

Kommuneergoterapeuters erfaringer med kartleggingsinstrumentet Mayers Livssituasjonsskjema - MLSQ

Kommuneergoterapeuter arbeider med kartlegging av daglige aktiviteter som utgangspunkt for å utvikle mål og tiltak sammen med brukere. Erfaringer fra ergoterapeuter i de to kommunene som er representert i dette prosjektet er at de ikke bruker kartleggingsredskaper, eller at «hjemmesnekrede» kartleggingsredskaper utviklet på arbeidsplassen benyttes. Dette dannet utgangspunkt for å undersøke om Mayers Livssituasjonsskjema (3) kan være et egnet kartleggingsredskap for kommuneergoterapeuter for å utvikle mål sammen med brukere.

Av Hege Narvåg, Marianne Larsen-Lund og Anne Lund

*Hege Narvåg er ergoterapeut og arbeider i Ski kommune.
E-post: hege.narvag@ski.kommune.no*

Marianne Larsen-Lund er ergoterapeut og arbeider på Sunnaas Sykehus.

Anne Lund er ergoterapeutspesialist i eldres helse og ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

BAKGRUNN

Kommuneergoterapeuter arbeider med kartlegging av daglige aktiviteter som utgangspunkt for å utvikle mål og tiltak sammen med brukere. Det anbefales å benytte standardiserte kartleggingsredskaper som er vitenskapelig utprøvd (Laver Fawcett, 2007). Fordelen med slike instrumenter er at samme instrument kan benyttes uavhengig av om formålet er kartlegging på individnivå, gruppenivå eller til bruk i forskning, og kan bidra til kvalitetssikring av tjenesten. Kartleggingsredskapet bør gi mulighet for å arbeide klientsentrert og vektlegge aktivitet og deltakelse. Uten en systematisk fremgangsmåte kan betydningen av å sette klare mål sammen med brukeren bli lite vektlagt (Wressle, 2002).

Erfaringer fra ergoterapeuter i de to kommunene som er representert i dette prosjektet, er at de ikke bruker standardiserte kartleggingsredskaper, eller at de bruker «hjemmesnekrede»

kartleggingsredskaper. Erfaringene tilsier at ergoterapeutene ofte setter mål for i stedet for sammen med brukerne. Dette dannet utgangspunkt for å undersøke om Mayers Livssituasjonsskjema (3) kan være et egnet kartleggingsredskap for kommuneergoterapeuter for å utvikle mål sammen med brukere.

MAYERS LIFESTYLE QUESTIONNAIRE

På begynnelsen av 1990-tallet startet professor og ergoterapeut Chris Mayers utvikling av Mayers Lifestyle Questionnaire - MLSQ (1) i England. Utgangspunktet var at brukere skulle ha startet identifisering av sine aktivitetsbehov før kommuneergoterapeuten kom på første hjemmebesøk. Det ble utviklet et kontaktbrev med informasjon om hva ergoterapeuten kunne tilby. Samtidig ble et personsentrert og aktivitetsrettet spørreskjema utviklet. Kontaktbrev og spørreskjema ble sendt brukerne og dannet utgangspunkt

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

for samtale når ergoterapeuten kom på sitt første hjemmebesøk. En pilotstudie ble gjennomført med 60 brukere i aldersgruppen 21 - 93 år og viste at både kontaktbrevet og spørreskjemaet dannet et godt utgangspunkt for samtale mellom brukeren og ergoterapeuten (Mayers, 1993). En ny studie ble gjennomført med 132 brukere og 45 kommuneergoterapeuter som bidro til en justering av spørreskjemaet i tråd med deltakernes erfaringer (Mayers, 1998). Dette dannet videre utgangspunkt for utvikling av MLSQ (2) tilpasset brukere med psykiske problemer. En behovsanalyse ble gjennomført som kvalitative intervju med 11 brukere (Mayers, 2000) og fulgt opp med en studie med 75 brukere og 33 kommuneergoterapeuter innen psykisk helse (Mayers, 2003). I Norge startet oversettelse av MLSQ (1) og MLSQ (2) i 2003 som samarbeid mellom bachelorstudenter ved ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus, kommuneergoterapeuter og ergoterapeuter i psykisk helse. Erfaringene ble presentert i Ergoterapeuten (Lund et al., 2003) og to bacheloroppgaver (Bakka et al., 2003; Hammervold et al., 2003). MLSQ (1) og MLSQ (2) ser ut til å være godt egnet innen psykisk helse og i kommune. Spørreskjemaene inviterer til å jobbe klientsentrert, men dette er avhengig av hvordan ergoterapeutene inkluderer brukerne i prosessen og utvikler mål sammen med brukerne.

