

EXAMENSARBETE

MARINA CORIN

Ergoterapeutens kliniska resonemang

Marina Corin

Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola
Utbildningsprogrammet i Ergoterapi

Helsingfors 2010

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Ergoterapi
Identifikationsnummer:	6258
Författare:	Marina Corin
Arbetets namn:	Ergoterapeutens kliniska resonemang
Handledare (Arcada):	Denice Haldin
Uppdragsgivare:	Helsingfors Ergoterapi Ab / Helsingin Toimintaterapia Oy
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete gjordes i samarbete med Helsingfors Ergoterapi Ab. Helsingfors Ergoterapi Ab önskade att detta arbete teoretiskt ska beskriva ergoterapeuternas tankeprocess i praktiken. Syftet med examensarbetet är att synliggöra ergoterapeutens kliniska resonemang, hos ergoterapeuter som arbetar med barn. Arbetets frågeställningar är: hur syns det narrativa, procedurala, pragmatiska, interaktiva och det conditionala resonemanget hos en ergoterapeut som jobbar med barn. Finns det andra former av kliniskt resonemang hos ergoterapeuter som arbetar med barn? Arbetets teoretiska referensram är kliniskt resonemang. Metoden som användes är kvalitativa temaintervjuer. Informanterna bestod av sex ergoterapeuter med 5-25 års erfarenhet av att arbeta som ergoterapeut med barn. Meningskoncentrering användes som analysmetod och följande kategorier uppstod från analysen: ergoterapeutens kunskap och resurser, bedömning, mål, barnens motivation, barnens trygghet, samarbete och kommunikation, val av aktiviteter och utvärdering av terapin.</p> <p>Resultatet från denna undersökning visar att ergoterapeuterna på Helsingfors Ergoterapi Ab använder sig av samtliga olika sätt att kliniskt resonera, det vill säga: vetenskapligt, diagnostiserande, proceduralt, narrativt, pragmatiskt, etiskt, conditionalt och interaktivt resonemang.</p>	
Nyckelord:	Helsingfors Ergoterapi Ab / Helsingin Toimintaterapia Oy, ergoterapi, kliniskt resonemang
Sidantal:	52
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Occupational therapy
Identification number:	6258
Author:	Marina Corin
Title:	The clinical reasoning of occupational therapists
Supervisor (Arcada):	Denice Haldin
Commissioned by:	Helsingfors Ergoterapi Ab / Helsingin Toimintaterapia Oy
<p>Abstract:</p> <p>This thesis was made in cooperation with Helsingfors Ergoterapi Ab. Helsingfors Ergoterapi Ab wished that this project theoretically would describe the occupational therapists way of thinking in their practical job. The purpose with this thesis is to visualize occupational therapists clinical reasoning. The thesis is specified to occupational therapists working with children. The thesis issues are: how is the narrative, procedural, pragmatic, interactive and conditional reasoning seen at an occupational therapist working with children? Are there any other forms of clinical reasoning that occupational therapists working with children use? The thesis theoretical frame of reference is clinical reasoning. The method used is qualitative theme interviews. The informants are six occupational therapists that have worked with children 5-25 years. Sentence concentration was used to analyze the material and the new categories that rise from the interviews are: the occupational therapist's knowledge and resources, assessment, goals, the children's motivation, the children's safety, cooperation and communication, choice of activities and evaluation of therapy.</p> <p>The result from this investigation shows that occupational therapists at Helsingfors Ergoterapi Ab use all of the different modes of clinical reasoning, which means: scientific, diagnostic, procedural, narrative, pragmatic, ethical, conditional and interactive reasoning.</p>	
Keywords:	Helsingfors Ergoterapi Ab / Helsingin Toimintaterapia Oy, occupational therapy, clinical reasoning
Number of pages:	52
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL

FÖRORD

1 INLEDNING	6
2 BAKGRUND	7
2.1 Definition av kliniskt resonemang	7
2.2 En historisk tillbakablick	8
2.3 Faktorer som formar terapeutens kliniska resonemang	9
2.4 Professionell kompetens	10
2.5 Aktivitetsutförandeprocessen i ergoterapi	12
2.6 Teoretisk referensram	16
2.6.1 Vetenskapligt resonemang	17
2.6.2 Narrativt resonemang	18
2.6.3 Diagnostiserande resonemang	18
2.6.4 Pragmatiskt resonemang	19
2.6.5 Proceduralt resonemang	19
2.6.6 Etiskt resonemang	20
2.6.7 Interaktivt resonemang	22
2.6.8 Conditionalt resonemang	22
2.7 Tidigare forskning	23
3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	28
4 METOD	29
4.1 Urvalsförfarande och informanterna	29
4.2 Datainsamling	30
4.3 Analys	31
4.4 Etiska aspekter	32

5 RESULTATREDOVISNING	34
5.1 Ergoterapeutens kunskap och resurser	34
5.2 Bedömning	34
5.3 Mål	35
5.4 Barnens motivation	36
5.5 Barnens trygghet	36
5.6 Samarbete och kommunikation	38
5.7 Val av aktiviteter	39
5.8 Utvärdering av terapin	39
5.9 Tolkning	40
6 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING	44
6.1 Resultatdiskussion	44
6.2 Metoddiskussion	45
6.3 Fortsatt forskning	47
Källor	49
Bilagor:	
Bilaga 1a och 1b. Följebrev till föräldrarna	
Bilaga 2a och 2b. Följebrev till Helsingfors ergoterapi AB	
Bilaga 3a och 3b. Intervjuguide	

FÖRORD

Jag vill inleda med att tacka ergoterapeuterna på Helsingfors Ergoterapi Ab för att de ställde upp som informanter i denna undersökning. Jag vill även tacka Er för att jag fick möjligheten att utföra en lärorik yrkespraktik hos er i Malm. Yrkespraktiken på er mottagning gav mig ny kunskap och det var en glädje att få en inblick i det fina arbete ni gör. Att jag hade utfört en sju veckors praktik på Helsingfors Ergoterapi Ab var även till stor hjälp i denna undersökning eftersom jag under intervjutillfället visste vad ni pratade om då ni t.ex. berättade om era utrymmen eller hur ni jobbar tillsammans med klienten och dess omgivning. Er kunskap och samarbetsvillighet satte guldkant på denna undersökning.

Min handledare Denice Haldin har troget guidat och funnits till hands under processens gång, tack för det! Mina föräldrar och släktingar har hjälpt till med att korrekturläsa min text och hjälpt mig översätta text från svenska till finska, stort tack för det! Mina vänner, kollegor och lärare har troget uppmuntrat, lyssnat och hjälpt mig under processens gång, tack för det! Sist men inte minst ett hjärtligt tack till min sambo som stått ut med mig under min forskningsprocess!

1 INLEDNING

Detta examensarbete görs i samarbete med Helsingfors Ergoterapi Ab/Helsingin Toimintaterapia Oy som är en verksamhet som erbjuder individuella terapier, grupptherapier och ergoterapiundersökningar. Helsingfors Ergoterapi Ab:s tjänster lämpar sig för alla åldrar men deras största klientgrupp är barn. Mitt intresse för att göra detta arbete om kliniskt resonemang väcktes under praktiken då jag blev intresserad av ergoterapeuternas sätt att tänka och resonera i sitt arbete. Helsingfors Ergoterapi Ab önskar att detta arbete teoretiskt ska kunna beskriva ergoterapeutens tankeprocess i det praktiska arbetet. Det finns många teoretiska modeller som ergoterapeuten kan använda i sitt arbete för att förstå klienterna, medan det kliniska resonemanget är fokuserat på terapeuten och hur terapeuten agerar i sitt arbete. (Schell & Schell 2008:6) Därför ligger det i mitt och beställarens intresse att detta examensarbete skall synliggöra och konkretisera det kliniska resonemanget hos ergoterapeuter som arbetar med barn. Det kliniska resonemanget spelar en viktig roll då terapeuten ska överföra teoretisk kunskap till praktisk handling. (Mitchell & Batorski 2009:136) Därför anser Mitchell och Batorski (2009:136) att det är väldigt viktigt att ett kliniskt resonemang utgör en del av ergoterapiutbildningen eftersom ett kliniskt resonemang senare utgör en viktig del av en effektiv problemlösning i ergoterapin. Genom att terapeuterna har kunskap om sitt sätt att kliniskt resonera så kan terapeuterna utveckla sitt arbete och på så sätt erbjuda bättre service till klienterna. (Unsworth 2005:38)

