

Kristine Bull - Engelstad

Fysioterapeuter; bulldosere eller dirigenter?

Observasjon av samspill mellom terapeut og pasient som underlag for kollegaveiledning: Pilottest av et observasjonsskjema med basis i selvbestemmelsesteorien

Masteroppgave i idrettsfysioterapi

Seksjon for idrettsmedisinske fag
Norges idrettshøgskole, 2009

FORORD

På grunn av min brennende interesse for motivasjon, kvalitet, kommunikasjon og veiledning har denne studien vært meget givende. Jeg har utviklet min forståelse, min evne til å reflektere og mine kunnskaper i forbindelse med å utføre et vitenskapelig arbeid. I tillegg har jeg utvidet min forståelse og kunnskap innen flere av mine interessefelt. Det har gjort meg inspirert til ytterligere å øke min kompetanse, spesielt innen veiledning og kommunikasjon. Sitatet nedenfor synes jeg reflekterer et viktig perspektiv for veiledning generelt og fysioterapeuters dialog med pasienter spesielt:

”Den vise veileder fører meg ikke inn i sin egen visdoms hus, men leder meg til min egen klokskaps dørterkel”.

Søren Kirkegaard

Jeg vil gjerne takke min veileder ved Norges idrettshøyskole, professor Yngvar Ommundsen, seksjon for coaching og psykologi, for ditt engasjement og din positivitet i forbindelse med denne studien. Tusen takk for alle dine gode innspill og tilbakemeldinger. Det har vært inspirerende å ha en så kunnskapsrik person som veileder. Videre vil jeg takke alle kollegaer ved Friskvernklubben som har bidratt i studien. Spesielt takker jeg Tone Rosenvinge og Merete Johansen, som var med i gjennomføring av pilottestingen, samt John Vikne som representant for FoU og fysioterapeuten som i studien har blitt observert i samspill med pasient (anonym). Jeg vil også takke lektor Erlend Vinje, ved Høyskolen i Oslo - idrett/ kroppsøving, for gode faglige innspill og vurderinger.

Til slutt vil jeg takke min kjære Anders, mine kjære svigerforeldre, foreldre og søsken. Anders - ditt gode humør, din positivitet og gode innspill har inspirert meg i dette arbeidet. Du er en meget god diskusjonspartner, ”struktursetter” og korrekturleser. Takk for all støtte! Svigerforeldre, foreldre og søsken - tusen takk for all støtte og hjelp med vår lille, skjønne Emilie. Og ikke minst takk til Emilie og lille X i magen, for å være snille og greie!

SAMMENDRAG

Rehabilitering av pasienter med muskel og skjelettlidelser er et omfattende og viktig område med både samfunnsøkonomiske og personlige perspektiver. Fysioterapeuter spiller en viktig rolle i denne prosessen. En har sett en dreining fra passiv behandling til aktiv rehabilitering, i tillegg til økte krav fra myndigheter om å involvere pasienter i deres rehabilitering. Dette medfører naturlig endrede krav til fysioterapeuters kommunikasjon og samspill med pasient.

Overordnet formål med studien er å utvikle et pedagogisk verktøy som kan brukes i observasjon og kollegaveiledning av fysioterapeuter ved Friskvernklubben, i en rehabiliteringssituasjon. Både observasjon og kollegaveiledning er prosesser som kan bidra til fysioterapeuters personlige utvikling og økt kvalitet gjennom bevisstgjøring, refleksjon og diskusjon. Denne prosessen vil igjen kunne bidra til kvalitetssikring av utøvende fysioterapi praksis. Utviklingen av dette observasjonsskjemaet er basert på selvbestemmelsesteorien. Dette er en motivasjonsteori som tar utgangspunkt i at mennesker har tre grunnleggende behov: autonomi, kompetanse og involvering. Tilfredsstillelse av disse behovene kan i følge denne teorien føre til økt indre motivasjon, som igjen kan bidra til økt oppslutning om rehabilitering og trening, og med det økt velvære. Det finnes mye litteratur knyttet til selvbestemmelsesteorien i ulike situasjoner, blant annet innen skolen; forhold mellom lærer og elev, innen næringsliv; forhold mellom leder og ansatt, innen helseomsorg; forhold mellom helsearbeider og klient og innen sport; forhold mellom trener og utøvere. Evalueringsskjemaer knyttet til denne teorien for bruk i observasjon, er imidlertid lite studert.

Problemstilling for studien er: "I hvilken grad er et skjema, basert på selvbestemmelsesteorien, egnet som verktøy i observasjon og kollegaveiledning i forbindelse med rehabilitering ved Friskvernklubben?" For å belyse denne problemstillingen, har forfatteren utarbeidet et observasjonsskjema. Dette skjemaet pilottestes med tre ulike observasjoner, tilhørende etter - refleksjonsseanser samt kollegaveiledning. Pilottesten er gjennomført ved Friskvernklubben.

Nøkkelord: Motivasjon, kvalitet, kommunikasjon, personlig utvikling/ bevisstgjøring, fysioterapeuter, rehabilitering, treningsveiledning og stabil oppslutning.

INNHALDSFORTEGNELSE

	Side
1.0	<u>BAKGRUNN FOR STUDIEN..... 1</u>
1.1	Innledning..... 1
1.2	”Paradigmeskifte” for fysioterapeuter; fra bulldosere til dirigenter?..... 1
1.3	Motivasjon og stabil oppslutning..... 4
1.4	Friskvernklinikken, forfatterens bakgrunn og personlig interesse..... 5
1.5	Formål med studien..... 7
1.6	Avgrensing av studien..... 8
1.7	Disposisjon av studien..... 8
2.0	<u>TEORETISK REFERANSERAMME..... 10</u>
2.1	Selvbestemmelsesteorien..... 10
2.1.1	Grunnleggende behov..... 11
2.1.2	Selvbestemmelse og regulering av motivasjonen..... 11
2.1.3	Indre motivasjon, stabil oppslutning og velvære..... 14
2.1.4	Hvordan tilrettelegge for økt indre motivasjon, stabil oppslutning og velvære..... 15
2.2	Tidligere forskning..... 18
2.3	Problemstilling..... 20
3.0	<u>METODE..... 21</u>
3.1	Etiske aspekter..... 22
3.2	Redegjørelse for metode og metodevalg..... 22
3.2.1	Beskrivelse av utvalg og utvalgsstrategi..... 23
3.2.2	Prosedyrebeskrivelse av pilottesting..... 24
3.2.3	Datainnsamlingsmetoder..... 25
	1. <i>Observasjon av samspill mellom terapeut og pasient</i> 26
	2. <i>Kollegadrøftinger</i> 28
	3. <i>Kollegaveiledning</i> 29
3.3	Måleinstrumentet..... 31
3.3.1	Redegjørelse for utvikling av observasjonsskjemaet PUT..... 31
3.3.2	Hvordan bruke, score og evaluere resultater fra observasjonsskjemaet PUT..... 32
4.0	<u>RESULTATER..... 34</u>
4.1	Delproblemstilling 1 – observasjon..... 34
4.2	Delproblemstilling 2 – kollegaveiledning..... 44
4.3	Nytteverdi for Friskvernklinikken..... 45
4.4	Oppsummering av resultater – presentasjon av endelige versjoner av skjemaene..... 47

5.0	<u>DISKUSJON.....</u>	51
5.1	Utvidet redegjørelse for validitet.....	53
5.2	Validitetsdrøfting av metode og resultat.....	53
5.2.1	Utvalg og utvalgsstrategi.....	54
5.2.2	Observasjonssituasjon.....	54
5.2.3	Pilottesting av måleinstrumentet.....	54
	1. <i>Delproblemstilling 1 – observasjon</i>	54
	2. <i>Delproblemstilling 2 – kollegaveiledning</i>	58
5.3	Nytteverdi og anvendelsesområder.....	59
5.4	Videre anbefalinger.....	61
6.0	<u>OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....</u>	65
7.0	<u>REFERANSER.....</u>	67

Figuroversikt:

Figur 1:	To ytterpunkter av lederatferd	2
Figur 2:	Behandlingsform og fysioterapeutatferd	3
Figur 3:	Grunnleggende behov og effekt av fysioterapeutatferd	10
Figur 4:	Atferd i forhold til regulering av motivasjon	12
Figur 5:	Tidslinje	25
Figur 6:	Triangulering	25
Figur 7:	Retningslinjer for kollegaveiledning av terapeuter som utfører treningsveiledning	30
Figur 8:	Validitet	51
Figur 9:	Observasjon og anvendelsesområder	61
Figur 10:	Retningslinjer for kollegaveiledning av terapeuter som utfører treningsveiledning – Revidert	63

Tabelloversikt:

Tabell 1:	Personer involvert i pilottesting	24
Tabell 2:	Beskrivelse av observasjonene i pilottesting med tilhørende observasjonsmaterieell	27
Tabell 3:	Andre involvert personer og støttespillere i studien	28
Tabell 4:	Beskrivelse av validitet	51

Vedlegg:

Vedlegg 1:	Spørsmål benyttet i etter – refleksjonsseanser	70
Vedlegg 2:	Observasjonsskjemaet PUT, versjon 0 (A0)	71
Vedlegg 3:	Observasjonsskjemaet PUT, versjon 1 (A1)	72
Vedlegg 4:	Observasjonsskjemaet PUT, versjon 2 (A2)	73
Vedlegg 5:	Observasjonsskjemaet PUT, siste versjon (A3)	74
Vedlegg 6:	Beskrivelse av spørsmålene i observasjonsskjemaet PUT, versjon 1 (B1)	75
Vedlegg 7:	Beskrivelse av bruk og scoring av observasjonsskjemaet PUT, versjon 1 (C1)	76
Vedlegg 8:	Observasjonsskjema PUT – Målsettingsarbeid (M0)	77

1.0 BAKGRUNN FOR OPPGAVEN

1.1 Innledning

Rehabilitering av pasienter med muskel og skjelettlidelser er et omfattende og viktig område. For det første er dette gjerne sentralt for den enkelte pasient for å komme tilbake til en normal livssituasjon, samtidig som en rehabilitering gjerne er belastende både fysisk og psykisk. For det andre medfører muskel og skjelettlidelser tapt arbeidsinnsats som følge av fravær som igjen gir tapt effektivitet i næringslivet. For det tredje innebærer rehabilitering av pasienter en stor samfunnsøkonomisk kostnad både med tanke på kostnader knyttet til sykepenger og statlige subsidier til ulike rehabiliteringsinstanser. Det synes derfor åpenbart at en effektiv rehabilitering som gjør at pasienten så raskt som mulig kan komme tilbake i arbeid, er hensiktsmessig for alle involverte parter.

I stortingsmelding 21/99 blir rehabilitering definert som: ”Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet”. Fysioterapeuter spiller en sentral rolle i rehabilitering av overnevnte lidelser. Hvordan fysioterapeuter kan utøve denne rollen på best mulig måte er derfor av interesse.

1.2 ”Paradigmeskifte” blant fysioterapeuter; fra bulldosere til dirigenter?

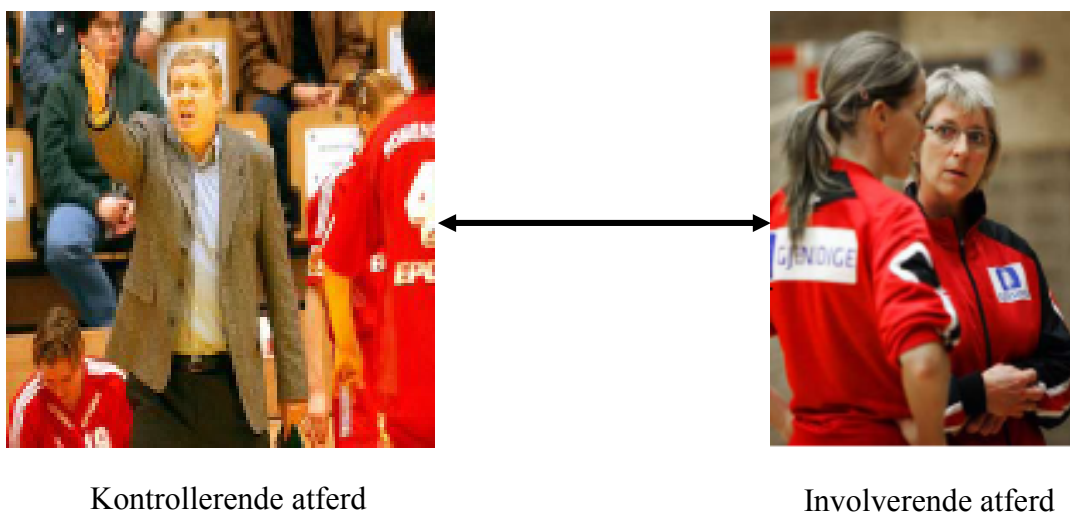
Rehabilitering og fysioterapi kan beskrives på ulike måter. To sentrale dimensjoner kan sies å være passiv behandling i motsetning til aktiv rehabilitering og kontrollerende i motsetning til involverende atferd hos fysioterapeuten.

Trolig kan en snakke om et ”paradigmeskifte”¹ innen fysioterapipraksis når det gjelder utviklingen fra passiv behandling til aktiv rehabilitering. I følge Norsk forskningssenter for Aktiv Rehabilitering (2009) var passive behandlingsformer og avlastning det mest vanlige behandlings- og rehabiliteringstilbudet for individer med muskel- og skjelettlidelser, til langt ut på 80-tallet. Eksempler på passive behandlingsformer kan for eksempel være behandling med elektroterapi og/eller varmebehandling. Norske Fysioterapeuters Forbund, NFF, ved Silja Skjåvik (2008) definerer aktive rehabiliteringsprogram som målrettede treningsprogram basert på optimalt dosert trenings- og øvelsesprogram for å gjenvinne, bevare og utvikle funksjonsevnen hos enkeltindividet.

¹ Kjørmo (1994) definerer paradigma på denne måten; ”Den opprinnelige betydningen er et *mønster*, men slik Kuhn bruker begrepet er det tale om et mønster av styrende forutsetninger for den vitenskapelige virksomhet” (s.65).

Utvikling av og implementering av metoder for vurderinger av pasienters funksjonsevne står helt sentralt for å kunne tilpasse treningstiltak for å oppnå treningseffekt for enkeltindividet (ibid.).

Fra håndballbanen har vi et velkjent bilde som illustrerer ulike lederstiler. Russlands landslagstrener gjennom en årrekke, ”bulldoseren” Evgjenij Trefilov, er kjent for sin kommanderende, kontrollerende og lite involverende lederstil. Norges tidligere landslagstrener, ”dirigenten” Marit Breivik, representerer det andre ytterpunktet med vesentlig involvering av spillerne, der disse læres opp til og motiveres til å ta ansvar for egen og lagets utvikling.

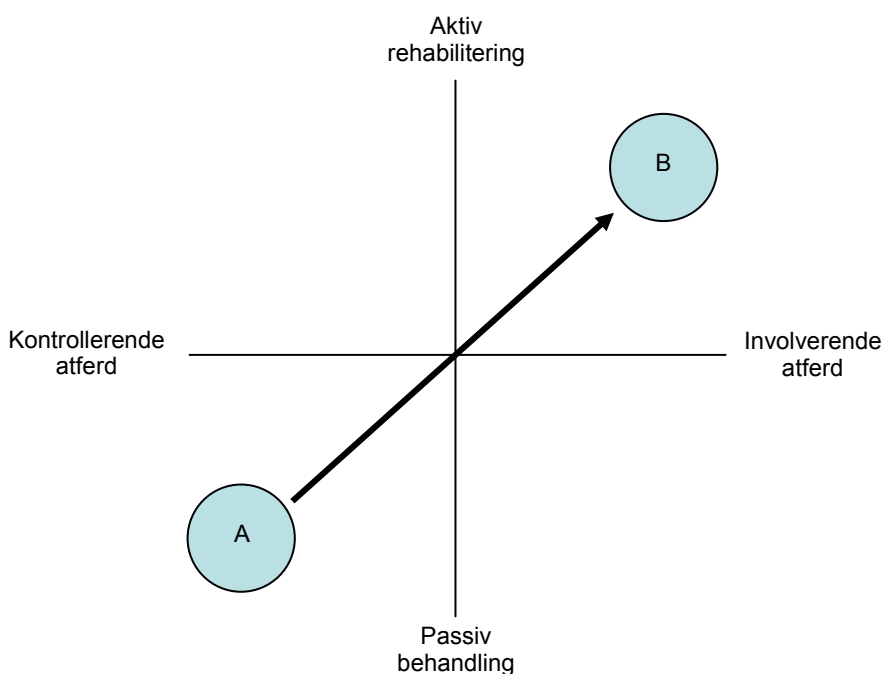


Figur 1: To ytterpunkter av lederatferd

Disse to ytterlighetene av atferd er like sentrale for fysioterapeuter. I følge Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2000) er det en økende grad av dokumentasjon for positive effekter av fysisk aktivitet og aktiv rehabilitering for pasienter med skader eller lidelser i muskelskjelettet. Sosial- og helsedirektoratet beskriver sitt prosjekt ”Og bedre skal det bli!” som en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Denne strategien har blant annet til hensikt å fremme involvering og medvirkning av pasienter. For Sosial- og helsetjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene blant annet er virkningsfulle, er trygge og sikre og involverer brukerne og gir dem innflytelse. Kvalitetsbegrepet kan defineres på mange ulike måter. Norsk Standard definerer kvalitet på følgende måte: ”Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav” (NS – EN ISO 9000:2000, i; Sosial- og helsedirektoratet, 2005-2015 s. 11). I en av handlingsplanene overnevnt prosjekt er fokus å styrke utøver og evaluere helsetjenester (ibid.). I en av rapportene kan vi lese at ”De siste årene har helsetjenesten i Norge gjennomgått store

organisatoriske endringer med betydelige konsekvenser for utøverne” (Sosial og helsetjenesten, 2006 s. 13, pkt 7. 2). Med ”utøverne” menes her helsepersonell, hvilket inkluderer fysioterapeuter. I denne nasjonale strategien fokuseres det på Pasientrettighetsloven: ”Helsetjenesten har gått fra å være autoritær til å bli mer brukerorientert med nye roller for helsepersonellet, som forventes å være veiledere og medspillere slik at pasientene kan være delaktige i sitt eget pasientforløp og beslutningene som angår dem” (2006, s. 13, pkt 7. 2). Dette underbygger bildet ”bulldoser” og ”dirigent”.

Vi ser altså at det fra ulike hold både er et ønske om en endring fra passiv behandling til aktiv rehabilitering, og et økende krav og fokus på involvering av pasientene. Dette er illustrert i figuren nedenfor. Imidlertid vil en i praksis se ulike kombinasjoner av disse to dimensjonene.



Figur 2: Behandlingsform og fysioterapeutatferd – Ønske og krav om dreining fra passiv behandling med kontrollerende atferd, til aktiv rehabilitering med involverende atferd.

Det overnevnte fokus synes å innebære endringer i fysioterapeuters rolle; økt involvering fra pasienten stiller blant annet strengere krav til kommunikasjon og det pedagogiske samspillet med pasienten. Det faktum at pasientene som følge av informasjonstilgang på internett har mer kunnskap om sin diagnose/tilstand enn tidligere, understreker ytterligere de økte kravene til fysioterapeuter til å lytte til pasienten og involvere denne i større grad.

1.3 Motivasjon og stabil oppslutning

Et sentralt formål med rehabiliteringen er som nevnt å få pasienten tilbake i arbeid så fort som mulig. Vi vet videre at trening og hvordan dette legges opp er sentralt for å lykkes med dette. Videre viser forskningslitteratur innen medisin og rehabilitering at det kan være et problem at pasienter dropper ut av rehabilitering, og følgelig mulig reduserer effekten av rehabiliteringen. Oppfølging av planlagte rehabiliterings- og treningsaktiviteter er i den medisinske litteraturen ofte betegnet ”compliance” eller ”adherence”. Ordet ”compliance” har tradisjonelt blitt sett på som en autoritet/ ekspert (for eksempel helsepersonell), som forteller hva ”ikke - eksperten” (pasienten) skal gjøre. Eksempler på dette kan være forholdet mellom lege og pasient, der legen forteller hva pasienten skal gjøre, uten involvering av pasienten. Compliance ”is a medical term that is used to indicate a patient`s correct following of medical advice” (Wikipedia). Tilsvarende finner en også i fysikalsk medisinsk litteratur, hvor fysioterapeuter gir pasienter et treningsprogram, som pasientene må følge – også her uten involvering. Dette kan sees på som et begrep før ”paradigmeskiftet” definert over, i tråd med kontrollert styrt atferd – og i motsetning til involverende atferd.

Blant helsepersonell er nå begrepet ”adherence” foretrukket, og kan i kontrast til ”compliance” sees å være oppslutning på pasientens premisser (Wikipedia). Dette sees også i det kjente Motivational Intervju, som er ”en pasientsentrert, empatisk samtalemetode” (Holm og Prescott (u. å, i; Bahr, 2008 s. 104). Det betyr at helsearbeideren lytter og forsøker å forstå pasientens perspektiv, fremfor å overtale eller komme med egne løsninger på pasientens problemer (ibid). Denne samtalemetoden er også i tråd med ”empowerment” – begrepet, hvor for eksempel helsearbeidere blant annet er opptatt av å utdanne pasientene til å ta ansvar selv, og motivere for egenovertakelse av treningsprogrammer. Verdens helseorganisasjon definerer begrepet blant annet på denne måten: ”Empowerment is a process through which people gain greater control over decisions ” (NOU 1998: 18, i; Tidsskrift for Den norske legeförening, 2000). Begrepet beskriver en prosess - en endring mot å ha større innflytelse enn tidligere.

Videre i denne oppgaven vil jeg forholde meg til stabil oppslutning og vedvarende trening, og ikke compliance og adherence. For å oppnå en stabil oppslutning, for eksempel i rehabiliteringssammenheng, er det viktig at pasientene er motivert. Motivasjon er et uttrykk de fleste har et forhold til, og kan betraktes som en indre følelse som gir energi til og driver handlinger eller atferd, og som bestemmer dens retning og varighet (Hagger & Chantzisarantis, 2007).

Undertegnede erfaring er at de pasientene som har godt oppmøte i for eksempel en rehabiliteringsperiode, har mye større mulighet for å få en vellykket rehabilitering, der de når sine oppsatte mål. Kunnskap om hvordan pasienter kan motiveres til å møte opp er naturligvis av stor betydning. På bakgrunn av det overnevnte er tiltak som kan påvirke pasientenes motivasjon til rehabilitering og trening i positiv retning meget aktuelt. Det vil som fysioterapeut være av betydning å ha kunnskap om hvordan en kan tilrettelegge for økt motivasjon hos pasientene til rehabilitering.

Det finnes mange ulike teorier som beskriver hva som påvirker motivasjon; ett sentralt element er lederatferd. Et viktig perspektiv i forhold til hvordan motivasjon og derav vedvarende trening/ stabil oppslutning blant annet påvirkes av ulike lederatferd synes å være Deci & Ryans teori om selvbestemmelse. Selvbestemmelsesteorien (SBT) er utviklet i løpet av de siste 30 år og er den eneste av hovedteoriene innen menneskelig motivasjon som både omhandler spontan, indre motivert aktivitet, og samtidig påpeker faktorer som enten forbedrer eller svekker motivasjonen til denne aktiviteten (Deci & Ryan, u.å; I Hagger & Chatzisarantis, 2007). Selvbestemmelsesteorien er grundigere redegjort for i kapittel to. Denne teorien ansees derfor som meget aktuell for denne studien og vil bli benyttet som referanseramme i formulering av problemstilling, for metodevalg, for innsamling og analyse av data, og for tolking og drøfting av resultatene.

1.4 Friskvernklinikken, forfatterens bakgrunn og personlige interesse

I kapittel 3, "Metode", beskrives hvordan denne oppgaven er utført basert på kvalitativ metode. Det er en viktig forutsetning i kvalitative studier at forfatteren har inngående kjennskap til konteksten studien gjennomføres i (Vedeler, 2000).

Undertegnede har betydelig erfaring innen den konteksten undersøkelsen befinner seg i, Friskvernklinikken, blant annet med tanke på observasjon av pasienter. Det å være fysioterapeut, innebærer mye kommunikasjon og observasjon av pasienter, ledelse av rehabiliterings og treningsgrupper og kontinuerlige problemløsninger. Undertegnede er trent til å observere og vurdere pasientenes forutsetninger, atferd og dialog. Undertegnede personlige erfaring og interesse innen feltet motivasjon, kvalitet og veiledning² har bygget seg opp over flere år. Det å prøve å forstå hva

² Mathisen og Høigaard (2004) definerer veiledning slik; "Veiledning er en utviklingsorientert samtale der formålet er å bidra til refleksjon og ettertanke og gi hjelp til å gjøre kvalifiserte valg som vil kunne føre til endring og forbedring." (s. 14).

slags effekt fysioterapeuters atferd kan ha på pasienter med tanke på å ha et godt oppmøte i rehabiliteringsperioden, fasinerer forfatteren.

Forfatteren har jobbet på Friskvernklinikken siden 2003. Dette er en spesialistklinikk blant annet innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Klinikken har også idrettsmedisinsk poliklinikk, psykosomatisk avdeling og treningscenter. Fagteamet ved klinikken består av legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering, nevrologi, nevrofysiologi, nevrokirurgi, ortopedi og psykiatri. I tillegg er det spesialister i psykologi og fysioterapi samt idrettspedagoger, psykiatriske sykepleiere og ernæringsfysiologer. Klinikken har utviklet modeller for å jobbe tverrfaglig, slik at ulike spesialiteter utfyller hverandre til beste for pasienten. Friskvernklinikken visjon er som følger: ”Friskvernklinikken tverrfaglige spesialkompetanse vil styrke den enkeltes evne til å selv ta et aktivt ansvar for egen helse. Klinikken vil være en drivkraft i arbeidet med å utvikle ny kunnskap om rehabilitering.”

Kvalitet er et sentralt element i Friskvernklinikken verdigrunnlag. Klinikken ble ISO-sertifisert i 2007, og undertegnede har vært sterkt delaktig i forbindelse med at klinikken skal re - sertifiseres i 2009. ISO-sertifisering er et kvalitetsstempel for blant annet utarbeidede prosedyrer, retningslinjer og risikostyring.

Friskvernklinikken målsetting er å gi brukerne et helhetlig tilbud innen utredning og rehabilitering, og å bidra til at de på best mulig måte kan gjenvinne funksjonsevne – fysisk, mentalt, sosialt og i forhold til arbeid. Myndighetene har nå større fokus på tilbakeføring til arbeid som medfører økte krav til dokumentasjon av hvor raskt pasienten kan gjenoppta arbeid etter rehabiliteringen.

