

# Målsætnings- og motivationsarbejde indenfor rehabilitering – specielt med fokus på apopleksi



**Jens Olesen**, fysioterapeut, master i Professionsuddannelse, specialist i rehabilitering, e-post: jensroad@post5.tele.dk

Denne fagartikkelen, mottatt 28.02.10 og akseptert 28.07.10, er eksternt fagvurdert etter Tidsskriftet Fysioterapeutens retningslinjer på [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no) og redigert av Kjartan Vårbakken.

Oppgitte interessekonflikter: ingen.

## Sammendrag

■ Denne fagartikels formål er, at belyse og analysere målsætnings- og motivationsbegreberne for, at omsætte eksisterende videns betydninger for rehabilitering, set i et kommunikationsperspektiv med spesielt fokus på apopleksi og hjerneskade. Ethiske og faglige paradokser i forbindelse med rehabilitering gjennomgås. Motivation er en relationel følelsesprosess som kan påvirkes indefra såvel som udefra. ICFs personlige faktorerers indflydelse på målsætnings- og motivationsprosessen fremhæves. Klientcentrert kommunikation, som indirekte kan motivere og katalysere patientens ressurser, presenteres kort. Målgruppen er fysioterapeuter og andre behandlere indenfor såvel rehabilitering som neurorehabilitering.

■ **Nøgleord:** målsætning, følelser, motivation, apopleksi, rehabilitering, kommunikation, klientcentring.

## Indledning

En blodprop i hjernen er en traumatisk hendelse, hvor dele af ens liv, historie og krop, symbolsk afgår ved døden. På et katastrofalt øjeblik mistes kontrollen over tilværelsen. Ens værdighet, åndsevner, identitet, mobilitet og følelsesmæssige spændvidde forsvinder helt eller delvist, varigt eller midlertidigt. Kaos og desperation truer i denne kamp i mørkets ukendte grænseland, hvor fremtiden ofte opleves som en trussel. Derfor er en personlig identitetsrekonstruktion og følelsesmæssig bearbejdning nødvendig, for livet igen kan bemestres.

Kriser som over er utgangspunktet for artikkelens tema: at motivasjon for å arbeide mot målsætninger er grunnlaget for vellykket rehabilitering. Dog, hvad betyder begreberne og hvordan kan terapeuter kom-

munisere for at bygge broer fra kriser til prosesser?

Denne fagartikels formål er, at belyse og analysere målsætnings- og motivationsbegreberne for, at omsætte eksisterende videns betydninger for rehabilitering, set i et kommunikationsperspektiv med spesielt fokus på neurorehabilitering. Ethiske og faglige paradokser i forbindelse med rehabilitering gjennomgås. Fordi motivation anses som en relationel følelsesprosess, som kan påvirkes indefra af patienten selv, såvel som udefra, af behandlerne, fremhæves derfor ICF's personlige faktorerers indflydelse på målsætnings- og motivationsprosessen. Ligeledes introduceres klientcentrert kommunikation, som en mulig praksis tilgang, der kan motivere og katalysere patientens ressurser. Artiklens helt overordnede budskab er,

at rehabilitering har brug for et mere integreret samarbejde mellem det humanvidenskabelige og det sundhedsvidenskabelige paradigme. Målgruppen er fysioterapeuter og andre behandlere indenfor såvel rehabilitering som neurorehabilitering.

Litteratur er søgt på Google Scholar på alle kombinationer af: *Rehabilitation, stroke, neurorehabilitation, emotions, client centered, motivation and goal setting*. Artikler og bøger er valgt ud fra, om de har egen dataindsamling eller gennemgår eksisterende litteratur.

## Hoveddel - Teori og praksis på målsætningsområdet Rehabilitering og målsætning

Rehabilitering er den lærings- og kommunikationsprosess, hvor der aftales, hvad reha-



Motivasjon for konkrete mål er grunnfjellet i rehabilitering. Men hva betyr begrepene? Og hvordan kommunisere effektivt om dem?



