder at COPM er et verktøy som kan bidra med høy grad av brukermedvirkning, spesielt innenfor områdene målsetting, vurdering og samarbeid. Det er viktig at brukere opplever trygghet og selvtillit for å tørre å uttrykke sine følelser, behov og ønsker, og det vil være viktig for å kunne oppnå høy brukermedvirkning. Informantene i denne studien valgte sine egne mål, og disse var viktige elementer i rehabiliteringen fordi det

skapte høy motivasjon. Fordi bruk av COPM etterstreber en svært grundig kartlegging innenfor ulike områder kan det bidra til å finne aktiviteter og mål som skaper indre motivasjon og høyner sannsynligheten for vellykket rehabilitering. Fordi målsetting er et av de viktigste elementene i en rehabiliteringsprosess kan COPM sees på som en av de viktigste elementene i hverdagsrehabiliteringen. Vurderingsprosessen i COPM var litt vanskelig for noen, og en årsak til dette kan være krav til abstrakt tekning. Med god informasjon og veiledning gikk det fint. Noen synes det var litt ubehagelig å vurdere seg med veldig lave tall, men disse opplevde til gjengjeld stor mestring ved retest. De var ambivalente i hvilken grad de opplevde å bestemme og delta i valg i rehabiliteringen. Selv om de mente de deltok i stor grad, mente de at det var terapeutene som var ekspertene og som bestemte konkrete tiltak. Det kom klart frem at de opplevde å bestemme egne mål, vurdere seg selv og deltok i samtaler og bidro med godt samarbeid. Dette resulterte i at de følte seg hørt og at de var i trygge hender. Noen mente de var med og bestemte alt, og opplevde at dette var uvant, men bra. Det kunne til tider være utfordrende å vite om brukernes erfaringer og opplevelser stammet fra COPM eller hverdagsrehabilitering. Dette kan være fordi COPM og hverdagsrehabilitering bygger på mange like prinsipper som benyttes i rehabiliteringen. Det være en årsak til hvorfor COPM nettopp fungerer så godt til å benyttes i hverdagsrehabilitering. COPM kan bli sett på som en integrert del av hverdagsrehabilitering. Denne studien støtter anbefalingene om å benytte COPM i hverdagsrehabilitering.



## 8. Referanser

- Brandt, Å., Madsen, A. J., & Peoples, H. (2013). Introduktion til ergoterapi *Basisbog i ergoterapi* (Vol. 3). København: Munksgaard.
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Can J Occup Ther*, 71(4), 210-222.
- Chen, Y. H., Rodger, S., & Polatajko, H. (2002). Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occup Ther Int*, 9(3), 167-184.
- Dolva, A. S., Sveen, U., Bonsaksen, T., Horghagen, S., Solbakken, A., & Thyness, E. M. (2015) Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? *Ergoterapeuten*, 2.
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2016). *En oppsummering av kunnskap - Hverdagsrehabilitering*. Omsorgsbiblioteket: Senter for omsorgsforskning.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive Phenomenological Method in Psychology - A modified Husserlian Approach*. Pennsylvania: Duquesne University Press.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillampad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Hungary: Studentlitteratur.
- Helsedirektoratet. (2017). Brukermedvirkning. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Historien. (2014). Retrieved from <http://hverdagsrehabilitering.no/historien-0>
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Førland, O., & Alvsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 575-585.
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvåg, H. (2016). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the Community*, 1-9. doi:10.1111/hsc.12324
- Jenssen, A. G., & Tronvold, I. M. (2012). *Brukermedvirkning - Likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjeken, I., & Sand-Svartrud, A. (2012). The Canadian Model of Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeuten*, 55(1), 30-37.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Laberg, T., & Ness, N. E. (2012) Innføring av hverdagsrehabilitering I norske kommuner. *Ergoterapeuten*, 1 (55)
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., . . . Tuntland, H. (2016). Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can J Occup Ther*, 57(2), 82-87.
- Law, M., Paptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *Canadian Occupational Performance Measure* (I. Kjekken, Trans. 5 ed.). Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering.
- LeCompte, M. D., & Goetz, J. P. (1982). Problems of reliability and Validity in ethnographic Reasearch. *Review of Educational Research*, 52(1), 31-60.
- Malt, U. (2018). Abstrakt tenkning. Retrieved from [https://snl.no/abstrakt\\_tenkning](https://snl.no/abstrakt_tenkning)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McColl, M. A., Law, M., Baptiste, S., Pollock, N., Carswell, A., & Polatajko, H. J. (2005). Targeted applications of the Canadian Occupational Performance Measure. *Can J Occup Ther*, 72(5), 298-300.
- Ness, N. E. (2014). Hva er utfordringene for norske kommuner? *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ness, N. E. (2017). Hverdagsrehabilitering i Norge okt 2017. Retrieved from <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10159288897835109&set=gm.1890619614298032&type=3&theater>
- Polatajko, H. J., Davis, J., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2012). Specification af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter som kernen (S. Christophersen, Trans.) *Menneskelig aktivitet 2* (pp. 47-78). København: Munksgaard.
- Regjeringen.no. (2009). Brukermedvirkning. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>
- Sander, K. (2016). Dybdeintervjuer - enkelt intervju. Retrieved from <http://estudie.no/dybdeintervju-enkelt-intervju/>
- Siegert, R. J., & Taylor, W. J. (2004). Review - Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 26(1), 1-8.

- st.meld. nr. 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Aurskog: Helse og omsorgsdepartementet.
- st.meld. nr. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Bergen: Helse- og omsorgsdepartementet.
- st.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Thomassen, M. (2007). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (6 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tuntland, H. (2014). *En innføring i ADL - Teori og intervensjon* (2 ed.). Latvia: Høyskoleforlaget Norwegian Academic Press.
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Langeland, E., Espehaug, B., & Kjekken, I. (2016). Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *J Multidiscip Healthc*, 9, 411-423. doi:10.2147/jmdh.s113727
- WHO. (2011). *Rehabilitation*. Retrieved from [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/chapter4.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4.pdf)

## 9. Vedlegg

### 9.1 Informasjonsskriv

#### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**

**”Hvordan opplever brukere som har mottatt hverdagsrehabilitering det å bli intervjuet med Canadian Occupational Performance Measure?”**

##### **Bakgrunn og hensikt:**

Dette er en invitasjon til deg om å delta i en studie der hovedmålet er å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser pasienter har med kartleggingsverktøyet COPM (Canadian Occupational Performance Measure) som brukes i hverdagsrehabilitering. Hensikten er å få mer kunnskap om pasienters opplevelser og erfaringer med dette kartleggingsverktøyet. Det vil være relevant å få frem både positive sider, og mulige utfordringer. Studien er en del av en master i ergoterapi ved Høyskolen i Oslo og Akershus. Du blir forespurt fordi du har mottatt hverdagsrehabilitering.

##### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Dersom du takker ja til å delta i denne studien vil du bli intervjuet av masterstudent Hanna Lønstad om dine erfaringer med hverdagsrehabilitering og kartleggingsverktøyet COPM.

Varigheten på et slikt intervjuene kan variere, men vanligvis mellom fra 30 og 60 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker. Intervjuet kan skje i ditt hjem, eller et annet sted du måtte foretrekke.

##### **Mulig fordeler og ulemper**

Det er ikke forbundet noen ulempe med å delta i studien, utover den tiden det tar å delta i intervjuet. Du vil ikke få noen direkte fordeler av å delta, men din deltakelse vil kunne bidra til kunnskapsutvikling som kan bedre kvaliteten på utføring og bruk av COPM i fremtiden.

##### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er bare mastergradsstudent og veilederen som vil ha tilgang personopplysninger og de vil lagres med koblingsnøkkel. I masteroppgaven og ved en eventuell publikasjon av resultatene vil all informasjon bli anonymisert. Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2018. Da vil båndopptaket bli slettet. Annet datamateriale vil bli slettet senest tre år etter prosjektslutt, som er juni 2021.

##### **Frivillig deltakelse:**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen årsak. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Ønsker du å delta i studien, signer den vedlagte samtykkeerklæringen og ta kontakt med Hanna Lønstad på tlf. 97171125. Har du spørsmål knyttet til studien, ta gjerne kontakt.

Med vennlig hilsen

Hanna Lønstad  
Ergoterapeut  
Masterstudent  
Høyskolen i Oslo og Akershus

Ingvild Kjekken  
Professor  
Prosjektleder  
Høyskolen i Oslo og Akershus

## 9.2 Samtykkeskjema

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

”Hvordan opplever brukere som har mottatt hverdagsrehabilitering med å bli intervjuet med Canadian Occupational Performance Measure?”

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

---

(Signert, rolle i studien, dato)

## 9.3 Intervjuguide

<b>1. Rammesetting</b>
<p>1. Uformell prat, bli kjent.</p> <p>2. Informasjon om studien (Gå gjennom hele informasjonsskrivet).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bakgrunn og formål for studien</li><li>- Hva intervjuet skal brukes til</li><li>- Informere om båndopptak og muligheter til å trekke seg</li><li>- Har deltaker noen spørsmål?</li><li>- Skrive under på samtykkeskjema</li><li>- Starte opptak</li></ul>
<b>2. Innledning</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Som jeg har skjønt så har du nå vært gjennom en rehabiliteringsprosess som kalles hverdagsrehabilitering. Stemmer det?</li> <li>- Har du lyst til å fortelle litt kort hva du har gjort i denne rehabiliteringen?</li></ul>
<b>3. Introduksjonsspørsmål</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Helt i starten av rehabiliteringen din, så hadde du en samtale/intervju hvor du skulle prøve å finne aktiviteter som du synes var vanskelig å gjøre i hverdagen din, stemmer det? Da brukte dere et skjema som heter COPM, som så slik ut (viser skjemaet og vurderingskort). Kjenner du det igjen?</li> <li>- Kan du fortelle meg hva dine første tanker er om COPM-skjemaet? (Hva gjør at du opplever det slik?)</li> <li>- Kan du fortelle meg hvordan du opplevde å bruke dette skjemaet? (Hva gjør at du opplevde det slik? Beskrive situasjon, utdype?)</li> <li>- Hvordan opplevde du å fortelle om hverdagen din?</li></ul>
<b>4. Å finne aktivitetsutfordringer</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan opplevde du å skulle finne utfordringer i hverdagen din? (- Hva gjorde at du opplevde det slik? Kan du utdype mer? Gi eksempel? Vanskelig/lett?)</li></ul>

- Kan du beskrive hvordan du kom frem til disse utfordringene i hverdagen din?

- Synes du det var nyttig å skulle finne utfordringer i hverdagen din?

(Oppfølging: På hvilken måte, hvorfor det, utdype)

### **5. Vurderingsprosessen**

Aller først skulle dere sette et tall på/vurdere hvor betydningsfull/viktig de aktivitetene var på en skala fra 1-10.

- Hvordan opplevde du å skulle sette et tall på hvor stor betydning aktivitetene har for deg? (Gi et eksempel? Utdype? Vanskelig/lett?)

- Hvordan opplevde du å sette et tall på, eller vurdere hvordan du utfører aktivitetene dine? (Hva gjorde at du opplevde det slik? Vanskelig/lett? Utdype?)

- Hvordan erfarte du å vurdere aktivitetene dine på nytt etter rehabiliteringen? (Hva gjorde at du opplevde det slik?)

- Kan du beskrive hvordan du opplevde hele skåringsprosessen? (Gi et eksempel? Utdype? Vanskelig/enkelt?)

- Synes du det var nyttig å skulle skåre/vurdere de utfordringene dine i hverdagen? (Oppfølging: På hvilken måte, hvorfor det, utdype)

### **6. Målsettingsarbeidet**

- Kan du fortelle litt om hvordan dere kom frem til målene du skulle jobbe med i rehabiliteringen? (Fortell om en situasjon/eksempel? Kan du utdype?)

- Kan du beskrive litt om hvor delaktig du opplevde å være når dere valgte målene du skulle jobbe med? (Fortell om situasjon/eksempel? Utdype? Fortelle mer om?)

- Hvordan opplevde du hele prosessen for å finne frem til målene? (Hva gjorde at du opplevde det slik? Kan du utdype/fortelle mer om?)

- Kan du beskrive hvordan det var å jobbe med målene dine i rehabiliteringen? (Hva gjorde at du opplevde det slik? Meningsfulle? Enkle å jobbe med?)

- Synes du målene du hadde var nyttige? (Oppfølging: På hvilken måte, hvorfor det, utdype).

### **7. Delaktighet**

- Kan du fortelle litt om hvor delaktig du opplevde at du var når dere brukte COPM-skjema? (Hva gjorde at du opplevde det slik? Fortell om en situasjon/eksempel?)