Undertegnede har jobbet som fysioterapeut siden 2001, og har jobbet med ulike gruppetreninger og treningsveiledning i 15 år. Undertegnede har gjennom sin karriere opparbeidet en klar forståelse av at det er viktig at fysioterapeuter innehar god kompetanse og forståelse av hvordan en skal motivere pasientene. Pasientene har varierende motivasjon og stabilitet i rehabilitering og trening. Dette kan naturlig nok ha mange ulike årsaker. Ett sentralt element synes imidlertid å være fysioterapeutens rolle i samspill med pasienten, blant annet med hensyn til fysioterapeutens atferd og kommunikasjon.

I tillegg har forfatterens utdanning ved Manchester School of Physiotherapy, bidratt til engasjementet for kvalitetsarbeid. Her ble det fokusert på en problemløsende tilnærming/

problembasert læring. Kvalitet og dokumentasjon av personlig utvikling gjennom blant annet refleksjon over egen praksis var sentrale temaer, og i tråd med National Health System (NHS) og retningslinjer fra Chartered Society of Physiotherapy (CSP). Et av skolens hovedbudskap til utøvende fysioterapipraksis var å aldri gjøre en behandling på en pasient uten å forklare hva som ble utført og hvorfor tiltaket var viktig.

Undertegnede har meget stor interesse for området veiledning og kollegaveiledning. Å kunne bidra til andres personlige utvikling ved hjelp av ulike virkemidler fascinerer forfatteren. Forfatteren innehar god erfaring i å veilede pasienter, og har noe erfaring fra kollegaveiledning, via observasjon av fysioterapeuter ved Friskvernklubben i ulike gruppetimer, men har ingen formell veiledningskompetanse. Undertegnede har for øvrig hatt en modul innen coaching ved Norges idrettshøgskole i forbindelse med mastergradsstudiet, hvor noen prinsipper synes tilsvarende. For øvrig brenner undertegnede for helhetlig tenkning innen trening og rehabilitering.

1.5 Formål med studien

I tråd med innledningens definerte økte krav fra myndigheter samt Friskvernklubbens verdier og krav i følge ISO-sertifiseringen, har denne studien flere formål. Overordnet formål med studien er å utvikle et pedagogisk verktøy som kan brukes i observasjon og kollegaveiledning av fysioterapeuter ved Friskvernklubben i en rehabiliteringssituasjon.

Både observasjon og kollegaveiledning er prosesser som kan bidra til fysioterapeuters personlige utvikling og økt kvalitet gjennom bevisstgjøring, refleksjon og diskusjon. Disse prosessene vil igjen kunne bidra til kvalitetssikring av utøvende fysioterapipraksis, opp mot Friskvernklubbens krav i gjeldende retningslinjer og prosedyrer. I tillegg er erfaringer fra arbeidet med denne studien tenkt å gi grunnlag for ytterligere forbedring av disse.

Fra Norske Fysioterapeuters Forbund, NFF, pågår et arbeid knyttet til kontinuerlig, faglig oppdatering av fysioterapeuter på linje med overnevnte arbeid i ”Chartered Society of Physiotherapy”. Dette stiller sterkere krav til dokumentasjon av personlig utvikling for fysioterapeuter. Undertegnede har en klar ambisjon om at denne studien skal bidra til NFFs arbeid innenfor området.

1.6 Avgrensning av studien

Rehabilitering er et omfattende område og det er derfor nødvendig med avgrensning for fokus i studien. Forfatteren avgrensner fokuset til å gjelde tilrettelegging av øvelser.

Selvbestemmelsesteorien er også omfattende, og tar for seg en rekke ulike dimensjoner. Blant annet omhandler den kartlegging av pasientens nivå. Dette ville vært interessant og studert nærmere, men er grunnet studiens omfang ikke behandlet. Målsettingsarbeid er et annet tema som omfattes av selvbestemmelsesteorien. Dette var i utgangspunktet tenkt holdt utenfor piloten. I forbindelse med den praktiske gjennomføringen av observasjonene erfarte vi imidlertid at det var unaturlig å ikke komme innom målsettingsarbeid i forkant. Resultatet inkluderer derfor noe på dette området også, men er kun lett behandlet.

Det kunne vært interessant å gjennomføre en enda mer omfattende pilottesting enn det denne studiens omfang har muliggjort. Forfatteren har måttet begrense studien til å inkludere tre observasjoner (hvorav én er transkribert) og én kollegaveiledning, hvilket likevel har vært meget tidkrevende. Et observasjonsskjema som det som er utarbeidet i denne studien er imidlertid et verktøy som naturlig blir videreutviklet over tid. Det kunne også vært interessant å gjennomføre pilottesting ved å observere flere ulike fysioterapeuter i samspill med pasient, gjerne ved ulike klinikker. Studiens omfang og forfatterens bakgrunn har gjort det naturlig å gjennomføre hele piloten ved Friskvernklubben.

Forskeren innehar som nevnt ikke formell veiledningskompetanse. Det var likevel av interesse å teste ut kollegaveiledning ved bruk av observasjonsskjemaet, både for å se i hvilken grad skjemaet var egnet for dette formålet samt å få et klarere bilde på om denne kompetansen bør være påkrevd. Det presiseres at studien ikke tar for seg veiledning som fagdisiplin med tilhørende teori og forskning.

1.7 Disposisjon av studien

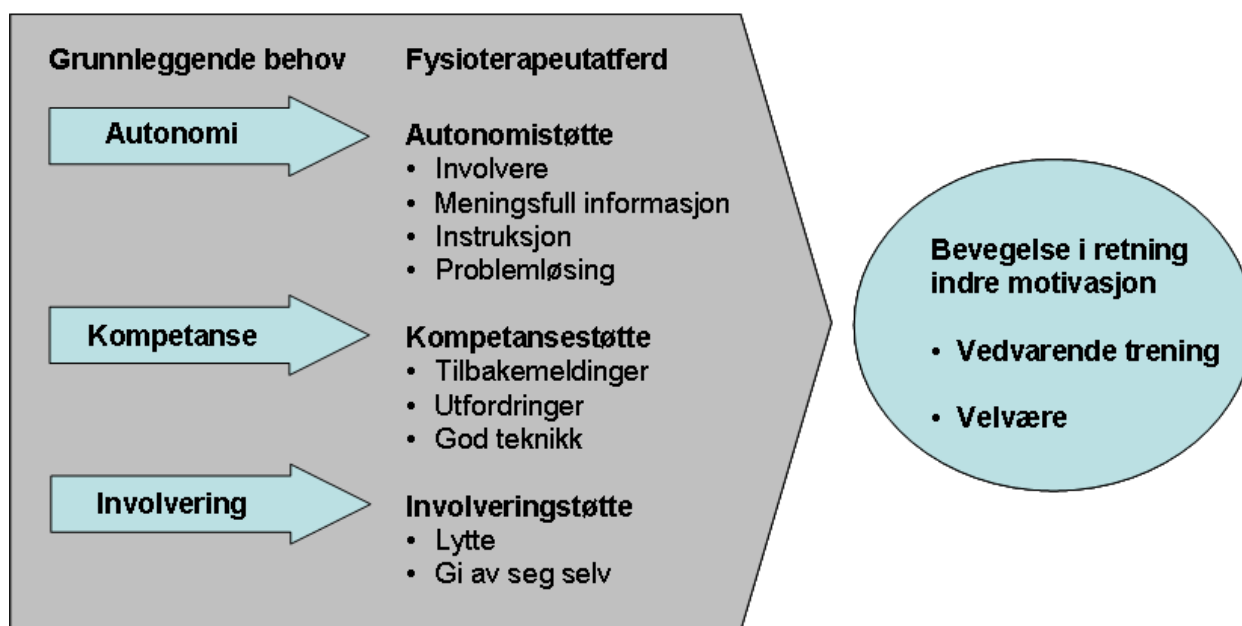
I neste kapittel vil selvbestemmelsesteorien bli presentert, med påfølgende utdrag fra det mest sentrale av tidligere forskning med tanke på relevans for denne studien. Deretter vil metoden gjøres rede for, både utviklingen av måleinstrumentet og prosedyren for pilottesting. De mest sentrale personene i disse forbindelser vil også bli fremstilt i denne delen. Et utfyllende resultat vil dernest bli presentert, slik at leseren på best mulig måte skal kunne komme nærmere situasjonene og samtalene. På bakgrunn av blant annet disse samtalene, refleksjonene og diskusjonene, har det vært flere endringer i observasjonsskjemaet underveis i utviklingsprosessen. I resultatdelen vil derimot

kun endringer fra første til siste versjon bli redegjort for. Den endelige versjonen av observasjonsskjemaet med tilhørende skjema blir presentert i oppsummeringen av dette kapitlet. De første versjonene av disse skjemaene vil bli å finne som vedlegg.

I det påfølgende kapittel, Diskusjon, blir så resultat og metode validitetsdrøftet. I og med denne studien omhandler kvalitativ metodisk utprøving, er det viktig å presisere at selvbestemmelsesteorien kun ligger som bakteppe i dette kapitlet. Teorien vil selvsagt bli trukket inn der det er relevant. Resultat og metode blir også vurdert med tanke på studiens formål og problemstilling. Det vil mot slutten av kapitlet bli gjort rede for nytteverdi, anvendelsesområder og veien videre, hvilket anses sentralt i et praktisk studie som dette. Studien avsluttes med en kort oppsummering og konklusjon med henblikk på formål og problemstilling.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

På bakgrunn av innledningen over, presenteres som nevnt Deci & Ryans selvbestemmelsesteori ("Self - Determination Theory"). Dette kapittelet starter med en kort presentasjon av selvbestemmelsesteorien og deretter vil blant annet figuren nedenfor bli beskrevet. Dette kapittelet vil spesielt belyse hvordan en som veileder kan påvirke mennesker til vedvarende trening og velvære.



Figur 3. Grunnleggende behov og effekt av fysioterapeutatferd – Hvordan veilede mennesker til stabil oppslutning og økt velvære?

2.1 Selvbestemmelsesteorien

Motivasjon er sentralt i flere sosial – psykologiske teorier som ønsker å forklare atferd, også i SBT (Hagger & Chantzisarantis, 2007). Forfatterne av teorien, Deci & Ryan, hevder at motivasjon handler om energi, retning og vedlikehold (2000). Motivasjon er energien som styrer vår atferd, og denne energien kan komme fra ulike kilder (ibid.).

SBT er en makroteori som fokuserer på personlighetsutvikling og personlighetens funksjonalitet i en sosial kontekst (ibid.). Teorien bygger på en organisk – dialektisk metateori, med den antakelse at mennesker er aktive organismer som jobber seg mot psykologisk vekst og utvikling. I følge Deci & Ryan (2000) skjer ikke dette automatisk. Det krever næring og støtte fra det sosiale miljøet rundt oss for å fungere effektivt. Det at SBT blir beskrevet som en organismisk – dialektisk teori, betyr

altså at man utvikler seg i interaksjon med omgivelsene (Deci & Ryan, 2000)³. Dette vil bli nærmere beskrevet i kapittel 2.1.4

2.1.1 Grunnleggende behov

I følge SBT søker mennesker tilfredsstillelse av grunnleggende behov⁴ som autonomi, kompetanse og sosiale relasjoner (Deci & Ryan, 2000). Disse grunnleggende behovene er vist til venstre i figur 3 over. Selvbestemmelsesteorien bygger på i hvilken grad mennesker opplever tilfredsstillelse av tre grunnleggende behov; behov for autonomi, behov for kompetanse, og behov for sosial tilhørighet (ibid).

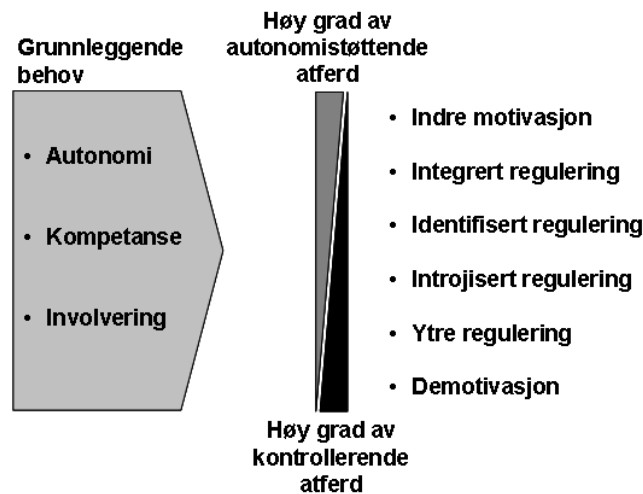
Behovet for autonomi er tilfredsstilt når mennesker føler de har personlig tilsluttet eller valgt en handling og ikke føler seg presset eller kontrollert av andre (ibid). Individet oppfatter seg selv som årsak eller kilden til sin atferd. Behovet for kompetanse er tilfredsstilt når mennesker føler seg effektive i aktivitetssituasjonen, når de føler de behersker aktiviteten og opplever suksess og mestring (ibid). Individet føler seg effektiv i de pågående interaksjoner med miljøet og opplever mulighet til å øve og uttrykke sin kapasitet (ibid). Behovet for sosial tilhørighet er tilfredsstilt når mennesker føler seg bundet til andre, føler seg ivaretatt og akseptert og respektert av andre i forbindelse med en handling/ aktivitet (ibid).

2.1.2 Selvbestemmelse og regulering av motivasjonen

Det har gjennom flere år vært tradisjon for å tenke på motivasjon som enten kun indre eller kun ytre motivasjon. Dette har den senere tid imidlertid blitt sett på som for enkelt, derav blant annet utvikling av SBT, som kan sees på som en mer mangfoldig og dynamisk teori (Rodgers & Loitz, 2009). SBT presenteres som et kontinuum, som en dynamisk skala, som representerer tanken om at vår motivasjon kan være av en mer ytre kvalitet, eller av en mer indre kvalitet. Demotivasjon, ytre motivasjon og indre motivasjon er de tre kategoriene av motivasjon. Indre motiverte handlinger er de mest selvbestemte og demotiverte handlinger er de minst selvbestemte (Deci & Ryan, 2000). Ytre motivasjon består igjen av fire ulike typer av regulering; ytre, introjisert, identifisert og integrert, hvor førstnevnte regulering er den minst selvbestemte av disse typene. Skalaen er vist til høyre i figuren nedenfor, og vil i det følgende bli presentert nærmere.

³ Dette prinsippet er imidlertid også i tråd med Newells systemteori om motorisk læring og ferdighetsutvikling. Det hadde vært spennende og sett nærmere på denne teori i forhold til SBT, men på grunn av studiens begrensninger, går jeg ikke nærmere inn på dette.

⁴ Deci & Ryan (2000) og Ryan (1995, i: Hagger & Chatzisarantis, 2007), definerer *behov* som næring som er essensiell for vekst, integrering og velvære.



Figur 4: Atferd i forhold til regulering av motivasjon – Fritt etter Ryan & Deci (u. å, i; Hagger & Chantzisarantis, 2007, s. 8).

Det laveste nivået på skalaen er demotivasjon. I følge Deci & Ryan (u. å; i Hagger & Chatzisarantis, 2007) representerer dette nivået personer som ikke har noen motivasjon for en spesiell aktivitet i det hele tatt. Teoretisk finnes det mange grunner til demotivasjon, som kan ha ulike konsekvenser. En person kan bli demotivert dersom vedkommende føler seg inkompetent til å utføre en aktivitet, eller dersom aktiviteten ikke fører til ønsket resultat (Pelletier, Dion, Tuson, & Green - Dermers, 1999; i Hagger & Chatzisarantis, 2007). Videre kan en også bli demotivert når en person ikke vet hvorfor han eller hun gjør en bestemt handling, ikke ser noe personlig relevans eller indre verdi i den (Deci & Ryan, 2000). I flere forskningsstudier, er det vist at demotivasjon er assosiert med negative erfaringer og mye nederlag som kan føre til mistet tillitt til egne ressurser (for eksempel Vallerand & Bissonnette, 1992; i Deci & Ryan, u. å; i Hagger & Chatzisarantis, 2007).

Det neste nivået er ytre regulering. Når handlinger er ytre motivert skyldes de ikke egen interesse, og de ser fremdeles ingen personlig relevans til handlingen. Handlinger utføres uavhengig av handlingen i seg selv og sees på som instrumentelle i forhold til en konsekvens i form av noe annet, for eksempel en belønning, betaling eller unngåelse av straff (Deci & Ryan, 2000).

Det neste nivået er introjisert regulering som kjennetegnes ved å gjøre en aktivitet for å unngå skyldfølelse, dårlig samvittighet eller skam, eller gjøre en aktivitet på grunn av press fra andre. Disse personene har ofte ”burde – forklaringer” som ”I should exercise more, it would be good for me” or ” my spouse thinks I should exercise more” (Deci & Ryan, 2000).

Identifisert regulering er det neste nivået. Når en person er drevet av identifisert regulering, kan motivasjon være relativt autonom. I denne reguleringen engasjerer personen seg i ytre handlinger fordi han eller hun identifiserer seg med hensikten og verdien. En kvinne som trener fordi hun personlig har tro på at dette medfører økt energi og helse er altså ytre motivert. Handlingen er instrumentell, men også autonom fordi handlingen er selvvalgt og gitt verdi (Deci & Ryan, u. å; i Hagger & Chatzisarantis, 2007). Et eksempel på utsagn som karakteriserer dette punktet kan være; ”Trening er en sentral del av min sunne livsstil”, hvor det ikke er noe ”burde” eller skyld og skam (Deci & Ryan, 2000, som primær). En kan også tenke seg at pasienten kommer til rehabilitering kun fordi fastlegen har sagt det.

Identifisert regulering blir enda mer autonom/ selvbestemt dersom vedkommende fullt ut koordinerer og assimilerer reguleringen av treningen med hennes/ hans overordnede syn på livet og livsstil. Dette nivået blir kalt integrert regulering. Her er verdien av handlingen sammenfallende med andre verdier og behov og er godt forankret i personligheten (Deci & Ryan, u. å; i Hagger & Chatzisarantis, 2007). Personer på dette nivået kan for eksempel tenke ”Jeg ser på meg selv som en som trener” eller ” jeg er en aktiv person” (Rodgers & Loitz, 2009). Dette stadiet er nesten det samme som indre motivasjon. En kan tenke seg at pasienten starter i rehabilitering fordi pasienten selv har innsett at det er viktig for seg selv, og føler de bør gjøre noe viktig.

Indre motivasjon er det høyeste nivået på skalaen, hvor personer trener utelukkende på grunn av gleden og verdien av selve aktiviteten (Deci & Ryan, 2000). I følge Deci & Ryan (1985) oppstår indre motivasjon når en handling er uten press, fullt ut selvbestemt og kompetansegivende. Personer som er indre motivert, er engasjert i aktiviteter som interesserer dem og som de gjør helt av egen fri vilje (Deci & Ryan 1985). Deci & Ryan definerer personer som indre motivert når de er engasjert for sin egen del, for den spontane følelsen av tilfredsstillelse som kan assosieres med deres innsats ⁵.

I rehabiliteringspraksis kan en da tenke seg at pasientene er oppriktig interessert i det de holder på med og at rehabiliteringen og aktiviteten er tilfredsstillende i seg selv. Pasienter følger opp rehabiliteringen underveis og fortsetter gjerne å trene ved endt rehabilitering, fordi de synes det er moro og interessant og fordi de opplever glede. En kan diskutere hvorvidt en kan være indre motivert i en rehabiliteringssituasjon, men det er en diskusjon utenfor denne oppgaven.

⁵ Denne *spontane følelsen av tilfredsstillelse* kan sees i sammenheng med Mihaly Csikszentmihalyi sin beskrivelse av det å være i ”flytsonen”. Dette beskrives som en spesiell type motivasjon, hvor det blant annet er fullstendig innlevelse i aktiviteten, total konsentrasjon og balanse mellom ferdigheter og utfordringer (Deci & Ryan, 2000).

Grunnleggende behov og motivasjonenes kvalitet

For i det hele tatt å bli motivert i noen retning, det være seg ytre, introjisert, identifisert, integrert eller indre, er en nødt til å oppleve kompetanse. Hvis ikke vil en bli demotivert. For å bli introjisert må en i tillegg til å føle seg kompetent, uansett også føle en viss grad av tilknytning. Det er gjerne en typisk bekymring rundt tilhørighet, om samspill mellom seg selv og andre, som fører mennesker til introjisert handling, som passer med vedkommendes interesser og verdier. For at en handling skal bli regulert via identifikasjon eller i integrering, er det uansett nødvendig med mer enn involverings – og kompetansestøtte. Mennesker må også oppleve autonomistøtte, en følelse av valgfrihet og selvbestemmelse. Et kontrollerende miljø ser ut til å undergrave de mer internaliserte basene for handling, fordi de svikter i tilfredsstillelse av behovet for autonomi. Den mer internaliserte formen for regulering kommer av og krever tilfredsstillelse av alle de tre grunnleggende behov (Deci & Ryan, 2000; i Hagger & Chatzisarantis, 2007).

2.1.3 Indre motivasjon, stabil oppslutning og velvære

Indre motivasjon er den viktigste faktor når det gjelder å opprettholde trening over tid (Hagger & Chatzisarantis, 2007). SBT hevder at ved å få dekket de tre grunnleggende behovene, og ved å danne kontekster som tilfredsstiller behovene, vil mennesker være i stand til å produsere mer selvbestemt og indre motivasjon (Hagger & Chatzisarantis, 2007). I følge SBT kan personer som er involvert i tilrettelegging av trening bidra i tilfredsstillelsen av disse behov, ved å gi støtte til individets autonomi, kompetanse og tilhørighet. Dette skjer gjennom internaliserings- og integreringsprosessen, som vil si at ved å hjelpe folk til å kunne identifisere seg med og finne en verdi i treningen, vil det kunne påvirke individets motivasjon i retning av indre motivasjon (Markland & Ingledew, u. å, i; Hagger & Chatzisarantis, 2007). Dette kan videre føre til vedvarende trening og dermed redusert frafall, samt økt velvære (ibid.). Hvis sosiale relasjoner derimot svikter eller et av disse behovene neglisjeres, svekkes indre motivasjon, internalisering og positive erfaringer, og kan bidra til motsatt effekt (Deci & Ryan, u. å; i Hagger & Chatzisarantis, 2007).

Basert på dette kan en tenke seg at det vil være svært betydningsfullt for fysioterapeuter å ha kjennskap til de overnevnte behov, samt å vite hvordan en kan påvirke kvaliteten på pasienters motivasjon. Det vil i det videre gjøres en kort utredning for hvordan en generelt i praksis kan tilrettelegge for indre motivasjon, ved å opptre autonomistøttende. I tillegg vil det bli gitt noen praktiske eksempler på hvordan fysioterapeuter kan støtte pasienten på disse behovene, i en rehabiliteringssituasjon med tilrettelegging av øvelser.

2.1.4 Hvordan tilrettelegge for indre motivasjon, stabil oppslutning og velvære?

Deci & Ryan (u. å; i Hagger & Chatzisarantis, 2007), hevder at for å vedlikeholde og øke indre motivasjon, er det viktig at individet har en følelse av autonomi og kompetanse. I miljøer hvor det støttes opp om disse følelsene, er det forventet å fasilitere indre motivasjon. I motsatt tilfelle vil faktorer som minsker disse følelsene av autonomi og kompetanse, kunne føre til undertrykking av indre motivasjon. SBT hevder at prosesser for indre motivasjon, har større sjanse for å rotfeste seg i kontekster hvor behovet for tilhørighet er dekket, som vil si en kontekst hvor menneskene føler tilknytning. For eksempel har studier vist at å tilby valg og minimalisere ytre press, gi optimale utfordringer og informasjonsrike tilbakemeldinger, samt å utøve empatisk støtte er med på å øke indre motivasjon (Deci, Kostner & Ryan, 1999; Ryan & Deci, 2000a; i Deci & Ryan, u. å; i Hagger & Chatzisarantis, 2007).

Hvordan tilrettelegge for økt selvbestemmelse, kompetanse og involvering?

Edmunds, Ntoumanis & Duda (u. å, I; Hagger & Chatzisarantis, 2007) hevder at det å involvere personen som trener i beslutningsprosesser, er et viktig element i det å motivere mennesker.

Veiledere kan opptre involveringsstøttende ved blant annet å gi valg og å formidle meningsfull informasjon (ibid.). Å gi meningsfull informasjon betyr å gi en begrunnelse som er personlig betydningsfull. Alt dette er elementer som vil kunne gi næring til en persons behov for autonomi.

Overført til rehabiliteringspraksis kan en tenke seg at det å for eksempel gi valg om belastning, hyppighet, type trening og type øvelse er viktig. Men dersom en pasient fritt velger hvilke øvelser han/ hun skal gjøre, kan det gå på bekostning av ønsket effekt av rehabilitering. Det er selvfølgelig en plikt for fysioterapeuter å drive faglig forsvarlig. Men det som vil være viktig i denne sammenheng, vil være å ta utgangspunkt i pasientens tidligere treningsprogram og erfaring, istedenfor å bare gi en øvelse. Det kan hende pasienten sitter med betydelig kunnskap, og en kan da tenke seg at det vil være lettere å få et eierforhold til øvelsene dersom pasienten selv er med i utformingen. Også når det gjelder rekkefølgen på øvelser, bør pasienten være med å bestemme, så lenge det ikke går utover kvaliteten og terapeutens faglige vurdering. Dersom eksempelvis fysioterapeuten derimot mener at rekkefølgen på øvelsene er av betydning for effekten av rehabiliteringen, er det naturlig at terapeuten begrunner dette faglig. Et eksempel på dette kan da tenkes å være i en situasjon hvor ryggstabilitetsøvelser og hard generell styrke er i samme program. Dersom fysioterapeuten vektlegger førstnevnte, med tanke på pasientens største behov i forhold til vedkommendes problematikk, kan det argumenteres for at det er fornuftig å gjøre stabilitetsøvelsene før den generelle styrketreningen. Hvis ikke, kan manglende effekt forekomme,

fordi pasienten da muligens vil utføre øvelsene med dårligere kvalitet, fordi vedkommende er utslitt av andre øvelser.

Å gi meningsfull informasjon vil si å forklare hvorfor hver øvelse/ aktivitet er hensiktsmessig for pasienten. En kan for eksempel fortelle hvilke muskelgrupper som arbeider og hvilke helsemessige gevinster akkurat den aktiviteten/ øvelsen gir, slik at pasienten muligens opplever personlig relevans i den.