**MOTIVASJON** Arbeidet med å definere mål er grunnlaget for vellykket rehabilitering, ifølge artikkelforfatteren. Men hvordan kan terapeutene kommunisere for å bygge bro fra krise til suksess?  
Foto: Colourbox.com

biliteringen målrettes imod samt utførelsen heraf. Rehabiliteringsprosessen utvikler sig ofte fra dag til dag, og fra uge til uge, gjennom spring, stop og kriser samt pludselige innsigter. Målsætningsarbejde er en følelsesmæssig mere end en kognitiv proces, som påvirker motivationen til, at deltage i rehabiliteringen (1). Mange af de mål der aftales har primært ejerskab af behandlerne

(2). Apopleksipatienter oplever ofte deres autonomi tilsidesat og har sjældent reel indflydelse på valg af mål eller behandlingsmetoder (3, 4). Forskning i målsætningspraksis har store metodologiske begrænsninger og er generelt inkonsistent (5-7). Målsætningsarbejde er dog alligevel sund fornuft, fordi det formentlig påvirker patientens motivation og tilskynder til klientcentrering.

### Hvori består klientcentreret målsætningspraksis?

Selvom en klientcentreret målsætningspraksis anses som idealet, er rehabiliteringslitteraturen ironisk nok uklar på, hvordan klientcentrering konkret udføres i praksis (8, 9). Litteraturen sonderer ikke imellem en målsætningspraksis, hvor patienten selvstændigt definerer målene, i modsætning til en praksis, hvor målene forhandles mellem behandlere og patient, samt imellem en praksis, hvor behandlerne definerer målene, uden forhandling. Dette kan undre, fordi indflydelse på målsætnings- og rehabiliteringsprocessen øger patienternes motivation og autonomi (1-7). Mest af alt undrer dog, at rehabilitering ikke lader sig inspirere mere af de store filosofiske og psykologiske humanvidenskabelige traditioner, som klientcentrering bygger på. Mere herom senere i artiklen.

### Etiske og faglige paradokser i målsætningsarbejde

*Har vi brug for en forpligtende rehabiliteringsetik?*

Rehabilitering og definitionerne heraf er normative moralske begreber, som i praksis styres af politikernes, sundhedsmyndighedernes, ledelsesniveauernes samt behandlernes vidt forskellige udlægninger heraf (2, 6). Al tale om klientcentreret rehabilitering ligner derfor falsk varebetegnelse, så længe det er organisatoriske og ledelsesmæssige forhold, der overordnet dominerer dagsordenen for visitation, målsætning, indlæggelsestid samt omfanget og arten af indsatsen (9, 10). Reel patient indflydelse herpå er en forudsætning, hvis klientcentrering skal være andet end uforpligtende og indholdsløs retorik (11).

En myndighedsforpligtende rehabiliteringsetik er måske svaret på dette store paradoks. Det ville være mere klientcentreret, at beskrive overordnede patientrettigheder og behandlerpligter i referenceprogrammer eller i rehabiliteringsdefinitionerne eventuelt med en ombudsmandsinstitution for rehabilitering, som ankeinstans herfor. I Danmark kan sagsbehandling af hjælpemidler ankes. Manglende eller utilstrækkelig rehabilitering kan ikke.

### *Hvad med vores egne etiske og faglige idealer?*

Målsætnings- og rehabiliteringsprocessen er altså underlagt et ledelsesmæssigt pres for, at opnå kortere indlæggelser. Det betyder, at ledelser ofte vurderer behandlingsmæssig kvalitet på effektivitet, tid og økonomi, før faglig dygtighed og patienters individuelle behov. Herved pådrager ledelsen sig et stort medansvar for, at det faglige fokus fjernes fra, hvordan patienterne rehabiliteres optimalt til, hvad der på kort sigt er muligt og konkret lader sig gøre (9). Dette modsætningsfyldte paradoks er gift for mange behandleres engagement og motivation. De føler sig ofte meget alene om, at håndtere de svære etiske dilemmaer i den daglige kontakt med patienter og pårørende, som afledes heraf (12).

