

# Motivation till förändring i rehabiliteringsprocessen

Birgitta Grahn

Kjerstin Stigmar

Charlotte Ekdahl

Syftet med denna kvalitativa fallstudie var att uppnå en fördjupad förståelse av motivation till förändring hos patienter med långvariga muskuloskeletal besvär och att identifiera faktorer som kan underlätta eller försvåra en förändring. Tjugo patienter ingick i studien och data samlades in med hjälp av upprepade intervjuer samt kvantitativa instrument under en två-årsperiod. De fyra mest centrala teman som framkom var (I) utnyttjande av professionella nätverk i form av sjukvård och försäkringskassa, (II) känslomässigt stöd från familj och nära anhöriga, (III) patientens personliga copingstrategier i form av energi, positiva tankar och problemlösning, och (IV) det sociala stödet på arbetet i form av arbetsledare och kollegor. Projektet genomfördes vid Institutionen för rörelseorganens sjukdomar, Sjukgymnastutbildningen, Lunds universitet.

Birgitta Grahn, dr med vet, leg sjukgymnast, är forskningsledare vid FoU-centrum, Landstinget Kronoberg och FoU-Kronoberg och är adjungerad projektassistent vid Institutionen för rörelseorganens sjukdomar, Sjukgymnastutbildningen, Lunds universitet. Kjerstin Stigmar, BSc, är företagssjukgymnast vid Kommunhälsan i Växjö. Charlotte Ekdahl, professor i sjukgymnastik, leg sjukgymnast, är verksam vid Institutionen för rörelseorganens sjukdomar, Sjukgymnastutbildningen, Lunds universitet.

## Bakgrund

Behovet av att beakta motivationsaspekter som påverkar patientens förväntningar och copingstrategier under rehabiliteringsprocessen har tidigare framhållits (1). Motivation är den inre process som påverkar riktningen, varaktigheten och styrkan i en individs målriktade beteende (2). De viktigaste prediktorerna för rehabiliteringsresultatet har visat sig vara individens upplevda hälsa och egen bedömning av möjligheterna att återgå i arbete (3) liksom individens eget engagemang i behandlingen. Individens egen känsla av att han/hon i en framtida situation klarar att anpassa sitt beteende till de krav som ställs (self-

efficacy) har också visat sig vara en stark prediktor för rehabiliteringsresultatet.

Motivation kan ses som ett biopsykosocialt fenomen och tre primära motiv kan identifieras – behov, kognitioner och känslor (1, 4). Enligt behovskonceptet finns en hierarki där bristbehov såsom fysiologiska, trygghets-, kärleks- och bekräftelsebehov behöver tillfredsställas innan högre utvecklingsbehov tar vid (5). Det bör här beaktas att de flesta bristbehov kan bara tillfredsställas genom andra människor (5, 6). Kognitioner kan relateras till målriktad motivation. Att sätta mål vägleder individen om vart koncentrationen bör riktas och vad som behöver göras. Individens

motivation i form av målsättning har hävdats vara en central faktor när det gäller rehabiliteringsresultaten av patienter med långvariga muskuloskeletala besvär. Känslor fungerar också som en motivationsfaktor. De ger energi och riktar beteendet. Känslor är personliga och gör att en person känner på ett speciellt sätt i en speciell situation (4). Känslor leder också till biologiska reaktioner och förbereder kroppen att reagera ändamålsenligt i en speciell situation. Socialt samspel ger ytterligare en dimension till känslor och andra människor är det vanligaste ursprunget till känslor i vardagslivet. Utan förtgående sociala relationer kan känslan av meningsfullhet i mänsklig verksamhet utarmas (6). Det finns således ett behov av en fördjupad förståelse av motivationens betydelse i rehabiliteringsprocessen.

## Syfte

Syftet med studien var att uppnå en fördjupad förståelse av motivation till förändring hos patienter med långvariga muskuloskeletala besvär och att identifiera faktorer som kan underlätta eller försvåra en förändring.

## Design

Studiens design kan beskrivas som en prospektiv, deskriptiv, kvalitativ fallstudie (7). Data insamlades med hjälp av upprepade intervjuer samt kvantitativa instrument under en två-årsperiod. Datainsamlingen gjordes 1994-1997.