Chris Mayers har også utviklet MLSQ (3), som er rettet mot eldre. Justeringer av spørreskjemaet er gjennomført ut fra intervjuer og utprøving med 32 brukere i alderen 65 - 74 år og 32 brukere i alderen 73+ (Mayers, 2013). MLSQ (3) er ikke oversatt til norsk og prøvd ut

i Norge, og dette dannet bakgrunnen for dette utviklingsprosjektet.

FORMÅL

Formålet med dette utviklingsprosjektet var todelt:

- 1 Oversette MLSQ (3) til norsk
- 2 Undersøke hvilke erfaringer kommuneergoterapeuter har med bruk av Mayers Livssituasjonsskjema - MLSQ (3) i kartlegging og utvikling av mål med nye brukere

METODE

- 1 Oversettelse av MLSQ (3) til norsk:
Med utgangspunkt i de norske versjonene av MLSQ (1) og MLSQ (2) ble MLSQ (3) oversatt til norsk av tre ergoterapeuter. Hver ergoterapeut utviklet et forslag til oversettelse. Disse ble diskutert og utviklet til en konsensus om oversettelsen. Denne ble videre kvalitetssikret gjennom en diskusjon med Chris Mayers.
- 2 Undersøkelse av norsk versjon av MLSQ (3): Syv ergoterapeuter i to kommuner ble invitert og samtykket til å prøve ut MLSQ (3) på to brukere hver. Brukerne skulle være nye henviste i alderen 65+ og skulle kunne kommunisere verbalt. Ergoterapeutene skulle sende ut MLSQ (3) på forhånd til brukere der det var hensiktsmessig, eventuelt fylle det ut sammen med brukeren på hjemmebesøket. Alle ergoterapeutene deltok på et møte i forkant for å bli kjent med kartleggingsredskapet.

Etter at ergoterapeutene hadde prøvd ut MLSQ (3), deltok de i et fokusgruppeintervju gjennomført av HN og MLL. Hensikten med å gjennomføre et fokusgruppeintervju etter utprøvingen var å fange opp flere oppfatninger i løpet

av en ansikt-til-ansikt-interaksjon og samtidig styre denne interaksjonen inn på noen spesifikke temaer som vi bestemte på forhånd (Halkier, 2010). Dette bidro til å ta utgangspunkt i ergoterapeutenes erfaringer og subjektive opplevelser med bruk av redskapet og til å forstå betydningen av opplevelsene (Thagaard, 2003). Deltakerne i fokusgruppa hadde felles fagbakgrunn som ergoterapeuter som bidro til å skape samhörighet i gruppa (Tjora, 2010). Alle var kvinner i alderen 26 til 65 år og arbeidet med brukere over 18 år.

ANALYSEPROSSEN I FOKUSGRUPPEINTERVJU

Det ble benyttet lydopptak av fokusgruppeintervju, og transkripsjonen ble gjennomført så ordrett som mulig av HN og MLL. Videre ble tekstkondensering benyttet (Kvale, 2006), og to sentrale kategorier ble fremtredende: MLSQ (3) som kartleggingsredskap og MLSQ (3) for å utvikle mål sammen med brukere.

Resultater

MLSQ (3) SOM KARTLEGGINGSREDSKAP

Ergoterapeutenes erfaringer med MLSQ (3) som kartleggingsredskap generelt sett var at de mente det var et anvendelig kartleggingsredskap. Det var dekkende og konkret i forhold til dagliglivets aktiviteter, noe som de mente betød at det var gjenkjennbart for alle typer mennesker, til og med for de med en kognitiv svikt. Flere av deltakerne syntes MLSQ (3) fungerte som en huske- og sjekkliste for alle områdene man burde komme innom under et hjemmebesøk. Én mente det var grundig, noe som kunne være både bra og ikke bra fordi det ble vanskelig å gå tilbake og velge hva som var

viktig eller ikke. Om grundigheten til MLSQ (3) sier Kristine følgende: «... vanligvis så har jeg meterstanker, her får jeg centimeterstanker... du går dypere inn i den enkelte aktivitet... jeg synes det blir mer finmasket... at det ellers har vært grovmasket...» En annen hadde tenkt at det var mange spørsmål som sikkert ikke var relevante, men som viste seg var det i aller høyeste grad.