En annen måte å involvere personer som trener vil være å benytte instruksjon og problemløsning som metode, på det nivået vedkommende er på. Dette vil kunne gi påfyll til en persons behov for både kompetanse og autonomi. Instruksjon vil si når en terapeut eller annen person som tilrettelegger øvelser forklarer hvilke øvelse som skal gjøres. Et eksempel på problemløsning kan være å la de som trener være med å komme frem til passende øvelse. Et eksempel ved uttøyning, kan være: ”Finn en øvelse som tøyer bakside lår.” Hvilken metode som brukes må selvfølgelig vurderes opp mot vedkommendes nivå og treningserfaring.

Edmunds, Ntoumanis & Duda (u. å, I; Hagger & Chatzisarantis, 2007) hevder at et viktig element i kompetansestøtende atferd er å gi personen optimale utfordringer. Essensen i å tilrettelegge for utvikling av ferdigheter er å tilpasse aktiviteten/ øvelsen til deres nåværende treningserfaring og dagsform, samt kompetanse og innsikt. Når utfordringene er på nivå med ferdigheter, refereres det som nevnt i fotnote 4, til Mihaly Csikszentmihalyi sin beskrivelse av det å være i ”flytsonen” (ibid.). Dette vil igjen kunne føre til indre motivasjon.

Videre hevder forfatterne at for å bidra til å øke individers ferdigheter/ kompetanse, er det også viktig å gi klare og tydelige tilbakemeldinger.⁶ Andre sentrale elementer er å gi tilbakemelding på pasientens prestasjon. Dersom terapeuten gir for mye tilbakemelding, eller gir tilbakemelding uten mening, kan dette virke negativt på pasientens motivasjon (ibid.).

Overført til en rehabiliteringssituasjon, kan en også tenke seg at det at terapeuten selv viser god teknikk ved instruksjon av øvelser, også vil kunne bidra til økt mestrings- og kompetansefølelse.

⁶ Dette er i også tråd med hva som ble oppsummert i Redaksjon 1 på NRK, 12. februar, 2009. Fotball landslagets 1-0 seier over Tyskland ga overskriften ”Drillo er mirakelmannen” i blant annet VG. Det konkluderes med at ”Drillofotball” og ”Drillostil” fungerer fordi ”Drillo” gir klare og tydelige beskjeder til spillerne, samtidig som at han er opptatt av at spillerne føler de har kvaliteter til å møte utfordringer. Tilstede i studio; Egil Drillo Olsen (landslagstrener), Jan-Åge Fjørtoft (tidligere landslagsspiller, med blant annet ”Drillo” som trener), Lisa Straume (Doktorgradsstipendiat, NTNU, forsker på ”Flyt”) og Truls Dæhli (Sportskommentator i VG).

Dersom terapeuten ikke selv innehar en god teknikk ved innlæring av øvelser, og pasienten tar etter, kan en tenke seg følgende mulige konsekvenser: pasienten tar etter og får mer smerte, i forbindelse med aktuell problematikk, eventuelt får smerter andre steder. Ferdighetene blir da ikke så raskt utviklet og pasienten kan få følelse av at han/ hun ikke mestrer øvelsen. Konsekvensen kan da bli frustrasjon og redusert motivasjon. Det at terapeuten kommuniserer i et passende tempo, volum og på pasientens nivå, slik at pasienten forstår hva terapeuten sier er et annet element som vil være viktig i arbeidet med å øke pasientens motivasjon. Dersom pasienten ikke hører hva pasienten sier kan konsekvensene være som i resonnementet over.

Involvering dreier seg om psykologiske, følelsesmessige og mellommenneskelige aspekter. Mennesker har behov for å bli sett, bli ivaretatt og føle tilknytning til andre mennesker. Viktige elementer for å tilrettelegge for tilfredsstillelse av disse behovene er å vise empati og forståelse samt å ivareta pasienten. I en rehabiliteringssituasjon kan dette ivaretas gjennom blant annet aktiv lytting og god kommunikasjon. Aktiv lytting vil blant annet si at terapeuten stiller åpne spørsmål, som for eksempel starter med hvor, hvordan, hva eller når (Ivarsson & Prescott, u. å, i; Bahr, 2008). Aktiv lytting vil også si at terapeuten lar pasienten tenke og svare ferdig før førstnevnte eventuelt kommer med et nytt spørsmål. Dersom terapeuten ikke gjør dette vil han/ hun antakelig miste verdifull informasjon, og pasienten kan føle seg enten avbrutt eller ikke føle seg forstått (ibid.). Det kan også være nyttig at terapeuten benytter ”stillhet” som virkemiddel i denne sammenheng (ibid.). Et annet virkemiddel kan være å bruke ”speiling”, som vil si å gi sammenfatninger av hva pasienten forteller (ibid.).

Edmunds, Ntoumanis & Duda (u. å, i; Hagger & Chatzisarantis, 2007) hevder at det å vise at en bryr seg om andres personlige forbedringer og utvikling, kan være med på å støtte en persons behov for involvering. Det kan føre til at personen får økt tillit hos veilederen (ibid.).

Forfatterne hevder at det er viktig i arbeidet med å motivere mennesker i trening, å hele tiden være lydhør for vedkommendes tanker og følelser rundt treningen. Samtidig er det viktig å regelmessig spørre om de har noen kommentarer eller tilbakemeldinger. Veiledere trenger å gjenkjenne og identifisere individets eventuelle betenkeligheter, bekymringer, eller negative tanker i forbindelse med øvelsene, uten at det går på bekostning av ønskede mål (ibid.).

I en rehabiliteringssituasjon kan en her tenke seg at det at terapeuten gir mye av seg selv i møte med pasienten vil være sentralt. Spør terapeuten om hvordan pasienten har det underveis? Viser terapeuten også interesse for pasienten, utenom det rent treningsmessige? Oppmuntrer terapeuten til innspill til endringer og forbedringer?

2.3 Tidligere forskning

Oppfattet autonomistøtte har vist seg å være positivt korrelerende med blant annet tilfredsstillelse av psykologiske behov og autonom regulering. Edmunds, Ntoumanis & Duda (2008) gir eksempler på studier som bekrefter dette, innen skolen; forholdet mellom lærer og elever (Reeve, 2002; Reeve, Jang, Carell, Jeon & Bach, 2004; Vansteenkiste, Simons, Lens, Sheldon & Deci, 2004), innen helseomsorg; forholdet mellom helsearbeider og pasient/ klient (Kennedy, Goggin & Nollen, 2004; Williams, Grow, Freedman, ryan & Deci, 1996) og i treningssammenheng; forholdet mellom trener og utøvere (Edmunds, Ntoumanis & Duda, 2006; Wilson & Rodgers, 2004).

Edmunds et. al (2008) undersøker i sin studie effekten av autonomistøttende lærerstil, på personers psykologiske behovstilfredsstillelse og regulering av motivasjonen. Kvinner fra en treningsklasse deltok i et ti ukers program, hvor instruktøren opprødde autonomistøttende. Instruktøren som ledet kontrollgruppen fikk ingen hentydninger til hvordan vedkommende skulle opptre. Kontrollgruppen rapporterte en signifikant lavere selvbestemmelse og demotivasjon. I tillegg rapporterte de en økning i ferdigheter og introjisert motivasjon. Eksperimentgruppen opplevde en signifikant høyere lineær økning i ferdigheter og følelse av involvering, tilhørighet. Oppmøtet var høyere i eksperimentgruppen.

Reeve, Jang, Canell, Jeon & Barch (2004) og Reeve (1998) har også vist i sine studier at lærere kan lære å være mer autonomistøttende overfor elever. Nedenfor er et utvidet eksempel fra førstnevnte studie, som er det eneste studiet som er funnet å være direkte relevante i forhold til studien som nå skal gjennomføres.

Enhancing Students Engagement by Increasing Teachers' Autonomy support.

(Reeve, Jang, Canell, Jeon & Barch, 2004)

I denne studien ble en gruppe lærere delt inn i to grupper. Den ene gruppen fikk opplæring i hvordan de skulle opptre autonomistøttende overfor elevene, mens den andre ikke fikk noen instruksjon. Det ble utført tre observasjoner i klasserommet. Personer som var godt trent i å score, utførte scoringen. De gav læreren score for å opptre autonomistøttende og elevens engasjement ble målt i forhold til å involvere seg i en oppgave og å influere forsøk. Resultatet viste at lærerne som hadde fått opplæring i autonomistøttende atferd, hadde en signifikant høyere autonomistøttende atferd enn de "ikke - trente" lærerne. Resultatet viste også at jo mer lærerne hadde en autonomistøttende atferd, jo mer engasjert ble studentene.

Reeve et. al. (2004) fremhever tidligere studiers begrensninger, i forhold til å bruke selvevalueringsskjema som måleinstrument. Eksempel på dette er Reeve (1998; in Reeve et. al., 2004). Denne studien bestod av to grupper lærere. Den ene gruppen leste en instruksjonsbok i 45 minutter, om hvordan de skulle opptre autonomistøttende. Kontrollgruppen, leste en bok med nøytralt tema i 45 minutter. Lærerne fylte deretter ut et selvrappoteringskjema, der de rapporterte om det var noen endring i deres motivasjonsstil, i retning en mer autonomistøttende orientering. Eksperimentgruppen selvrapporterte en endring med hensyn på dette, og dette var også vedvarende ved en måneds oppfølging. Reeve et. al. (2004) fremhever studiets begrensninger. Svakheten ligger i at ved å bruke selvevalueringsskjema, blir ikke lærerens faktiske autonomistøttende atferd registrert. Forfatterne konkluderer med at selvrappotering derfor er lite velegnet i forbindelse med undersøkelser i klasseromsinstruksjon.

Forfatterne poengterer at tidligere litteratur kun baserer seg på spørreskjemaundersøkelser for å avdekke lærerens motivasjonsstil og elevs engasjement. De hevder at dette gjerne er undersøkelser hvor lærere og studenter fyller ut et skjema som blir korrelert i etterkant og de gir noen eksempler på dette (Deci, Nezlek & Sheinman, 1981; Deci, Schwartz et al, 1997). Siden studier baserer seg på selvrappotering, sier disse studiene ingenting om den faktiske atferden (Reeve et. al., 2004).

Reeve et. al. (2004) identifiserer altså "hull" i litteraturen, hvor det enda ikke har vært direkte målinger på de overnevnte faktorer. Forfatterne hevder at få er uenige om at målet med å støtte andre personers interesse og behov, er å utvikle deres kompetanse og stimulere til at personer blir mer selvstyrte. De hevder derimot at den utfordrende biten ved å overføre autonomistøttende stil til praksis er spørsmålet om hvordan en skal gjøre det. Reeve et. al (2004) konkluderer i sin studie med at deres funn bekrefter at når en gruppe lærere får konkrete svar på dette spørsmålet, gjør det de i stand til å motivere andre på en autonomistøttende måte.

Av undersøkelser som er utført i tilknytning til selvbestemmelsesteorien, er det kun det sistnevnte studiet som omhandler observasjon som metode. Studien er av kvantitativ art med statistiske beregninger og analyser av ulike fenomen. Dette understreker behovet for flere studier med observasjon som metode og av kvalitativ art. Det er ikke funnet skreddersydde evalueringsverktøy, som kan brukes i observasjon og kollegaveiledning i forbindelse med å observere samspill mellom fysioterapeut og pasient i tilrettelegging av øvelser.

2.4 Problemstilling

På bakgrunn av det overnevnte, resten av teorifremstillingen og innledningen, er følgende problemstilling formulert:

”I hvilken grad er et skjema, basert på selvbestemmelsesteorien, egnet som verktøy i observasjon og kollegaveiledning i forbindelse med rehabilitering ved Friskvernklubben?”

For å besvare denne problemstillingen, er det definert to delproblemstillinger:

1. I hvilken grad er et observasjonsskjema egnet som metodisk verktøy til å avdekke autonomistøttende atferd hos terapeut i samspill med pasient?
2. I hvilken grad er et observasjonsskjema egnet som metodisk verktøy i kollegaveiledning med tanke på bevisstgjøring av terapeuten når det gjelder autonomistøttende atferd?

3.0 METODE

Dette kapittelet består av tre deler:

- **Etiske aspekter:** Her beskrives hvordan dette ivaretas i denne studien.
- **Redegjørelse for metode og metodevalg:** Her vil det bli gjort rede for metode og metodevalg samt prosedyrene av selve pilottesting av måleinstrumentet.
- **Måleinstrumentet:** Her redegjøres det for utviklingen av måleinstrumentet som er benyttet i pilottesten. Måleinstrumentet er et observasjonsskjema utviklet med basis i selvbestemmelsesteorien. Hensikten er blant annet å vurdere i hvilken grad det er egnet til å fange opp autonomistøttende og/ eller kontrollerende atferd hos terapeuten samt om det er egnet som underlag for kollegaveiledning. Pilottesting vil altså være et middel for å besvare problemstillingen nevnt i underkapittel 2.4. Avsnittet inneholder også en beskrivelse av begrepene benyttet i måleinstrumentet, og en forklaring til hvordan instrumentet skal brukes, scores og evalueres.

Denne studien er altså kvalitativ og basert på observasjonsdesign. Vedeler (2000) hevder at som i all forskning er det i observasjonsforskning et sentralt anliggende å prøve å eliminere feilkilder og forhold som kan true validiteten, og å finne fram til metoder som bidrar til at undersøkelsen blir så valid som mulig. Forfatteren beskriver validitet som ”sannhetsgehalten i dataene man har innhentet, og hvor velbegrunnet og troverdig undersøkelsen og resultatene fra den er som helhet” (ibid., s. 106). Dette er viktig å vektlegge allerede i planleggingsfasen og er derfor forsøkt tatt hensyn til i videre planlegging og gjennomføring av pilottesting. Validitetshensyn for ulike metodevalg vil bli kort kommentert underveis i dette kapittelet. I kapittel 5, Diskusjon, vil validitetsbegrepet bli nærmere definert og være underliggende for drøfting med tanke på skjemaets egnethet for observasjon og kollegaveiledning.

Som et ledd i valideringen av observasjonsskjemaet, ble det utført en pilottesting av det, både med tanke på observasjon og kollegaveiledning. Thomas, Nelson & Silverman (2005) formidler betydningen av pilottesting. Gjennomføring av pilottest bidrar til å verifisere at instrumentet og prosedyrene fungerer som spesifisert i forhold til de deltakere som studien er tiltenkt (ibid). På denne måten kan en korrigere eventuelle metodiske feil før selve undersøkelsen gjennomføres (ibid). I tillegg hevder forfatterne at en må vise at en kan bruke disse prosedyrene for å sikre nøyaktighet og validitet.

3.1 Etiske aspekter

I en studie, både kvantitativ og kvalitativ, har forskeren et etisk ansvar overfor personene i utvalget og de gruppene som utvalget representerer. Å sikre konfidensialitet for involverte parter ved å vurdere mulige konsekvenser for disse i planleggings-, gjennomførings-, transkriberings- og rapporteringsfasen er avgjørende. Det ansees i denne studien spesielt viktig å ivareta anonymiteten til fysioterapeuten som blir observert og pasientene. Observatørene og de øvrige støttespillerne i studien er imidlertid ikke holdt anonyme da dette antas å bidra til å kunne øke deler av studiens validitet. Det vurderes ikke at disse vil være skadelidende av ikke å være anonyme, og dette er naturligvis avklart med de aktuelle personene i forkant.

Vedeler (2000) hevder at ”Det viktigste av de forskningsetiske prinsippene er prinsippet om informert samtykke” (s. 59). Samtlige involverte parter i denne studien har i tråd med dette fått god og grundig informasjon angående studiens hensikt og planlagt bruk av resultatene. De har alle gitt sitt samtykke til deltagelse (figur 5, punkt 2). Som forsker er det undertegnedes ansvar å rapportere data som er så sikker og verifisert som mulig.

3.2 Redegjørelse for metode og metodevalg

For å belyse problemstillingene i denne studien nærmere, ansees det mest hensiktsmessig å benytte en kvalitativ metodetilnærming. Et særtrekk Lund & Haugen (2006) beskriver for denne tilnærmingen er at ”forskeren er nærmere informantene - forholder seg mer subjektivt og innfølelse til informantenes opplevelse - enn tilfellet er i kvantitativ forskning” (s. 22). Forfatterne forklarer videre at ”en i kvalitativ forskning er mer innstilt på - og har bedre mulighet for - å oppnå en dybdeforståelse av de aktuelle fenomener, for eksempel bestemte opplevelser hos informantene” (ibid, s. 22).

I følge Lund & Haugen (2006) handler observasjon om ”å avdekke, registrere eller kartlegge hva mennesker gjør i ulike situasjoner” (s. 166), for eksempel hvordan de samhandler med hverandre (ibid). Forfatterne definerer videre at ”observasjon har som formål å registrere atferd” (s.166). Da det i denne studien blant annet er ønskelig å få vite noe om fysioterapeutens atferd i samhandling og kommunikasjon med pasient, synes det derfor hensiktsmessig å benytte observasjon som metode for å vurdere dette.

En fordel med observasjon er at observatøren ser hva som blir gjort, i motsetning til å registrere hva informantene sier at de gjør, som for eksempel i et intervju (Jacobsen, 2003; i Lund & Haugen,

2006). Ved hjelp av observasjon som metode, observerer forskeren atferd, og beskriver hva han/hun ser ut fra sin erfaringsbakgrunn. Samtidig som dette kan være en styrke, kan det også være en svakhet, fordi resultatene er prisgitt forskerens evne til å formidle det som skjer. I denne situasjonen er det av stor betydning at forskeren har god erfaringsbakgrunn rundt miljøet og situasjonen, der observasjonen finner sted. I tillegg er det også vesentlig at forskeren er godt trent til å observere og vurdere personer på bakgrunn av deres atferd og uttalelser. Vedeler (2000) kaller det å ha inngående kjennskap til konteksten studien gjennomføres i for vedvarende involvering, og er én blant flere måter å øke validiteten i studiet. Undertegnede viser her til beskrivelse av sin bakgrunn i underkapittel 1.5.

3.2.1 Beskrivelse av utvalg og utvalgsstrategi

Når det gjelder å sikre validitet i form av overførbarhet/ generalisering, er utvalg og beskrivelse av utvalg sentrale punkt. Overførbarhet svarer til ytre validitet og spørsmål om generalisering; om hvilke populasjoner, situasjoner, tiltak og målinger effekten kan bli generalisert til (Vedeler, 2000). Fordi det i kvalitativ forskning er så sterkt fokus på dybdeforståelse, vil det nesten alltid bli brukt et lite utvalg av informanter (Lund & Haugen, 2006). I tillegg til undertegnede vil det bli benyttet tre fysioterapeuter ved Friskvernklubben som informanter. To av disse fysioterapeutene samt undertegnede, deltar som testobservatører.

Utvalgsstrategien som er brukt er hensiktsmessig utvalg/ strategisk utvalg, som i følge Vedeler (2000) vil si at man ”prøver å finne fram til de mest ”informasjonsrike” individer, kasus eller situasjoner, med tanke på hva som er formålet med undersøkelsen” (s.75). Videre sier hun at dette bidrar til å øke validiteten. Da det overordnede formålet med denne oppgaven er å utvikle et pedagogisk verktøy som kan benyttes i observasjon og kollegaveiledning av fysioterapeuter, ble to fysioterapeuter med videreutdanning i kollegaveiledning valgt som medobservatører. Tone Rosenvinge og Merete Johansen er i tillegg blant de fysioterapeutene som har jobbet lengst ved Friskvernklubben, er engasjert i kvalitetsarbeidet ved klubben, og har meget godt oppmøte av pasienter i sine rehabiliteringsgrupper innen blant annet fysikalsk medisin.

Fysioterapeuten som ble observert og veiledet kunne i prinsippet vært hvilken som helst fysioterapeut ved Friskvernklubben, da det var ønskelig å observere i en mest mulig naturlig og reel arbeidssituasjon av fysioterapeuters praksis. Vedkommende ble plukket ut kun basert på tilgjengelighet på det tidspunktet pilottestingen skulle gjennomføres. Av etiske hensyn vil denne fysioterapeuten, i det videre bli omtalt som ”veilandens”. Dette er en betegnelse som er brukt innen

veiledning på personen som blir veiledet. Norske Fysioterapeuters Forbund forholder seg til dette begrepet i sine kollegaveiledningskurs (muntlig meddelelse, Merete Johansen, 3. april, 2009).

Tabellen nedenfor oppsummerer personene som har vært direkte involvert i selve pilottesting i studien.

Navn	Rolle i studien	"Tittel" i studien	Beskrivelse
Tone Rosenvinge	Observatør	Tone	Fysioterapeut ved Friskvernklubben med videreutdanning i kollegaveiledning (NFF)
Merete Johansen	Observatør	Merete	Fysioterapeut ved Friskvernklubben med videreutdanning i kollegaveiledning (NFF)
Kristine Bull-Engelstad	Observatør	Undertegnede	Se underkapittel 1.5
Anonym	Veiland	Veilanden	Fysioterapeut ved Friskvernklubben
Anonym	Pasient	Pasient 1	Ikke relevant
Anonym	Pasient	Pasient 2	Ikke relevant
Anonym	Pasient	Pasient 3	Ikke relevant

Tabell 1: Personer involvert i pilottesting

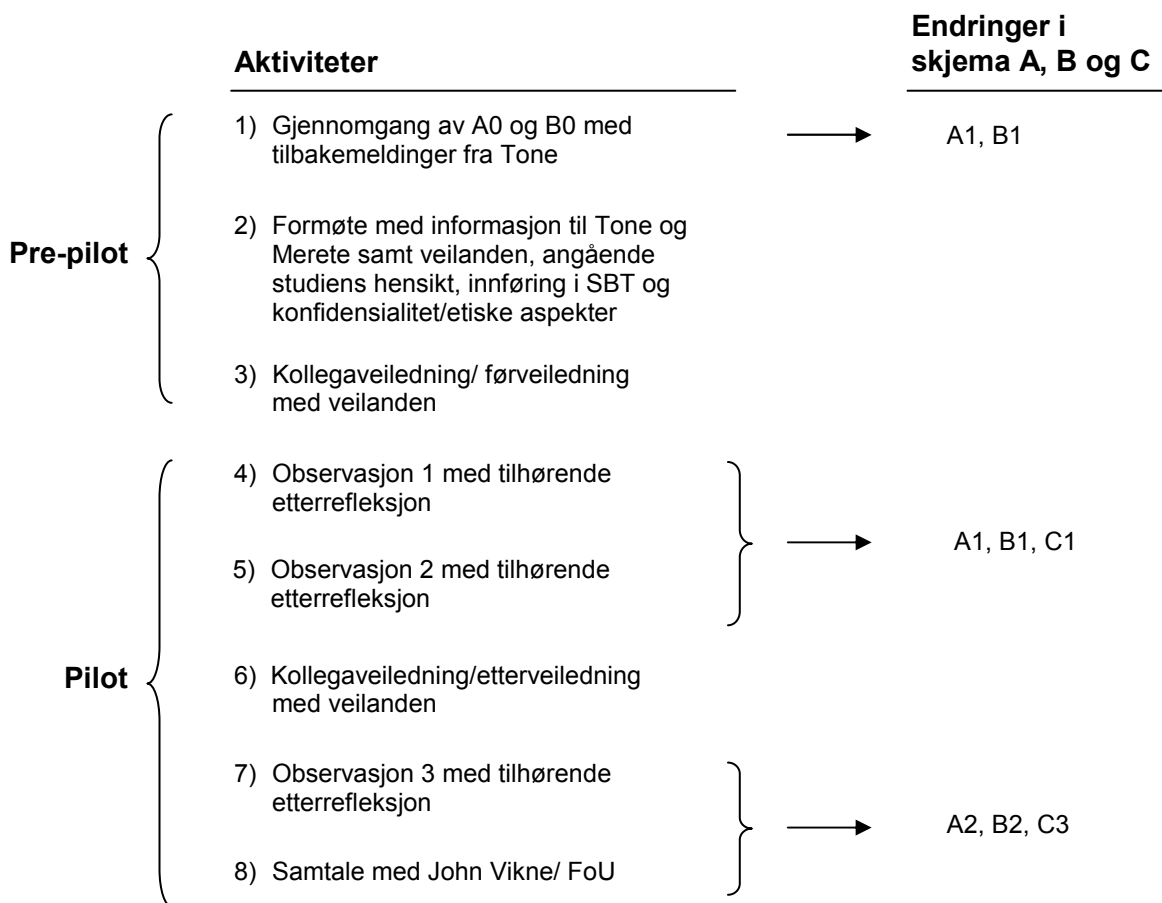
Konstellasjonene foregikk på følgende måte:

- Tone og undertegnede var testobservatører i den første og siste observasjonen.
- Merete og undertegnede var testobservatører i den andre observasjonen.
- Veilanden var den samme ved alle de tre ulike konstellasjonene, med tre ulike pasienter.

Proseduren for hele pilotprosjektet, med alle observasjonene og kollegaveiledningen, vil bli utdypet i neste underkapittel.

3.2.2 Prosedyrebeskrivelse av pilottesting

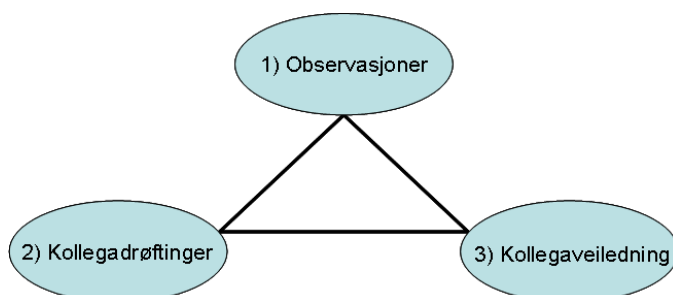
I figur 5 nedenfor gjengis de mest sentrale aktivitetene som ble gjennomført i prepilot og pilot med henvisning til tilhørende endringer i skjema A, B og C. Det som betegnes som A-skjema er knyttet til selve observasjonsskjemaet PUT, B-skjemaene er knyttet til beskrivelsen av kategoriene i observasjonsskjemaet PUT, og C-skjemaene er knyttet til retningslinjene for bruk og scoring av observasjonsskjemaet PUT (vedlegg 2-10). Endringer i skjemaene i prepilotfasen sees som en del av den metodiske planleggingen og vil derfor bli gjort rede for senere i dette kapitlet. Endringer på bakgrunn av pilottesting (punkt 4, 5, 7 og 8) vil bli redegjort i neste kapittel, da dette ansees å være en del av resultatene i studien. Punkt 3 og 4 vil bli avklart senere i dette kapitlet.



Figur 5: Tidslinje – Viser gangen i pre-pilot og pilottestingen, med tilhørende endringer i skjema A, B og C.