## Patienter

Alla patienterna hade långvariga muskuloskeletala besvär och hade haft långa och/eller

---

*Studiens design kan beskrivas som en prospektiv, deskriptiv, kvalitativ fallstudie*

---

upprepade korta sjukskrivningsperioder. Samtliga patienter deltog också i ett större forskningsprogram vid Yrkesrehab Kronoberg, Landstinget Kronoberg i Växjö som syftade till att utvärdera effekterna av ett multidisciplinärt rehabiliteringsprogram (8). Sju män och 13 kvinnor i åldern 21-54 år deltog i denna fördjupningsstudie. Motivationsnivån graderades utifrån en skriftlig intervju som besvarats vid första besöket på kliniken (8).

## Metoder

*Skriftlig intervju:* Intervjun angående motivationsnivå omfattade 3 steg: 1) Utopisk nivå (önskenivå), där patienten ombads beskriva det vardagsliv han/hon skulle vilja uppnå i framtiden, både när det gällde arbete, fritid och familjeliv. 2) Realitetsanpassning, där det utopiska målet bröts ned i delmål möjliga att uppnå i en nära framtid. På både utopisk och delmålsnivå ombads patienten beskriva hur en dag skulle se ut när målet uppnåtts. 3) Motivationsbildning, där patienten presenterade vad som kunde göras för att målen skulle uppnås, både när det gällde egna insatser och vad han/hon behövde hjälp med (9).

Tre motivationsnivåer identifierades:

- Högt motiverad patienter som kunde ange mål och hur de skulle kunna uppnås.
- Måttligt motiverad patienter som uttryckte mera oklara mål och som i stor utsträckning räknade med att sjukvården skulle kunna reducera deras problem.
- Latent motiverade patienter som hade svårt att ange mål och som i stort sett bara såg svårigheter och inte några möjligheter till förbättring.

*Muntlig intervju:* Intervjuguiden var baserad på samma frågeställningar som den skrift-

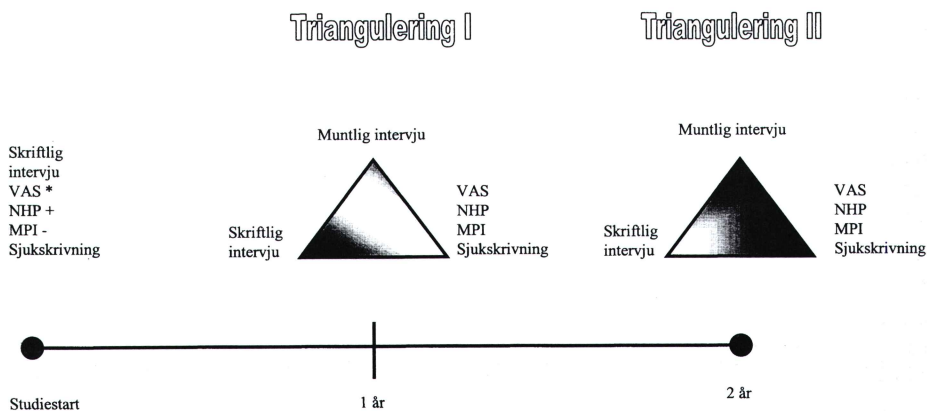
liga intervjun. Frågor angående patientens olika nätverk och upplevelse av intervju-situationen lades till. Intervjun spelades in på band för senare utskrift och analys. Utskrift av intervjun skickades till patienten för eventuell komplettering samt för bekräftelse på att utskriften var valid.

**Kvantitativa instrument:** I studien användes också fyra standardiserade kvantitativa instrument angående smärta (Visuell Analog Skala, VAS), aktivitetsnivå (Multiple Pain Inventory, MPI, delskala: generell aktivitetsnivå), social isolering (Nottingham Health Profile, NHP, delskala: social isolering) och sjukskrivning (information från patient och Försäkringskassa) (8).