Kliniskt resonemang är ett komplext begrepp som behandlas grundligt i examensarbetets bakgrund. Eftersom ett kliniskt resonemang fått sin början redan på Aristoteles tid så behandlas även dess historia. Terapeutens kliniska resonemang utvecklas vart efter terapeuten får mera erfarenhet och blir professionellt mera kompetent. För att få en förståelse för vad professionell kompetens är och hur den utvecklas så beskrivs även det i bakgrunden. I detta arbete synliggörs ergoterapeutens resonemang i aktivitetsutförandeprocessen som beskrivs i början av arbetet. Längre fram i arbetet presenteras själva genomförandet av den kvalitativa studien och i slutet av detta arbete presenteras resultaten och förslag på vidare forskning inom området.

2 BAKGRUND

I början av denna bakgrundsdel kommer begreppet kliniskt resonemang och dess historia att klargöras. Sedan förklaras vad som formar ergoterapeutens kliniska resonemang, vad professionell kompetens innebär och hur aktivitetsutförandeprocessen i ergoterapi används. Professionell kompetens presenteras i detta arbete eftersom ergoterapeutens arbetssätt baserar sig på professionell kompetens. I slutet av detta kapitel presenteras studiens teoretiska referensram som är det kliniska resonemanget.

2.1 Definition av kliniskt resonemang

Det finns många olika definitioner på kliniskt resonemang (Schell & Schell 2008:5). Litteraturen använder ofta begrepp som kliniskt resonemang, kritiskt resonemang, kliniskt beslutstagande, klinisk problemlösning och professionellt resonemang för att beskriva tankeprocessen som terapeuter använder sig av i praktiken för att lösa sina problem. (Fortune & Ryan 1996, Mitchell & Batorski 2009, Schell & Schell 2008:5) Kliniskt resonemang är ett begrepp som används både inom den medicinska sjukvården samt inom rehabilitering (Schell & Schell 2008:5). När jag i detta arbete skriver om kliniskt resonemang så syftar jag enbart på resonemanget inom ergoterapi. Detta arbete baserar sig på litteratur som använder begrepp som kritiskt resonemang, klinisk problemlösning eller kliniskt beslutstagande men jag har valt att använda begreppet kliniskt resonemang i detta arbete.

Ergoterapeutens arbete är svårt att undersöka eftersom terapeuten får komplexa handlingar att se enkla ut...” Terapeuter gör aldrig bara en sak åt gången... och aldrig bara av en orsak”. (Mattingly & Fleming 1993:3,33–34) Ergoterapeuten fattar sina beslut om vilka mål som är viktigast att jobba mot i terapin och vilka aktiviteter som har bäst terapeutisk verkan genom processen som kallas kliniskt resonemang. Denna process genomgår ergoterapeuten individuellt för varje barn. (Case-Smith 2001:247) Ett kliniskt resonemang är en komplex process som baserar sig på både kliniska erfarenheter och på ergoterapiutbildningen (Doumanov & Rugg 2003). Utbildning behövs för att kunna utveckla och förstå det kliniska resonemanget men det räcker inte enbart med teori utan det behövs även praktisk erfarenhet för att terapeuten ska kunna fatta bra beslut. (Mattingly & Fleming 1991:9). Kliniskt resonemang är till stor del outtalad kunskap samt ett väldigt fantasiaktigt och djupt fenomenologiskt sätt att tänka (Fortune & Ryan 1996).