- Kan du fortelle om hvor delaktig du følte du var i selve rehabiliteringen?  
(Kan du beskrive en situasjon hvor du følte du var/ikke var delaktig? Hva gjorde at du opplevde det slik?)

- Hvilke tanker har du om å ta egne valg i rehabiliteringen?

- Synes du det var nyttig å delta i valgene dere gjorde i rehabiliteringen? Oppfølging: På hvilken måte, hvorfor det, utdype).

### **8. Fokusering**

- Sjekkliste; Er alle temaer snakket om?
- Oppfølgingsspørsmål, eller nye spørsmål?
- Løse tråder?
- Er det noe informant vil legge til?

### **9. Oppsummering**

- Intervjuer oppsummerer hovedtrekkene ved intervjuene.
- Tar opp alle temaene.
- ”Har jeg forstått deg riktig?”
- Informant retter på eller godkjenner
- Er det noe informant vil legge til?

### **10. Avslutning**

- Slå av båndopptaker
- Takke for deltakelse
- Uformell prat.



## 9.4 Tilbakemelding fra NSD



Ingvild Kjekken  
Postboks 4, St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 08.08.2017

Vår ref: 54864 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

### Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.06.2017.  
Meldingen gjelder prosjektet:

54864	<i>Hvordan opplever brukere som har mottatt hverdagsrehabilitering med å bli intervjuet med Canadian Occupational Performance Measure?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ingvild Kjekken</i>
Student	<i>Hanna Lønstad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

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

# Personvernombudet for forskning



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 54864

### FORMÅL

Målet er å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser brukere har med å benytte COPM i hverdagsrehabilitering. Hensikten vil være å få mer kunnskap om brukerens egne meninger om verktøyet og det er relevant å få frem både positive sider, men også hvilke utfordringer som kan oppstå. Studien kan bedre kvaliteten ved bruk av COPM.

### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet. Potensielle deltakere informeres av egne behandlere og tar eventuelt kontakt dersom de ønsker å delta. Prosedyre for førstegangskontakt sikrer altså at taushetsplikten overholdes.

### SENSITIVE DATA

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

### DATA OM TREDJEPERSON

Det behandles enkelte opplysninger om tredjeperson. Det skal kun registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet. Opplysningene skal være av mindre omfang og ikke sensitive, og skal anonymiseres i publikasjon.

### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forskere og studenter følger Høgskolen i Oslo og Akershus sine rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres.

### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 16.06.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

## 10. Artikkel

### ”Jeg skal, jeg vil, jeg må!”

En kvalitativ studie om brukeres erfaringer med COPM benyttet i hverdagsrehabilitering.

#### Abstract

**Introduction:** The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is an occupational therapy assessment tool that was developed to increase client participation and activity focused measures. It is the most widely used assessment tool of occupational therapists in Norway. The COPM is recommended to be used in reablement because it supports the principles of the reablement. There are few studies on how the clients experience the COPM used in reablement.

**Method:** Seven clients were recruited from six different municipalities in Norway to participate in individual semi-structured interviews about their experiences of using the COPM in reablement.

**Results:** The results of this study suggest that the COPM is a tool that can contribute to increase client participation in the areas of goal-setting, assessment and collaboration. The goal setting was experienced as positive because they chose their own goals, and it contributed with increased motivation. The assessment process in the COPM was perceived a bit difficult by some clients. The COPM can be an integral part of the reablement for being a tool that helps promote the principles of reablement. The results of this study support the recommendation to use COPM in reablement.

**Keywords:** Canadian Occupational Performance Measure, COPM, Client participation, reablement, community rehabilitation

#### Innledning

Det er utarbeidet nasjonale føringer for hvordan vi skal møte fremtidens demografiske utfordringer. Der blir det blant annet formidlet om tidlig innsats, hverdagsmestring, utnytte brukeres ressurser, satsning på hverdagsrehabilitering og økt brukervedvirkning (1, 2). Brukervedvirkning er lovfestet, og bruker skal derfor involveres og ha innflytelse i sine tjenestetilbud (3). Allikevel opplever mange at de ikke møtes med respekt ovenfor sine egne preferanser (1). Det mangler konkrete definisjoner og retningslinjer på brukervedvirkning,

den påvirkes av ulike kontekster, og det er ofte rom for tolkning (4). Det er derfor behov for et verktøy som kan fremme brukermedvirkning i praksis.

Hverdagsrehabilitering er en kommunal rehabilitering som har stort fokus på brukermedvirkning. Det er målrettet og intensivt, og er ofte integrert i hjemmebaserte tjenester. Målgruppen er ofte eldre, nye søkere til hjemmebaserte tjenester og eldre som kommer fra sykehus. Det finnes også andre målgrupper og det opp til kommunene å velge inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvem som får tilbudet. I hverdagsrehabilitering er fokuset på hverdagsaktiviteter som bruker selv mener er betydningsfulle, og prosessen starter med at brukeren får spørsmålet ”hva er viktige aktiviteter i livet ditt?”. Det benyttes tverrfaglig samarbeid og de utvikler en rehabiliteringsplan basert på kartlegging i samarbeid med bruker (5). Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (6) blir ofte benyttet som kartleggingsverktøy i hverdagsrehabilitering (7). Ved innføring av hverdagsrehabilitering i Norge måtte kommunene benytte COPM for å få tilskuddsmidler fra helsedirektoratet (8). COPM er kvalitetssikret på norsk (9), og for bruk i hverdagsrehabilitering (10). Etter kartleggingen med COPM kommer hjemmetrenere inn og bistår brukerne i den daglige treningen. Dette innebærer økt tidsbruk per besøk, men rehabiliteringen varer fra 3-12 uker før de trekker seg ut. Målet er da økt selvhjelpenhet i hverdagsaktiviteter slik at bruker kan bo lenger hjemme og være aktiv og deltakende i samfunnet. Det er et grunnprinsipp om høy grad av brukermedvirkning gjennom hele prosessen og at brukeren selv styrer deltakelse (5).