Videre mente deltakerne at MLSQ (3) hjalp dem til å se hva som var situasjonen til brukeren her og nå. MLSQ (3) bidro til å skape oversikt og var en hjelp til å se hva som var oppnåelig og hvor fokuset skulle være. Flere av deltakerne mente at kartleggingsredskapet kunne være et grunnlag for den videre kartleggingen, fordi det ga en grovskisse av hvor problemstillingen kunne ligge.

Deltakerne mente at resultatet av MLSQ (3) kom an på hvordan det ble introdusert for brukeren. At man informerer brukeren om at man ikke er nødt til å svare, var et viktig poeng som informantene var enige i. De sa at MLSQ (3) inneholder mange punkter, også punkter som kan være vanskelige for enkelte brukere, som ergoterapeutene kanskje ikke har noe med.

På formøtet med ergoterapeutene hadde vi bedt om at MLSQ (3) skulle sendes ut på forhånd der det var mulig. Ikke alle deltakerne i prosjektet hadde fått til dette. Der hvor MLSQ (3) ble introdusert på hjemmebesøket, sier Kristine følgende om dette: «... alle har følt at det har vært en sånn nysgjerrig intervju-greie...» Fellesnevneren for de deltakerne som hadde sendt ut MLSQ (3) på forhånd, og hvor brukeren hadde fylt det ut til hjemmebesøket, var at brukeren hadde fått tid og an-

ledning til å reflektere over egen situasjon. Ingrid uttrykker følgende: «... veldig anvendelig på den hjemmeboende som jeg hadde sendt det ut til på forhånd... det ga meg en bredere forståelse av situasjonen enn hva jeg ellers ville hatt... brukeren hadde tenkt mye og gått grundig til verks i utfyllingen, så vi fikk en god samtale om hennes situasjon...»

Deltakerne mente at kartleggingsredskapet ble en katalysator som åpnet øynene til brukeren, og hvor brukeren måtte tenke gjennom hva som var viktig i livet.

Noen ergoterapeuter mente man burde gå inn likt til alle brukere og at MLSQ (3) da ville være et egnet kartleggingsredskap, men at det ikke kunne brukes alene, ei heller kunne benyttes i alle situasjoner. En deltaker mente at et skjema for noen kan låse samtalen, så det var viktig at man ikke ble for opptatt av skjemaet.

En deltaker nevnte kontaktbrevet som et godt hjelpemiddel som beskrev hva ergoterapeuten kunne hjelpe brukeren med, men at det også var nødvendig å fortelle med egne ord hva ergoterapi innebærer for at brukeren og terapeuten skulle ha samme fokus.

MLSQ (3) FOR Å UTVIKLE MÅL SAMMEN MED BRUKERE

Flertallet av ergoterapeutene sier at det ikke blir utført noen konkret målsetting. Under fokusgruppeintervjuet forteller alle deltakerne at de har lyttet til brukeren og kommet frem til utfordringer i dagliglivet, men uten å bruke betegnelsen «mål» i kartleggings-samtalen. Ergoterapeutene mener det er få som klarer å se tankegangen vi har på det med å sette mål, og at noen brukere synes det er greit ikke å ha noe mål. De forteller likevel at de har kommet

fram til aktiviteter som brukeren ønsker å jobbe med. De mener at det ved å bruke MLSQ (3) ble enklere å finne alternativer til de aktivitetene som var vanskelige, fordi man gikk grundig gjennom de ulike punktene i MLSQ (3) og da fikk en dypere forståelse av brukerens aktivitetshistorie.