### *Patientinddragelse ved svær hjerneskade*

Patienter bør i udgangspunktet deltage i alle møder af besluttende karakter (9-11). Målsætningsdrøftelser tidligt i forløbet kan dog paradoksalt nok være uden for nogle patienters formåen og er derfor potentiel uetisk. Behandlerne må i så fald undersøge og vurdere i nogle uger for så, at målsætte i dialog med de pårørende samt kommunikere beslutninger herom til patienten på en værdig måde. I denne gråzone mellem autonomi og paternalisme er den svære etiske kunst, at tage ansvar for at hjælpe, uden at tage mere ansvar end absolut nødvendigt fra patienten.

Et andet paradoks er, hvorvidt behandlerens egne forventninger til målsætningsprocessen er baseret på, at patienterne, selv kan overskue mål og indsatsområder. Mange patienters overblik og klarsyn er som nævnt ofte påvirket. For de patienter som selv for nemmer, at der er noget galt, må det være en forfærdelig oplevelse især, hvis behandlerne ikke systematisk sikrer inddragelse af alle relevante forhold i målsætnings- og rehabiliteringsprocessen.

### *Rehabilitering af følelsesmæssige problemer*

En del apopleksipatienter oplever selv følelsesmæssige problemer, som de største begrænsninger i livet, også efter endt rehabilitering (13). At målsætningsarbejde og rehabilitering overvejende inddrager patientens ydre livsverden, forstået som den fysiske krop, aktivitet og deltagelse, kan derfor undre. Herved overses paradoksalt nok ofte,

rehabilitering af patientens indre livsverden, forstået som bemestring af de personlige identitets- og følelsesmæssige udfordringer (14-16).

I kampene i mørkets grænseland overtager følelserne via «reptilhjernen»; amygdala og hjernestammen ofte mere af styringen, via ændringer af storhjernens arousal niveauer. Det kan medføre Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD). Symptomer på PTSD er nedsat følelsesmæssig spændvidde, opfarethed og aggression, koncentrationsproblemer samt søvnproblemer og mareridt, som hos nogle apopleksi- og hjerneskadepatienter kræver rehabilitering (17). Måske kan PTSD også beskrives, som hjerner og kroppe uden følelser, frarøvet alle lyster, passioner, bekymringer og sorger. Denne beskrivelse passer muligvis også på nogle af de såkaldte «umotiverede» patienter.

### *Følelser er kroppens «tanker» og «sprog»*

Følelser er altså kroppens tanker og budskaber, som taler et sprog, forstanden ikke altid forstår eller kan kontrollere. Følelser udtrykker sig lige så vel igennem kropssprog, handlinger og sindsstemninger som igennem tale. Unamuno (18) mener, at koblingen mellem kroppen, følelserne og forstanden er når vi sanser, føler, mærker og nogle gange forstår, hvad vi har brug for og lyst til:

*«Der er faktisk mennesker som tilsyneladende kun tænker med hjernen, eller hvad nu det specifikt tænkende organ hedder; mens andre tænker med hele kroppen og sjælen, med blodet, med knoglemarven, med hjertet, med lungerne, med maven og med livet.»*

Følelser spiller en større rolle for handlinger og adfærd end hjerneforskning traditionelt har anerkendt (19). Det er eksempelvis primært følelserne der afgør, hvad der er vigtigt eller ligegyldigt for os, hvad der gør os glade og håbefulde samt hvad vi synes er godt eller skidt. Løgstrup (20) mener følelserne er livets farver og gløder, hvis vi altså forstår dem:

*«Forståelsen af verden og vor verden er stemt. Forståelsen er betinget af dens stemthed. Uden følelse ingen forståelse fordi, betydningshorisonten åbnes af følelser.»*