COPM er utviklet for å fremme nettopp brukermedvirkning og aktivitetsfokuseret praksis (6), som også er de samme prinsippene som hverdagsrehabilitering bygger på (5), og bidrar derfor til å fremme hverdagsrehabiliteringens mål. Sammen imøtekommer de også det stortingsmeldingene ønsker fokus på (1, 2). COPM bygger på den kanadiske ergoterapimodellen CMOP-E (11), som kan beskrive samspillet mellom omgivelser, person og aktivitet og hvordan disse påvirker aktivitetsutførelse. COPM består av flere trinn og er uformet som et semistrukturert intervju. Første trinn består av å finne brukerens aktivitetsutfordringer i hverdagen. I andre trinn skal bruker prioritere de betydningsfulle aktivitetsutfordringer som vil danne utgangspunkt for terapeutiske mål. Ved tredje og fjerde trinn skal bruker vurdere sin egen aktivitetsutførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelsene. Femte trinn utføres etter endt hverdagsrehabilitering, og bruker skal da vurdere aktivitetsutførelse og tilfredshet av aktivitetsutførelsen på nytt for å evaluere måloppnåelsen og effekten av rehabiliteringen. Ved vurdering benytter man en ti-gradert skala, hvor en er at man ikke klarer å utføre aktiviteten i det hele tatt, eller man er ikke tilfreds i det hele tatt, og ti er at man klarer å utføre aktiviteten svært bra eller at man er svært tilfreds (6).

En rehabiliteringsprosess består av fem komponenter; å identifisere behov, definere mål, finne faktorer som kan påvirkes, iverksette tiltak og evaluere effekt (12). COPM og hverdagsrehabilitering vil bidra med ulike komponenter og til sammen skape en fullverdig rehabiliteringsprosess.

I tidligere utførte studier kommer det frem litt forskjellige opplevelser rundt COPM. Gjennomgående er de fleste terapeuter er fornøyde med COPM. Det hjelper dem med å arbeide brukersentrert (7, 13), og det at brukerne prioriterte egne mål var viktig fordi de opplevde at brukerne ble mer motiverte (13-15). Allikevel fremkommer det litt utfordringer hvor terapeuter opplever at brukere ikke klarer å identifisere aktivitetsutfordringer, utfordringer med skåringsprosessen, ulike ønsker om mål (13, 16), manglende innsikt (13), ved bruk på ikke-vestlige brukere som har et annet syn på kropp og sykdom, og at de ønsker at terapeutene skal bestemme alt (13, 16), og ved behov for tolk eller modifisering av intervjuet (16). Det er funnet lite kunnskap om hvordan brukerne opplever kartleggingsverktøyet COPM. Formålet med denne studien var derfor å undersøke hvordan brukere opplever kartleggingsverktøyet COPM benyttet i hverdagsrehabilitering.

## **Metode**

### **Design**

Studien ble utformet med et kvalitativ studiedesign som hadde som formål å undersøke og få mer innsikt i menneskelige opplevelser og erfaringer (17). Det ble benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk forståelse som vitenskapsteoretisk utgangspunkt (17, 18).

### **Etikk**

Studien ble godkjent av personvernombudet for forskning, NSD (Ref. 54864). Datamaterialet ble behandlet som avtalt etter NSDs anbefalinger. Det var frivillig å delta i studien, og informantene mottok informasjonsskriv og skrev under på samtykkeskjema. Alle opplysningene er anonymisert og navnene i artikkelen er fiktive.

### **Utvalg**

Rekruttering av informanter foregikk på tre måter. Forespørsel om samarbeid om rekruttering ble sendt på mail til hverdagsrehabiliteringsteam i kommuner på Øst- og Innlandet, masterstudent undersøkte sitt nettverk av ergoterapeuter i kommuner, samt at det ble skrevet et innlegg med forespørsel på en hverdagsrehabiliteringsgruppe på facebook. Det ble sendt

med informasjonsskriv, samtykkeskjema og inklusjons- og eksklusjonskriterier på mail, og de ansatte i kommunene rekrutterte deretter frivillige brukere som informanter. Alle tre metodene rekrutterte informanter. Informantene tok selv kontakt med masterstudent, eller masterstudent ringte de opp. Inklusjonskriterier var at de skulle være over 18 år, bo på Øst- eller Innlandet, og ha benyttet COPM med retest i hverdagsrehabilitering. Eksklusjonskriterier var om de hadde dårlige språk-, eller taleferdigheter, nedsatt kognisjon eller om det var lenger enn en måned siden retest med COPM ble utført. Det var også ønskelig å ha maksimalt to informanter fra samme kommune for å unngå at hele utvalget mottok hverdagsrehabilitering fra samme team. De syv informantene var fordelt på seks kommuner. En informant skulle vært ekskludert fordi det var for lenge siden hun/han tok retest med COPM, men ble inkludert på grunn av en del god informasjon. Det ble valgt å ta inn en ekstra informant på grunn av dette. Det mangler noen demografiske data på en informant.

Informant nummer	Kjønn	Alder	Hjemmeboende	Bor alene	Utdanning (antall år)	Hatt rehabilitering før	Årsak for hverdagsrehabilitering
1	Mann	89	Ja	Ja	7	Ja	Hofteoperert
2	Mann	70	Ja	Ja	10	Ja	Hofteoperert
3	Kvinne	84	Ja	Ja	8	Nei	Hofteoperert
4	Kvinne	78	Ja	Ja	13	Ja	Hofteoperert
5	Kvinne	?	Ja	Ja	?	?	Brudd i fot
6	Kvinne	68	Ja	Ja	11	Ja	Smerter etter fall
7	Kvinne	92	Ja	Ja	9	Ja	Hofteoperert

Tabell 1: Demografisk oversikt over informantene.

### **Datainnsamling**

Det ble benyttet individuelle intervjuer som metode for datainnsamling. Intervjuene ble utført i informantenes hjem både for å gjøre det praktisk for de, men også for å utføre intervjuet i samme kontekst hvor COPM og hverdagsrehabiliteringen foregikk, slik at det kunne bidra med å minnes situasjonen og skape refleksjoner (19). Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide (20) som inneholdt oversikt over temaer og alternative spørsmål. Da kunne informantene snakke ganske fritt og fortelle om historier og opplevelser, og intervjuers

mulighet til å spørre oppfølgingsspørsmål. Det ble tillatt litt avsporing fra temaene og gitt god tid til å svare på spørsmålene. Lange pauser bidro til at informantene begynte å reflektere mer. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om brukernes opplevelser innenfor temaene hverdagsrehabilitering, samtalen om aktivitetsutfordringer, skåringsprosessen, målsettingsarbeidet og brukermedvirkning. Under intervjuet ble COPM-skjema og skåringskort vist frem for å gjøre det lettere å huske. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og transkribert i ettertid.