Ergoterapeutens kunskap är främst outtalad kunskap men kunskapen framkommer i agerandet. (Turner et al. 2002:88) Outtalad kunskap är något som ergoterapeutövare är bekymrade över eftersom de inte kan förklara för andra vad de gör och varför de gör som de gör. (Mattingly & Fleming 1993:9-10) Tack vare forskning inom ämnet kliniskt resonemang så kan man nu sätta ord på terapeuternas tankar. Tidigare fanns det inget ”språk” som kunde beskriva vad den tysta kunskapen är. (Frew et al. 2008)

”Clinical reasoning helps create a language, a framework for thinking about practice that truly makes sense.” (Mattingly & Fleming 1993:14)

2.2 En historisk tillbakablick

Filosofin var den första vetenskapen som grundligt bearbetade teorier om kunskap och individens sätt att tänka. Aristoteles betraktas som det professionella resonemangets grundare då han iakttog hantverkarnas sätt att arbeta och kunde konstatera att det finns planering och resonemang bakom männens sätt att arbeta. I takt med utvecklingen började psykologi och biologi ta filosofins plats vad gäller att förstå människans sätt att tänka. I slutet av 1800-talet och början av 1900-talet så använde forskare länge Darwins teorier om utvecklingen som grund för att förstå människans sätt att tänka och lära. Nästa förändring kom då vetenskapsmannen John Watson år 1948 kom underfund med att det var bättre att observera människans beteende än att fråga människorna vad de tänker. Detta ledde till att fokuset inom forskningen ändrades från att fokusera på tänkandet till att fokusera på förändringar i beteendet. (Schell & Schell 2008:7-9)

I början av 1900-talet började forskare undersöka hur sociala samband påverkar hur människor tänker och resonerar, detta var början på socialvetenskapen. En fransk fenomenolog, Paul Ricoeur, inspirerade flera forskare att undersöka betydelsen av en individs beslut samt individers reflektioner över sina erfarenheter som senare guidar deras professionella beslut. (Schell & Schell 2008:9-10) Kliniskt resonemang omfattar att undersöka sambandet mellan hur jag tänker och vad jag gör i praktiken (Schell & Schell 2008:14)

Termen kliniskt resonemang fick sin början på 1980 talet då forskare upptäckte att det inte fanns något sätt att förklara hur ergoterapeuter resonerar och varför de resonerar just så. Forskarna Rogers och Masagatani var de första som skrev om kliniskt resonemang i

ergoterapilitteraturen (Unsworth 2004:67). De upptäckte att ergoterapeuter oftast inte kunde förklara hur de resonerar eller hur de fattar vissa beslut i sitt arbete. Forskarna var bekymrade; om inte ergoterapeuterna själva kunde förklara resonemanget bakom sina beslut så hur kan då kunskapen läras ut? Denna upptäckt ledde till fortsatt forskning inom ämnet kliniskt resonemang med målet att förstå hur ergoterapeuter verkligen tänkte om det de gjorde. (Schell & Schell 2008:4)

Nästa steg i historien är då American Occupational Therapy Association (AOTA) och American Occupational Therapy Foundation (AOTF) år 1986 sponsorerade en stor undersökning som kallades "The Clinical Reasoning Study", för att de ville förbättra ergoterapeuternas arbete och ergoterapi utbildningen. Undersökningen klargjorde att det finns många sätt att resonera och inte bara ett som man tidigare hade trott. "The Clinical Reasoning Study" och dess resultat underlättar fortsättningsvis forskning inom ämnet. Forskningen sammanfattades i boken "Clinical Reasoning: Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice" som Mattingly & Fleming har skrivit. Sedan dess har mer än 50 undersökningar gjorts kring kliniskt resonemang för att förbättra ergoterapiutbildningen samt terapeuternas praktiska arbete. (Schell & Schell 2008:4) Boken "Clinical Reasoning: Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice" används till stor del som grund i detta arbete.

2.3 Faktorer som formar terapeutens kliniska resonemang

Ergoterapeutens kliniska resonemang formas av terapeutens världsåskådning. Världsåskådning baserar sig på en individs förmodande om livet och verkligheten, som i sin tur byggs upp av individens personliga, kulturella och historiska bakgrund. Individens världsåskådning blir grunden för terapeutens etiska värderingar, motivation och andlighet. (Unsworth 2004) Schell menar att terapeutens sätt att resonera påverkas av åtminstone 4 olika faktorer nämligen; klienten, utövandestruktur (practice setting), yrket samt terapeutens inre tro, värderingar och antaganden. (Schell & Schell 2008:14)