3.2.3 Datainnsamlingsmetoder

Selve pilottestingen foregikk som tidligere nevnt ved Friskvernklubben. Her ble benyttet triangulering, som i følge Vedeler (2000) ”innebærer at man sjekker validiteten i resultatene og/ eller i observasjonsdataene ved å kryssjekke med andre datakilder” (s. 115). I denne studien, ble det benyttet 1) Observasjon, 2) kollegadrøftninger og 3) kollegaveiledning. Se illustrasjon i figuren under. Disse elementene vil i det videre bli gjort rede for.



Figur 6: Triangulering – Benyttet i denne studien for å øke validiteten

1) Observasjon av samspill mellom terapeut og pasient

I en observasjonssekvens er det i følge Lund & Haugen (2006) blant annet tre forhold som bør tas i betraktning, i forhold til validitet, i en studie:

- a Situasjonen hvor observasjonen skal foregå
- b Hvilken type rolle observatøren skal ha under datainnsamlingen/ grad av deltakelse
- c Registreringsmåte eller valg av måleinstrument

Disse forholdene vil bli utdypet nedenfor, hvor det siste punktet gjøres til et eget hovedpunkt.

a) I hvilken situasjon foregikk observasjonen?

Pilottestingen, bestående av observasjoner med tilhørende etter - refleksjoner og kollegaveiledning, fant sted på Friskvernklinikken. Denne klinikken er både veilandens og observatørens naturlige miljø, noe som av Lund og Haugen (2006) blir karakterisert som feltobservasjon eller naturlig observasjon. Observasjonssekvensene ble gjennomført i en aktiv rehabilitering innen fysikalsk medisin. Dette består normalt av følgende:

- 1 Alle pasienter blir undersøkt av lege og funksjonstestet av fysioterapeut.
- 2 Noen blir i tillegg undersøkt av manuellterapeut og/ eller psykolog ved behov.
- 3 En ukes ”observasjonsgruppe” som er en gruppe der det blir gjennomført ulike utprøvinger av trening og øvelser. En slik ”observasjonsgruppe” består av flere fysioterapeuter for å kvalitetssikre at pasientene starter i den mest hensiktsmessige rehabiliteringsgruppen, både med tanke på varighet og nivå.
- 4 Ut fra vurderinger i ”observasjonsgruppen”, blir pasienten tildelt en rehabiliteringsgruppe på fire, åtte eller 12 uker. I denne perioden er pasientene på Friskvernklinikken ca. tre ganger per uke. To av dagene består av trening (oppvarming – hoveddel; trening med varierte øvelser individuelt tilpasset til pasienten – avspenning og tøyning). Da Friskvernklinikken også er et treningssenter, gis pasientene mulighet til allsidige aktiviteter i samråd med fysioterapeuten, for eksempel organisert gruppetrening med stor ball, bozu-ball, spinning, aerobics og styrketrening. En dag i uken gjennomføres utendørs med sesongtilpasset trening. I tillegg er undervisning en sentral del av programmet. Rehabiliteringsgruppen ledes av en fysioterapeut ved klinikken. I tillegg ivaretas pasienten gjennom ukentlige, tverrfaglige teammøter. Deltagelse i rehabiliteringsgruppen inkluderer også følgende individuell kommunikasjon med fysioterapeuten som leder gruppen:
 - 4.1** Samtale ved oppstart
 - 4.2** Samtale ved halvgått løp

4.3 Sluttesting av funksjon og sluttsamtale

4.4 Utover disse formelle samtaler og testene, foregår naturligvis en løpende dialog og oppfølging underveis i rehabiliteringsaktivitetene

I denne studien er det satt fokus på den individuelle samtalen mellom ledende fysioterapeut og pasient ved oppstart av rehabiliteringen, som vist i punkt 4.1. over. Denne individuelle samtalen kan sammenliknes med en tradisjonell treningsveiledningstime, og kan i hovedsak deles inn i tre deler:

- Del 1: Målsettingsarbeid
- Del 2: Tilrettelegging av øvelser
- Del 3: Avslutning/ videre planlegging av treningen

I pilottestingen i studien vil det bli fokusert på del 2. Del 1 og del 3, er også sentrale elementer i selvbestemmelsesteorien, og svært aktuelle tema for praksis med hensyn til motivasjon. Det ville vært spennende å gå mer i dybden på disse områdene, men på grunn av denne oppgavens rammebetingelser, har undertegnede valgt å avgrense på disse områdene.

Pasientene som i dette studiet ble observert i samspill med ”veilanden” deltar i en rehabiliteringsgruppe ved klinikken som skal gå i åtte uker.

b) Hvilken type rolle hadde observatørene under datainnsamlingen?

Observatørene forholdt seg passive under selve observasjonen i pilottestingen. I følge Lund & Haugen (2006) øker da muligheten for å registrere det som skjer. Testingen besto av tre ulike observasjoner. Dette er oppsummert i tabellen nedenfor.

Pilot	Observatørteam	Veiland	Pasient	Observasjonsmaterieill
Observasjon 1	<ul style="list-style-type: none">• Tone• Undertegnede	Veilanden	Pasient 1	A1, B1, C1
Observasjon 2	<ul style="list-style-type: none">• Merete• Undertegnede	Veilanden	Pasient 2	
Observasjon 3	<ul style="list-style-type: none">• Tone• Undertegnede	Veilanden	Pasient 3	A2, B2, C3

Tabell 2: Beskrivelse av observasjonene i pilottestingen, med tilhørende observasjonsmaterieill.

De to første observasjonene ble gjennomført umiddelbart etter hverandre, og følgelig ble det samme observasjonsmaterialet benyttet. Den tredje observasjonen ble utført om lag en uke etter de to første, og med videreutvikling av alle tilhørende skjemaer. Hensikten med å inkludere flere observatører enn undertegnede selv, er altså å øke troverdigheten og dermed validiteten i studien.

2) Kollegadrøftinger

Kollegadrøftinger er det andre leddet i trianguleringen. Kollegadrøftinger dreier seg om kontinuerlige drøftinger med kollegaer eller andre sakkyndige av de analysene man foretar seg og konklusjonene man trekker (Vedeler, 2000). Dette kan være til stor hjelp både for designet og analysene i undersøkelsen og kan bidra til at formuleringene blir mer eksplisitte, og er altså i følge Vedeler (2000), tiltak som kan bidra til å styrke en studies troverdighet og med det validitet.

Etter hver observasjon av fysioterapeut i samråd med pasient i en treningsveiledningstime, ble det gjennomført en påfølgende etter - refleksjonsseanse (figur 5, punkt 4, 5 og 7). Denne seansen bestod av kommentarer, erfaringer og opplevelser fra de to observatør - teamene rundt selve observasjonen og tanker rundt egnethet for kollegaveiledning. Se vedlegg 1 for temaene i etter - refleksjonsseansene, som også danner noe av resultatgrunnlaget for denne studien. I tillegg ble det gjennomført uformelle samtaler underveis med representant fra Fag og Utviklingsavdelingen (FoU) ved Friskvernklubben og en veileder i Norske Fysioterapeuters Forbund (NFF). Dette er vist i tabellen nedenfor. Resultatet av disse seansene førte til korrigeringer av både selve observasjonsskjemaet, med tilhørende beskrivelse i skjemaet, og inngår som et ledd i valideringen av instrumentet. Endringer fra dette vil bli redegjort for i neste kapittel.

Navn	Rolle i studiet	Beskrivelse
John Vikne	<ul style="list-style-type: none"> Innspill knyttet til kategorier i observasjonsskjemaet, samt beskrivelsen av disse. Evaluering av observasjonsskjemaets nytte for Friskvernklubben. 	Fysioterapeut - spesialist i blant annet manuellterapi og forebyggende helsearbeid. Ansvarlig for FoU ved Friskvernklubben.
Brit Fretland	<ul style="list-style-type: none"> Evaluering av nytten av observasjonsskjemaet for kollegaveiledning. 	Fysioterapeut og veileder i Norske Fysioterapeuters Forbund.

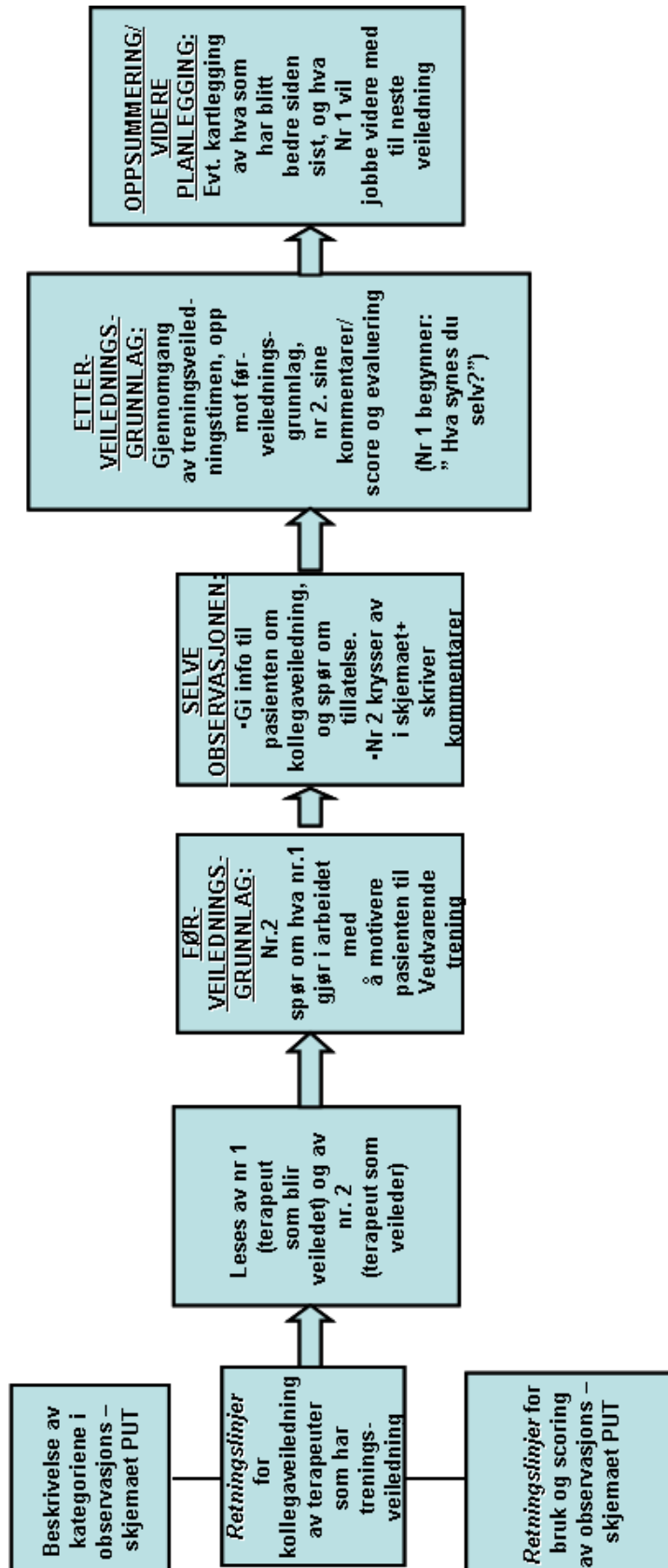
Tabell 3: Andre involvert personer og støttespillere i studien

3) Kollegaveiledning

Et tredje ledd for å besvare problemstillingen i denne studien, og da spesielt delproblemstilling nummer to, er kollegaveiledning av veilanden. Kollegaveiledningen ble utført av fysioterapeut 3, hvor før - veiledningen ble utført før første observasjon. Etter - veiledningen ble utført med bakgrunn i de to første observasjonene med tilhørende etter - refleksjonsseanser. Som fokus for denne kollegaveiledningen ble det anbefalt av Tone og Merete å benytte før - og etterveiledning. Basert på dette, ble kollegaveiledningen gjennomført blant annet etter foreslåtte anbefalinger:

- **Før - veiledning**
 - Veilanden ble spurt om hva vedkommende generelt legger vekt på ved tilrettelegging av øvelser for pasientene, for å motivere dem til langvarig trening?
- **Etter – veiledning**
 - Veilanden fikk først mulighet til å fortelle hvordan vedkommende opplevde tilrettelegging av øvelser i forhold til det vedkommende la vekt på før timen, om å motivere pasienten?
 - De spørsmålene i observasjonsskjemaet som ikke ble dekket via dette, ble tatt opp i etterkant. Veilanden fikk også her mulighet til å kommentere først.

Det ble gitt tilbakemeldinger der det var naturlig. Forslag til retningslinjer for hele kollegaveiledningsseansen vises i figuren på neste side.



Figur 7: Retningslinjer for kollegaveiledning av terapeuter som utfører treningsveiledning

3.3 Måleinstrumentet

Det finnes som nevnt i avsnittet om tidligere forskning ikke noe måleinstrument i form av observasjonsskjema, som er egnet til å avdekke denne studiens problemstilling. Derfor er det i forbindelse med denne studien blitt utarbeidet et observasjonsskjema, for å belyse problemstillingene. Dette vil bli redegjort for nedenfor.

3.3.1 Redegjørelse for utvikling av observasjonsskjemaet PUT

Med selvbestemmelsesteorien som referanseramme, vil det i det videre bli beskrevet hvordan observasjonsskjemaet er utarbeidet. Navnet på observasjonsskjemaet, **PUT**, er basert på en del av formålet av studien: Personlig Utvikling av Terapeuter (PUT).

Observasjonsskjemaet kan til en viss grad sies å være strukturert, som i følge Lund og Haugen (2006) vil si at begrepene er definert og beskrevet på forhånd. Johannessen, Tufte og Kristoffersen (2006) hevder imidlertid at ulempen ved forhåndsstrukturerte skjema ”er at det ikke gir muligheter for å fange opp informasjon ut over de oppgitte spørsmålene og svaralternativene” (s. 224). Det er blant annet derfor lagt til kommentarfelt i skjemaet, som vil gi mulighet for mer detaljert informasjon. Kommentarfeltet vil i praksis være et sentralt hjelpemiddel for å kunne gi god tilbakemelding og veiledning til terapeuten som observeres. Registreringen kan på bakgrunn av dette, også til en viss grad sies å være ustrukturert. Når det benyttes en kombinasjon av disse registreringsformene, kan det i følge Johannessen et. al. (2006), sies å være et semistrukturert skjema.

Kategorier

Kategoriene i skjemaet er utviklet med selvbestemmelsesteorien som referanseramme, hvor hovedelementene i denne teorien i forhold til motivasjonsbegrepet er autonomi-, kompetanse- og involveringsstøtte. Det sees derfor naturlig å bruke den inndelingen av hovedkategorier i observasjonsskjemaet (A0). Navnet på de tre ulike kategoriene ble imidlertid endret etter en prepilot, i diskusjon med Tone (figur 5, punkt 1). Det blir her kommentert at hovedbetegnelsen på kategoriene autonomi, kompetanse og involvering vil bli enda enklere for terapeutene ved klinikken å forholde seg til, dersom de endres til for eksempel A) ”Pasientens mulighet til medvirkning i treningsveiledningstimen”, B) ”Mestring” og C) ”Bli sett”. Kategoriene i skjemaet blir derfor endret til dette, og i punkt B blir det i tillegg lagt til ordet ferdighetsutvikling, og i punkt C) blir det lagt til ”personlig involvering” (A₁).

Som belyst i kapitlet om teoripresentasjonen av SBT, ser vi at et sentralt element i autonomistøttende atferd, er at treningsterapeuten involverer personen i tilrettelegging av øvelser. Dette kan for eksempel gjøres ved å gi valg og alternative øvelser. Et annet viktig element er at terapeuten gir vedkommende meningsfull informasjon, og er bevisst når det er hensiktsmessig å bruke instruksjon i motsetning til problemløsning som metode ved innlæring av øvelser. Disse viktige elementene utgjør derfor underinndelingen av hovedkategori A. Videre sier SBT at sentrale elementer i kompetansestøttende atferd er å gi personen klare og tydelige tilbakemeldinger, at veileder gir tilbakemelding på prestasjon, gir vedkommende optimale utfordringer i forhold til nivå samt selv viser god teknikk ved instruksjon av øvelser. Disse elementene danner derfor grunnlaget for underinndelingen i hovedkategori B. SBTs neste grunnleggende behov, behovet for å bli sett og føle tilhørighet, innebærer at terapeuten lytter til pasienten, viser empati og forståelse og bruker mye av sin tid på pasienten. Dette utgjør derfor underelementene i kategori C. Beskrivelsene av spørsmålene i kategoriene i observasjonsskjemaet PUT, som ble benyttet ved de to første observasjonene, er vist i B1.

Graderingen/ skalering.

Johannessen et. al. (2006) uttaler at ”det å bruke tre verdier fanger opp for lite variasjon og er for unyansert, og fire verdier begrenser muligheten til å svare på en nøytral kategori” (s. 230). Forfatterne anbefaler derfor å ha minst fem verdier, som i tillegg ”gir mulighet for å gjøre mer omfattende og avanserte statistiske analyser enn det som er mulig med færre verdier” (s. 229). Om man velger 5, 6, 7 eller 10 verdier ikke vil ha noen spesiell praktisk betydning, og er en smakssak (ibid). Basert på dette ble det i førsteutkast til pilottest (A0) benyttet en skala fra 1 ”Utfordring” til 10 ”Mestrer svært bra”. Etter samtale med Tone endres derimot betegnelsen til ”I svært liten grad” og ”I svært stor grad” da denne form for gradering er godt etablert ved klinikken i alt fra smertebeskrivelse hos pasientene (VAS smerteskala, hvor 1 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte) til ulike spørreskjemaer som pasientene skal fylle ut ved klinikken (A1). Vedkommende tror derfor det vil være enklere for terapeutene ved klinikken å forholde seg til denne terminologien. Undertegnede ser seg enig i dette.

3.3.2 Hvordan bruke, score og evaluere resultater fra observasjonsskjemaet PUT

Det vil bli gjort bruk av frekvensmetoden i registreringen av atferd. Dette betyr at man noterer antall ganger en spesiell type atferd forekommer innenfor en avgrenset periode (Lund & Haugen, 2006). Hver gang en aktuell hendelse inntreffer skal det i tillegg settes opp et passende, gradert tall opp i kommentarfeltet, gjerne med en kommentar bak tallet. Etter endt observasjon summeres tallene innenfor hvert spørsmål, og en beregner gjennomsnittet ved å dele på antall hendelser. Dette

gjennomsnittet markeres i avkrysningsboksen. Avkrykningene i skjemaet skal altså representere gjennomsnittet av en rekke anmerkninger underveis i observasjonen. Resultatet av dette gjennomsnittet vil igjen representere terapeutens adferdsprofil for denne individuelle samtalestunden innenfor delen om ”tilrettelegging av øvelser”/treningsveiledning. Atferdsprofilen blir tydeligere markert dersom en tegner en strek gjennom aktuelle bokser på skalaen. Skjemaet som er benyttet i de to første observasjonene utgjør C1.

Evaluering av score

Dersom terapeutens score/ atferdsprofil er til høyre på skalaen, kan dette tyde på at terapeuten gir næring til pasientens behov for autonomi, kompetanse og involvering. Dette kan for eksempel si at terapeuten gir valg/ alternativer til pasienten og involverer pasienten. I følge Deci & Ryans teori om selvbestemmelse, er som tidligere nevnt autonomistøttende atferd viktig for å påvirke menneskers motivasjon i positiv retning, hvis det blir gjort i samsvar med menneskers behov og nivå.

Dersom profilen havner til venstre på skalaen, kan dette tyde på at det ikke blir gitt næring til pasientens behov for autonomi, kompetanse og involvering. Det er her likevel viktig å merke seg at selv om terapeutens atferdsprofil havner til venstre på skalaen, som indikerer en kontrollerende og styrende atferd overfor pasienten, behøver ikke dette være ”feil” behandlingsmåte. I en del tilfeller kan dette være hensiktsmessig basert på hvordan pasienten er og dennes behov. Det er derfor viktig at scoringene vurderes opp mot observatørens kommentarer og den enkelte pasients medisinske behov. (Pasientens medisinske behov er utenfor omfanget av denne studien). Dersom det viser seg at terapeuten har oppradd kontrollerende kan dette, i følge Deci & Ryans teori om selvbestemmelse, påvirke menneskers motivasjon i negativ retning fordi det da ikke blir gjort i samsvar med menneskers personlighet, behov og nivå.

Resultatet av gjennomføringen av de ulike pilottestingene, inkludert kollegaveiledningsseansen, vil bli presentert i neste kapittel. Der vil også endringer på bakgrunn av disse seansene bli gjort rede for, hvor til slutt de endelige skjemaene presenteres. Høydepunktene fra resultatkapittelet vil deretter bli tatt videre til diskusjonskapittelet, og drøftet i forhold til blant annet validitet og fysioterapi praksis. Til slutt i diskusjonskapittelet vil det bli drøftet ulike forslag til videreutvikling av skjemaene, samt generelt videre anbefalinger.

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultater fra pilottestingene, bestående av tre ulike observasjoner og én kollegaveiledningsseanse. De viktigste endringer i skjemaene på bakgrunn av påfølgende etter - refleksjoner vil også bli gjort rede for underveis i dette kapittelet, hvor de endelige skjemaene fra denne studien presenteres avslutningsvis⁷. Kollegadrøftinger med andre sentrale personer ved Friskvernklinikken og Norske fysioterapeuters forbund vil også bli beskrevet, der det er relevant. Resultatet følger tidslinjen presentert i figur 5, punkt 4-8.

Resultatene presenteres i to deler, med utgangspunkt i delproblemstillingene for denne studien.

1. I hvilken grad er et observasjonsskjema egnet som metodisk verktøy til å avdekke autonomistøttende atferd hos terapeut i samspill med pasient?
2. I hvilken grad er et observasjonsskjema egnet som metodisk verktøy i kollegaveiledning med tanke på bevisstgjøring av terapeuten når det gjelder autonomistøttende atferd?

4.1 Delproblemstilling 1 – observasjon

I etter - refleksjonsseansene er det som nevnt i forrige kapittel tatt utgangspunkt i spørsmålene vist i vedlegg 1. Resultatene av refleksjonen rundt disse spørsmålene vil bli presentert i denne delen. For hvert av disse spørsmålene gjengis først en renskrevet transkribering fra den første etter - refleksjon, eller en oppsummering av denne, samt en oppsummering av kommentarer fra øvrige etter - refleksjoner og innspill fra andre kollegaer der dette er relevant.

1) Hvordan opptrådte veilanden overfor pasienten med hensyn til A) medvirkning (autonomi), B) ferdighetsutvikling/ mestringsfølelse (kompetanse) og C) personlig involvering/"å bli sett" (involvering)?

For dette spørsmålet presenteres resultatet for hvert av spørsmålene i observasjonsskjemaet PUT (A1). Hensikten med dette er å vise hvilke kommentarer i prosessen som har medført endringer.

A) Medvirkning (autonomi)

Spørsmål 1: Involverer terapeuten pasienten i tilrettelegging av øvelser?

Nedenfor følger en diskusjon på hvordan skjemaet var egnet med tanke på den første delen, som var målsettingsarbeid:

⁷Undertegnede minner om at A- skjemaene er knyttet til selve observasjonsskjemaet PUT, B – skjemaene er knyttet til beskrivelsen av kategoriene i observasjonsskjemaet PUT, og C- skjemaene er knyttet til retningslinjene for bruk og scoring av observasjonsskjemaet PUT. (Vedlegg nummer 2-10)

Tone: ”Hvis du skal dele skjemaet i forhold til målsetting og tilrettelegging av øvelsene, så bør du kanskje se litt mer på målsettingsskjemaet.”

Undertegnede: ”Ja, dette skjemaet bør absolutt deles i to deler. I den første delen, skrev jeg mye under punkt 1, 2, 5 og 9, så jeg tror det er lurt å trekke ut disse punktene på et eget ark som heter ”del 1: Målsettingsarbeid” – og som da vil bli brukt den første delen av timen.”

Tone: ”Ja, det var også de punktene jeg skrev mest under, så det er sikkert lurt å trekke ut dette på et separat ark.”

På bakgrunn av dette ble det laget et eget skjema som heter ”Del 1: Målsettingsarbeid” og er presentert i vedlegg 8, M0. I og med målsettingsarbeid ikke er hovedfokus i denne studien, ble skjemaet ikke tatt med til de neste observasjonene. Kun hovedtrekk av målsettingsarbeid, vil derfor bli vist i dette resultatet.

Tone: ”Jeg tenker på det første spørsmålet som du har på å involvere pasienten ved tilrettelegging av øvelser – pasienten blir jo veldig involvert i forhold til målsettinger. Jeg har skrevet at veilanden er opptatt av at pasienten skal ha eierforhold til målsettinger, og jeg har gitt henne en 10`er på det. Konkret medvirkning - hun etterspør og veileder pasienten fram til fokus og gir pasienten mulighet til å si noe først, før hun kommer med råd og tips ut fra hennes inntrykk og faglige begrunnelser. Veilanden spør pasienten: ”Hvor skal fokuset være når du er her, hva er målsettingen din? Og hvor pasienten svarer at hun skal bli sterkere i ryggen, sterkere i beina.”

Undertegnede: ”Ja, pasienten blir veldig involvert.”

Tone: ”Veldig involvert - medvirkning som jeg tenker kan være viktig i forhold til forståelsen av hvorfor pasienten skal gjøre ting.”

Undertegnede: ”Fysioterapeuten er veldig flink både til å involvere og til å lytte til pasienten. Veldig flink å spørre – ”hvorfor vil du det? Hva mener du med det? – Veilanden nikker og ser veldig tilstede ut og virker veldig interessert. Dette er absolutt med på å bygge opp under både kategori A og kategori C.”

Tone: ”Ja, veilanden virker veldig med - pluss at hun også bruker stillhet, hun lar pasienten få lov å tenke. I tillegg blir det spurt etter pasientens tanker og hva hun tenker, før fysioterapeuten selv kommer med faglige innspill. Pasienten blir minnet på ting hun har sagt før.”

Tone og undertegnede prøver å klargjøre hvilke elementer som hører til under spørsmål 1, involvere, og hvilke elementer som hører til under spørsmål 9, lytte. Diskusjonen nedenfor gjenspeiler dette:

Undertegnede: ”Jeg lurer på om jeg under observasjonen har tenkt på spørsmål nummer 9, under spørsmål 1? Men det er klart at disse går jo inn i hverandre, og det var det jeg ble litt forvirra av. Så det kan jo hende at det om lytting, kanskje skulle vært under spørsmål 1? Men da kunne jo mange vært under 1.”

Tone: ”Nei, involverer - at du aktivt åpner for at pasienten selv skal komme med det hun har på hjertet. Aktiv lytting, det blir på en måte et redskap som veilanden benytter veldig aktivt.”

Undertegnede: Ja, det er veldig sant.

Tone: Men aktiv lytting i seg selv, er jo ikke det som gjør at pasienten kommer fram med sitt.