## **Analyse**

For å analysere datamaterialet ble det benyttet systematisk tekstkondensering (17). For å få oversikt ble transkripsjonene skrevet ut og lest gjennom fire ganger, det ble skrevet korte notater og funnet foreløpige temaer. Transkripsjonene ble skrevet ut på nytt, og dekontekstualisert ved å klippe ut meningsbærende enheter som ble puttet i tematiserte konvolutter. Deretter ble alle konvoluttene tatt frem en og en for å kategorisere innholdet ytterligere. Innholdet ble sortert og lagt i mindre konvolutter som representerte underkategorier, som igjen ble plassert i sin større temakonvolutt. Neste steg var å skrive kondensater for hvert tema og underkategori. Temaene, underkategoriene og de meningsbærende enhetene ble lagt inn i tabeller for å holde oversikt. Kondensatene, tabellene og utklippene ble funnet frem når resultatene skulle sammenfattes til en syntese for å sikre at ingen informasjon ble oversett. Resultatene ble validert ved å reflektere om det rekontekstualiserte resultatet representerte det empiriske materialet ved å lese gjennom transkripsjonene og sammenligne med resultatet. I tillegg ble det utfordret med å prøve å finne materiale fra transkripsjonene som motsier resultatene og stille kritiske spørsmål (17).

## **Resultat**

Under intervjuene kom det frem mye informasjon, men denne artikkelen har fokus på det viktigste ved COPM i hverdagsrehabiliteringen. Analysene av datamateriale resulterte i 5 temaer.

### **”Hverdagsrehabilitering er et fantastisk tilbud” – Erfaringer med hverdagsrehabiliteringen**

Under intervjuene ble det snakket en del om selve hverdagsrehabiliteringen, og det kom tydelig frem at alle informantene var fornøyde og takknemlige for tilbudet de hadde fått. De

trakk frem at personalet i hverdagsrehabiliteringsteamet var blide, lette å samarbeide med, oppmuntret dem og gav dem en stor trygghet. Før rehabiliteringen uttrykte de en utrygghet rundt sin egen situasjon, egen kropp og de var redde for å gjøre noe galt. Tryggheten gjorde at de turte å trene på egenhånd. De mente at hard trening på øvelser og daglige gjøremål var årsaken til bedringen deres, og de hadde ikke vært så spreke i dag uten den hjelpen de har fått. Hverdagen til informantene ble litt endret under og etter rehabiliteringen. De fikk tidlige besøk hver dag som gjorde at de måtte endre rutinene sine. I tillegg til hjelpemidler, ble hjemmene tilrettelagt. Etter rehabiliteringen ble de mer aktive og flere tok opp nye eller gamle aktiviteter. En informant sa:

*”Jeg synes det er fantastisk at det finnes som en mulighet. Dere må bare bygge videre på det, for det må bli! For meg og jeg tror for mange, så er det bedre å gjøre det her, enn å komme på et rehabiliteringssenter. Så for meg var det mye bedre å gjøre det her. Når jeg fikk dette teamet her, var det et eventyr!”. – Trude.*

### **”Å snakke om utfordringene hjalp meg” – Erfaringer med COPM**

COPM ble raskt kjent igjen når skåringskortene ble vist frem, og spontane uttalelser som for eksempel ”fra en til ti” og ”ikke lett å vurdere og sette tall” kom frem. Det var tydelig at alle husket skåringsprosessen godt hvor de skulle vurdere seg selv. De kjente også igjen skjemaet og innholdet ved COPM, men en informant husket det ikke like detaljert. Andre spontane tanker ved COPM var vedrørende målene deres og bedringen de opplevde i rehabiliteringen. Samtalen om hverdagen deres opplevde informantene som veldig nyttig og fin. Da fikk de innsikt i hva som kunne gjøres, tilrettelegges og trenes på. Det ble opplevd som litt uvant at teamet var så opptatte av alt i hverdagen deres, og at de var så interessert i hva de ønsket. En informant formidlet sin opplevelse slik:

*”For den gangen de satt her, så tenkte jeg at de er da ikke interessert i alt dette her liksom. Jeg var ikke vant til det, men jeg skjønnte jo at de var det til slutt da.”. – Solveig.*

De synes det var fint å snakke om utfordringer i hverdagen sin. Årsaken til dette var at det var helt naturlig, fordi de skulle få hjelp til nettopp utfordringene. Allikevel var det en informant som synes det var litt vanskelig å finne utfordringer i hverdagen fordi hun hadde akkurat kommet hjem og visste ikke hva hun klarte, eller ønsket å klare. Å snakke om utfordringene ble ansett som nyttig, for da kom det frem hva de ønsket å mestre i hverdagen, de fant



kreative løsninger og de våget å prøve å utføre aktiviteter og opplevde trygghet. En informant sa det slik:

*”Å snakke om utfordringene hjalp meg veldig. Det gjorde ting lettere, og at jeg våget å gjøre ting som jeg ikke hadde våget før. Også hva er alternativet når du sitter og har så vondt og ingen ting fungerer. Jeg skulle ikke gjøre noe galt, og da var det mange gode råd jeg fikk (...) og det gjorde meg tryggere”*. – Trude.

### **”Hvorfor få bronse hvis du kan få gull?” – Erfaringer med skåringsprosessen**

Skåringsprosessen opplevde de aller fleste at gikk veldig fint. Årsaken var at de fikk god veiledning om hvordan de skulle utføre det. God kommunikasjon og samarbeid var derfor en viktig faktor for at skåringsprosessen gikk fint. En informant husket ikke skåringsprosessen like godt, men var sikker på at hun/han måtte vurdere seg selv med tall på en skala. Nesten alle opplevde en stor nytte med skåringsprosessen fordi det bidro til en bevisstgjøring om at det var forbedringspotensialer, den synliggjorde fremgangen og at de nådde målene sine til slutt. En informant synes det var veldig gøy å skåre seg selv, og synes det var morsommere jo høyere tall hun/han klarte å oppnå. En informant formidlet sin opplevelse rundt skåringsprosessen slik:

*”Det der med tallene tror jeg er ganske viktig. For hvis du setter deg som mål at dette må jeg bare klare eller vil klare, og hvis du ikke har det å gå etter så er det liksom ikke så farlig. Så derfor tror jeg det er nyttige tall, at du får det som en premie nesten. For når du har et mål å gå etter, hvorfor prøve å få bronse hvis du kan få gull?”*. – Solveig.