De deltakerne som sa at det ikke ble utført noen konkret målsetting, sier også at man sannsynligvis hadde kommet fram til det overordnede målet uavhengig av kartleggingsredskapet. Målene de her snakker om, er langsiktige mål. Rita sier blant annet: «*Det overordnede målet var jo selvfølgelig som alle andre å ønske å bo lengst mulig i eget hjem.*»

Ergoterapeutene opplever at brukeren er ivaretatt på en bedre måte når man også har snakket om de temaene som ergoterapeuten ikke kan bidra med. Ergoterapeutene forteller at brukeren har kommet fram til nye måter å løse sine utfordringer på der hvor MLSQ (3) var sendt ut på forhånd, allerede før kartleggings-samtalen begynner og at det da er lettere å sette mål i forhold til hva en ønsker hjelp til av ergoterapeuten. En deltaker sier at når brukeren har et klart mål, så har han eller hun motivasjon for å arbeide mot dette målet, og det blir enklere for ergoterapeuten å utføre jobben sin.

Diskusjon

Ergoterapeutene som var med i prosjektet, mente at MLSQ (3) var grundig, dekkende, konkret og anvendelig som huskeliste for daglige aktiviteter og deltakelse i disse. Dette er også i tråd med hva Borg et al. (2003) sier om ergoterapeutenes forståelse for hvordan hverdagen settes sammen av aktivitet og deltakelse

i det sosiale og samfunnsmessige, samt for betydningen aktivitet og deltakelse har for mennesket. Ergoterapeutene møtte brukerne på deres hjemmearena og så betydningen av hvor forskjellig hverdagslivet leves. De mente at MLSQ (3) fanger opp forandringene som brukeren opplever, etter å miste ferdigheter i forhold til aktivitet (Bendixen, 2005).

MLSQ (3) har ikke en medisinsk tilnærming og fokuserer ikke på kroppslige skader og avvik (Mayers, 2003). Derimot kan det gi et godt bilde av motoriske ferdigheter i dagliglivets aktiviteter gjennom observasjon. En deltaker bekreftet at hun benyttet både intervju og observasjon i kartleggingsfasen, ellers var fokuset kun på samtalen med brukeren. MLSQ (3) egner seg for å kartlegge brukeren i kjente omgivelser og situasjoner. Kartleggingsredskapet fanger opp om det er et gap mellom brukerens funksjon og omgivelsenes krav (Grue, 2012).

Det er hensiktsmessig at ergoterapeutene både bruker redskaper som kartlegger brukers funksjon og grad av funksjonsnedsettelse, og redskaper som kartlegger aktivitet og deltakelse som eksempelvis MLSQ 1, 2 og 3.

Retningslinjene er ifølge Mayers (2012) at MLSQ (3) skal sendes ut til brukeren sammen med kontaktbrevet så fort det foreligger en henvisning, og brukeren oppfordres til å fylle det ut før ergoterapeutens hjemmebesøk. Ikke alle brukere vil kunne huske retningslinjer eller informasjon som MLSQ (3) har, og kartleggingsredskapet kan av den grunn ikke benyttes i alle situasjoner, ei heller sendes ut til alle brukere, men i stedet tas med på første hjemmebesøk. Ifølge en deltaker ville det da være viktig ikke å bli

for skjematisk, men få til en dialog rundt de ulike områdene som MLSQ (3) ønsker svar på. Dette er også i tråd med Bredland et al. (2011), som presiserer at kartleggingen ikke må bli et forhør, og at omfanget av kartleggingen må avgjøres av hvor mye man har behov for å vite.

Av resultatet ser vi at der hvor MLSQ (3) har blitt sendt ut på forhånd, har brukeren hatt mulighet til å gå gjennom de ulike områdene i MLSQ (3) og har begynt en tankeprosess om sin egen livssituasjon. Ergoterapeutene i prosjektet forteller da, at brukeren har noen klare «mål» for hva han eller hun ønsker videre, og kommer med egne løsninger på sine aktivitetsproblemer. Brukeren ble medvirkende i egen kartleggingsprosess, kunne definere egne behov og kom med egne løsninger. Mayers er inspirert av Reilly i utviklingen av MLSQ (1, 2 og 3) som mente at livshistorieintervju, det at brukeren forteller sin historie, vil bidra til at brukeren gjør virkeligheten forståelig for seg selv (Borg et al., 2003). Man setter ord på livshistorien høyt for seg selv og terapeuten, og det fører til en refleksjonsprosess. Bendixen (2005) nevner at det er det enkelte mennesket som tilegner aktiviteten betydning og mening, og avgjør hvor nødvendig det er å mestre ulike ferdigheter i forhold til en aktivitet.