Undertegnede: Nei, ikke sant. Jeg tenker på aktiv lytting på det å stille spørsmål, men det ligger kanskje under 1? Det å stille pasienten oppfølgingsspørsmål, hører vel enda mer inn under spørsmål 1?

Tone: Ja.

Undertegnede: Jeg har tenkt at den er under lytting, jeg, men den er jo selvfølgelig under nummer 1.

Tone: Men, jeg også har skrevet under lytter terapeuten; ”Sjekker terapeuten at hun har forstått pasienten?” Altså; hun lytter, og så stopper hun - også sjekker hun. Sånn tror jeg det er riktig.

Undertegnede: Ja, ikke sant, så da med det å forfølge spørsmål, da tenker du at det kommer inn under...

Tone: Det kommer under begge det, ikke sant?

Undertegnede: Ja, det gjør det. Jeg ser jeg har skrevet mest om dette under lytte - biten.

Tone: Hva har du skrevet?

Undertegnede: På 1 - Involvere så har jeg skrevet: Pasienten forteller om ønsker, også når ts foreslår en målsetting, for eksempel sa hun noe om å klare å ligge på magen. Også spurte terapeuten pasienten; Hva tror du om det? Og grunnen til at veilanden måtte foreslå, var fordi det virket som pasienten stod fast litt og trengte hjelp da.

Når det derimot gjelder tilrettelegging av øvelser, med tanke på involvering, ble dette punktet diskutert, under spørsmål 3 og 4 nedenfor:

Spørsmål 3: Bruker terapeuten instruksjon som metode ved innlæring av øvelser? og

Spørsmål 4: Bruker terapeuten problemløsning som metode ved innlæring av øvelser?

På disse spørsmålene har Tone og undertegnede noe ulik oppfatning. Veilanden ser i stor grad ut til å bruke instruksjon som metode i forbindelse med tilretteleggingen av øvelser. Et eksempel på dette er at vedkommende har tegnet opp øvelser i forkant, og forteller pasienten at dette er de øvelsene vedkommende bør gjøre. Utdrag fra dialog etter første observasjon er som følger:

Undertegnede: ”Denne pasienten hadde tydeligvis noe erfaring, og har vært en uke i observasjonsgruppa. Og selv om pasienten ikke har så mye erfaring, kan det likevel hende de kan komme frem til aktuelle øvelser. Gjerne ved riktig spørsmålsformulering fra fysioterapeuten. Og ved at pasienten har vært i observasjonsgruppa også, så har de jo uansett litt erfaring. Det er jo noe med disponibel tid, selvfølgelig.”

Tone: ”Ja, de hadde snakket om styrke rygg, styrke ben, styrke mage og bevegelighet. Kanskje skulle veilanden vært mer tydelig på at de øvelsene som ble valgt, stod i samsvar med de målsettingene som ble valgt?”

Undertegnede: Ja, det vil jo bli ekstra viktig da. En annen måte å gjøre det på istedenfor å fortelle pasienten hvilke øvelser vedkommende skal gjøre er jo å bruke en mer problemløsende tilnærming. For eksempel når de snakker om styrketrening av mage kan en spørre; ”Hvilke øvelser liker du for å styrke magen?” Kunne vært en annen tilnæringsmåte. Jeg tror de aller fleste kan 1 eller 2 mageøvelser, som de kanskje til og med liker godt. Jeg synes veldig ofte det er bra å undersøke hva pasienten kan om øvelsen og temaet på forhånd, før jeg

eventuelt forteller hva pasienten skal gjøre.” Da føler jeg at jeg får pasientene mer aktivt med. Men som sagt - det blir jo ofte også snakk om tid, så av og til kan det jo hende man må ta noen kjappe avgjørelser.”

Tone: ”Men da blir jo ikke pasienten involvert i hvilke øvelser.”

Undertegnede: ”Nei, det er akkurat det, så dette et veldig viktig punkt, synes jeg.”

Tone: ”Ja, det synes jeg også. Men sånn som i denne situasjonen her, så var det ikke sånn at jeg synes fysioterapeuten burde gjort det på den måten du sa, om at pasienten selv burde være med å velge øvelser. Jeg tenker dette var helt ok. Det var ikke feil på noen måte. Så i forhold til situasjonen, så synes jeg den var helt grei. Og siden hun forklarer pasienten om hensikten og hvorfor øvelsene er viktig, så veier det kanskje litt opp?”

Undertegnede: ”Ja, det var veldig bra, de gangene hun gav forklaring. Som da hun forklarer at ”fremoverlening på ball” er viktig for å øke stabiliteten, og ”henge over ball øvelsen”, er for at du skal få strukket ut. Jeg synes likevel dette er et så viktig punkt, så jeg lurer på hvorfor hun ikke forklarte hver gang. Min oppfatning er at det å forklare hvorfor – nesten aldri kan bli gjort ofte nok!”

I observasjon 2 var pasienten ganske stille og passiv, og veilanden benyttet også her instruksjon som metode. Merete kommenterer følgende i etter - refleksjonen av denne observasjonen:

”Dersom pasienten er passiv, er det ekstra viktig å tenke gjennom hvordan en skal håndtere passivitet i forhold til selvstendigjøring. Dette vil kreve mer av terapeuten i forhold til bevissthet rundt problemløsningsmetode og instruksjonsmetode, og i forhold til type spørsmål som terapeuten stiller. Blir veldig viktig å vurdere bruk av stillhet, og forklare hensikten med øvelsen. Dette kan bidra til å aktivisere og selvstendiggjøre en passiv pasient. Dersom en ikke benytter seg av dette, i tillegg til å ha en instruerende tilnærming, kan dette bare forsterke passiviteten.

Når det gjelder formuleringen av spørsmål 3 og 4 anbefaler Tone å gjøre følgende endring;

”Bruker terapeuten instruksjon som metode, ved innlæring av øvelser”, til; ”Bruker terapeuten instruksjon som metode, der det er relevant?” Og tilsvarende for kategori 4. Er ikke det mer interessant og relevant?, spør Tone.”

Undertegnede er enig, og mener i tillegg at disse punktene kan slås sammen til ett punkt. Dette blir gjort, som lyder som følger; ”Bruker terapeuten instruksjon/ problemløsning som metode, der det er relevant?” (A2, spørsmål 3 og 4).

Spørsmål 2: Gir terapeuten meningsfull informasjon til pasienten?

Da spørsmål 3 og 4 ble diskutert, ble også dette spørsmålet diskutert. Spørsmål 2 ble også diskutert under spørsmål 5, om å gi klare og tydelige tilbakemeldinger. Anbefalinger fra John Vikne/ FoU om å legge til et spørsmål om arbeid ble diskutert under dette punktet, da det ble vurdert naturlig å

legge det nye punktet som underspørsmål til dette spørsmålet. Nedenfor følger diskusjon etter anbefalinger fra John om å legge til et punkt om arbeid:

Tone: ”Ja, overføringen av øvelser til arbeidsfunksjonen er viktig. Veilanden sier noe om at ergonomi er viktig, og her tenker jeg, dersom man skal bli god på ergonomiske prinsipper, da må man undersøke; ”Hvilken stilling er det du har på jobb, og som du har problemer med?” Dersom en trener på viktige ergonomiske prinsipper - ha øvelser som du skal gjøre oppad og oppad og oppad, da har pasienten en sjanse til å huske på det når vedkommende kommer ut i arbeidslivet.”

Undertegnede: Vi må ha et eget punkt på det! Dette er så essensielt for fysioterapeuter, og jeg tror det er mye å hente her.

Tone: Her tror jeg også at vi bare kan bli bedre og bedre. Det er jo så meningsfylt i forhold til motivasjon. Jeg har jo hatt disse undervisningstimene med ergonomi i praksis med grupper - og der, støtt og stadig, ser jeg at det går opp et lys for folk, i forhold til hvorfor de driver med knebøy. For hvorfor skal man drive knebøy, når man har vondt i ryggen eller nakken? Det er jo ikke så selvsagt. Men det skjønner de ofte er viktig når vi snakker om fordeling og belastning. Og hvis du skal gjøre noe som bare belaster armene - kan du fordele tyngden? Kan du gi deg selv litt mer variasjon? Og har du en dårlig rygg, så er det viktig at du har gode sterke bein, ikke sant, for å klare å avlaste litt og for å klare å fordele tyngden. Da skjønner folk hvorfor de skal stå med føttene fra hverandre, hvorfor de skal gå ned i knebøy og hvorfor de skal bli sterke i bena.

Undertegnede: Dette er et veldig viktig punkt.

Tone: Ja!

Undertegnede: Ja, og det henger jo for så vidt sammen med spørsmål 2 - sånn som du sier; pasientene må skjønne hvorfor. Ja, du må relatere det til både arbeid og funksjon, og arbeidsfunksjon.

B) Ferdighetsutvikling/ mestringsfølelse (kompetanse)

Spørsmål 5: Gir terapeuten klare og tydelige tilbakemeldinger til pasienten?

Ved refleksjon og diskusjon rundt dette punktet ser begge observatørene ut til å være samstemte, både når det gjelder målsettingsarbeidet og tilrettelegging av øvelser:

Tone: ”Under målsettingsarbeidet, bekrefter terapeuten pasientens tanker – aksepterer. Har gitt henne 10 på denne.”

Undertegnede: ”Ja, veldig god til det – her har jeg tre 10`ere. Veldig klare og tydelige tilbakemeldinger: ”Det var et godt mål”, ”Dette målet var kjempefint” og ”dette er veldig relevant for deg.” Det er klart at der kunne hun dratt den enda lenger, med å si hvorfor dette målet var godt, kjempefint og relevant. Og særlig gjaldt det i del to, synes jeg. Har ikke gitt noe score der, men synes hun har litt å gå på her. Men det er jo veldig fint å følge det slik som hun gjorde - veldig klare og tydelig tilbakemeldinger, ikke for mye.”

Tone: ”Ja, i del to har jeg gitt en åtter. Fysioterapeuten er veldig klar og tydelig, men enig at hun kanskje kunne gitt litt mer beskrivende tilbakemeldinger.”

De samme tendensene ser ut til å gjelde også i de to neste observasjonene, og Merete er også enig i dette.

Spørsmål 6: Gir terapeuten tilbakemelding på pasientens prestasjon?

Når det gjelder punkt 5 og 6 (A1) synes både Tone og undertegnede at disse punktene glir inn i hverandre. Punktene blir derfor slått sammen til følgende; ”Gir terapeuten klare og tydelige tilbakemeldinger på pasientens utførelse?” Endringen utgjør spørsmål 5 i skjema A2. Etter observasjon 3 blir det konkludert med at dette var en bedre løsning.

Spørsmål 7: Gir terapeuten optimale utfordringer, etter pasientens forutsetninger?

I alle etter - refleksjonsseanser blir det diskutert om dette punktet burde vært slått sammen med spørsmålene om instruksjon og problemløsning, da dette handler om å gi pasienten optimale utfordringer. I samtale med John Vikne/ FoU etter den 3 observasjonen mener han at spørsmål 7 er et veldig betydningsfullt spørsmål, og at det absolutt bør stå for seg selv. Han kommenterer derimot at underpunktene bør deles opp til dagsform/ fysisk form og innsikt, så beskrivelsen blir enda mer tydelig. Dette er tatt i betraktning og utgjør endringer i B3.

Spørsmål 8: Viser terapeuten god teknikk ved instruksjon av øvelser?

Veilanden instruerer pasienten ryggøvelse i form av rygghev på stor ball. Refleksjoner i etterkant med tanke på terapeutens kroppskontroll er som følger:

Tone: ”Terapeuten glemte å slippe hodet selv, og da gjorde ikke pasienten det heller.”

Undertegnede: ”Det la ikke jeg merke til.”

Tone: ”Der kunne hun gitt pasienten en mindre ball. Ved at hun valgte den store ballen så var det kanskje ikke en stilling som tillot å slippe hodet.”

Undertegnede: ”Det er jo et godt poeng.”

Tone: Ja!

Med tanke på om det ser ut til at pasienten forstår hva terapeuten sier, kommenterer fysioterapeut 3 følgende:

”Jeg noterte i kommentarfeltet at terapeuten forklarte øvelsene veldig godt underveis, både i forhold til tempo, nivå og måten hun ordla seg på. Jeg kommenterte at synes det så ut som pasienten forstod henne veldig godt. Akkurat idet jeg er ferdig med å kommentere, sier pasienten til terapeuten; ”Du er jo veldig god til å forklare da!” Da tenkte jeg at der var vi veldig enige!”

Begge fysioterapeutene er enige om at dette er et viktig spørsmål.

C) Personlig involvering/”å bli sett” (involvering)

Spørsmål 9: Lytter terapeuten til pasienten?

Dette spørsmålet ble diskutert i forbindelse med spørsmål 1.

Spørsmål 10: Gir terapeuten mye av seg selv i møte med pasienten?

Dette punktet ble ganske enkelt fjernet, da alle observatørene følte dette punktet gikk veldig inn i flere av de andre punktene.

Etter tre observasjoner ser de tre testobservatørene ut til å være enig om ”hovedlinjene” når det gjelder veilanden. Det ser det ut til at veilanden har et ”fast mønster”, hvor vedkommende scorer veldig bra på å lytte til pasienten, og å gi passe med tilbakemeldinger. Pasientene blir til dels involvert i målsettingsarbeidet, og lite involvert ved tilrettelegging av øvelser. Terapeuten har ferdige øvelser som hun gjennomgår med pasienten. Av og til blir det gitt meget godt rasjonale på *hvorfor*, mens andre ganger uteblir det. Test observatørene lurte her på om det burde vært noe mer konkret. Veilanden sa for eksempel ”Ja, det synes jeg var et godt mål”. Kanskje det her også burde bli forklart hvorfor, da det muligens vil gjøre det enklere for pasienten å få et eierforhold til øvelsene og målsettingen.

2) I hvilken grad er spørsmålene i observasjonsskjemaet relevante for arbeidet ved Friskvernklubben?

Etter kort samtale med John Vikne/ FoU rett før den første observasjonen, kommenterte han følgende:

”Bra og nyttig verktøy, men savner et punkt som er mer i samsvar med målet med rehabiliteringen for klubben, som er tilbakeføring til arbeid.”

Vikne forteller om nye politiske krav om raskere tilbakeføring av sykemeldte pasienter til arbeid. Dette har medført at blant annet Friskvernklubben har blitt pålagt å ha større fokus på dette området, og må dokumentere for hver pasient hvilke tiltak som er gjort i denne forbindelse.

Dette elementet blir diskutert i refleksjonen etter observasjon 1, og begge fysioterapeutene er veldig enige med Johns kommentar angående anbefaling av nytt punkt. I denne etter- refleksjonsseansen ble det som tidligere diskutert om dette skulle være et eget punkt, eller om det skulle komme inn under punkt 2. Tone kommenterer blant annet:

”Jeg synes kanskje det skal komme inn som et eget punkt, for vi skal ha en snuoperasjon på klinikken, med mer retting mot arbeidsteknikk, altså mot arbeidssituasjon hvorfor har de problemer med å være på arbeid. Har det noe å gjøre med sittetoleransen, og hvorfor har du vondt når du gjør slik og slik? Et slikt fokus må man jo også ha i øvelsesutvalg.”

Det ble raskt konkludert med at dette punktet var essensielt, og derfor burde stå for deg selv. Det nye punktet utgjør spørsmål nummer 6 (A2), og lyder som følger: ”Tilrettelegger terapeuten øvelser i samsvar med pasientens mål om arbeid?” Andre betegnelser som ble diskutert var; ”Ergonomitilpasning med hensyn til øvelser” og ”Er det tilrettelagte øvelser med hensyn til trening av arbeidsteknikker?”

3) Hvordan ble brukerveiledningen til observasjonsskjemaet (B1 og C1) oppfattet med tanke på beskrivelsen av spørsmålene samt beskrivelsen av bruk, scoring og evaluering av observasjonsskjemaet?

Etter de to første observasjonene kommenterer Tone og Merete at de synes beskrivelsene gode, men lange, og at de derfor brukte noe lang tid på å sette seg inn i skjemaet. Videre følger et lite utdrag av refleksjonen mellom Tone og undertegnede, i etterkant av observasjon 1, som ytterligere beskriver dialogen rundt dette spørsmålet:

Tone: ”Nå synes jeg det er tydeligere beskrevet, men det er såpass mye at du må bruke litt tid for å gå gjennom det. Det er ikke noe tvil om at hvis man forstår skjemaet godt, og bakgrunn for hvert av enkeltspørsmålene i skjemaet, så blir det enkelt å følge det.”

Undertegnede: ”Jeg synes det bør være en forutsetning at fysioterapeuten som skal observere, kan skjemaet godt.”

Tone: ”Ja, nå satt jeg og hoppet litt fram og tilbake mellom beskrivelsene av observasjonsskjemaet, hva som står under de forskjellige punktene her, og selve skjemaet. Jeg satt og huket av i forhold til selve hovedspørsmålet, men jeg ser for meg at når du har du gjort det en del ganger, så trenger du ikke å se på beskrivelsen, da vet du hva det innebærer. Det er jo mye tekst i beskrivelsen, så det er jo ikke helt ideelt å måtte bruke det underveis, men for meg i dag, var det til god hjelp.”

Undertegnede: ”Ja, det krever som sier, at du må sette deg godt inn i skjemaet, men det er klart for hver gang vi nå gjør det, så husker vi jo mer og mer.”

Merete uttaler etter observasjon 2:

”Mitt inntrykk er at det er mye bra og relevant, men mye omfattende, spesielt beskrivelsen av kategoriene i skjemaet og i beskrivelsen av bruken og scoring av skjemaet. Jeg burde hatt bedre tid til å sette meg inn i skjemaet før observasjonen. Synes det var godt beskrevet, men for mange ord. Beskrive innholdet med så få ord som mulig, lettere da å sette seg raskere inn i det.”

Begge fysioterapeutene foreslår altså å sette opp korte punkter i de to beskrivelsene av observasjonsskjemaet. Undertegnede er enig. Kommentarene er tatt til følge og nye versjoner blir presentert i slutten av dette kapittelet (B2 og C3).

4) Er det stor forskjell fra første til andre gang du benytter skjemaet?

Etter siste observasjon er både Tone og undertegnede enige om at det var enklere å huske hva som var skrevet i kommentarfeltet, etter en bevisstgjøring om å knytte det til et kjennetegn.

Undertegnede uttaler etter denne observasjonen:

”Jeg husket mer av innholdet i de ulike spørsmålene i skjemaet, enn jeg gjorde forrige gang. Derfor kommenterte jeg litt mer systematisk underveis, denne gang. I tillegg synes jeg det var betraktelig enklere å være å jour med delscoring underveis, på grunn av endringer til 5 punkts skalaen. I etterkant av observasjonen, synes jeg det var enklere å huske hva punktene jeg hadde skrevet dreide seg om, da jeg linket kommentarene opp til øvelse, eller annet relevant.”

Tone opplevde det på samme måte, og synes beskrivelsene av spørsmålene i observasjonsskjemaet hadde blitt enda mer tydelige.

5) Hvordan er observasjonsskjemaets struktur, utforming og lesbarhet?

Når det gjelder kommentarer i forbindelse med hva slags skala som er best egnet, har fysioterapeut 3 fått innspill fra en av psykologene ved klinikken. Psykologen har lang erfaring med skalering og forskning, og erfarer at ved å bruke en skala på 10, er det enklere å krysse mer ”vagt”. Hun anbefaler derfor å benytte en skala på 4 eller 5, hvor en blir mer presset til å ta et valg. Tone og undertegnede diskuterer dette og synes det høres fornuftig ut. Fysioterapeutene er også samstemte i at de synes det var noe vanskelig å være å jour med scoring underveis, for det ble for mye å forholde seg til en skala på 10. På bakgrunn av det overnevnte ble skalaen endret til 5 rubrikker. Dette vises i skjema A2, og ble testet ut i observasjon 3. Etter denne observasjonen kommenterer Tone at:

”Det er mye enklere med 5 kategorier - mindre å forholde seg til og lettere å gi delscore underveis. Det er bedre med 5 enn 4 kategorier, for da har du muligheten til å velge i midten. Jeg er en sånn person som synes det er veldig godt å kunne krysse i midten.”

Undertegnede synes også det var betraktelig enklere å score underveis denne gangen.

6) I hvilken grad er observasjonsskjemaets egnet for å kommentere, score og evaluere både underveis og i etterkant?

Dialogen angående kommentarene underveis i observasjon 1 følger nedenfor. Undertegnede uttaler:

”Jeg brukte kommentarfeltet mye, synes det var veldig nyttig. Men jeg skrev litt rotete rundt på arket, så det blir litt usystematisk. Det er derfor et par av punktene jeg har notert, som jeg ikke husker hva er.”

Tone kommenterer at hun hadde det på samme måte, så begge terapeutene konkluderer med at ved neste observasjon måtte det være større bevissthet rundt å forankre notatene, for eksempel ved å notere hvilken øvelse veilanden snakker om. Med hensyn til kommentering og scoring underveis, uttaler Merete fortløpende, etter observasjon 2:

”Bra med kommentarfelt, men jeg hadde skrevet litt knotete rundt på arket underveis. Så var litt vanskelig å raskt få totaloversikt tilslutt. Tror derfor det ville vært lurt å teste ut skjemaet neste gang med en boks nederst på siden som sier noe om oppsummerende inntrykk av observasjonen. Det vil da være enklere for veilederen og raskt kunne trekke ut essensen i hva kollegaen trenger å få veiledning på.”

Det blir på bakgrunn av alle observatørens erfaring med registreringen, lagt til et punkt nederst på observasjonsskjemaet, kalt ”Oppsummerende inntrykk” (A2). Da det etter observasjon 1, blir diskutert om det er andre ting som kan gjøres, for at det skal bli lettere å skrive mer systematisk, kommer følgende kommentar fra Tone:

”Det er jo større sjanse for at det blir usystematisk i kommenteringen underveis, dersom man ikke kjenner skjemaet godt nok.”

Og om den type samtale som ble observert, hevder vedkommende videre:

”Men i en sånn samtale, så hopper de jo frem og tilbake, så vi må jo også sitte og hoppe frem og tilbake - så du må på en måte kjenne skjemaet veldig godt.”

Undertegnede er helt enig og Merete kommenterer i refleksjonsseansen etter observasjon 2:

”Dette er omfattende, mange ulike ting å forholde seg til for veileder. Stort materiale, men ikke sikkert det gjør noe, for det er jo gjerne slik en naturlig setting er. Så da er det også greit at det blir springende i kommenteringen underveis. Dersom en gjør skjemaet for rigid, forsvinner jo det naturlige.”

I diskusjonen om hvordan scoringen gikk etter observasjon 1, foregikk følgende dialog mellom fysioterapeutene:

Tone: ”Jeg ser at det ble mer til at jeg skrev under kommentarfeltet, og scoret til slutt.”

Undertegnede: ”Ja, for det er jo også det jeg har skrevet i beskrivelsen om hvordan score skjemaet. Der har jeg skrevet at på hver hendelse som vi vurderer, så skal vi skrive en del-score i kommentarfeltet, med en kommentar til, finne gjennomsnittet til slutt, og da er det slutt-score. Det er beskrivelsen på scoring av skjemaet pr i dag.”

Tone: ”Da hadde ikke jeg lest det, da rakk ikke jeg det.”

Undertegnede: ”Men da er det jo nesten det du har gjort da, egentlig - scoret til slutt.”

Tone: ”Ja, jeg har skrevet opp de forskjellige hendelsene, innenfor de ulike spørsmålene, også har jeg gått inn og scoret det etterpå. Så da har jeg gjort det, da kanskje?”

Undertegnede: Ja, da har du gjort det.”

Tone: Da var det vel naturlig, da.”

Undertegnede: ”Ja, det var jo bra.”

7) Personavhengighet med hensyn på bruk, scoring og vurdering?

I etter - refleksjonsseanse 1, i forhold til hvor personlighetsavhengig scoringen av dette skjemaet er, går dialogen som følger:

Tone sier: ”Jeg tror nok at jeg er en veldig positiv type, og folk er jo veldig forskjellig på hvor scorerer man, ikke sant? Noen scorerer aldri helt på topp og andre scorerer alltid på topp, så sånn er vi forskjellige som personer. Hva skal til for at man når 10eren hos en person, i forhold til hos en annen? Hos meg er det ikke så vanskelig å komme opp på en 10er.”

Undertegnede: ”Ja, også har jo både terapeuten som observeres og terapeuten som veileder, med seg ulike erfaringsgrunnlag, så det vil jo ikke kunne bli helt likt hver gang.”

Ut fra det overnevnte diskuteres det videre om det burde defineres noe mer i beskrivelsen av skjemaet, om hva som skal til for å få en 10er. Det konkluderes raskt med at det finnes så mange ulike tilfeller og varianter av dette at det vil være altfor omfattende. Likevel diskuteres det om det burde vært en retningslinje for dette ved klinikken.

4.2 Delproblemstilling 2 - kollegaveiledning

Oppsummering fra kollegaveiledningen i etterkant av de to første observasjonene.

Veilanden hadde som tidligere nevnt vært gjennom en før - veiledning med undertegnede. I veiledningen etter observasjonen, fikk veilanden først mulighet til å si noe om hvordan hun synes

tilretteleggingsseansen hadde gått, med tanke på punktene hun hadde satt opp i forkant (i forhold til hva hun vektla i motivasjonen av pasienter). Veilanden tok spesielt opp at hun synes hun ga klare og tydelige tilbakemeldinger til pasienten. Dette ble også bekreftet av veileder, i tillegg til at vedkommende ble fortalt at Tone og undertegnede var samstemte når det gjaldt at hun også var spesielt god på å involvere og lytte til pasienten, i målsettingsarbeidet. Observatørene var også enige om at med tanke på tilrettelegging av øvelser var det lite involvering. Det observatørene derimot var uenige om var om et var det som var ideelt i disse situasjonene, med denne med disse pasientene. Merete og undertegnede var derimot samstemte, under observasjon 2 med passiv pasient, kunne vært hensiktsmessig med noe mer involvering for å aktivisere denne. Med tanke på å gi meningsfull informasjon til pasientene, kommenterte veilanden videre at hun syntes det var viktig å forklare *hvorfor* til pasientene, men at hun synes det var en vanskelig balansegang mellom å gi for mye og for lite informasjon. Vedkommende ble gjort oppmerksom på at Tone og undertegnede hadde kommentert dette punktet og synes hun var god til å forklare hvorfor de fleste gangene. Veilanden ble også fortalt at undertegnede synes dette var et punkt som ikke kunne sies for ofte, og at Tone også syntes dette var et viktig punkt. Når det gjelder spørsmål om instruksjon i motsetning til problemløsning, ble veilanden spurt om hva hun tenkte om dette. Vedkommende kommenterte at siden den siste pasienten var så passiv, syntes hun det var riktig å fortelle pasienten hva han skulle gjøre. Undertegnede fortalte at Tone delte hennes syn, men at hun og Merete hadde noe ulik oppfatning i forhold til dette.