Helt overordnet synes de fleste at det gikk fint å vurdere seg selv, men to informanter synes allikevel at det var vanskelig å skulle vurdere utførelsen av aktiviteter fordi de ikke visste hva tallene representerte, hvordan de skulle tenke, hvordan logikken fungerte, og at det var uvant å vurdere på denne måten. To informanter synes også at det var litt ubehagelig å sette lave tall på utførelse fordi de ønsket å klare mer enn de gjorde. En formidlet det slik:

*”Det var vanskelig den første gangen, for du vil jo være bedre enn du er da. Men det var greit å få festet det, også satte jeg det litt lavt for jeg hadde jo litt å gå på”*. – Sigurd.

Informantene synes at det var lettere å vurdere betydningen av aktivitetene sine fremfor å vurdere utførelse. Å vurdere utførelse ved retest ble også opplevd å være enklere fordi de hadde gjort det en gang før, og da visste de hva de skulle gjøre. I tillegg opplevdes det morsommere fordi de var kommet i bedre form og kunne sette høyere tall.

### **”Jeg skal, jeg vil, jeg må!” - Erfaringer med målsettingsarbeidet**

Det kom tydelig frem at informantene opplevde å bestemme sine egne mål. De forteller at målene ble det de ønsket selv, hva som var viktig for dem, og det de ønsket å bli bedre i. De ble stadig spurt om hvilket mål de hadde. Informantene mente at målene ble til gjennom dialog og samarbeid med teamet. Allikevel opplevde en informant at teamet ønsket et ekstra mål som hun ikke ønsket selv. Det resulterte i at hun ble irritert, følte seg utrygg, og det virket som hun var tydelig preget av hendelsen. Målet ble ikke jobbet med videre, men informanten formidlet det slik:

*”Eneste er at vi ble litt uvenner når de skulle tvinge meg til å støvsuge og vaske gulvet. Jeg klarer ikke bøye meg, så hvis jeg blir liggende så kommer jeg meg ikke opp igjen. Det ble litt klabb og babb der. Jeg tror de mente at jeg skulle gjøre litt mer enn det jeg egentlig klarte, hadde jeg inntrykk av”. – Ellen.*

Målene til informantene handlet om aktiviteter i hverdagen som gjorde de selvstendige i eget hjem eller nærområde. De ønsket å klare seg selv og ikke være avhengige av andre. Noen snakket også om forventninger fra seg selv om ansvaret de hadde for seg selv og sitt hjem, samtidig som at det var en forventning om å klare seg selv fra samfunnets side. Å velge sine egne mål gav dem god selvfølelse, stolthet, men mest av alt mye motivasjon. Målene bidro med bevissthet, noe å strekke seg etter og en påminnelse om hvor de ønsket å nå frem. En informant formidlet sitt syn på motivasjon og fremgang omkring målene sine slik:

*”Jeg kunne ikke bli sittende og ha det så vondt, for jeg måtte på beina igjen. Derfor sa jeg ‘jeg skal, jeg vil, jeg må!’. Hvis du ikke har noe motivasjon eller noen ting, da mener jeg at da står du bare der da, da står du stille.”. – Ellen.*

### **”Du følte jo at du ble hørt” – Opplevelse av brukermedvirkning**

Det kan virke som at informantene hadde litt ambivalente opplevelser i starten angående hvor mye de var med og bestemte. Flere mente at det var teamet som bestemte fordi de var

ekspertene, så det var de som visste hva som måtte gjøres. En informant formidler sine første tanker slik:

*”Jeg tror ikke jeg bestemte noe, jeg fulgte bare deres oppskrifter jeg. Men jeg gikk jo frem til det å gå, det var jo målet MITT”. – Johanne.*

Allikevel opplevde alle å bestemme litt, blant annet at de bestemte målene sine, og at de bestemte tallene under skåringsprosessen. Mange snakket også om at de opplevde å bestemme mye i forbindelse med treningen, om den skulle være hardere, lengre, lettere eller om de skulle øke antall repetisjoner på øvelser. En informant hadde spesielt høy opplevelse av å bestemme, fordi hun mente hun deltok i alle valg som foregikk, både når det gjaldt målsetting, skåringsprosess, trening, finne egne teknikker, og hvilke hjelpemidler hun ønsket. Hun formidlet det kort oppsummert slik:

*”Alt som foregikk var jeg med på å bestemme”. – Marit.*

En annen informant reflekterte over sine opplevelser av å være med å bestemme mye, og at det var uvant sammenlignet med andre helsetjenester:

*”Det var uvant og bra å være med å bestemme, så det var helt fint. For man har jo liksom ikke vært vant til det når man har kommet til doktoren. Da har det ikke vært du som har bestemt hva som skulle skje. (...) Men når man kommer der også sier de at 'nå står jeg til din disposisjon, hva er det du vil i dag?' DET synes jeg var stort jeg!”. – Solveig.*

Selv om noen hadde litt ambivalente opplevelser av å bestemme, så var de veldig opptatte av at de var svært delaktige i alle dialoger som foregikk. Det viktigste for dem var god kommunikasjon og godt samarbeid hvor de bidro med sine ønsker. Å få delta i dialoger med sine meninger bidro til at de følte seg hørt, og det var fint fordi de kjente sin egen kropp best og kunne komme med egne erfaringer. En informants opplevelser av å få være med å bestemme ble formidlet slik:

*”Det var absolutt nyttig å kunne være med å bestemme litt for du følte jo at du ble hørt da. Og det synes jeg var fint”. – Solveig.*

## Diskusjon

Resultatene viser til at COPM er et verktøy som kan bidra til brukermedvirkning innenfor områdene målsetting, vurdering og samarbeid. Skåringsprosessen kan bli opplevd som litt vanskelig, og målsetting var en viktig faktor for å oppnå motivasjon.