## Hvad er motivation?

### *De oversete personlige faktorer og ICF*

Motivation er uklart defineret i rehabiliteringslitteraturen (21). ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) beskriver motivation som «... en global mental funktion, en bevidst eller ubevidst drivkraft, som afføder intentionen til at handle.» Graden af motivation hænger imidlertid tæt sammen med oplevelsen af personlig relevans og meningsfuldhed for målrettet, at udføre en given præstation, handling eller aktivitet. Vigtige, men ofte oversete, dele af motivationsarbejde er derfor ICF's personlige faktorer, så som følelsesmæssige og kognitive ressourcer, coping- og mestringsevner, identitet, værdier, livssyn og livskvalitet (22). Jensen & Borg (23) skriver at:

*«ICF indfanger imidlertid ikke den subjektive betydning, som sygdom, symptomer og funktionsevnebegrænsninger har i personens livsførelse i hverdagen, og som ofte har afgørende indflydelse på personens motivation for at deltage aktivt i et rehabiliteringsforløb.»*

### *Motivation: en målrettet relationel følelse og handling*

Psykologilitteraturen forstår motivation mere nuanceret end rehabiliteringslitteraturen (21). De forskellige psykologiske teorier er enige om, at motivation er en målrettet relationel følelse og handling, som løbene interagerer med sine omgivelser (24). Frølund (25) viser, at motivation skabes igennem målrettet handling, relation og åbenhed:

*«I rehabilitering er følgelig både behandler og siden patienten handlende, og uden dette samarbejde lykkes forløbet ikke. Behandlerens handling er at vise noget er muligt, patientens er at lade muligheden bryde sygdommens ufrihed.»*

I mørkets grænseland kan apati, aggression, depression, angst, meningsløshed og håbløshed, være følelsesmæssige reaktioner på en tilsyneladende umulig livssituation. Det rejser centrale spørgsmål omkring, hvordan vi vurderer om patienterne er «umotiverede». En faglig praksis som mange tilsyneladende finder helt naturlig (2, 6, 21). Fagligt ureflekterede vurderinger risikerer imidlertid, at blive selvpfyldende profetier, fordi

det vi tror om dig og hvordan vi ser på dig, sådan bliver du. En klientcentreret tankegang mener derimod, at al adfærd rummer en eller anden positiv intention, uanset hvor afvigende denne adfærd forekommer. Den etiske (ud)fordring er her, ifølge Løgstrup (26), at du holder et andet menneskes liv i din hånd:

*«Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej.»*

**Motivation: en ydre såvel som en indre relationsproces**

Behandlere har altid et medansvar for «umotiverede» patienter og uvirksom rehabilitering. «Umotiveret» betyder i første omgang, at patienten ikke forstår eller tillægger den aktuelle rehabilitering personlig relevans og meningsfuldhed. Udfordringen er derfor, at opfinde og kreativt tilrettelægge rehabiliteringsaktiviteter med helt særlig personlig relevans og meningsfuldhed. At behandlernes ydre rolle som aktiv motivationskatalysator ofte er lige så vigtig, som patientens eget indre motivationsarbejde, er derfor en overset pointe (21). Motiverende samtaler reducerer eksempelvis risikoen for depression og forbedrer markant apopleksi-patienters følelsesliv (27).

**Følelserne er kongevejen til meningsfuld motivation**

I klientcentreret kommunikation er følelserne kongevejen til, at katalysere personlig relevant og meningsfuld motivation (28). For uddybning af klientcentrering henvises til den righoldige litteratur på området. Nedenfor beskrives kort klientcentreringens motiverende kræfter.

Hvis vi behandlere virkelig evner, at være empatisk indfølelse og accepterende, får vi et kraftfuldt motiverende kommunikationssværktøj til vores rådighed. Empati er vel at mærke ikke bare en teknik eller en til lært metode. Empati skal for at være ægte komme fra hjertet. Via opmærksomhed på de følelsesmæssige temaer, i patientens adfærd, handlinger og kommunikation, kan behandlerne stille kreative spørgsmål og

fortælle små historier, metaforer og eventyr, som motiverer og fremmer følelsesmæssige ressourcer samt medvirker til identitetsrekonstruktion. Situationsforståelse samt modet til indfølelse, med patientens tarv og autonomi for øje, at vove sig frem og handle spontant er derfor centralt. Mod, nærvær, engagement og kreativitet er her ikke det modsatte af struktur og overblik, men er tvært imod afhængig heraf (29).