Forfatterens oppfatning av kollegaveiledningen i før - og etterkant av observasjon.

I forhold til kollegaveiledning føler undertegnede at det at pasientene er så ulike, medfører at deres utgangspunkt vil være avgjørende for resultatet av observasjonen og muligens veiledningen. Det vil derfor være viktig at den som veileder har grunnleggende bakgrunnsinformasjon om pasienten, gjerne før observasjonen starter.

4.3 Nytteverdi for Friskvernklinikken

Umiddelbare, fortløpende kommentarer fra Merete, etter observasjon 2:

”Her er det masse bra, og det er absolutt relevant. Det kan brukes på flere måter, og kan være bra å bruke i en kollegabasert veiledning. For meg personlig er det nyttig i forhold til veiledning av studenter. Også en nyutdannet fysioterapeut kan bruke skjemaet i sin modningsprosess, da det er mange momenter i skjemaet som handler om å modnes over tid. En nyutdannet kan også bruke dette på en erfaren terapeut, i en opplæringsprosess i FVK tradisjoner og holdninger.”

Merete kommenterer videre:

”Et veldig fint verktøy i forhold til å dra nytte av hverandres kompetanse, ved å gi tilbakemeldinger på punktene i skjemaet. Også fint i kvalitetssikring av at vi utøver jobben vår så likt som mulig, i forhold til dette med å motivere pasientene. Kan være veldig bevisstgjørende. Nyttig for pasientene med denne fokus på selvstendigjøring som det er i skjemaet - det at pasientene skal ta ansvar for egen helse. Godt kartleggingsverktøy for å finne ut hvor veilanden er. Men; Det er veldig avhengig av hvem som veileder, og dens veiledningskompetanse.”

Etter Tone sin andre observasjon, kommer følgende kommentarrekke:

”Absolutt egnet i både observasjon og kollegaveiledning. Når det gjelder skjemaets egnethet med tanke på observasjon, går dette mer på å vurdere terapeutens måte å kommunisere på, med den hensikt å gi et eierforhold til pasienten. Så dette er knall bra til å bruke til observasjon.”

Videre i denne kommentarrekken kommer uttalelser om egnethet med tanke på kollegaveiledningen:

”Når det gjelder kollegaveiledning, vil skjemaet antakelig fungere best med før og etterveiledningen, slik at veilanden får tid til å bygge opp et forsvar, før hun får tilbakemelding. Det vil da antakelig føles bedre for veilanden å få tilbakemelding, da de får mulighet til å først selv å få sagt hva de synes gikk bra, og hva de ikke synes var bra. Dersom veilanden får tilbakemelding på hva som kan gjøres bedre, uten å få mulighet til å si noe selv først, kan det føles mer som en eksamen, og vil kanskje bli mer prestasjonsbetinget. Det vil også være enklere for veileder å si seg enig i noe som ikke var bra, dersom det kommer fra veilanden selv. Veiledning handler jo nettopp om bevisstgjøring, og om å få veilanden til å komme frem til egne løsninger. Dette er absolutt noe jeg kan bruke. Dette er et godt verktøy til å bli mer bevisst, og få tilbakemelding på hvordan du håndterer disse punktene i skjemaet.”

Diskusjon om hvem som skal kunne bruke observasjonsskjemaet til observasjon og kollegaveiledning går som følger:

Undertegnede: ”I og med at scoringen er så avhengig av den personen som observerer, tenker jeg at dette med veiledning og veiledningskunnskap vil da bli veldig viktig. Sånn at den som scorer ikke bare scorer og leverer det fra seg, for da kan resultatene bli ganske misvisende. Så det store spørsmålet er om observasjonsskjema skal kunne brukes av hvem som helst, i forbindelse med veiledning. Eller om det bør det være forbeholdt de som har veiledningskompetanse. Dersom det blir utarbeidet detaljerte retningslinjer, som beskriver elementene i kollegaveiledningen, er der kanskje større sjanse for at flere kan gjennomføre dette på en god måte.”

Tone: ”Jeg tror ikke en person uten veiledningskompetanse vil ha noen problemer med å bruke selve observasjonsskjemaet; dette er jo forståelig norsk og god beskrivelse av alle spørsmålene i skjemaet, blant annet. Det med observasjon går jo rent på det faglige.”

Undertegnede: ”Ja, det er sant, så jeg tror ikke det er der bøygen er – med tanke på hvem som skal kunne observere. Det er vel det som går på selve veiledningen i etterkant som er viktig å få avklart. En ting er at alle kan lett sette seg inn i skjemaet og score, men så er det denne veiledningsbiten..”

Tone: ”Jeg vil jo tro at hvis det skal være til bruk for veiledning og evaluering for fysioterapeuter, så er det jo en fordel om den fysioterapeuten som veileder har litt erfaring - har noe år på baken, der den tause kunnskapen

ligger i ryggmargen. Hvis en rett og slett ikke skulle bruke det for å bli mer bevisst selv? Bruke det på andre, men da blir du også mer bevisst selv.”


Undertegnede: ”Ja, det er jo absolutt et godt poeng. Hvordan tenker du deg at det blir gitt tilbakemeldinger i etterkant da?”

Tone: ”Ja det måtte jo vært med en samtale de to imellom, rett og slett.”

4.4 Oppsummering av resultatene – presentasjon av endelige versjoner av skjemaene

Siste versjon av observasjonsskjema PUT med tilhørende beskrivelser er som følger:

Tilrettelegging av øvelser – Observasjonsskjemaet PUT (A3)		Kommentar	
(A) Pasientens mulighet til medvirkning i tilrettelegging av øvelser.	I svært liten grad	I svært stor grad	
1. Involverer terapeuten pasienten i tilrettelegging av øvelser?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
2. Gir terapeuten meningsfull informasjon til pasienten?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
3. Bruker terapeuten instruksjon/ problemløsning som metode, der det er relevant?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
(B) Ferdighetsutvikling/ mestringsøvelse			
4. Gir terapeuten klare og tydelige tilbakemeldinger på pasientens utførelse?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
5. Tilrettelegger terapeuten øvelser til pasientens mål om arbeid?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
6. Gir terapeuten optimale utfordringer, etter pasientens forutsetninger?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
7. Viser terapeuten god teknikk ved instruksjon av øvelser?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
(C) Kommunikasjon med Pasienten			
8. Lytter terapeuten til pasienten?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
OPP SUMMERENDE INNTRYKK:			

S:\Kvalitetssystem FVK\			
 FRISKVERN KLINIKKEN	Beskrivelse av observasjonsskjema PUT: Tilrettelegging av øvelser		Versjon: B4
	Skrevet av: Kristine Bull-Engelstad	Ansvarlig for revidering: Kristine Bull-Engelstad	Godkjent av: Tone Rosenvinge og Merete Johansen
	Gjelder fra: 15.05.09	Revidert:	Side 1

A) Pasientens mulighet til medvirkning i tilrettelegging av øvelser.

Hvordan gir terapeuten pasienten mulighet til medvirkning i sin egen trenings,-/ rehabiliteringssituasjon? Opptrer terapeuten slik at pasienten har mulighet til å føle eierskap til målsetting og øvelser?

1. Involverer terapeuten pasienten i tilrettelegging av øvelser?
 - 1.1. Spør om pasientens tidligere trenings-, program og erfaring?
 - 1.2. Spør om opplevelsen av a) øvelsen og b) belastningen?
 - 1.3. Tilrettelegger for eierforhold til øvelser?
 - 1.4. Får pasienten beskjed om å si fra dersom øvelsene gir smerte?
 - 1.5. Stiller relevante spørsmål?
 - 1.6. Forfølger svar fra pasienten?
 - 1.7. Presser terapeuten pasienten for hardt?
2. Gir terapeuten meningsfull informasjon om øvelsene, til pasienten?
 - 2.1. Hvilke muskelgrupper en bruker?
 - 2.2. *Hvorfor* aktuell øvelse er viktig?
 - a) Relaterer til pasientens mål, ”funn og forståelse” og arbeidssituasjon?
3. Bruker terapeuten instruksjon og problemløsning som metode, der det er relevant?
 - 3.1. Henv. ”arbeid i sal”.

B) Ferdighetsutvikling/ mestringsfølelse.


Legger terapeuten til rette for at pasienten skal føle mestring og utvikle ferdigheter?

4. Gir terapeuten konkrete, klare og tydelige tilbakemeldinger til pasienten?
 - 4.1. a) For mye? b) for lite? c) passe?
5. Tilrettelegger terapeuten øvelser i samsvar med pasientens mål om arbeid?
 - 5.1. (Henv. klinikkens målsetting for rehabilitering).
6. Gir terapeuten optimale utfordringer etter pasientene forutsetninger?
 - 6.1. I forhold til pasientens dagsform og fysisk form?
 - 6.2. I forhold til pasientens innsikt?
7. Viser terapeuten god teknikk ved instruksjon av øvelser?
 - 7.1. God kroppskontroll? (haka inn/ lave skuldre?/ rett i ryggen etc)
 - 7.2. Kommuniserer i et passende tempo, volum og på pasientens nivå? (Forstår pasienten hva terapeuten sier?)

C) Ivaretagelse av pasienten:

Hvordan ivaretar terapeuten pasienten/ viser empati?

8. Lytter terapeuten til pasienten?
 - 8.1. Får pasienten tid til å tenke/ svare ferdig?
 - 8.2. Bruk av ”stillhet”?
 - 8.3. Bruk av ”aktiv lytting”? (Henv. aktivitetshåndboka):
 - a) Åpne spørsmål? (hvor, hvordan, hva eller når).
 - b) Bruk av ”speiling”/ sammenfatninger av hva pasienten forteller?

 FRISKVERN KLINIKKEN	Retningslinjer for bruk og scoring av observasjonsskjema PUT: Tilrettelegging av øvelser. (Personlig Utvikling av Terapeuter)		Versjon: C3
	Skrevet av: Kristine Bull-Engelstad	Ansvarlig for revidering:	Godkjent av:
	Gjelder fra: 15. 05. 2009	Revidert:	Side 1 av

1. Hensikt/ omfang

Sikre at fysioterapeutene/treningsterapeutene ved klinikken har en enhetlig forståelse av bruk og scoring av observasjonsskjemaet, PUT, ved i tilrettelegging av øvelser for pasienter. Skjemaet kan brukes som et ledd i kollegaveiledning av terapeuter i treningsveiledningstime. Hovedhensikt med bruk er bevisstgjøring og personlig utvikling, med tanke på hva terapeuter gjør i arbeidet med å motivere pasienter.

2. Målgruppe

Fysioterapeuter som drifter grupper i fysikalsk medisinsk avdeling/ utfører tilrettelegging av øvelser, fysioterapeuter/treningsterapeuter som har treningsveiledningstimer ved treningssenteret, fysioterapeuter/treningsterapeuter som jobber med tilrettelegging av øvelser i idrettsmedisinsk avdeling. Gjelder alle på klinikken som på en eller annen måte er involvert i tilrettelegging av øvelser.

3. Handling:

a) Beskrivelse av oppbyggingen av skjemaet:

Skjemaet er bygd opp med forankring i motivasjonsteori, selvbestemmelsesteori. (Henv. Kristines masteroppgave 2009, kapittel 2). Skjemaet inneholder 3 ulike kategorier, med tilhørende bokser for avkrysning i skalaen 1- 5 (hvor 1= i svært liten grad, og 5= i svært stor grad). Boksene i skjemaet skal tilslutt representere gjennomsnittet av en rekke anmerkninger underveis i observasjonen.

b) Beskrivelse av avkrysning i bokser og utregning av score/ atferdsprofil:

- For hver gang en aktuell observasjon inntreffer, settes passende tall opp i kommentarfeltet, med en kommentar bak tallet.
- Etter endt observasjon, summeres tallene innenfor hver enkelt kategori, og deler på antall observasjoner.
- Dette gjennomsnittstallet, er det tallet som føres inn i aktuell rubrikk for avkrysning.

Til sammen vil avkrysningene utgjøre terapeutens adferdsprofil innenfor temaet ”Tilrettelegging av øvelser”.

c) Analysering/ diskuterer av score:

Dersom terapeutens score/ atferdsprofil havner til høyre på skalaen, kan dette tyde på at terapeuten involverer pasienten, legger til rette for mestring og ferdighetsutvikling hos pasienten, samt kommuniserer bra med pasienten. I følge motivasjonsteorien som skjemaet er basert på, er en slik atferd viktig for å motivere pasienten til langvarig trening.

Dersom profilen havner til venstre på skalaen, kan dette tyde på at terapeuten har en kontrollerende/ styrende atferd overfor pasienten. I følge overnevnte motivasjonsteori, kan en kontrollerende atferd påvirke menneskers motivasjon i negativ retning, dersom det ikke blir gjort i samsvar med menneskers personlighet, behov og nivå. Det som er ekstremt viktig å merke seg her er at selv om terapeuten ikke involverer, ikke gir valg, trenger dette IKKE å bety at terapeuten har gjort feil. Det kan være hensiktsmessig, sett ut fra pasientens behov og nivå.

4. Beskrivelse av kategoriene i observasjonsskjemaet PUT; Tilrettelegging av øvelser.

Se [her](#) for beskrivelse.

5. Referanse

- Kristines masteroppgave 2009: ”Observasjon av samspill mellom terapeut og pasient som underlag for kollegaveiledning: Pilottest av et observasjonsskjema med basis i selvbestemmelsesteorien.”
- Teori: ”Self-Determination Theory” av Deci & Ryan (<http://www.psych.rochester.edu/SDT/theory.html>)
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self- Determination Research*. Rochester: University of Rochester Press.
- Hagger, M. S. & Chatzisarantis, N. L. D. (2007). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. Champaign (IL): Human Kinetics.

6. Vedlegg:

Observasjonsskjemaet PUT: Tilrettelegging av øvelser.

Retningslinjer for tilrettelegging av øvelser for pasienter.

Retningslinjer for kollegaveiledningstimer av terapeuter i tilrettelegging av øvelser.

Resultatene over viser at en gjennom pilottesten som er gjennomført har utviklet flere forbedrede versjon av observasjonsskjemaet PUT. Skjemaene presentert over ser nå ut til å være mer praktisk anvendbart ved Friskvernklubben. Deltagerne mener nå at skjemaet er enklere å forstå og fylle ut. Beskrivelsene, med tilhørende endringer både av spørsmålene samt av bruk og scoring, bidrar sterkt til dette.

Videre synes spørsmålene i observasjonsskjemaet PUT å være velegnet for å avdekke autonomi, kompetanse og involvering. Skjemaet ser også ut som å være et godt verktøy som basis i kollegaveiledning, med tanke på bevisstgjøring av overnevnte punkter. Selve kollegaveiledningen opplevdes av undertegnede noe usystematisk. Hele kollegaveiledningsprosessen, og tilhørende retningslinjer, bør imidlertid testes av noen med kollegaveiledningskompetanse og eventuelt endres.

Selve prosessen for kollegaveiledning er også et område som kan kreve annen kompetanse enn det ordinære fysioterapeuter innehar. Dog vil en tilbakemelding og diskusjon rundt skjemaet uansett bidra til bevisstgjøring knyttet til veilandens fokus på og utøvelse av autonomistøttende atferd.

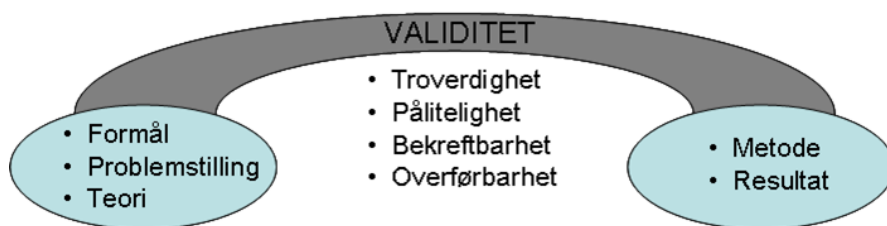
Skjemaet med tilhørende beskrivelse vil naturlig bli videreutviklet når en har bredere erfaringsgrunnlag. Dette drøftes nærmere i neste kapittel.

5.0 DISKUSJON

For å kunne uttale seg nærmere med hensyn til studiens formål og problemstilling, ansees det vesentlig å vurdere validiteten av metoden og resultatene. Dette kapittelet starter med en redegjørelse av validitetsbegrepet. Deretter diskuteres metoden og de mest relevante funnene i lys av disse validitetskriteriene. I denne diskusjonen vil også selvbestemmelsesteorien trekkes frem der dette er relevant. Personlige erfaringer og oppfatninger samt anbefalinger til hvordan validiteten kan forbedres ytterligere, vil også inkluderes underveis.

5.1 Utvidet redegjørelse for validitet

Fraenkel og Wallen (1993, i; Vedeler, 2000), definerer validitet som graden av korrekte slutninger man kan trekke på basis av resultatene fra datainnsamlingen, avhengig av blant annet instrumentet, prosessen og karakteristika ved gruppen som studeres. Lund og Haugen (2006) hevder at validitetsbegrepet fungerer som en brobygger mellom ikke-empiriske elementer og empiriske elementer i en forskningsundersøkelse. Dette er illustrert i figuren nedenfor:



Figur 8: Validitet

Lincoln og Guba (1985; i Vedeler, 2000) foreslår fire kriterier for å ivareta validitet i kvalitativ forskning: troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Noen av hovedelementene i hver av disse er vist i tabellen nedenfor:

Troverdighet	Pålitelighet	Bekreftbarhet	Overførbarhet
<ul style="list-style-type: none">• Vedvarende involvering• Vedvarende observasjoner• Triangulering• Kollegadrøftinger• Sjekke med dem som er observert	<ul style="list-style-type: none">• Intra observatør-reliabilitet• Inter observatør-reliabilitet	<ul style="list-style-type: none">• Objektivitet	<ul style="list-style-type: none">• Utvalg• Beskrivelse• Hva som er• Hva som kan bli• Hva som kunne bli

Tabell 4: Beskrivelse av validitet

Troverdighet

Vedeler (2000) hevder at ”målet her er å vise at undersøkelsen er utført slik at man kan være sikker på at menneskene i undersøkelsen er identifisert og beskrevet på en riktig måte” (s. 133). Slik troverdighet regnes som et meget viktigste validitetskriteriet i kvalitativ forskning (ibid.). Det finnes ulike måter å sikre slik validitet på, blant annet gjennom vedvarende involvering, vedvarende observasjoner, triangulering, kollegadrøftinger og sjekking med dem man har observert (ibid.). Disse vil bli videre definert i kapittel 5.2.

Pålitelighet

”Pålitelighet er analogt med reliabilitet” (Vedeler, 2000, s. 138). I kvantitativ forskning er da et viktig spørsmål om andre observatører ville komme fram til ”samme resultat dersom de observerte de samme fenomenene under de samme betingelser?” (ibid., s. 125). I kvalitativ forskning, hvor forskerens bakgrunn og erfaringer spiller stor rolle for observasjonen, vil det være naturlig at observasjoner og analyse av disse vil være forskjellig, avhengig av hvem som gjør dem. Imidlertid er det en rekke forhold som bidra til å øke påliteligheten, blant annet ved å gjøre gode forberedelser, trening av observatører, hensiktsmessig kategorisering og god analyseprosess (s. 138). Observatør - reliabilitet har ofte blitt tillagt stor betydning i observasjonsforskning fordi observatøren selv er en så viktig del av instrumentet. Det vil derfor bli redegjort for hva som er gjort i denne studien for å gjøre observatør - reliabiliteten best mulig.

Bekreftbarhet

”Bekreftbarhet svarer til begrepet om objektivitet” (Vedeler, 2000, s. 139). Scriven (1972, i; Vedeler, 2000) formidler at i kvantitativ forståelse av objektivitet blir enkeltindividet betraktet som subjektivt, mens det kollektive synes som mange individer har felles, er objektivt. I kvalitativ forståelse betyr det å være objektiv at observasjonen er faktisk eller korrekt. Mens det å være subjektiv betyr at observasjonen er lite valid på en eller annen måte, for eksempel at den er utført av en observatør som har vært forutinntatt. Av dette følger også at strategier for å sikre objektivitet i kvalitative studier er strategier for å kunne bekrefte at data og konklusjoner er korrekte og troverdige.

Overførbarhet

Overførbarhet svarer til ytre validitet og spørsmål om generalisering; om hvilke populasjoner, situasjoner, tiltak og målinger effekten kan bli generalisert til (Vedeler, 2000). I motsetning til kvantitative studier begrenser utvalgets omfang, generaliserbarheten i kvalitative studier. Statistisk

sannsynlighet og presis replikasjon som er kriterium for generaliserbarhet i kvantitativ forskning, er ikke relevant i kvalitativ forskning (ibid. s. 136). Generaliserbarhet handler i kvalitativ forskning mer om at undersøkelser i en situasjon kan gi nyttig og brukbar informasjon til hjelp for avgjørelser og vurderinger som skal tas i en annen situasjon. For at leseren skal kunne vurdere likheter og forskjeller, er det da i følge Lincon og Guba 1985 (i; Vedeler, 2000) viktig med god beskrivelse av utvalget og beskrivelse av både situasjonen som studien har foregått i og av situasjonen man ønsker å generalisere til. ”I naturalistiske studier er det bare gode, omfattende, relevante og detaljerte beskrivelser basert på et hensiktsmessig (strategisk) utvalg som eventuelt kan gi generaliseringsmuligheter” (Vedeler, 2000, s. 135).

Denne studien representerer anvendt forskning, siden formålet blant annet er å utarbeide et hensiktsmessig observasjonsskjema til bruk for fysioterapeuter ved Friskvernklubben. Lund og Haugen (2006) hevder da at dersom formålet med en undersøkelse er å anvende resultatet direkte i praktisk arbeid, vil generalisering og ytre validitet ha høy prioritet.

Begrepsvaliditet

I følge Vedeler (2000) stiller dette punktet spørsmål om de kategoriene man har brukt, er en riktig og god operasjonalisering av de begrepene som er i fokus for undersøkelsen. Hvor godt passer testen, hvor meningsfull er den og hvor brukbar er den når det gjelder å trekke slutninger på grunnlag av testscorene? Har man målt det man hadde som intensjon å måle? Er kategoriene gode representasjoner av det man mener å observere? (ibid.).

5.2 Validitetsdrøfting av metode og resultat

Overnevnte forfatter hevder videre at når man planlegger en undersøkelse, er det viktig å tenke gjennom hva man kan gjøre for at resultatene skal bli valide og troverdige. Det vil si, hva må gjøres for at de dataene som innhentes og konklusjonene som trekkes, ikke skal kunne tilskrives manglende kompetanse hos observatøren, eller andre forhold som truer undersøkelsens pålitelighet og troverdighet (ibid.)

5.2.1 Utvalg og utvalgsstrategi

I denne studien er det benyttet et hensiktsmessig utvalg, hvor informantene har god og formell veiledningskunnskap, lang erfaring innen fysioterapifaget og jobbet på Friskvernklubben i mange år. Dette vil trolig være med på å styrke denne studiens validitet, når det gjelder generaliseringsmuligheter. Generaliseringsmuligheter vil bli diskutert senere i dette kapittelet.

5.2.2 Observasjonssituasjon

Vedvarende involvering handler om å ha inngående kjennskap til konteksten studien gjennomføres i og vil bidra til å øke troverdigheten i en studie (Vedeler, 2000). I og med at forskeren av dette studiet har jobbet ved Friskvernklubben siden 2003, vært involvert i alt fra rehabilitering i fysikalskmedisin og idrettsskader til klinikkens kvalitetsarbeid, kan en si at forskeren innehar god kulturkompetanse og innsidekunnskap. For at leseren selv skal kunne vurdere dette, er kapittel 1.5 omfattende med tanke på forfatterens bakgrunn.

5.2.3 Pilottesting av måleinstrumentet

Det er naturlig å anta at tydelige rammer og felles forståelse ved Friskvernklubben vil kunne bidra til redusert bias og dermed økt pålitelighet. Det er derfor i denne studien etablert beskrivelse av spørsmålene i skjemaet, retningslinjer for bruk og scoring av observasjonsskjemaet PUT samt retningslinjer for kollegaveiledning. Videre har skjemaene blitt vurdert av ulike kollegaer, som har bidratt til studiens pålitelighet.

Triangulering betyr at forskeren enten bruker flere datainnsamlingsmetoder, ulike datakilder, eller flere uavhengige forskere/ observatører for å styrke undersøkelsens troverdighet (Vedeler, 2000). Triangulering bidrar således til å redusere "bias" som kan oppstå hvis man stoler for mye på kun én datainnsamlingsmetode, kilde eller analyse (ibid.). I denne studien er det som nevnt i kapittel 3, Metode, benyttet triangulering for datainnsamling ved observasjon, kollegadrøftinger og kollegaveiledning, jmf figur 6. I punktene nedenfor drøftes disse tre datainnsamlingsmetodene. De to førstnevnte bidrar hovedsakelig til å besvare delproblemstilling 1 og sistnevnte bidrar til å besvare del 2:

1. Delproblemstilling 1 – observasjon

I denne studien var det i tillegg til forskeren to andre fysioterapeuter som observatører. Videre ble det utført tre ulike observasjoner. Da observasjon i kvalitativ forskning som tidligere nevnt i vesentlig grad er prisgitt forskeren, antas dette i utgangspunktet å styrke validiteten i resultatene, både med tanke på troverdighet og bekreftbarhet.

Inndeling av kategoriene autonomi, kompetanse og involvering

Etter første observasjon kom det frem at det var ulike oppfatninger hos fysioterapeutene og noe forvirring spesielt knyttet til spørsmålet angående involvering og lytting. Det var diskusjoner rundt hvilke elementer som hørte til hvilke spørsmål. Dette sees imidlertid å være en naturlig del av utviklingen av skjemaet. Dette er også forståelig med tanke på at det i selvbestemmelsesteorien er

ulike overlappende områdene (Deci & Ryan, 2002). Det at terapeuten lytter til pasienten er i observasjonsskjemaet PUT kategorisert under involvering. Ved å lytte, kan en også si at en involverer pasienten og samtidig gir utfordringer etter pasientens forutsetninger. Dette vil gi påfyll til pasientens behov for henholdsvis autonomi og kompetanse. Det kan derfor diskuteres om det er hensiktsmessig å dele inn spørsmålene i observasjonsskjemaet etter de tre hovedområdene i selvbestemmelsesteorien. Alternativt kunne en argumentere for å ikke benytte inndelingen, men at spørsmålene helhetlig dekker teorien. Om kategoriseringen av de ulike aspektene av støtte i praksis bidrar til å gi en dypere innsikt, er det for tidlig å konkludere med. Det kan tenkes at ytterligere pilottesting, og trening i bruk av skjemaet vil kunne gi en tydeligere forståelse av kategoriseringens betydning. Foreløpig kan denne forvirringen muligens være med på å redusere studiens begrepsvaliditet.