Under intervjuene og analysene kunne det være vanskelig å skille om det var COPM eller hverdagsrehabiliteringen som var direkte årsak til informantenes opplevelser og erfaringer. Det kunne virke som at de opplevde COPM som en naturlig eller integrert del av hverdagsrehabiliteringen, og ikke som et alenestående verktøy. En årsak til dette kan være at COPM og hverdagsrehabilitering baseres på mange like verdier og prinsipper. Begge fokuserer på aktiviteter som er viktige for brukeren, daglige gjøremål, økt selvhjelpenhet og har stort fokus på brukermedvirkning (5, 6). Fordi de bygger på like prinsipper kan det være vanskelig for informantene å se på de som to forskjellige ting. Allikevel består COPM og hverdagsrehabilitering av ulike elementer som gjør at de tilsammen skaper en god rehabiliteringsprosess (12). COPM kan derfor sees på som en integrert del av hverdagsrehabilitering ved å være et verktøy som bidrar til å fremme hverdagsrehabiliteringens prinsipper. Resultatene fra denne studien underbygger dermed helsedirektoratets anbefaling om å benytte COPM i hverdagsrehabilitering (8).

Trygghet var en faktor som var veldig viktig for informantene på flere områder. Før rehabiliteringen uttrykte de en stor usikkerhet ovenfor sin egen situasjon, egen kropp og de var redde for å gjøre noe galt. I følge Axel Honnests anerkjennelsesteori må mennesker oppleve omsorg, nærhet og vennskap for å føle trygghet, sikkerhet og selvtillit (4). Hverdagsrehabiliteringsteamet gav informantene trygghet og det bidro til større selvtillit slik at de turte å utføre det de skulle av øvelser og aktiviteter, både med og uten teamet til stede. Det viser at mennesker i en sårbar situasjon har behov for å møtes med omsorg og danne en relasjon for å bygge opp trygghet og selvtillit. Dette vil være viktig i en rehabiliteringssituasjon fordi det vil kunne bidra til økt aktivitet og deltakelse både under og etter at rehabiliteringen er ferdig. Informantene fortalte at de var mer aktive etter endt rehabilitering og at tryggheten og selvtilliten var en viktig årsak for dette.

Skåringsprosessen ved COPM gikk fint for de fleste fordi de fikk god informasjon og veiledning. Noen synes allikevel at det var utfordrende fordi de ikke forstod logikken, hvilket tall som representerte hvilken grad av utførelse, og det var en ny måte å tenke på. Det kan tyde på at de trenger et litt mer konkret bilde eller retningslinje for hva tallene kan representere. I COPM-manualen står det at brukerne selv skal vurdere hvordan de utfører

aktiviteten etter sine egne subjektive opplevelser (6), og det er derfor ikke en skala med standardiserte grader for utførelse. Det kan derfor være vanskelig for terapeut å både forholde seg til manualen med brukerens subjektive mening, og å veilede med konkrete retningslinjer slik at bruker faktisk forstår. Tidligere studier har også kommet frem til at brukere kan ha utfordringer med skåringsprosessen (13, 16, 21). For å klare å benytte skåringsskalaen ved COPM er man avhengig av at brukeren har en evne til å klare å tenke abstrakt (21). Personer med psykiske lidelser eller hjerneskader kan ha spesielt utfordringer med abstrakt tekning (22). Informantene i denne studien har ingen kjente kognitive utfordringer, men de formidler allikevel vanskeligheter med skåringsskalaen. Aktiviteten de skal vurdere er ofte en sammensatt aktivitet som består av flere komponenter. I tillegg finnes det ingen større retningslinjer på utførelse enn ved tallet en og ti. Utviklerne av COPM formidler at når det oppstår utfordringer rundt skåringsprosessen er det viktig at terapeutene er kreative når de beskriver skalaen, finner gode strategier for effektiv kommunikasjon, og har fokus på språk og ordbruk når man stiller spørsmålene (16).

Målene var viktige for informantene fordi det skapte mye motivasjon. Tidligere studier viser også at målsetting var viktig for motivasjonen til brukerne (14). En oversiktsartikkel viser at målsettingsarbeidet i rehabilitering er helt essensielt, og for at rehabiliteringen skal kunne bli mest mulig vellykket, må man bli enige om mål og ønskede utfall (23). Selvbestemmelsesteorien av Deci & Ryan viser at mennesker har tre fundamentale behov som symboliserer livets naturlige mål som vil gi følelse av velvære, og at man i stor grad burde forsøke å inkludere disse ved målsettingsarbeid i rehabilitering. Livets naturlige mål handler om autonomi, kompetanse og slektskap (23). Resultatene i denne studien viser at COPM fremmer stor grad av autonomi fordi brukerne får velge hvilke mål de ønsker selv. Dette vil bidra til å øke eierforhold til målet, øke den indre motivasjon, og det vil være større sannsynlighet for at rehabiliteringen blir vellykket (23). Selvbestemmelsesteoriens fundamentale behov for kompetanse handler om at man ønsker å mestre miljøet rundt seg og søker mestringsfølelse (23). Resultatene viser at COPM kan bidra med å finne mål som omhandler å mestre miljøet rundt seg fordi målene til informantene besto av å mestre hverdagslige aktiviteter i hjemmet og nærmiljø, og handlet om at de ønsket å være selvstendige. Det siste fundamentale behov for slektskap handler om at mennesker har behov for en følelsesmessig tilknytning til andre mennesker. Dette er et element som ofte handler om sosiale forhold og blir ofte glemt ved utarbeiding av mål (23). I resultatene kommer det frem at flere av informantene hadde sosiale interesser eller hobbyer utenfor hjemmet, og dette var aktiviteter som ble til mål. Det viser at COPM har evne til å fange opp mål som

omhandler sosiale forhold. En årsak til dette kan være fordi COPM er bygd opp av den kanadiske modellen CMOP-E (11), hvor sosiale forhold er en viktig komponent for aktivitetsutførelse. Derfor inneholder COPM spørsmål om sosiale forhold. Denne studien viser derfor at målarbeidet som ble utført ved COPM i hverdagsrehabilitering ivaretar de tre fundamentale behovene som livets naturlig mål består av, kan bidra til en følelse av psykologisk vekst og velvære. Fordi bruk av COPM kan bidra med en grundig kartlegging basert på komponentene til CMOP-E-modellen, kan verktøyet bidra med å finne aktiviteter og mål som skaper høy motivasjon og høyner sannsynligheten for vellykket rehabilitering. Målsetting blir sett på som et av de viktigste elementene i en rehabiliteringsprosess (23), og dermed kan COPM sees på som et viktig element i hverdagsrehabilitering.