### Kvalitativ analys

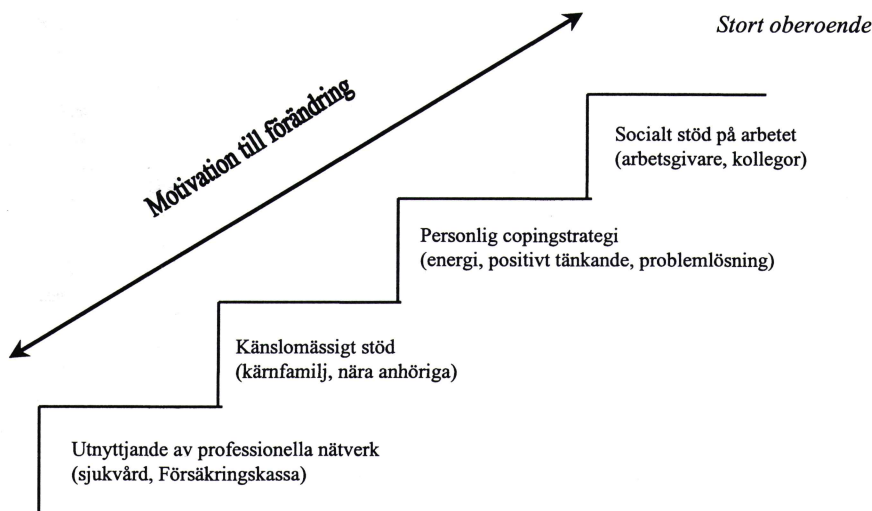
En begreppsmässig ram utvecklades före första intervjun för att förklara och begränsa det studerade fenomenet. En litteraturgenomgång och personliga erfarenheter utgjorde basen för

vår förståelse (7). Tolkningen av motivationsbegreppet följde antagandet att en generell energiresurs inbegriper målinriktat beteende som ett resultat av inläring. Vi var också medvetna om känslornas inverkan på motivationen. Första steget omfattade patientens arbetsituation och sociala och professionella nätverk (6). Det andra steget omfattade patientens copingstrategier i form av sätt att hantera och bemästra sin situation och deras känsla av kontroll (8). Ett kvoturval av patienter gjordes för att få en maximal variation av motivation till förändring bland patienterna vid början av studien (7), högt motiverade patienter ( $n=7$ ), måttligt motiverade patienter ( $n=6$ ) och latent motiverade patienter ( $n=7$ ). Studien omfattade tre datainsamlingar under två år per patient. (Figur 1) Triangulering innebär att flera informationskällor och flera metoder används för att bekräfta resultaten som efterhand visar sig. För att få data som kunde trianguleras genomfördes uppre-



- \* VAS = Visuell analog skala som relaterar till smärta vid rörelse
- + NHP = Nottingham Health Profile, subskala social isolering
- MPI = Multidimensional Pain Inventory, subskala generell aktivitetsnivå

Figur 1. Studiedesign (från *Physiotherapy Research International* 1999;4: 170-189, tillstånd har erhållits för publicering på svenska).



Stort beroende

Figur 2. Reviderad förståelse av motivation till förändring hos patienter med långvariga muskuloskeletal besvär (från *Physiotherapy Research International* 1999; 4: 170-189, tillstånd har erhållits för publicering på svenska.

pade skriftliga och muntliga intervjuer under en två-årsperiod. Kvantitativa data insamlades också under motsvarande period från patienterna.

Data från intervjuerna strukturerades i informationsenheter. Den fortsatta analysen utvecklade kategorier. Datainsamlingen avslutades när kategorierna föreföll mättade, dvs när en fortsatt datainsamling skulle ge ett mycket litet tillskott av ny information. Intern validitet sörjdes för genom att citat från patienternas intervjuer användes i analysen. Trovärdighet i studien uppnåddes genom att två olika intervjutekniker användes och att en psykolog genomförde den första muntliga intervjun och en sjukgymnast genomförde den andra intervjun ett år senare. Patienterna bekräftade också att de utskrivna intervjuerna var riktiga. Information från fyra kvantitativa

instrument användes dessutom i trianguleringen av data (7).

## Resultat

De fyra mest centrala teman som framkom var (I) utnyttjande av professionella nätverk i form av sjukvård och försäkringskassa, (II) känslomässigt stöd från familj och nära anhöriga, (III) patientens personliga copingstrategier i form av energi, positiva tankar och problemlösning, och (IV) det sociala stödet på arbetet i form av arbetsledare och kollegor. Temana var hierarkiskt byggda. (Figur 2)