Kommentering og scoring underveis i observasjonene

Inter-observatørreliabilitet er et bilde på om to eller flere observatører får samme resultat når samme atferd, hendelse eller fenomen scores eller kodes (Vedeler, 2000). Under pilottestingen i denne studien viste det seg at det var noen utfordringer med å score underveis, blant annet på grunn av for mange graderingspunkter. Det ble derfor ikke gitt fullstendig del - og totalscore, noe som bidrar til et mangelfullt grunnlag til å kunne sammenligne selve scoringen fra de ulike observasjonene. Det kan argumenteres om dette vil bidra til å svekke studiens pålitelighet og bekreftbarhet. Imidlertid ble kommentarene i skjemaet flittig brukt, hvor sammenlikningen viste at det på noen områder var stor enighet mellom observatørene, mens det på enkelte områder var noe uenighet. Det betyr ikke nødvendigvis at noen har feil, men gjenspeiler mest sannsynlig ulik erfaringsbakgrunn hos observatørene og manglende grunnleggende retningslinjer ved Friskvernklubben, angående hvordan en kan opptre autonomistøttende i samspill med pasientene.

Intra – observatørreliabilitet viser til graden av konsistens hos en og samme observatør når denne koder eller scorer samme hendelse, atferd eller fenomen to eller flere ganger til ulik tid. I denne studien har et av observasjonsteamene benyttet tilsvarende observasjonsskjema to ganger, men i to ulike hendelser. På den ene side, siden det ikke har vært testet konsistens hos samme observatør ved to like hendelser, kan det argumenteres at en da ikke kan snakke om direkte måling med hensyn til denne type reliabilitet. På den annen side vil en kanskje kunne uttale seg likevel; Begge observatør - kollegaene kommenterte etter deres første observasjon at de syntes beskrivelsene var gode og relevante, men lange. Det kreves derfor god tid til å sette seg inn i skjemaet. Dette medførte en del endringer i skjemaet, med blant annet tydeligere og mer konsise formuleringer. Videre bekreftes det

at det er enklere å utføre scoringen ved andre gangs bruk, og det understreker også betydningen av at observatørene trenes i bruk av skjemaene samt de grunnleggende prinsippene i selvbestemmelsesteorien.

Merete hadde som nevnt i resultatet ikke hatt god nok tid til å sette seg inn i skjemaene. Dette kan ha bidratt til å redusere påliteligheten for denne delen av resultatet. Fra en praktisk synsvinkel fikk vi imidlertid en rekke konstruktive kommentarer og innspill likevel. Hva som kan gjøres for å øke denne type reliabilitet, er beskrevet i kapittel 5.5.

Evaluering av veilandens atferdsprofil

På bakgrunn av noe ufullstendige scoringer i forbindelse med observasjonene, kom det ikke tydelig frem noen atferdsprofil på skjemaet. Det ble likevel diskutert at å trekke slutning kun på grunnlag av veilandens atferdsprofil, kan gi svært misvisende resultat. Et eksempel på dette kan være at en lav score på et spørsmål, kan være hensiktsmessig tilnærming fra fysioterapeuten sin side med tanke på pasientens situasjon, motivasjon, treningserfaring og innsikt. Dette er også i tråd med selvbestemmelsesteorien, som sier at tilnærminger er avhengig av personers kvalitet på motivasjon (Deci & Ryan, 2002). Et utfylt observasjonsskjema kan derfor sjelden sies å være selvforklarende. Konstruktiv bruk av kommentarfeltet og kollegaveiledning i etterkant er derfor av stor betydning for å kunne trekke slutninger. Dette er elementer som eventuelt kan bidra til å redusere begrepsvaliditeten.

I etter - refleksjonsseansene ble det diskutert om det er nødvendig å benytte score i det hele tatt. Det kommer frem at det er avhengig av hva skjemaet skal brukes til. Dersom det skal benyttes som et pedagogisk verktøy i kollegaveiledning, vil det mest sannsynlig ikke være av så stor betydning. En fordel ved å score er at det vil kunne gi grunnlag for innsamling av kvantitativt materiale. En forutsetning er da at skjemaet er begrepsvalid; at spørsmålene måler det de er tenkt å måle. En ulempe ved bruk av score vil uansett være at ulike individer forholder seg til en skala på ulike måter. Ulik erfaringsbakgrunn hos veilederne vil naturligvis skape ulike scoringer, i tillegg til at ”topp score” sitter lettere inne hos noen, enn hos andre.

Mye av diskusjonen i etter - refleksjonsseansene fokuserte på hva som kreves av fysioterapeuten som henholdsvis observatør og kollegaveileder. Det ble argumentert for at dersom alle fysioterapeutene ved klinikken skal benytte det til observasjon, vil det være hensiktsmessig med grunnleggende opplæring i bruk av skjemaet og hvordan en kan opptre autonomistøttende. Dersom

det skal gis kollegaveiledning i etterkant, er det hensiktsmessig at en har noe erfaring fra klinikken, spesielt dersom vedkommende ikke har formell veiledningskompetanse.

Kollegadrøftinger kan som tidligere nevnt bidra til bedret design og analyse i undersøkelsene samt mer eksplisitte formuleringer. Kollegadrøftingene i denne studien besto primært av tre etter - refleksjonsseanser samt drøftinger med FoU. Dette har åpenbart bedret kvaliteten av observasjonsskjemaet PUT med tilhørende beskrivelser. Bakgrunnen for endringene i løpet av prosessen er detaljert beskrevet i kapittel 4.

I etterkant ser forfatteren at det hadde vært hensiktsmessig å utføre kollegadrøfting med FoU enda tidligere i prosessen enn det som ble gjort, da det her kom frem sentrale innspill til utforming av beskrivelsen av spørsmålene. Videre ble kun én av de tre etter - refleksjonsseansene tatt opp på bånd. Det kan argumenteres for at båndopptagning av samtlige seanser hadde økt studiens troverdighet og bekreftbarhet ytterligere da leseren ville hatt mulighet til å få et enda nærmere innblikk i et større materiale. For denne oppgavens omfang ble dette imidlertid vurdert å være for omfattende. Struktur for og bruk av skjemaet ble nøye diskutert i alle tre etter - refleksjonsseansene. Hvordan veilanden opptrådte ble diskutert i detalj etter den første observasjonen, og mer overordnet i de to andre. Dette begrunnes i studiens omfang, men det helhetlige bildet av hvordan spørsmålene i skjemaet er egnet til å avdekke veilanden sin opptreden synes likevel å være dekket på en god måte. Det at observatørene ved noen anledninger trakk ulike slutninger, betyr ikke nødvendigvis at noen har kommet frem til feil slutning. Kollegadrøftinger som dette handler om å finne hvor det er forskjeller og hvor det er likheter. Ulike verdier og erfaringsbakgrunn ligger til grunn i observatørens analyser og prioriteringer, og kan sees på som en styrke i det å videreutvikle observasjonsskjemaet. Dette gir påfyll til studiens troverdighet og bekreftbarhet.

Seansene bidro uansett til god diskusjon og refleksjon som ble videreført i kollegaveiledningen, og observatørene var samstemt om at skjemaet bidrar på en god måte til å gi innsikt knyttet til selvbestemmelsesteorien, ikke minst for observatørene selv.

Objektiviteten i denne studien er altså ivaretatt gjennom triangulering, både ved at det er flere observatører og at det gjennomføres etterveiledningsseanse etter observasjonene. Denne trianguleringen bidrar til å styrke studien, både når det gjelder troverdighet og bekreftbarhet.

2. Delproblemstilling 2 – kollegaveiledning

Sjekking med dem man har observert, handler i følge Lincoln og Guba (1985, i; Vedeler, 2000)) om å få kommentarer fra dem som har blitt observert og å se om de kjenner seg igjen i beskrivelsene fra observatøren. Det bidrar til økt troverdighet, og ble i studien delvis dekket gjennom kollegaveiledning fra fysioterapeut 3 til veilanden. Disse samtaleene synes å ha bidratt til økt bevissthet hos veilanden rundt sin egen atferd med tanke på autonomistøtte. Det så vi blant annet ved at veilanden i flere sammenhenger nevnte at dette var punkter vedkommende hadde reflektert rundt tidligere. Kollegaveiledningen bidrar til å sette enda sterkere fokus på temaet, samt å gi veilanden mulighet til å få tilbakemeldinger. Samtlige observatører var enige om at prosessen i observasjonen, også bidrar til å øke bevisstheten for de som veileder. Undertegnede opplevde for øvrig selve kollegaveiledningen nyttig for sin egen del. Undertegnede økte sin bevissthet rundt den praktiske nytten av autonomistøtte, ved å diskutere med veilanden. Helhetlig synes det derfor naturlig å hevde at en veiledningssituasjon som dette bidrar til å øke den generelle bevisstheten ved Friskvernklinikken rundt hvordan tilrettelegge for autonomi for de involverte parter. Dette kan igjen gi innspill til retningslinjer for hvordan fysioterapeuter bør opptre for å motivere pasientene, slik at medarbeiderne ved klinikken får en felles faglig referanseramme for pedagogisk praksis.

Observasjonsskjemaets spørsmål var godt egnet til å sette i gang relevante diskusjoner og refleksjoner, under kollegaveiledningen. Forfatteren synes derimot at å bruke før - veiledning på den måten det ble gjort, ikke virket som det mest hensiktsmessige måten å gjennomføre veiledningen på. Opplevelsen var at det ble noe usystematisk både å skulle forholde seg til hva veilanden hadde sagt i før - veiledningsseansen, og spørsmålene i observasjonsskjemaet. Det er her viktig å poengtere at undertegnede har minimal erfaring i å bruke før - og etterveiledning, men har likevel god erfaring med å skulle behandle et stort materiale i samtaler og veiledning med pasienter. Materialet for å konkludere på dette, kan imidlertid være noe tynt og bør eventuelt først testes av flere med formell veilederkompetanse. En kan tenke seg at det i kollegaveiledning vil være en stor styrke om veilederen har veiledningskompetanse. Gode og tydelige retningslinjer for bruk av skjemaene, god innføring i selvbestemmelsesteoriens prinsipper samt retningslinjer for kollegaveiledning vil imidlertid være et godt alternativ for også å kunne dra nytte av ressurser uten formell veiledningskompetanse. Forslag til endring og forbedring blir redegjort for i kapittel 5.5. Et viktig element som fortsatt, uansett, bør ligge til grunn for veiledningen er illustrert i sitatet presentert i forordet – skrevet av Søren Kirkegaard (Halvorsen, 1996, s. 45):

”Den vise veileder fører meg ikke inn i sin egen visdoms hus, men leder meg til min egen klokskaps dørterskel.”

Det å forstå forskjellen på disse to ulike tilnærmingene, er viktig i veiledning. Ved å bidra til at veilanden selv kommer fram til sine egne svar, vil vedkommende antakelig føle seg mer kunnskapsrik. Et av mange viktige elementer vil da være at veilanden fortsatt starter med å fortelle hvordan hun/ han syntes det gikk, før veilederen kommenterer og stiller spørsmål. Dette er også i tråd med Brit Fretland sin uttalelse i telefonsamtalen vi hadde 3. mars (2009). Der argumenterer hun for at en må ta bort det prestasjonsorienterte for å få til en god veiledning. ”Dersom veilanden får tilbakemelding på hva som kan gjøres bedre, uten å få mulighet til å si noe selv først, kan det føles mer som en eksamen, og vil kanskje bli mer prestasjonsbetinget.”

5.3 Nytteverdi og anvendelsesområder

Overførbarhet til andre fysioterapeuter ved Friskvernklubben

På bakgrunn av studiens problemstilling og formål, er det særskilt interessant hvorvidt observasjonsskjemaet PUT kan være nyttig også for de andre fysioterapeutene ved klubben, både med tanke på observasjon og kollegaveiledning. FoU kommenterer at observasjonsskjemaet PUT er ”midt i blinken i forhold til klubbens overordnede mål for rehabiliteringen, og som dokumentasjon til myndigheter i forbindelse med deres økte krav i forbindelse med arbeidsrettede tiltak i rehabiliteringen”. Denne uttalelsen er en sterk indikasjon på at skjemaet PUT høyst sannsynlig vil være aktuelt for alle fysioterapeutene ved klubben.

I presentasjonen av dataene i forrige kapittel kommer det fram at samtlige fysioterapeuter som deltok i observasjonene, ser nytten av skjemaet. Begge med - observatørene ønsket å benytte dette i veiledning av sine studenter. Den ene av fysioterapeutene fremhevet spesielt at nyansatte også kan ha god nytte av å observere mer erfarne kollegaer ved bruk av skjemaene, og på denne måten raskt komme inn i Friskvernklubbens retningslinjer og tankegang. Disse kommentarene støtter opp under nytteverdien av skjemaet, spesielt innenfor Friskvernklubbens rammer. Dette vil derfor bidra til å øke validiteten med tanke på overførbarheten til de andre fysioterapeutene ved Friskvernklubben. Videre ville det være interessant å studere hvordan selvbestemmelsens prinsipper og observasjonsskjemaet PUT ville kunne brukes i ulike situasjoner, ved Friskvernklubben, for eksempel i funksjonstesting, målsettingssamtale og annen evaluering, samt ved oppfølging av deltakere ved treningssenteret.

Overførbarhet til andre faggrupper ved Friskvernklubben.

Da teorien som skjemaet er basert på er universal (Edmunds et. al., 2008), kan en tenke seg at selvbestemmelsesteoriens prinsipper om motivasjon og atferd også kan gjelde for leger, sekretærer,

psykologer i samspill med pasient ved Friskvernklubben. Det ville derfor være interessant å kartlegge hva sekretærene, legene, psykologene, ernæringsfysiologene, treningsveilederne etc. gjør i arbeidet for å motivere pasientene. Observasjonsskjemaet PUT, med tilhørende skjema må muligens modifieres til å gjelde deres spesifikke målsettinger, rutiner og retningslinjer.

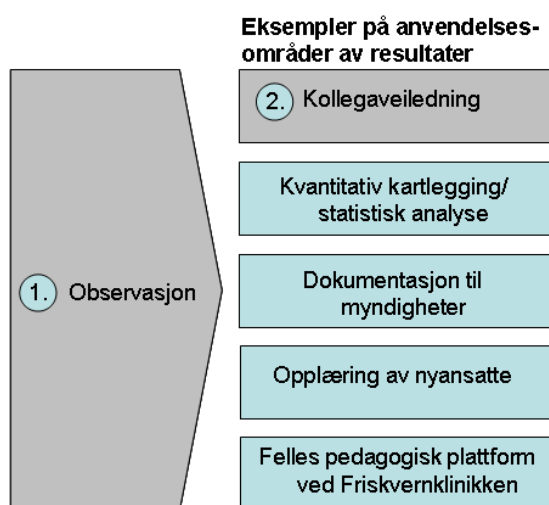
Overførbarhet til situasjoner utenfor Friskvernklubben

Et annet spørsmål i forbindelse med overførbarhet er i hvilken grad den situasjonen som er studert er overførbar til andre tilsvarende situasjoner. Det får i utgangspunktet bli opp til leseren å vurdere om de kjenner seg igjen i Friskvernklubbens holdninger, verdier og måte å jobbe på, samt om de tror på selvbestemmelsens prinsipper. Det er likevel naturlig å tenke seg at fysioterapeuter og andre faggrupper og personer som er involvert i treningsveiledning, mest sannsynlig vil ha nytte av observasjonsskjemaet PUT. Skjemaet og retningslinjene bør modifieres dersom det er avvik, slik at de best mulig vil være relevante i andre situasjoner. Schofield (1989; i Vedeler, 2000) hevder at design av kvalitative studier med tanke på at de kan være relevante for fremtidige trender, vil kunne bidra til økte generaliseringsmuligheter. Som nevnt i innledningen i denne studien, arbeides det i NFF med et fremtidig mål om innføring av krav til dokumentasjon i forbindelse med bevisstgjøring og av faglig utvikling. Det vil være opp til forskeren å anbefale NFF og vurdere om denne studien kan bidra som et ledd i denne utviklingen.

I telefonsamtale med Brit Fretland (3. mars, 2009) presenterte undertegnede studiens formål og prinsipper i selvbestemmelsesteorien. Fretland kommenterte at det ikke finnes noe tilsvarende observasjonsskjema, og syntes skjemaet PUT er et spennende og interessant virkemiddel i veiledning. Fretland viste også interesse til at undertegnede skulle presentere studien for veilederne i NFF ved deres års - konferanse. Hun nevnte for øvrig at det kunne være interessant for NFF å kjøpe skjemaet, og videreutvikle det til deres bruk. Når det imidlertid gjelder overførbarheten og prinsippene for kollegaveiledningen, kan denne studien sies å være et godt utgangspunkt, men dette området vil kreve ytterligere uttestinger og videreutvikling.

Ellers har undertegnede fått tilbakemeldinger av studiens veileder, som også er engasjert i prosjektet "Seniorløftet". I korte trekk blir lederne, i gruppetreningen for eldre, veiledet til å opptre etter selvbestemmelsens prinsipper. Veileder Yngvar Ommundsen (muntlig meddelelse, 11. mars, 2009) nevnte at det kunne være nyttig å bruke observasjonsskjemaet PUT for å kvalitetssjekke at lederne opptre etter disse prinsipper. Denne interessen kan tyde på at studien og dets instrument også kan generaliseres til å gjelde situasjoner utenfor Friskvernklubben.

Figuren nedenfor oppsummerer noen av observasjonsskjemaet PUTs anvendelsesområder.



Figur 9: Observasjon og anvendelsesområder

5.4 Videre anbefalinger

Tidligere i dette kapittelet er videre anbefalinger inkludert der det er naturlig. Nedenfor diskuteres ytterligere anbefalinger.

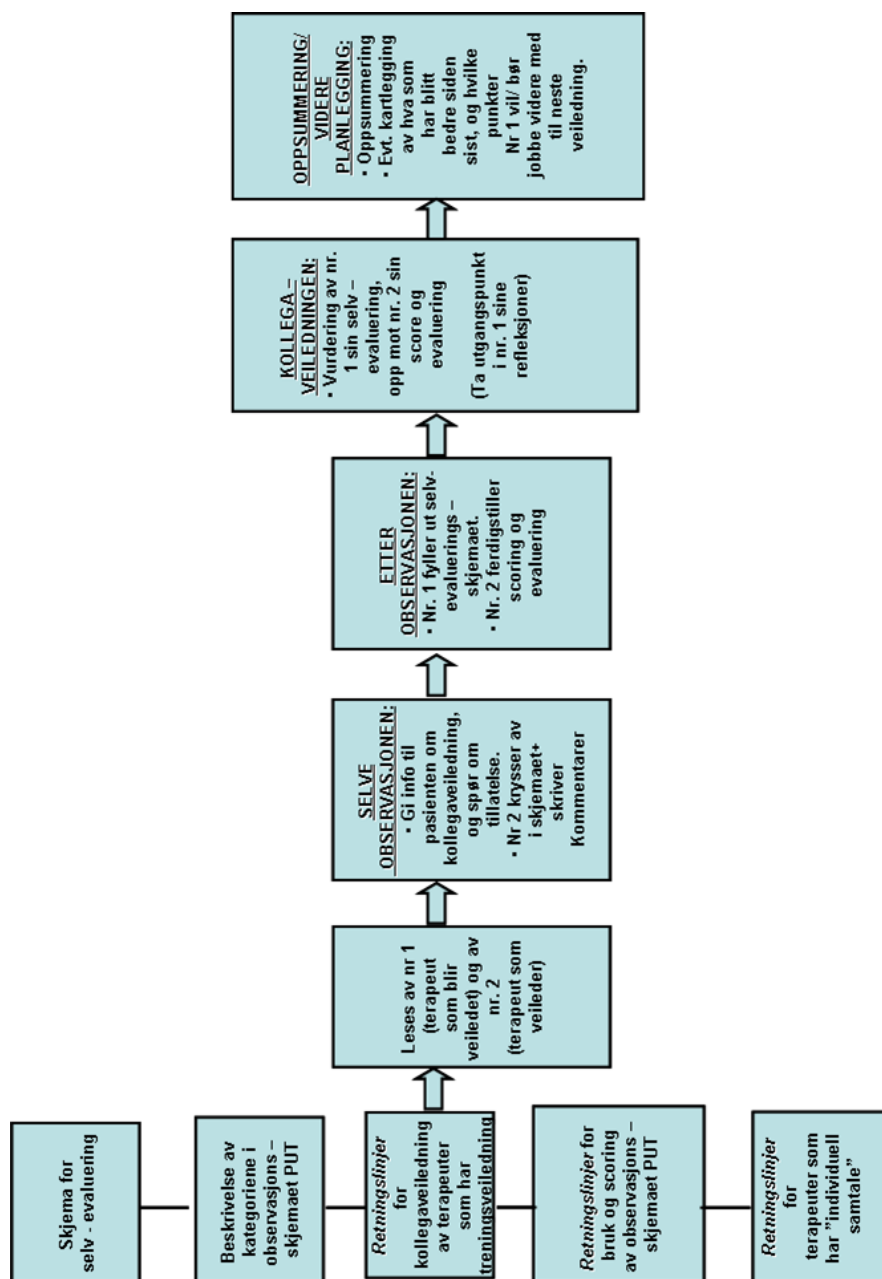
Inter-observatørreliabilitet kan økes ytterligere for eksempel ved å videofilme en fysioterapeut i samspill med en pasient. Dette kan deretter vises til alle fysioterapeutene, hvor samtlige scorer og kommenterer underveis. I kvalitativ forskning er det som tidligere nevnt ikke et mål i seg selv at alle målingene skal være identiske. Men dette kan være et godt utgangspunkt for videreutvikling av skjemaet for økt reliabilitet. De ulike og like målingene vil bli korrelert, diskutert og belyst i forhold til klinikkens mål og retningslinjer for gjeldende praksis. Denne øvelsen kan i tillegg brukes som et praktisk ledd i opplæring og trening av fysioterapeutene i bruken og scoring av observasjonsskjemaet. Det å øke denne type reliabiliteten, vil være spesielt viktig i en kvantitativ forskningssammenheng. Dersom skjemaet skal brukes i denne sammenheng, er det viktig å presisere at observasjonsskjemaet i seg selv ikke avdekker mest hensiktsmessig atferd, i forhold til pasientens situasjon, og er derav ikke selvforklarende. At skjemaet er selvforklarende og står på egne ben, er en forutsetning for kvantitativ forskning. Det er derfor av meget stor interesse å utvikle skjemaet videre, slik at det blir selvforklarende. Dette anbefales å studere videre.

Dersom skjemaet derimot sees i sammenheng med kollegaveiledning vil det kunne gi utfyllende og relevant informasjon. Ved for eksempel å observere og veilede alle fysioterapeuter ved klinikken, i henhold til spørsmålene i skjemaet, vil dette bidra til å kartlegge det generelle nivået blant

fysioterapeutene, og gi innspill til forbedringsområder. Disse resultatene vil videre kunne brukes til å avdekke hvor mange/ hvem som for eksempel bør få tilbud om kurs i veiledning, for å stimulere til autonomistøttende atferd. En slik kartlegging vil også ha den fordel at vi får sjekket om fysioterapeutene har den kunnskap som trengs i forbindelse med økende krav fra myndigheter om mer arbeidsrettet fokus i rehabiliteringen.

Det kan imidlertid diskuteres om spørsmålene i skjemaet per i dag, er de mest hensiktsmessige elementene. Det er sterke indikasjoner på at de er sentrale. Resultatene av en slik kartleggingsundersøkelse beskrevet over, vil i enda større grad kunne indikere betydningen av spørsmålene i skjemaet.

Undertegnedes forslag til forbedring av retningslinjene for kollegaveiledningen er å lage et selvevalueringsskjema ut fra den siste versjonen av skjemaet om beskrivelse av spørsmålene i observasjonsskjemaet PUT. Da kan veilanden fylle ut dette i etterkant av observasjonen og bevisstgjøringen vil kanskje kunne økes ytterligere. Samtidig vil dette være et bra utgangspunkt for veiledningen, ved å sammenlikne det veileder og veilanden har skrevet. Denne metoden å utføre veiledningen på antas å gjøre situasjonen mer konkret, og dermed gjøre det enklere også for personer uten formell veiledningskompetanse og gjennomføre prosessen. Anbefalt videreutvikling og endring av figur 7, er illustrert i figuren nedenfor.



Figur 10: Retningslinjer for kollegaveiledning av terapeuter som utfører treningsveiledning – revidert.

Figuren over illustrerer også at det bør lages retningslinjer basert på selvbestemmelsesteorien for fysioterapeuter ved Friskvernklinikken, for hva individuelle samtaler/treningsveiledning skal inneholde. Da vet alle fysioterapeutene hva som kreves på dette området, noe som igjen vil kunne gjøre kollegaveiledningen enklere.

Opplæring og implementering ved Friskvernklinikken.

Reeve et. al. (2004) nevner i sin undersøkelse at det som er utfordrende med å overføre selvbestemmelsesteori til praksis, er å vite hvordan en faktisk skal opptre autonomistøttende. Funnene fra overnevnte studie bekrefter at når lærerne fikk konkrete svar på hvordan de faktisk

skulle gjøre, ble de i stand til å motivere andre på en autonomistøttende måte. Disse funnene bidrar til å støtte tanken om at det i en videre opplæringsprosess ved Friskvernklubben kunne vært meget interessant.

I en videre opplæringsprosess ved Friskvernklubben kunne det også være nyttig å lage generelle retningslinjer for fysioterapeutene ved klubben basert på selvbestemmelsesteorien med tanke på hvordan opptre autonomistøttende for å motivere pasientene til økt oppmøte og vedvarende trening. En kan også tenke seg en felles plattform for pedagogisk praksis på tvers av faggruppene ved klubben.