**Det er umuligt ikke, ikke, at kommunikere**

De spørgsmål som vi behandlere stiller, åbner for én verden og lukker for andre verdener. Vi kan med andre ord ikke, ikke, kommunikere og påvirke. Det er komplet umuligt. Derfor er visse sundhedsprofessionelles «uskrevne regler» om afstand og neutralitet en illusion. Alt hvad vi gør, og ikke gør, i de relationer vi indgår i, påvirker naturligvis. Ved at vove kommunikationen fra menneske til menneske, anvendes dette selvindlysende kommunikationsfaktum i klientcentrering til systematisk, at påvirke identitets- og følelsesmæssige udfordringer samt til at katalysere motivation med særlig personlig relevans og meningsfuldhed. Ifølge Thornquist (30) er måden vi (be)handler og kommunikerer på derfor altafgørende for, hvordan patienterne påvirkes og motiveres.

*«...i selve valget af faglige handlinger formidler de professionelle implicit det, de anser for at være væsentligt og uvæsentligt, relevant og irrelevant. Således styrer de patientens meninger og handlinger på mange forskellige måder.»*

**Kardinalpunktet er patientrelationen**

I klientcentreret kommunikation såvel som i rehabilitering har behandlerne hovedansvaret for relationen. Behandlere skal afslappet kunne agere nysgerrigt og åbent i forhold hertil for, at danne sig et overblik over, hvad der sker og er på spil i relationen. Naturligvis uden at (for)dømme patienten, apropos de forrige afsnit. Kardinalpunktet er derfor konstant at udbygge relationen.

En veletableret relation er en udviklingsmulighed for både behandler og patient. Herved skaber man også sig selv mere plads som behandler, netop fordi medmennesket i patienten gives plads. Oprigtig klientcentreret åbenhed og imødekommenhed kommunikerer igennem samtale, humor, alvor, smil, berøringer, mimik og kropssprog samt øjnene, ja sågar igennem tavshed.

**At vove sig frem og blive imødekommet**

Klientcentrering anvender en indirekte og nænsom kommunikationsform, der ikke aktiverer modstand eller forsvar på samme konfronterende måde, som den motiverende samtale og andre mere direkte kommunikationsformer ofte gør. Helt centralt er, at opnå entydighed mellem de verbale og non-verbale budskaber. Pas derfor på, at dine ord og handlinger altid stemmer overens. Kommunikation lykkes når det verbale og non-verbale går hånd i hånd. Når du føler dig spontant og oprigtigt imødekommet af hele mig og jeg af hele dig. Løgstrup (26) siger det enkelt og smukt:

*«Det fundamentale i al kommunikation er, at vove sig frem og at blive imødekommet.»*

**Den etiske udfordring i klientcentreret rehabilitering**

Vi arbejder allerede klientcentreret, vil nogle måske sige. I daglig praksis afgøres det imidlertid ikke af, hvad man siger og tror, men derimod af ens konkrete (be)handling i relationen med patienten. Det er uacceptabelt, hvis patienten ikke oplever sig imødekommet af behandleren, når patienten vover sig frem. Uanset hvad, så demotiveres patienten herved. Imødekommer patienten ikke behandleren, må denne overveje, om hun evner, at møde patienten klientcentreret eller søge vejledning. Alternativt må en anden behandler tage over. Hver gang vi behandlere ikke evner eller tør, at handle oprigtigt imødekommende er etikken såvel som klientcentreringen alvorligt truet.