Der hvor informantene sendte ut MLSQ (3) på forhånd, og hvor brukeren ikke hadde fylt ut skjemaet før de kom, ble det en større utfordring for terapeuten å kartlegge aktiviteter og interesser. Spesielt vanskelig var det i forhold til de henvisningene som var ufullstendige med hensyn til bakgrunnsinformasjon. Ergoterapeutene forteller at de «styrte»

brukeren inn på ulike emner og tiltak som ergoterapeuten så som hensiktsmessige. En deltaker sier «du blir ganske styrende... supplerer litt og fyller litt ut». Ergoterapeutene fikk lite tid til å bli kjent med kartleggingsredskapet. Det kan være en grunn til at de opplevde at de ble litt styrende. En annen grunn kan være at vi ikke var tydelige nok under formøtet med informasjon om MLSQ (3). Kan det også være slik at ergoterapeutenes roller må omdefineres fra å være styrer til å bli en medvandrer i prosessen sammen med bruker, jmfør Ekeland & Heggen (2007)? At det å tilrettelegge for brukeren slik at han eller hun selv blir selvstendig og mindre avhengig av terapeuten, blir arbeidsoppgaven til ergoterapeuten? Deltakerne i prosjektet mente også at de styrte brukeren fordi de så godt kjenner til hvilke typer hjelpemidler som vil være hensiktsmessige for brukeren. Wressle (1999) hevder at brukerens mål i liten grad blir ivaretatt, fordi ergoterapeutens tiltak diskuteres mer. Betyr det at vi som ergoterapeuter ønsker å peile brukeren inn på det vi ser som hensiktsmessige tiltak for brukeren?

Mål defineres som en beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand (Jacobsen, 2011). Brukerens kortsiktige mål støttes av ergoterapeuten for å komme tettere på de langsiktige målene (Duncan, 2006). Av vår analyse ble begrepet «mål» ikke benyttet i samhandlingen med brukeren. Hvordan kan ergoterapeutene da gå videre i arbeidsprosessen? Wressle (2002) sier at veldefinerte mål guider plan og intervensjon i en retning som er avgjørende for brukeren, og at identifisering av brukerens problemer og målsettinger er viktige faktorer i rehabiliteringsprosessen (Wressle,

2002). Videre sier Bindslev (2011) at målene må være individuelle og fastsatt ut fra brukerens livssituasjon og funksjon. Det kan se ut som om ergoterapeutene i høy grad stoler på sin ryggmargsfølelse. Med dagens krav om kunnskapsbasert praksis vil ikke dette være godt nok i en så viktig fase som kartleggingsfasen er. Tjenesten vil fremstå som fragmentert og lite kvalitetsbevisst. Forskning viser at ustrukturert intervju ikke er godt nok for å få en presis identifisering av brukerens prioriteringer (Wressle, 2002). Videre sier Wressle (2002) at selv om terapeuter tradisjonelt involverer brukere i målsettingsprosessen, så gjøres ikke dette konsekvent.

Selv om ikke mål uttrykkes spesifikt av ergoterapeuten, mente ergoterapeutene at de sammen med brukeren og MLSQ (3) fikk kartlagt hele hverdagen og kom frem til aktiviteter hvor brukeren ønsket å øke deltakelsen. De mente også at sannsynligheten for at man ville komme fram til disse uten kartleggingsredskapet, var stor. Wressle (2002) påpeker at et strukturert redskap for klientsentrert praksis forbedrer klientsentrert tilnærming. At brukeren deltar i målprosessen øker potensialet for deltakelse i videre behandlingsforløp (Wressle, 2002). Her er det et gap mellom teori og praksis. Forskning viser at ikke-standardiserte kartleggingsredskaper åpner opp for tolkning og er mer subjektive enn funn fra et standardisert kartleggingsredskap (Laver-Fawcett, 2007). Hurn (2006), derimot, sier at standardiserte kartleggingsredskaper ikke gir et helhetlig bilde av brukerens problemer og gjennom dette ignorerer brukerens identitet. Dette kan bety at ergoterapeutenes

hjemmesnekrede kartleggingsredskaper og erfaringer kan være et riktig supplement til standardiserte kartleggingsredskaper i målsettingsprosessen. Ergoterapeuten sitter med en klinisk erfaring som ikke bør undervurderes, men heller ikke overvurderes. Det betyr også at man kanskje bør være villig til å endre praksis for å sikre tjenestetilbudets kvalitet?