Många av människans beslut byggs på antaganden om det som vi tror är rätt. Vi presenterar t.ex. inte två personer för varandra om vi antar att de känner varandra sedan tidigare. I ett kliniskt resonemang kan antaganden ses som en grundkomponent som hjälper terapeuten att agera i praktiken. Människans antaganden formas i sin tur av individens personlighet,

förflutna och kulturen. (Schell & Schell 2008:14) Beroende på terapeutens kunskap om och förståelse för sina egna antaganden och paradig så kan dessa stöda terapeuten i arbetet. Terapeutens antaganden kan fungera som ett filter som hjälper terapeuten att prioritera och agera i arbetet, men antaganden kan även begränsa och hindra terapeutens kliniska agerande. (Schell & Schell 2008:28) Likaså kan terapeutens världsåskådning påverka terapin både positivt och negativt (Unsworth 2004). Mycket av nuvarande forskning kring kliniskt resonemang är inte adekvat för att fullt förstå resonemanget som används i praktiken. Exempelvis så finns det väldigt lite fakta kring hur individuella skillnader mellan människor påverkar terapeuternas sätt att resonera. (Schell & Schell 2008:6)

2.4 Professionell kompetens

Då en nyutbildad ergoterapeut ska börja ta sig fram i arbetslivet finns det två stora utmaningar. För det första att hitta sin professionella identitet för att kunna representera sitt yrke, och för det andra att veta vad man ska göra som ergoterapeut. (Kielhofner 2004:264) Ergoterapins paradig fungerar som en kultur som förenar ergoterapeuter världen över. Paradig kan definieras som en teori som förklarar vad yrkesutövare gör. Paradigmet baserar sig på professionens principer, intresseområdet och expertis. (Turner et al. 2003:52-53) Det nuvarande paradigmet i ergoterapin har sitt fokus på aktivitet. Man fokuserar på tre huvudsakliga teman; människans behov av att vara aktiv, problem i aktiviteten och ett aktivitetsinriktat arbetssätt. (Kielhofner 2004:66) Det som förenar ergoterapeuter är deras sätt att tänka kring vad som är viktigt för klienten och hur man ska närma sig klienten, samt problematiken. (Kielhofner 2004:4-6)

En individs professionella identitet baserar sig på paradigmet. Genom att känna till sitt paradig så kan den professionella identiteten formas. Professionell identitet innebär nämligen att man har en förståelse för vad man gör (Kielhofner 2004: 4-6). Varje ergoterapeuts professionella identitet är unik eftersom identiteten påverkas av personliga upplevelser. (Kielhofner 2004:265)

Professionell identitet baserar sig både på en individs karaktär samt på hur individen ser på saker. Professionell identitet gör det möjligt för en person att uttrycka att ”som ergoterapeut

anser jag att dessa situationer är problematiska, och det här är mitt förslag på hur de kan lösas” (Kielhofner 2004:6). Att ha en professionell identitet hjälper terapeuten att sträva mot att fokusera på vissa typer av problem, lösa problemen, samt att använda sig av utvalda metoder för att lösa problemen. Genom att ha en professionell identitet och arbeta på ett visst sätt så kan även andra yrkesgrupper lära sig något om ergoterapi och hur ergoterapi utförs. (Kielhofner 2004:6)

För att kunna förstå och identifiera specifika problem som klienten har så behöver ergoterapeuten vara kompetent. Ergoterapeutens abstrakta kunskap är terapeutens värderingar, antaganden, teorier, modeller och utförandeprocessen medan ergoterapeutens tekniska kunskap är kvalitativa och kvantitativa bevis, terapeutens kritiska aktivitetsanalyser och terapeutens personlighet och omgivning som påverkar dessa. (Townsend et al. 2007:244-245) Professionell kompetens innebär att terapeuten försöker använda lämpliga strategier, tekniker och utrustning i terapin för att lösa klientens problem. På samma sätt som professionell identitet ger ergoterapeuter världen över en gemensam karaktär så ger professionell kompetens terapeuterna möjlighet att erbjuda samma typer av service fastän omständigheterna varierar (Kielhofner 2004:6).