**Klientcentreret rehabilitering forudsætter dialog mellem paradigmerne**

I et sundhedsvidenskabeligt perspektiv er behandleren eksperten for, at være skarp på *diagnostik, behandling og genoptræning*. Alligevel risikeres etiske og faglige fejl, hvis vi kun anvender sundhedsvidenskabelige metoder i målsætnings- og motivationsarbejdet. Det skyldes en uudviklet side ved sundhedsvidenskab eller dens foretrukne forskningsmetodevalg. Nemlig en begrænset interesse for humanvidenskabeligt menneske- og kommunikationsarbejde, som er centralt indenfor *rehabilitering*, hvor også patienten er ekspert. Et nyt australsk review (31) bekræfter, at alliancen eller relationen mellem behandler og patient, i sig selv har en positiv betydning for, og ofte en direkte



målbar effekt på rehabiliteringen. Nedenfor skitseres, hvordan dialogen imellem paradigmerne etableres i praksis:

- A. Først etableres den åbne og accepterede klientcentrerede kommunikation.
- B. Dernæst den ekspertstyrede sundhedsfaglige kommunikation omkring diagnostik, behandling og genoptræning.
- C. Herefter reetableres den åbne og accepterede klientcentrerede kommunikation.

## Afslutning

### Følelsesmæssigt engagement, motivation og virkelyst er et fælles ansvar

Følelsesmæssigt engagement, motivation og virkelyst er et ansvar, som behandlere og patienter er fælles om. Behandlere har et fagligt såvel som et etisk medansvar herfor. Patienten har, afhængig af sine ressourcer, forskellige grader af et medansvar. Det er uetisk, hvis patienter på et spinkelt ureflekteret grundlag bedømmes som umotiverede.

### Motivationsarbejde forudsætter mod og indføling hos behandlerne

Motivationsarbejde kræver mod og indføling hos behandlere, fordi vi tit er nødt til, at vove os frem og gå ind i mørkets følelsesmæssige grænseland sammen med patienterne. Samtidig arbejdes der med, at udvikle den relation som ofte gør, at patienten motiveres til gradvist, at gå fra at være passiv tilskuer til, at være aktiv deltager i rehabiliteringen, såvel som i eget liv.

### De to centrale processer i målsætnings- og motivationsarbejde

Målsætnings- og motivationsarbejde er kunsten, at kombinere to videnskabelige processer. Den ene proces; krops-, aktivitets- og deltagnelsesniveauerne i ICF, består i målsætning, planlægning og konkret udførelse af almindelig *diagnostik, behandling og genoptræning* samt praktisk tilpasning til livet med kronisk sygdom.

Den anden proces; de personlige faktorer i ICF, består i målsætning, planlægning og udførelse af rehabiliteringen. Nemlig kommunikations- og menneskearbejdet med motivation og identitetsrekonstruktion samt de følelsesmæssige udfordringer, hvorefter livets farver og gløder forhåbentlig igen, kan bemestres. Udfordringen til målsætnings- og motivationsarbejde er, at få de to processer og videnskabelige paradigmer

til, at samarbejde til gavn for patienternes rehabilitering.

## Tak

Tak til fysioterapeuterne Jakob Grum, Lene Hansen, Marianne Borne, Johanne Rasmussen, Anne Karlsson, Sinne Christensen, Annette Ravnholt og David Hansen, psykologerne Lars Bak, Svend Andersen og Casper Larsen, neuropsykolog, Ph.d. Elizabeth Cantor-Graae, filosof, Mag. Art. Ph.d. Sune Frølund, lektor i specialpædagogik, Ph.d. John Maul, Dr. Scient. Soc. Dorte Gannik, Overlæge, neurolog Esther Greve, fysioterapeut, Ph.d. Nina Billenstein Schriver samt ergoterapeut Ph.d. Staffan Josephsson for Ph.d. kurset i Stockholm 2009.