Resultatene rundt brukermedvirkning var litt ambivalente. Selv om informantene mente at det var terapeutene som var ekspertene og bestemte, så mente de at de bestemte sine egne mål, valgte tall ved skåringsprosessen, bestemte treningsprogresjon og deltok i stor grad i den første kartleggingssamtalen. COPM kan derfor bidra med høy brukermedvirkning innenfor rehabiliteringens tre komponenter (12) identifisere behov, definere mål og evaluere effekt, mens de siste komponentene som handler om å finne faktorer som kan påvirke og iverksette tiltak, og som vil bestå av konkrete tiltak i hverdagsrehabiliteringen, kanskje er området hvor informantene ikke opplevde å bestemme like mye. Dette trenger ikke være negativt, fordi det er nettopp her terapeutenes ekspertise vil tre inn. Det viktigste for informantene var at de følte seg svært delaktige i alle dialoger og beslutningsprosesser. Dette gjorde at de opplevde å bli hørt og forstått. Ifølge anerkjennelsesteorien vil det være viktig at brukerne opplever selvtillit og tillit fra terapeutene for at de skal kunne tørre å formidle sine egne ønsker og behov i dialoger (4), som først da kan legge grunnlag for høy brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er lovpålagt, men definisjoner er ofte vage, krever tolkning og ofte tilpasning til hver enkelt kontekst. Det er derfor behov for verktøy som bidrar med å øke brukermedvirkning i praksis (4). Denne studien viser at COPM kan bidra til å øke brukermedvirkning. Å benytte COPM i hverdagsrehabilitering vil være fordelaktig fordi COPM er et verktøy som kan bidra til å fremme både brukermedvirkning og til å omsette hverdagsrehabiliteringens prinsipper i praksis.

Utvalget i denne studien hadde god variasjon på de demografiske områdene alder, kjønn og bostedskommune, men alle mottok hverdagsrehabilitering på grunn av hofte,- eller bruddskader og bodde alene. At alle mottok hverdagsrehabilitering på grunn av like diagnoser og at de bodde alene kan ha påvirket hvilke aktivitetsutfordringer de hadde og dermed

erfaringene. Eksklusjonskriteriet om kognitiv svikt kan ha ekskludert en del av populasjonen som mottar hverdagsrehabilitering. Det var ansatte i hverdagsrehabiliteringsteam som rekrutterte informantene og dette kan ha påvirket rekrutteringen. For eksempel kan de ha valgt ut informanter som hadde god effekt og var fornøyde med hverdagsrehabiliteringen for å fremme tiltaket. Det er usikkert hvor mye dette kan ha påvirket resultatet.

## Oppsummering

Resultatene fra denne studien antyder at COPM er et verktøy som kan bidra til høy brukermedvirkning innenfor områdene målsetting, vurdering og samarbeid. For å kunne oppnå brukermedvirkning vil det være viktig at brukerne opplever trygghet til å tørre å uttrykke sine egne behov og ønsker. Skåringsprosessen i COPM ble av noen opplevd som litt vanskelig. En årsak til det kan være krav til abstrakt tenkning. Målsettingsprosessen ble opplevd som positiv fordi de fikk velge mål som de selv ønsket, og dette bidro til høy indre motivasjon. Motivasjon var viktig for å klare å gjennomføre treningen og å oppnå fremgang i rehabiliteringen. Informantene var litt ambivalente om de opplevde å bestemme ved valg i rehabiliteringen, fordi de mente terapeutene var ekspertene. De opplevde at de bestemte egne mål, vurderte seg selv og treningsprogresjon, men mente at det viktigste var å delta i alle samtaler som bidro til beslutningsprosesser og godt samarbeid. De følte de seg hørt og at de var i trygge hender. Området hvor de ikke opplevde å bestemme like mye kan være utforming av konkrete tiltak, hvor terapeutene benytter sin ekspertise. COPM og hverdagsrehabilitering bygger på mange like verdier og prinsipper, og dette gjør at COPM fungerer godt som verktøy i hverdagsrehabilitering. Denne studien støtter anbefalinger om å benytte COPM i hverdagsrehabilitering fordi COPM kan bidra til å fremme hverdagsrehabiliteringens grunnleggende prinsipper som blant annet høy grad av brukermedvirkning og hverdagsaktiviteter som mål.

## Referanser

1. st.meld. nr. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. Bergen: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
2. st.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
3. Regjeringen.no. Brukermedvirkning: Regjeringen.no; 2009 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>].

4. Jenssen AG, Tronvold IM. Brukermedvirkning - Likeverd og anerkjennelse. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
5. Tuntland H, Ness NE. Hverdagsrehabilitering. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
6. Law M, Paptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure 5ed. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering; 2014.
7. Langeland E, Førland O, Aas E, Birkeland A, Folkestad B, Kjekken I, et al. Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner. 2016.
8. Førland O, Skumsnes R. En oppsummering av kunnskap - Hverdagsrehabilitering. Omsorgsbiblioteket: Senter for omsorgsforskning; 2016.
9. Kjekken I, Sand-Svartrud A. The Canadian Model of Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeuten*. 2012;55(1):30-7.
10. Tuntland H, Aaslund MK, Langeland E, Espehaug B, Kjekken I. Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2016;9:411-23.
11. Polatajko HJ, Davis J, Cantin N, Amoroso B, Purdie L, Zimmerman D. Specification af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter som kernen. *Menneskelig aktivitet* 2. København: Munksgaard; 2012. p. 47-78.
12. WHO. Rehabilitation. 2011. [Available from: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/chapter4.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4.pdf).
13. Chen YH, Rodger S, Polatajko H. Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occupational therapy international*. 2002;9(3):167-84.
14. Hjelle KM, Skutle O, Førland O, Alvsvåg H. The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2016;9:575-85.
15. Hjelle KM, Tuntland H, Førland O, Alvsvåg H. Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the Community*. 2016:1-9.
16. McColl MA, Law M, Baptiste S, Pollock N, Carswell A, Polatajko HJ. Targeted applications of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian journal of occupational therapy Revue canadienne d'ergotherapie*. 2005;72(5):298-300.
17. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
18. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori. 6 ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.
19. Giorgi A. The descriptive Phenomenological Method in Psychology - A modified Husserlian Approach. Pennsylvania: Duquesne University Press; 2009.
20. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3 ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
21. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Canadian journal of occupational therapy Revue canadienne d'ergotherapie*. 2004;71(4):210-22.
22. Malt U. Abstrakt tenkning Store norske leksikon2018 [Available from: [https://snl.no/abstrakt\\_tenkning](https://snl.no/abstrakt_tenkning).
23. Siegert RJ, Taylor WJ. Review - Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability and rehabilitation*. 2004;26(1):1-8.