2.5 Aktivitetsutförandeprocessen i ergoterapi

Skribenten har valt att lyfta fram det kliniska resonemanget i aktivitetsutförandeprocessen (Occupational Performance Process Model) eftersom aktivitetsutförandeprocessen syns i det kliniska resonemanget som är temat för studien. I aktivitetsutförandeprocessen ingår remiss, bedömning, planering av program, genomförande, avslutande, uppföljning och utvärdering. (Townsend et al. 2002:58) För att nämna några likheter mellan det kliniska resonemanget och aktivitetsutförandeprocessen så framkommer det conditionala resonemanget då ergoterapeuten läser remissen och funderar om individen ifråga har nytta av ergoterapi (Schell & Schell 2008:100). I det procedurala resonemanget identifierar terapeuten funktionella problem och utvecklar en interventionsplan (Mattingly & Fleming 1993:121). Det conditionala resonemanget kommer alltså fram i remisskedet och det procedurala då programmet för terapin planeras.

Aktivitet är ett viktigt begrepp inom ergoterapi och ergoterapeuter anser att aktiviteter ger mening i livet, påverkar individens beteende och att aktiviteter utvecklas och varierar genom livet. Aktiviteter påverkas och formas av den miljö som individen befinner sig i. Framförallt så kan aktivitet vara terapeutisk. (Townsend et al 2007:3) Aktiviteter hjälper individer att förstå vem de är, vad de kunde göra och vem de kan bli (Christiansen & Baum 2005:223). Utgående från detta är ergoterapeutens uppgift att möjliggöra aktivitet. Ergoterapeuten definieras som en möjliggörare som underlättar för klienter istället för att göra allt för dem. (Townsend et al. 2002:2)

För att möjliggöra aktivitet hos individer så kan ergoterapeuter använda sig av aktivitetsutförandeprocessen ”Occupational Performance Process Model, (OPPM)”. Aktivitetsutförandeprocessen är utvecklad för att hjälpa ergoterapeuter att strukturera sitt arbete både i individuella terapier och grupperapier. Aktivitetsutförandeprocessen är utvecklad utgående från klientens behov, aktivitetsutförandet och ett klient-centrerat arbetssätt. (Townsend et al. 2007:231) Aktivitetsutförandemodellen är även en allmän modell som kan användas med olika klienter och i olika miljöer. (Townsend et al. 2002:58) Processen kan verka lätt att utföra, men ergoterapeuter behöver komplex kunskap för att arbeta genom de olika stegen tillsammans med klienten för att möjliggöra aktivitet. (Townsend et al. 2002:58) Aktivitetsutförandeprocessen i ergoterapi består av sju steg som Townsend (2007:231) definierar på följande sätt;

1. Namnge, bekräfta och prioritera aktivitetsutförande problematik
2. Välja teoretisk referensram som guidar terapeuten i resten av aktivitetsutförandeprocessen
3. Identifiera aktivitetsutförande komponenter och omgivningsmässiga förhållanden
4. Identifiera klientens styrkor och resurser
5. Utveckla en handlingsplan tillsammans med klienten samt komma överens om målen för ergoterapi
6. Förverkliga handlingsplanen genom aktivitet
7. Utvärdera aktivitetsutförandet utifrån det teoretiska närmelsesätt som valts

Namnge och prioritera aktivitetsutförandeproblematik

Första steget i aktivitetsutförandeprocessen är att hitta de problem som klienten anser är viktig för henne. Eftersom det kan finnas aktivitetsutförandeproblem på många områden så är det viktigt att ergoterapeuten tillsammans med klienten prioriterar och namnger vad som är viktigast att jobba med just nu. Första steget är väldigt viktigt eftersom det utgör grunden för resten av processen och samarbetet mellan klient och terapeut. (Townsend et al. 2002:63-65)

Då det gäller ergoterapi med barn så samarbetar ergoterapeuten med barnets familj, skola eller dagis för att samla information om barnet och få en förståelse för barnet (Case-Smith 2001:3). Enligt Roger & Ziviani (2006:30) är det barnens familj och andra närstående som har mest information och känner barnet bäst, därför är det viktigt att samarbeta med dem. Om inga problem i klientens aktivitetsutförande kan identifieras så avslutas processen.