*Högt motiverade patienter.* Vid studiens början presenterade alla patienterna inom denna gruppen både utopiskt mål och delmål, egna ansträngningar och vad han/hon behövde hjälp med i sin rehabilitering. Två-årsuppföljningen visade hur patienterna successivt

uppnådde sina delmål (8). Vid studiens början sa en patient: *"Jag önskar att jag kunde göra något annat än att städa, fortbilda mig"*. Två år senare sade samma patient: *"Det har blivit mycket bättre på jobbet, innan städade jag, nu har jag fått tjänst i köket, det är mycket att tänka med huvudet, har man en vilja så tror jag att man kan klara det"*. Patienterna uttryckte stor tillit till sina kärnfamiljer och visade samtidigt på en personlig självständighet. De använde en aktiv copingstrategi och hade en relativt stor tillit till sin egen förmåga att hantera sin situation. Arbetsinnehåll och socialt stöd på arbetet beskrev de högt motiverade patienterna som tillfredsställande. Sjukvården och Försäkringskassan nyttjade de som rådgivare och de tog aktiv del i sin rehabilitering. Patienternas beteende gav uttryck för energi och glädje. Under intervjuerna talade de ganska snabbt, hade lätt för att le och hade ett öppet kroppsspråk.

*Måttligt motiverade patienter.* Vid studiens början uttryckte dessa patienter mera oklara mål och hade svårt att beskriva vad de själva skulle kunna bidra med i rehabiliteringsprocessen. De fokuserade i stor utsträckning på den behandling de behövde för att kunna förbättras. Två-årsuppföljningen visade på en oförändrad situation (8). En patient sa vid studiens början: *"Kontakta min läkare och få ett klart besked vad som gäller, om det går att göra någonting eller inte och fortsätta utifrån det besked som ges"*. Två år senare sade samma patient: *"Det har inte blivit så stor förbättring, jag har fått börja prova lite andra arbetsuppgifter"*. Patienternas tillit till sina känslomässiga nätverk var svagt och osäkert. De gav uttryck för en mindre aktiv copingstrategi, hade sämre tilltro till sin egen förmåga att hantera och bemästra sin situation men beskrev samtidigt hur de försökte

att uppnå en förbättring. Patienterna var mindre tillfreds med sin arbetssituation och kände sig ofta missförstådda. De uttryckte dock en önskan att vara i arbete. Patienternas förhållningssätt till sjukvården och Försäkringskassan vara mer sökande, för att finna den bästa hjälpen. I den här gruppen uttryckte patienternas beteende frustration och de hade många gånger nära till tårarna. De såg betryckta ut och hade ett slutet kroppsspråk under de muntliga intervjuerna.

*Latent motiverade patienter.* I denna gruppen presenterade patienterna ibland mål som inkluderade god hälsa. De hade dock stora svårigheter att uppge delmål och egna ansträngningar som de behövde göra för att kunna uppnå en förbättring. Två-årsuppföljningen och trianguleringen visade hur de successivt försämrades (8). Vid studiens början sade en patient: *"Det inträffar ett under och att jag blev frisk, jag har satsat på alla tänkbara träningsmetoder men inget har hjälpt"*. Två år senare sade samma patient: *"Det bästa för mig är att bli förtidspensionär för då kan jag leva mitt liv så bra som jag lever nu"*. De här patienterna var ganska tillfreds med sina känslomässiga nätverk men föreföll samtidigt att vara mindre självständiga i sina relationer jämfört med de högt motiverade patienterna. De latent motiverade patienterna beskrev tillvägagångssätt som tydde på en mera passiv copingstrategi och de såg inte några egna möjligheter att kunna påverka sin situation. Deras erfarenheter av förvärvsarbete inbegrep missförstånd, besvikelser och svagt socialt stöd. Då det gällde sjukvården och Försäkringskassan fokuserade den här patientgruppen på fortsatta medicinska undersökningar och passiv medicinsk behandling. Patienterna beskrev känslor av bitterhet, misslyckande och accepterande av

sin nuvarande situation. De talade ofta långsamt och deras kroppsspråk var passivt under intervjuerna.

Endast hos två av de 20 patienterna förändrades motivationsnivån så mycket att de skulle ha graderats till en annan nivå vid två-årsuppföljningen. Viktiga faktorer i båda fallen var förändringar inom patienternas känslomässiga nätverk och det sociala stödet i arbetet. Samtliga patienter upplevde intervusituationen som tillfredsställande. Detta bekräftades av att samtliga 20 patienter medverkade också i den andra muntliga intervjun.

## Diskussion

Syftet med studien var att uppnå en fördjupad förståelse av fenomenet motivation till förändring i rehabiliteringsprocessen hos patienter med långvariga muskuloskeletal besvär. Patienternas motivation följdes i deras vardagsliv, genom deras egna ord, under en två-årsperiod. Alla patienterna hade sin egen ansvarige läkare. Deltagandet i studien begränsade inte möjligheterna till vård och rehabilitering i övrigt.