Deltakerne var positive etter utprøvingen av MLSQ (3) og mente at man ved å bruke dette kartleggingsredskapet i kommunen kan ha en lik fremgangsmåte i samtale med brukere. Hvis ergoterapeutene ønsker å ha en ensrettet fremgangsmåte, vil de, som Laver-Fawcett (2007) og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Norge, 2012) hevder, få en kunnskapsbasert praksis som reduserer variasjon i praksis og bedrer pasientens, pårørendes og kommunens tilbud. Dersom ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten skal imøtekomme kravene om bedre kvalitet i tjenestene, jamfør Sosial- og helsedirektoratet (2007), bør de i større grad inkludere blant annet standardiserte og validerede kartleggingsredskaper i sin praksis. Dette til tross for at man har et tidspress og konkurrerende krav til ressursbruk (Hawes & Holder, 2010). Å låse seg til ett standard kartleggingsredskap bør man, jamfør Bredland et al. (2011), derimot heller ikke gjøre. Dette vil låse oppmerksomheten og evnen til å lytte og følge opp signaler underveis (Bredland et al., 2011). Dette ble også nevnt av deltakerne i fokusgruppeintervjuet.

Konklusjon

Formålet med prosjektet har vært å undersøke kommuneergoterapeuters erfaringer med en

norsk versjon av Mayers Livssituasjonsskjema (3) i kartlegging og utvikling av mål sammen med nye brukere. En norsk versjon av MLSQ (3) er tilgjengelig gjennom ergoterapeutenes nettside.

Resultatene viser at deltakerne i prosjektet mener at MLSQ (3) er et godt klientsentrert kartleggingsredskap for å avdekke brukerens aktiviteter og deltakelse i hverdagslivet, men de er usikre på om kartleggingsredskapet er like godt egnet til å sette mål sammen med brukere. Spørsmålet vårt er om ergoterapeuter er dyktige til å sette mål sammen med brukere?

Vi mener selv at vi har fått belyst at målsetting kan oppleves som vanskelig, men at MLSQ (3) kan bidra til å forenkle prosessen. MLSQ (3) må introduseres til brukerne slik retningslinjene foreslår og ergoterapeuten må motivere brukeren for å få dette til. På den måten vil brukeren selv rapportere hvilke aktiviteter som betyr noe, og hvilke aktiviteter som det er viktig å delta i. Det vi kan konkludere med, er at kartleggingsredskapet fungerer best og bidrar mest i målsetting når det sendes ut på forhånd til brukere som har lest og forstått retningslinjene.

Vi har erfart at ved å velge å benytte et felles standardisert og validert kartleggingsredskap som eksempelvis MLSQ (3), har vi fått økt motivasjon for klientsentrert tilnærming og målsettingsarbeid. Vi har belyst problematikken ved å benytte ikke-standardiserte og hjemmesnekrede kartleggingsredskaper og ser nå tydeligere betydningen av standardiserte kartleggingsredskaper: Ergoterapeutene vil gå likt inn til brukerne, det blir mindre rom for tolkninger, og kartleggingsdata blir presentert i et format som kan lære opp andre faggrupper og brukere om

ergoterapeutens rolle i tverrfaglig samarbeid. Dette vil være faktorer som bidrar til økt kvalitet i tjenesten vår. I tillegg til dette mener vi at vi ikke skal undervurdere ergoterapeutenes kliniske kompetanse og erfaring.

Kommuneergoterapeutene gir oss noen svar på hvordan MLSQ (3) bidrar i kartlegging og målsetting med brukerne, men materialet vi har presentert er for lite til at vi kan si at dette gjelder for alle ergoterapeuter. MLSQ (3) er ikke oversatt tilbake fra norsk til engelsk og er ikke testet ut på mange nok personer til å kvalitetssikre redskapets innhold og pålitelighet i Norge. Det vil derfor være behov for mer undersøkelser i forhold til temaet.