## Litteratur

1. Van den Broek MD. Why does neurorehabilitation fail? *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2005; 20: 464-73.
2. Siegert RJ, McPherson KM, Taylor K. Toward a cognitive-affective model of goal-setting in rehabilitation: is self-regulation theory a key step? *Disability and Rehabilitation* 2004; 26(20): 1175-83.
3. Wottrich AW, Stenstrøm C, Engardt M et al. Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and the therapist's perspective. *Disability and Rehabilitation* 2004; 26(20): 1198-205.
4. Holliday RC, Cano S, Freeman JA et al. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78(6): 576-80.
5. McPherson KM, Kayes N, Weatherall H. A pilot study of self-regulation informed goal setting in people with traumatic brain injury. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 296-309.
6. Siegert RJ, Taylor WJ. Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2004; 26(1): 1-8.
7. Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 291-95.
8. Wilson BA. Goalplanning Rather Than Neuropsychological Tests Should Be Used To Structure And Evaluate Cognitive Neurorehabilitation. *Brain Impairment* 2003; 4(1): 25-30.
9. Cott CA. Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disability And Rehabilitation* 2004; 26(24): 1411-22.
10. Shakespeare T. *Disability Rights and Wrongs*. Routledge, 2006.
11. Efraimsson E, Sandman PO, Hydén L-C et al. Discharge planning: «fooling ourselves?» - patient participation in conferences. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13(5): 562-70.
12. Blackmer J. Ethical Issues in Rehabilitation Medicine. *Scand J Rehab Med* 2000; 32: 51-5.
13. Cardol M, van den Bos GAM, Beelen A et al. Beyond disability; perceived participation in people with chronic disabling conditions. *Clinical Rehabilitation* 2002; 16: 27-35.
14. Ylvisaker M, McPherson KM, Kayes N, et al. Metaphoric identity mapping: Facilitating goal setting and engagement in rehabilitation after traumatic brain injury. *Neuropsychologic Rehabilitation* 2008; 18: 713-41.
15. Aujolat I, Marcolongo R, Bonadiman L et al. Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily control. *Social Science & Medicine* 2008; 66: 1228-39.
16. Ellis-Hill C, Payne S, Ward C. Using stroke to explore the Life Thread Model: An alternative approach to understanding rehabilitation following an acquired disability. *Disability & Rehabilitation* 2008; 30(2): 150-9.
17. Bruggemann L, Annoni JM, Staub F et al. Chronic posttraumatic stress symptoms after nonsevere stroke. *NEUROLOGY* 2006; 66: 513-16.
18. Unamuno M. *The Tragic Sense of Life*. Globus Publishing New York - Berlin, 1972, s 18.
19. LeDoux J. *The emotional brain*. Phoenix, 1999.
20. Løgstrup K. *Vidde og prægnans*. Gyldendal, 1976, s 93.
21. Maclean N, Pound P, Wolfe C et al. The Concept of Patient Motivation - A Qualitative Analysis of Stroke Professionals Attitudes. *Stroke* 2002; 33: 444-8.
22. McDougall J, Wright V, Rosenbaum P. The ICF model of functioning and disability: Incorporating quality of life and human development. *Development Neurorehab* 2010; 13(3): 204-11.
23. Juul Jensen U, Borg T. Paradigmer og praksisformer i rehabilitering - en analytisk tilgang. Arbejdsrapport fra Hammel Neurocenter. Oktober 2004 - Februar 2005.
24. Rado S. *Adaptional Psychodynamics: Motivation and Control*. 1. Edition. New York: Science House, 1969.
25. Frølund S. *Medard Boss' Lægekunst*. Sociologi i Dag, nr. 3, 1996.
26. Løgstrup K. *Den etiske Fordring*. Gyldendals Bogklubber, 2008, s 19 og s 25.
27. Watkins CL, Auton MF, Deans CF et al. Motivational interviewing early after acute stroke. *Stroke* 2007; 38: 1004-9.
28. Rogers CA. *A way of being*. Houghton-Mifflin Company, 1980.
29. Lankton CH, Lankton SR. *Tales of Enchantment, Goal-oriented Metaphors for Adults And Children in Therapy*. Brunner/Mazel Publishers, New York, 1989.
30. Thornquist E. *Klinik - Kommunikation - Information*. Hans Reitzels Forlag, 2000, s 164.
31. Hall, AM, Ferreira, PH, Maher, CG et al. The Influence of the Therapist - Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy* 2010; 90(8): 1099 - 110.