Förändringsprocessen följde olika mönster beroende på patientens motivationsnivå vid studiens början. Känslomässigt stöd framstod som det mest centrala temat vilket är i linje med behovskonceptet (5) där det görs gällande att bristbehov generellt bara kan tillfredsställas genom andra människor. Resultatet kan också tolkas så att långvariga muskuloskeletal besvär medför en negativ livshändelse med stor inverkan på det dagliga livet (1). Tecken på detta var att de flesta högt motive-

---

---

## *Långvariga muskuloskeletal besvär medför en negativ livshändelse med stor inverkan på det dagliga livet*

---

---

rade och latent motiverade och samtliga måttligt motiverade patienterna inte relaterade till socialt stöd i form av vänner eller fritidsaktiviteter som involverade socialt samspel (8). Bristen på stödjande vänner kan indikera den här patientgruppens sociala sårbarhet. När det sociala nätverket ska bedömas kan uppfattningen vara att finns ett nätverk så är det det samma som att man får stöd ifrån detta. Stora nätverk skulle då också vara bättre än små. Upplevt socialt stöd relaterar dock mera till karaktären och kvaliteten i det samspel som uppstår i nätverket. Patienterna som upplevde tillfredsställande trygghet inom sitt känslomässiga nätverk var högt eller latent motiverade. Detta kan möjligen relateras till olika sätt att hantera och bemästra sin situation liksom till erfarenheter av och förväntningar på stöd i arbetssituationen. (Figur 2)

De högt motiverade patienternas motivation kan förklaras i enlighet med "achievement motivation". Teorin innebär att individen i högre grad förlitar sig på sin egen förmåga och därmed aktivt söker konkreta lösningar på den förändrade livssituationen som de långvariga muskuloskeletal besvärerna medfört (8). Patienternas känslomässiga nätverk var dynamiskt och man kunde inom familjen komma överens om nya betingelser i vardagslivet. Då dessa patienter erfor sig ha egna möjligheter att påverka sin situation och kände socialt stöd i arbetssituationen kunde deras energi riktas mera mot utvecklingsbehov. De måttligt motiverade patienterna erfor en bristande trygghet i sitt känslomässiga nätverk och var också

---

---

*Känslomässigt stöd framstod som det mest centrala temat*

---

---

missnöjda med sina arbetsförhållanden. Dessa patienters tecken på frustration var förstälilig då de ej funnit något sätt att förbättra sitt känslomässiga stöd ej heller sitt sociala stöd i arbetet, trots ständiga försök (5). De latent motiverade patienternas motivation tycktes vara mera avvisande när det gällde arbete. Deras relation till arbete kan också tolkas i form av inlärd hjälplöshet. De hade ofta försökt att förbättra sin arbetssituation utan att erfara något gensvar från sina arbetsledare och de tycktes nu ha resignerat. De latent motiverade patienternas process var i linje med minskad arbetsambition och ökad familjeorientering som tidigare forskning inom området har visat (8).

Betydelsen av att undvika rehabiliteringsinsatser som förmedlar en känsla av minskad kontroll för patienterna har tidigare framhållits. En viktig ansats kan här vara att involvera patienterna i att sätta mål och att fråga efter deras egna möjliga insatser i rehabiliteringsprocessen (8). När motivation till förändring beaktas i rehabiliteringsprocessen bör inte heller de enskilda vårdgivarna i rehabiliteringsteamet förbises. För att underlätta en förstärkning av motivationen hos de måttligt och latent motiverade patienterna till en mera manifest nivå bör terapeutens relation till patienten förmedla en känsla av engagemang, hopp, tilltro, aktning, förståelse och ärlighet. Ytterligare forskning behövs för att finna modeller för hur patienternas motivation kan stärkas på ett positivt sätt. När det gäller motivationen för en återgång i arbete måste också arbetsgivares och arbetskamraters förhållningssätt lyftas fram i den framtida forskningen.