Et annet spennende forskningsprosjekt vil være å undersøke pasientens motivasjon før vedkommende starter ved FVK og ved slutten av rehabiliteringen. Ved å sammenlikne med resultater fra observasjonsskjemaet PUT, kunne en få et mer helhetlig og faktisk bilde av hvilken effekt terapeuten har på pasientens motivasjon. Disse resultatene av sammenlikning av motivasjonskartlegging før og etter rehabilitering, vil også kunne brukes med tanke på hva slags effekt pasienten har hatt av rehabiliteringen ved Friskvernklubben, når det gjelder motivasjon. En kartlegging i forkant av rehabiliteringen ville vært nyttig for å vite mer konkret hvordan terapeuten i følge selvbestemmelsesteorien bør opptre i starten av rehabiliteringen, for å øke pasientens motivasjon. Kartleggingen i etterkant vil også kunne gi en bedre indikasjon på hva fysioterapeutene bør gjøre ved slutten av rehabiliteringen, med tanke på å motivere pasienten til å fortsette å trene.

6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Effektiv rehabilitering av pasienter er et sentralt tema med mange ulike dimensjoner; samfunnsøkonomisk nytte ved å få pasienten raskt tilbake i arbeid som det ene ytterpunktet og pasientens velvære som det andre. Fysioterapeuters evne til å motivere pasientene til stabil oppslutning i rehabilitering og trening er ett viktig hjelpemiddel. Overordnet formål med studien har vært å utvikle et pedagogisk verktøy som kan benyttes i observasjon og kollegaveiledning av fysioterapeuter, i en rehabiliteringssituasjon ved Friskvernklubben.

Selvbestemmelsesteorien beskriver hvordan en persons tilfredsstillelse av behov for autonomi, kompetanse og involvering påvirker motivasjonen. Det finnes mye litteratur knyttet til denne teorien, men forskning direkte relatert til studiens problemstilling synes fraværende. Derfor har forfatteren gjennom denne studien belyst følgende delproblemstillinger:

1. I hvilken grad er et observasjonsskjema egnet som metodisk verktøy til å avdekke autonomistøttende atferd hos terapeut i samspill med pasient?
2. I hvilken grad er et observasjonsskjema egnet som metodisk verktøy i kollegaveiledning med tanke på bevisstgjøring av terapeuten når det gjelder autonomistøttende atferd?

Studien med utvikling og pilottesting av observasjonsskjemaet PUT med tilhørende beskrivelse av spørsmål, samt bruk og scoring er gjennomført ved Friskvernklubben. Totalt fire fysioterapeuter (tre observatører og veiland) har deltatt i studien i tillegg til representanter fra blant annet FoU.

Delproblemstilling 1 - Observasjon

Resultatene viser at det gjennom pilottesten som er gjennomført har blitt utviklet en versjon av observasjonsskjemaet PUT som er praktisk anvendbart ved Friskvernklubben. Observatørene mener nå at skjemaet er enkelt å forstå og fylle ut. Beskrivelsene, både av spørsmålene samt av bruk og scoring, bidrar sterkt til dette. Videre synes spørsmålene i observasjonsskjemaet å være velegnet for å avdekke autonomi, kompetanse og involvering. For å få maksimalt utbytte av observasjonsskjemaet anbefales det at observatøren setter seg godt inn i beskrivelsene for bruk og scoring av verktøy i forkant, samt trener et par ganger før skjemaet benyttes for formell observasjon.

Slik skjemaet i dag er utformet kreves imidlertid en videre bearbeiding i etterkant av observasjonen, for eksempel i form av kollegaveiledning. Dette er som tidligere begrunnet i at en score til venstre

på skalaen i skjemaet ikke nødvendigvis er ”feil”, men må sees i lys av pasientens situasjon. Dersom skjemaet skal benyttes for kvantitativ forskning, kreves en videreutvikling slik at scoren er entydig.

Delproblemstilling 2 - Kollegaveiledning

Observasjonsskjemaet PUT ser også ut til å være et godt verktøy som underlag for kollegaveiledning. Det er imidlertid for tidlig å konkludere med dette, da det i studien kun er gjennomført én kollegaveiledning. Skjemaet med tilhørende beskrivelse vil naturlig bli videreutviklet når en har bredere erfaringsgrunnlag. Det anses å være en stor fordel om fysioterapeuter eller andre personer med formell veiledningsbakgrunn deltar i denne videreutviklingen.

Selve prosessen for kollegaveiledning er imidlertid et område som kan kreve annen kompetanse enn det ordinære fysioterapeuter innehar. Dog vil en tilbakemelding og diskusjon rundt skjemaet uansett bidra til bevisstgjøring knyttet til veilandens fokus på og utøvelse av autonomistøttende atferd.

Observasjonsskjemaet PUT synes også å ha en rekke anvendelsesområder utover kollegaveiledning. Blant disse kan nevnes kvantitativ forskning, dokumentasjon til myndigheter, opplæring av nyansatte, felles pedagogisk plattform og bidrag til utarbeidelse av retningslinjer. Dette gjelder både ved Friskvernklubben og andre institusjoner som ser at de vil kunne ha nytte av dette. NFF har som tidligere nevnt kommunisert sin interesse knyttet til skjemaet.

Gjennom denne studien har forfatteren forsterket sin oppfatning av at det for fysioterapeuter i en rekke situasjoner er mye å hente på å være veiledere, fremfor behandlere – eller mer spissformulert: dirigenter fremfor bulldosere. Så får vi også håpe at det blir som Søren Kirkegaard sa det:

”Den vise veileder fører meg ikke inn i sin egen visdoms hus, men leder meg til min egen klokskaps dørterskel”.

7.0 REFERANSER

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum Press.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, Vol. 11, No.4, s. 227-268.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester: University of Rochester Press.

Edmunds, J. K., Ntoumanis, N. & Duda, J. L. (u.å). Perceived Autonomy Support and Psychological Need Satisfaction in Exercise. In: Hagger, M. S. & Chatzisarantis, N. L. D, editors. (2007). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. Champaign (IL): Human Kinetics.

Edmunds, J. K., Ntoumanis, N. & Duda, J. L. (2008). Testing a self-determination theory based teaching style intervention in the exercise domain. *European Journal of Social Psychology*. Vol. 38, s. 375-388.

Hagger, M. S. & Chatzisarantis, N. L. D. (2007). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. Champaign (IL): Human Kinetics.

Halvorsen, K. (1996). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag AS.

Holm Ivarsson, B. og Prescott, P. Motiverende samtaler om fysisk aktivitet. I: R. Bahr, Red. (2008). Aktivitetshåndboken. *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s.103-116). Oslo: Helsedirektoratet.

Johannessen, A., Tufte, P. A., og Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 3. Utgave. Oslo: Abstrakt forlag.

Kjørmo, O. (1994). *Idrettspsykologi. Termer og begreper i idrettsfaglige sammenheng*. Norges idrettshøyskole; Hamtrykk as.

Lund, T & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipubforlag

Markland, D. & Ingledew, D. I. (u. å). Exercise Participation Motives. A Self-Determination Theory Perspective. In: Hagger, M. S. & Chatzisarantis, N. L. D, editors. (2007). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. Champaign (IL): Human Kinetics.

Mathisen, P., og Høigaard, R. (2004). *Veiledningsmetodikk*. En håndbok i praktisk veiledningsarbeid. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Norske Fysioterapeuters Forbund ved Silja Skjåvik (7. januar 2008). *Aktiv rehabilitering*. Hentet 10. februar 2009 fra <http://www.fysio.no/ORGANISASJON/Avdelinger/Oppland/Stipendvinnere-2006/Aktiv-rehabilitering-Silja-Skjaavik>.

Norsk forskningssenter for Aktiv Rehabilitering (u. å). *Aktiv rehabilitering*. Hentet 3. mars 2009 fra <http://www.aktiv-rehab.no/userfiles/Aktiv%20rehabilitering.pdf>

Rogers, W. M. & Loitz, C. C. (2009). The role of motivation in behaviour change. How Do We Encourage Our Clients To Be Active? *ACSM's health and fitness journal*, Vol. 13, No. 1, s. 7-12.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. Active human nature; self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health (u.å). In: Hagger, M. S. & Chatzisarantis, N. L. D, editors. (2007). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. Champaign (IL): Human Kinetics.

Sosial- og helsedepartementet. (1998-1999). *Ansvar og meistring: Mot en heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*. Stortingsmelding nr. 21, hentet 20. mars 2009 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19981999/Stmeld-nr-21-1998-99-/2.html?id=431042>

Sosial- og helsedirektoratet. (2000). *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. Rapport nr. 2, hentet 3. april 2009 fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1219_2606a.pdf

Sosial- og helsedirektoratet. (2005-2015). *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver*. IS-1162, hentet 29. januar 2009 fra http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/IS-1162_4390a.pdf

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, innsatsområdet; Styrke utøveren i helsetjenesten*. Hentet 29. januar 2009 fra http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/4_SHdir_SFK_Styrke_Helse_1_.pdf

Thomas, J. R., Nelson, J. K. & Silverman, S. J. (2005). *Research Methods in Physical Activity*. Fifth ed. United States; Canada; Europe; Australia; New Zealand: Human Kinetics.

Vedeler, L. (2000). *Observasjonsforskning i pedagogiske fag. En innføring i bruk av metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

Verdens helseorganisasjon. (1998). NOU 1998: 18. I; Tidsskrift for Den norske legeforening. (2000). *Styrking – det rette norske begrep for empowerment?* Nr. 19, hentet 13. mars fra http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=150835

Wikipedia. (2009). *Compliance (medicine)*. Hentet 10. mai fra [http://en.wikipedia.org/wiki/Compliance_\(medicine\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Compliance_(medicine))

VEDLEGG


- Vedlegg 1: Spørsmål benyttet i etter - refleksjonsseanser
- Vedlegg 2: Observasjonsskjemaet PUT, versjon 0 (A0)
- Vedlegg 3: Observasjonsskjemaet PUT, versjon 1 (A1)
- Vedlegg 4: Observasjonsskjemaet PUT, versjon 2 (A2)
- Vedlegg 5: Observasjonsskjemaet PUT, siste versjon (A3)
- Vedlegg 6: Beskrivelse av spørsmålene i observasjonsskjemaet PUT, versjon 1 (B1)
- Vedlegg 7: Beskrivelse av bruk og scoring av observasjonsskjemaet PUT, versjon 1 (C1)
- Vedlegg 8: Observasjonsskjema PUT - Målsettingsarbeid

Vedlegg 1: Spørsmål benyttet i etter - refleksjonsseanser

Spørsmål benyttet i etter – refleksjonsseansene, knyttet til delproblemstilling 1:

- 1 Hvordan opptrådte veilanden overfor pasienten med hensyn til A) medvirkning (autonomi), B) ferdighetsutvikling/ mestringsfølelse (kompetanse) og C) personlig involvering/”å bli sett” (involvering)?
- 2 I hvilken grad er spørsmålene i observasjonsskjemaet relevante for arbeidet ved Friskvernklubben?
- 3 Hvordan ble brukerveiledningen til observasjonsskjemaet oppfattet med tanke på beskrivelsen av spørsmålene samt beskrivelsen av bruk, scoring og evaluering av observasjonsskjemaet?
- 4 Er det stor forskjell fra første til andre gang du benytter skjemaet?
- 5 Hvordan er observasjonsskjemaets struktur, utforming og lesbarhet?
- 6 I hvilken grad er observasjonsskjemaets egnet for å kommentere, score og evaluere både underveis og i etterkant?
- 7 Personavhengighet med hensyn på bruk, scoring og vurdering?

Vedlegg 2: Observasjonsskjemaet PUT, versjon 0 (A0)

Tilrettelegging av øvelser – Observasjonsskjemaet PUT (A0)		
(A) AUTONOMI	"Utfordring"	"Mestrer svært bra"
1. Involverer terapeuten pasienten i tilrettelegging av øvelser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Gir terapeuten meningsfull informasjon til pasienten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Bruker terapeuten instruksjon som metode ved innlæring av øvelser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Bruker terapeuten problemløsning som metode, ved innlæring av øvelser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(B) KOMPETANSE		
5. Gir terapeuten klare og tydelige tilbakemeldinger til pasienten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Gir terapeuten tilbakemelding på pasientens prestasjon?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Gir terapeuten optimale utfordringer, etter pasientens forutsetninger?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Viser terapeuten god teknikk ved instruksjon av øvelser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(C) INNVOLVERING		
9. Lytter terapeuten til pasienten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Gir terapeuten mye av seg selv i møte med pasienten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Kommentar		

Vedlegg 3: Observasjonsskjemaet PUT, versjon 1 (A1)

		Tilrettelegging av øvelser – Observasjonsskjemaet PUT (A1)		Kommentar
		I svært liten grad	I svært stor grad	
(A) Pasientens mulighet til medvirkning i tilrettelegging av øvelser.				
1. Involverer terapeuten pasienten i tilrettelegging av øvelser?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
2. Gir terapeuten meningsfull informasjon til pasienten?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
3. Bruker terapeuten instruksjon som metode, ved innlæring av øvelser?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
4. Bruker terapeuten problemløsning som metode, ved innlæring av øvelser?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
(B) Ferdighetsutvikling/mestringsfølelse				
5. Gir terapeuten klare og tydelige tilbakemeldinger til pasienten?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
6. Gir terapeuten tilbakemelding på pasientens prestasjon?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
7. Gir terapeuten optimale utfordringer, etter pasientens forutsetninger?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
8. Viser terapeuten god teknikk ved instruksjon av øvelser?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
(C) Personlig involvering/ "bli sett"				
9. Lytter terapeuten til pasienten?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
10. Gir terapeuten mye av seg selv i møte med pasienten?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	


Vedlegg 4: Observasjonsskjemaet PUT, versjon 2 (A2)

Tilrettelegging av øvelser – Observasjonsskjemaet PUT (A2)	
I svært liten grad	I svært stor grad
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
(A) Pasientens mulighet til medvirkning i tilrettelegging av øvelser. 1. Involverer terapeuten pasienten i tilrettelegging av øvelser?	Kommentaar
2. Gir terapeuten meningsfull informasjon til pasienten?	
3. Bruker terapeuten instruksjon som metode, der det er relevant?	
4. Bruker terapeuten problemløsning som metode, der det er relevant?	
(B) Ferdighetsutvikling/ mestringsfølelse	
5. Gir terapeuten klare og tydelige tilbakemeldinger på pasientens utførelse?	
6. Tilrettelegger terapeuten øvelser til pasientens mål om arbeid?	
7. Gir terapeuten optimale utfordringer, etter pasientens forutsetninger?	
8. Viser terapeuten god teknikk ved instruksjon av øvelser?	
(C) Personlig involvering/ "bli sett"	
9. Lytter terapeuten til pasienten?	
OPPSUMMERENDE INNTRYKK:	

Vedlegg 5: Observasjonsskjemaet PUT, versjon 3 (A3)

Tilrettelegging av øvelser – Observasjonsskjemaet PUT (A3)		Kommentar	
(A) Pasientens mulighet til medvirkning i tilrettelegging av øvelser.	I svært liten grad	I svært stor grad	
1. Involverer terapeuten pasienten i tilrettelegging av øvelser?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
2. Gir terapeuten meningsfull informasjon til pasienten?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
3. Bruker terapeuten instruksjon/ problemløsning som metode, der det er relevant?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
(B) Ferdighetsutvikling/ mestringsfølelse			
4. Gir terapeuten klare og tydelige tilbakemeldinger på pasientens utførelse?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
5. Tilrettelegger terapeuten øvelser ift pasientens mål om arbeid?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
6. Gir terapeuten optimale utfordringer, etter pasientens forutsetninger?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
7. Viser terapeuten god teknikk ved instruksjon av øvelser?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
(C) Kommunikasjon med Pasienten			
8. Lyfter terapeuten til pasienten?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
OPPSUMMERENDE INNTRYKK:			

Vedlegg 6: Beskrivelse av spørsmålene i observasjonsskjemaet PUT, versjon 1 (B1)

S:\~\Kvalitetssystem FVK			
 FRISKVERN KLINIKKEN	Beskrivelse av observasjonsskjema: Tilrettelegging av øvelser		Versjon: B1
	Skrevet av: Kristine Bull-Engelstad	Ansvarlig for revidering: Kristine Bull-Engelstad	Godkjent av:
	Gjelder fra:	Revidert:	Side 1

A) Pasientens mulighet til medvirkning i tilrettelegging av øvelser.

Ved å gi pasientene mulighet til medbestemmelse/ medinnflytelse/ medvirkning/ i sin egen trenings,-/ rehabiliteringssituasjon, vil dette si å gi næring til pasientenes behov for selvbestemmelse/ selvråderett/ / autonomi. Terapeuten opptrer da autonomistøttende overfor pasienten. Det motsatte av autonomistøttende atferd er kontrollerende atferd, hvor det ikke blir åpnet opp for medinnflytelse, valg eller innspill fra pasientene. Viktig i hovedtrekk her å tenke gjennom hvordan terapeuten involverer pasienten/ gir valg og alternativer, både i målsetningsarbeid og ved tilrettelegging av øvelser. Dette øker sjansen for at pasienten føler eierskap til mål og øvelser, og har derfor større mulighet til å bli motivert til treningen.

- Involverer terapeuten pasienten i tilrettelegging av øvelser?
 - Tar terapeuten utgangspunkt i pasientens eventuelle tidligere treningsprogrammer og erfaring?
 - Spør terapeuten hvordan øvelsen og belastningen på øvelsen kjennes?
 - Virker terapeuten opptatt av at pasienten skal skape et eierforhold til målsetting og øvelser?
 - Gir terapeuten pasienten informasjon, om at pasienten må gi beskjed dersom noen av øvelsene gir smerte/ ikke virker passende, eller av annen grunn ønsker endring i forbindelse med øvelsene?
 - Presser terapeuten pasienten for hardt i forhold til kapasitet og nivå?
- Gir terapeuten meningsfull informasjon, om øvelsene, til pasienten?
 - Forteller terapeuten hvilke muskelgrupper som jobber?
 - Begrunner terapeuten *hvorfor* aktuell øvelse er viktig?
- Bruker terapeuten instruksjon som metode ved innlæring av øvelser?
 - Bruker terapeuten instruksjon, der dette anses relevant? (Oftest dersom pasienten har liten trenings erfaring, det er lenge siden pasienten har gjort øvelser, eller føler seg lite komfortabel i tilretteleggingsseansen? (Henv. "arbeid i sal").
- Bruker terapeuten problemløsning som metode, ved innlæring av øvelser?
 - Bruker terapeuten problemløsning i innlæring av øvelser, der dette ansees relevant? (Oftest dersom pasienten er godt treningsvant, eller øvelsen ikke er altfor komplisert). (Henv. "arbeid i sal").

B) Ferdighetsutvikling/ mestringsfølelse.

Å gi næring til pasientenes behov for å besitte ferdigheter, utvikle ferdigheter, og å få vist ferdigheter, vil si at terapeuten opptrer på en måte som gjør at pasientene føler mestring, og gjerne føler at de er i "flyt-sonen". Viktig her å tenke gjennom hvordan terapeuten gir tilbakemelding på øvelser, om terapeuten treffer pasientens nivå og nivå på terapeuten egen instruksjonsteknikk.

- Gir terapeuten klare og tydelige tilbakemeldinger til pasienten?
- Gir terapeuten tilbakemelding på pasientens prestasjon?
 - Gir terapeuten tilbakemelding på meningsfull suksess? (Dersom terapeuten gir for mye tilbakemelding, eller gir tilbakemelding uten mening, kan dette virke negativt på pasientens motivasjon).
- Gir terapeuten optimale utfordringer etter pasientene forutsetninger?

- Ser det ut til at terapeuten tilrettelegging øvelser, i forhold til pasientens kapasitet?/ ”FLYTSØNEN” (eks gir terapeuten alternativer på ulike øvelser/ ser an øvelser mht dagsform/ fysisk form?)

8. Viser terapeuten god teknikk ved instruksjon av øvelser?

- Har terapeuten god kroppskontroll/ viser tydelighet i utførelsen av øvelsen? (eks haka inn/ lave skuldre, rett i ryggen etc)
- Kommuniserer terapeuten i et passende tempo, volum og på pasientens nivå? (Ser det ut til at pasienten hører og forstår hva terapeuten sier?)
- Er terapeutens fysiske kapasitet tilstrekkelig, ved instruksjon av øvelser?

C) Personlig involvering/ ”bli sett”/ ivaretagelse av pasienten:

Personlig involvering dreier seg om det psykologiske, følelsesmessig, mellom-menneskelige plan, og innebærer å gi næring til menneskers behov for sosial tilhørighet. Mennesker har behov for å bli sett/ ivaretatt og føle tilknytning til andre mennesker. Viktige elementer her vil være å tenke gjennom hvordan terapeuten totalt sett viser empati og ivaretar pasienten, gjennom aktiv lytting og god kommunikasjon.


9. Lytter terapeuten til pasienten?

- Når terapeuten stiller pasienten spørsmål, lar vedkommende pasienten tenke/ svare ferdig før terapeuten eventuelt kommer med et nytt spørsmål?
- Benytter terapeuten ”stillhet” som et bevisst virkemiddel?
- Benytter terapeuten ”aktiv lytting” som et bevisst virkemiddel? (Henv. aktivitetshåndboka):
 - Stiller terapeuten åpne spørsmål, som eks starter med hvor, hvordan, hva eller når?
 - ”Speiler” terapeuten pasienten/ gir terapeuten sammenfatninger av hva pasienten forteller?

10. Gir terapeuten mye av seg selv i møte med pasienten?

- Får pasienten mulighet til å bli kjent med terapeuten? (Er terapeuten passe personlig (ikke for privat), er det mer sannsynlig at pasienten vil få tillitt til pasienten og treningsopplegget.
- Spør terapeuten om hvordan pasienten har det underveis?
- Viser terapeuten også interesse for pasienten, utenom det rent treningsmessige?
- Skaper terapeuten god stemning og glede underveis?

Vedlegg 7: Beskrivelse av bruk og scoring av observasjonsskjemaet PUT, versjon 1 (C1)

S:\~\Kvalitetssystem FVK\			
 FRISKVERN KLINIKKEN	Retningslinjer for bruk og scoring av observasjonsskjema PUT: Tilrettelegging av øvelser. (Personlig Utvikling av Terapeuter)		Versjon: C1
	Skrevet av: Kristine Bull-Engelstad	Ansvarlig for revidering:	Godkjent av:
	Gjelder fra:	Revidert:	Side 1 av

7. Hensikt/ omfang

Sikre at fysioterapeutene/treningsterapeutene som jobber med tilrettelegging av øvelser ved klinikken, har en enhetlig forståelse av de ulike kategoriene i observasjonsskjemaet, P. U. T. Skjemaet brukes i kollegaveiledning av terapeuter i treningsveiledningstime. (Henv retningslinjer for kollegaveiledning ved tilrettelegging av øvelser/ generelt, og arbeid i sal).

8. Målgruppe

Fysioterapeuter som drifter grupper i fysikalsk medisinsk avdeling/ utfører tilrettelegging av øvelser, fysioterapeuter/treningsterapeuter som har treningsveiledningstimer ved treningssenteret, fysioterapeuter/ treningsterapeuter som jobber med tilrettelegging av øvelser i idrettsmedisinsk avdeling. Gjelder alle på klinikken som på en eller annen måte er involvert i tilrettelegging av øvelser.

9. Handling:

a) Beskrivelse av oppbyggingen av skjemaet

Skjemaet er bygd opp med forankring i motivasjonsteori, selvbestemmelsesteori. (Henv. Kristines masteroppgave 2009, kapittel 2).

Skjemaet inneholder 10 ulike kategorier (se pkt 4), med tilhørende bokser for avkrysning i skalaen 1-10 (hvor 1= i svært liten grad, og 10= i svært stor grad). Boksene i skjemaet skal tilslutt representere gjennomsnittet av en rekke anmerkninger underveis, under observasjonen:

b) Beskrivelse av avkrysning i bokser og utregning av score/ atferdsprofil:

For hver gang en aktuell hendelse inntreffer, settes passende tall opp i kommentarfeltet, gjerne med en kommentar bak tallet. Etter endt time, summeres tallene innenfor hver kategori, og deler på antall observasjoner. Dette gjennomsnittet av tallene blir skrevet opp i avkrysningsboksen. Til sammen vil avkrykningene utgjøre terapeutens adferdsprofil innenfor temaet ”Tilrettelegging av øvelser”.

c) Analysering/ diskutering av score:

Dersom terapeutens score/ atferdsprofil havner til høyre på skalaen, kan dette tyde på at terapeuten har en autonomistøttende atferd overfor pasienten. Det vil si at terapeuten gir valg/ alternativer til pasienten og involverer pasienten. I følge Deci & Ryans teori om selvbestemmelse, er autonomistøttende atferd viktig for å påvirke menneskers motivasjon i positiv retning, dersom det blir gjort i samsvar med menneskers behov og nivå.

Dersom profilen havner til venstre på skalaen, kan dette tyde på at terapeuten har en kontrollerende/ styrende atferd overfor pasienten. I følge Deci & Ryans teori om selvbestemmelse, kan en kontrollerende atferd påvirke menneskers motivasjon i negativ retning, dersom det ikke blir gjort i samsvar med menneskers personlighet, behov og nivå.

10. Beskrivelse av kategoriene i observasjonsskjemaet P.U.T; tilrettelegging av øvelser.

Se [her](#) for beskrivelse.

Henv. retningslinjer for tilrettelegging av øvelser [her](#).

11. Referanse

- Kristines masteroppgave 2009: "Er et observasjonsverktøy egnet i kollegaveiledning av fysioterapeuter, i forhold til å bevisstgjøring av hva som gjøres for å motivere pasienter til langvarig trening?" -En pilot-test av observasjonsskjema i tilrettelegging av øvelser, hvor observasjonsskjemaet er utviklet med forankring i motivasjonsteori/ selvbestemmelsesteori.
- Teori: "Self-Determination Theory" av Deci & Ryan (<http://www.psych.rochester.edu/SDT/theory.html>)
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester: University of Rochester Press.
- Hagger, M. S. & Chatzisarantis, N. L. D. (2007). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. Champaign (IL): Human Kinetics.


12. Vedlegg:

Observasjonsskjemaet P. U. T: Tilrettelegging av øvelser.

Retningslinjer for tilrettelegging av øvelser for pasienter.

Retningslinjer for kollegaveiledningstimer ved tilrettelegging av øvelser/ klinikken.

Vedlegg 8: Observasjonsskjema PUT – Målsettingsarbeid

Målsettingsarbeid (M0)			
(A) Pasientens mulighet til medvirkning i målsettingsarbeidet	I svært liten grad 1 2 3 4 5	I svært stor grad 1 2 3 4 5	Kommentar
1. Involverer terapeuten pasienten i målsettingsarbeidet?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
2. Gir terapeuten meningsfull informasjon til pasienten?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
(B) Ferdighetsutvikling/ mestringsfølelse			
3. Gir terapeuten klare og tydelige tilbakemeldinger til pasienten?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
(C) Kommunikasjon med pasienten			
4. Lytter terapeuten til pasienten?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
OPPSUMMERENDE INNTRYKK:			