Referanser

- Bakka L, Hjort U, Moemeni M, Schuttzen H, Skulstad S., Urbye SV. (2003). *Om å legge sitt liv i et skjema – Klientsentring og motivasjon innen psykiatri*. Bacheloroppgave, Ergoterapeututdanningen, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Bendixen, H. J. et al. (red) (2005). *Aktivitetsvitenskap i et nordisk perspektiv*. København, FADL.
- Bindsvlev, N., et al. (2011). *Metodebog i hjelpemiddelformidling*. København, Munksgaard.
- Borg, T., Runge, U. & Tjørnov, J. (2003). *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. København: Munksgaard.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltagelse: verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, C. H. & Townsend, E. A. (2004). *Introduction to occupation: the art and science of living*. Upper Saddle River, N. J.: Pearson.
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grue, J. (2012). Funksjonshemming som begrep og fenomen- fysiologiske eller politisk- sosiale forklaringsmekanismer. I Solvang, P. og Slettebø, Å (red) *Rehabilitering*. Gyldendal Akademisk.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. 1.utg. Gyldendal Akademisk.
- Hammervold B., Korsmo M., Stråtveit L., Johansen I., Sommerfelt K. og Krane C. (2003). *Kan et nytt kartleggingsredskap bidra til å fremme klientsentrering?* Bacheloroppgave, Ergoterapeututdanningen, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Hawes, D., & Houlder, D. (2010). Reflections on using Model of Human Occupation Screening Tool in a joint learning disability team. *British Journal of Occupational Occupational Therapy*, 73(11).
- Hurn, J., Kneebone, I., Cropley, M. (2006). Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 2006; 20: 756-772.
- Jacobsen D. I., Thorsvik J. (2011). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3.utgave 2007. 5 opplag. 2011. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kvale, S., et al. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal akademisk. 1. norske utg. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Laver-Fawcett, A. (2007). *Principles of Assessment and Outcome Measurement for Occupational Therapists and Physiotherapists*. John Wiley & Sons, Ltd. 15-42.
- Law, M., Baum, C., & Dunn, W. (2001). *Measuring occupational performance : supporting best practice in occupational therapy*. Thorofare, NJ: Slack.
- Lund A., Opsahl K., Urbye SV., Johansen I., Krane C. og Hjort U. (2003) Om å legge sitt liv i skjema. *Ergoterapeuten*, 46(9), 26-27.
- Mayers CA. (1993). A model for community occupational therapy, stage 1. *British Journal of Occupational Therapy*, 56(5), 169-72.
- Mayers CA. (1995). Defining and assessing quality of life. *British Journal of Occupational Therapy*, 58(4), 146-50.
- Mayers, CA. (1998). An Evaluation of the Use of the Mayers' Lifestyle Questionnaire. *British Journal of Occupational Therapy*, 61 (9), 393-398.
- Mayers, CA. (2003). Philosophy of Occupational Therapy and its relevance to client- centred practice in the 21st century. *Ergoterapeuten* 46 (9), 20-25.
- Mayers, CA. (2003). The Development and Evaluation of the Mayers' Lifestyle Questionnaire (2). *The British Journal of Occupational Therapy*, 66(9), 388-395.
- Mayers, CA. (2013). Mayers Lifestyle Questionnaire (3). York St John University. <http://www.yorks.ac.uk/health--life-sciences/faculty-of-hls/staff-contact-details/health-staff/professor-chris-mayers.aspx>
- Norge. (2012). *Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., vedtatt 24.06.2011 nr. 30*. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon.
- Parry, R.H (2004). Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clinical Rehabilitation* ; 18, 668-682
- Sosial- og helsedirektoratet (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) «... og bedre skal det bli!»* Sosial- og helsedirektoratet 2007.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wicks, A. (2005). Understanding Occupational Potential. *Journal of Occupational Science*, Vol 12, No 13 130-139.
- Wressle, E., Øberg, B., Henriksson, C. (1999). The rehabilitation process for the geriatric stroke patient - an exploratory study of goal setting and interventions. *Disability and Rehabilitation* 1999; 21: 2 80-87.
- Wressle, E., Eeg- Olofsson, AM., Marcusson, J., Henriksson, C. (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client- centred goal formulation structure. *J Rehabil Med* 2002;34.
- Wressle, E., Samuelsson, K. (2004). Barriers and Bridges to Client- centred Occupational Therapy in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*;11.
- Young, C.A., Manmathan, G.P., Ward, J.C.R. (2008). Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: A qualitative study of patients, carers and staff. *J Rehabil Med* ; 40:190-194.