Motivationsanalysen som tillämpades i denna studie var enkel och har tidigare föreslagits vara lämplig att använda inom sjuk-

---

---

*När det gäller motivationen för en återgång i arbete måste också arbetsgivares och arbetskamraters förhållningssätt lyftas fram i den framtida forskningen.*

---

---

gymnastiken (9). Liknande sätt att mäta motivationen i form av målsättning har presenterats i andra studier och har ansetts som enkel att använda för rehabiliteringspersonal. Fortsatt forskning behövs dock för att ytterligare utvärdera värdet av dessa metoder (8).

Följande rekommendationer kan ges utifrån resultaten i denna studie:

- En enkel motivationsanalys genomförd i samband med den kliniska undersökningen kan ge ytterligare viktig information inför rehabiliteringen av patienter med långvariga muskuloskeletala besvär. Analysen ger kännedom om motivationens riktning och den grad av aktivitet som patienten klarar i rehabiliteringsprocessen. Detta ger möjlighet till en realitetsanpassning av krav och förväntningar både ur patientens och terapeutens synvinkel.

- Analysen bör kompletteras med frågor angående patientens känslomässiga nätverk och sociala stöd i arbetssituationen då dessa aspekter är väsentliga för motivationens riktning.

Beroende på resultatet av ovanstående analys föreslås följande:

- Högt motiverade patienter: Rådgivning, behandling och rehabilitering ges i enlighet med patientens delmål. Sträva efter att patienten får behålla sin autonomi och inta ett rådgivande förhållningssätt.

- Måttligt motiverade patienter: Patienten behöver sannolikt hjälp med sin frustration. En psykolog kan här vara till stor hjälp. Inom

sjukgymnastiken rekommenderas insatser som fokuserar på hela individen och hans/hennes hälsoresurser, t ex Basal Kroppskännedom.

- Latent motiverad patienter: Patienten är sannolikt i behov av stöd under en längre tidsperiod, helst av ett multidisciplinärt team. Ställ från början små krav på patienten. Stöd patienten att nå små delmål och att också se dem när de uppnåtts. Inom sjukgymnastiken rekommenderas även här insatser som kan stärka patientens självkännedom, t ex Basal Kroppskännedom.

#### REFERENSER

1. *Smith R.* Psychology. Minneapolis/St. Paul: West Publishing Company, 1993, sidan 366-493.
2. *Andersson SI.* Appraisal, coping, motivational factors and gender in vocational rehabilitation. Scandinavian Journal of Social Medicine 1996; 24: 161-168.
3. *Hiltebrandt J, Pflingsten M, Saur P, Jansen J.* Prediction of success from a multidisciplinary

treatment program for chronic low back pain. Spine 1997; 22: 990-1001.

4. *Reeve J.* Understanding motivation and emotion, 2<sup>nd</sup> edition. Orlando: Harcourt Brace College Publishers, 1997.
5. *Maslow AH.* Motivation and personality, 3<sup>rd</sup> edition. Revised by Frager R, Fadiman J, McReynolds C, Cox R. New York: Harper & Row, Publishers, Inc, 1987.
6. *Lazarus R, Folkman S.* Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
7. *Merriam SB.* Fallstudien som forskningsmetod. Lund: Studentlitteratur, 1994.
8. *Grahn B.* Quality of Life, Motivation and Costs in Multidisciplinary Rehabilitation. A prospective controlled two-year follow-up study in patients with prolonged musculoskeletal disorders. Avhandling. Institutionen för rörelseorganens sjukdomar, Sjukgymnastutbildningen, Lunds Universitet, Lund, 1999.
9. *Roxendal G.* Psykosomatiskt inriktad sjukgymnastik. I: Sivik T, Theorell T. Psykosomatisk medicin. Lund: Studentlitteratur, 1995: sidan 296-312.

För fullständig referenslista hänvisas till författarna.

### Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

## Rehabiliteringsforskning 5/99

#### Ur innehållet

H Berglind, U Gerner: **Motivation och återgång i arbete bland långtidssjukskrivna**

E Jeppsson Grassman: **Tidsupplevelsens betydelse för arbetsmotivation och rehabilitering**

L Westerhäll: **Rehabiliteringsförmåner och migration**

B Landstad m fl: **Upplevda arbetsmiljöförhållanden hos kvinnor som arbetar trots smärtbesvär**

J Linder m fl: **Samverkan mellan psykiatri, ortopedi, rehabiliteringsmedicin och försäkringskassa - en möjlighet till bättre underlag för beslut?**

Kan beställas från redaktionen: Slåttervägen 38, 178 37 Ekerö, fax 08-560 301 21