Välja teoretisk referensram

Steg två handlar om att välja en teoretisk referensram eller flera teoretiska referensramar som guidar ergoterapeuten i sitt arbete. En teoretisk referensram kan även vara ergoterapeutiska modeller, paradigmer eller teorier som är testade i praktiken. Den teoretiska referensramen ska guida terapeuten och terapeutens handlingar och assistera terapeuten i hur han ska fortskrida sina handlingar. Den teoretiska referensramen kan vara till nytta då ergoterapeuten ska förklara sina handlingar för klienten eller andra. Vilken teoretisk referensram som väljs beror på klientens svårigheter, där målet med terapi och klientens tidigare erfarenheter påverkar val av teoretisk referensram. (Townsend et al. 2002:65-66)

Identifiera aktivitetsutförande komponenter och beakta miljön

Här avgör ergoterapeuten vilka omgivningsfaktorer eller aktivitetsutförandekomponenter som inverkar på klientens aktivitetsutförandeproblem. För att identifiera vilka svårigheter klienten har så gör ergoterapeuten en bedömning. Här är det viktigt att terapeuten funderar på vad som är relevant att bedöma, eftersom det sällan är relevant att bedöma alla olika områden. Vad som bedöms beror på vad som kommit fram i steg 1, då aktivitetsutförandeproblem identifierades tillsammans med klienten. Om klienten t.ex. har problem med att ta hand om sin hygien så är det relevant att bedöma en sådan situation. Eftersom varje individ är unik så är även aktivitetsutförandekomponenterna unika för varje person och aktivitetsutförandekomponenterna påverkas av omgivningen kring klienten. Miljön är till exempel viktig att beakta vid bedömning av köksaktiviteter. Om man bedömer en klient utförande i ett obekant kök så kan resultatet vara dåligt eftersom klienten befinner sig i en obekant miljö, men om bedömningen utfördes hemma hos klienten kunde resultatet vara annorlunda. (Townsend et al. 2002:67-68)

Identifiera klientens styrkor och resurser

Efter att ha genomfört steg 1 och 3 i processen så har terapeuten ofta material för att kunna identifiera klientens styrkor och resurser. Terapeuten kan också fråga klienten själv vilka dess

styrkor och resurser är. Ergoterapeuten använder klientens styrkor och resurser för att träna problem som finns i aktivitetsutförandet. Klientens styrkor finns i individen själv såsom motivation, coping förmåga, humor och klientens resurser finns i omgivningen, såsom familjen, vänner och samhället. (Townsend et al. 2002:69-72)

Utveckla handlingsplan och sätta upp mål

En ergoterapeut som arbetar klient-centrerat försöker tillsammans med klienten sätta upp mål för terapin som baserar sig på det som klienten skulle vilja klara av/lära sig att göra. Målen uppstår från vad ergoterapeuten och klienten tror att klienten kan klara efter en period av terapi. Delmål kan användas för att få fram specifika aktiviteter där varje mål är ett steg närmare det stora målet. Alla mål som sätts upp för terapin borde vara mätbara, realistiska och uppnåbara. Handlingsplanen utarbetas för att nå de uppsatta målen för terapin. Det är viktigt att klienten själv är med och utvecklar handlingsplanen för att förverkligandet ska vara lyckat. Fokus i handlingsplanen är aktivitet. (Townsend et al. 2002:73-75)

Förverkliga handlingsplanen genom aktivitet

Då handlingsplanen förverkligas genom aktiviteter så är det ergoterapeutens uppgift att gradera och adaptera aktiviteterna för att möjliggöra aktivitet. Terapeuten beaktar klientens tillfredsställelse med processen och resultatet och gör förändringar vid behov. Metoderna att nå det uppsatta målet kan variera från gång till gång trots att målet är detsamma. Forskningsresultat, ergoterapeutens erfarenhet och klientens insikt är faktorer som inverkar på om metoderna för att uppnå målet förändras eller inte. (Townsend et al. 2002:76)

Utvärdering av aktivitetsutförandet

Innan ergoterapin avslutas så utvärderas resultaten från aktivitetsutförandeprocessen för att se om effekten av processen. Utvärderingen är väldigt viktig för att visa professionell ansvarighet. Den viktigaste delen av utvärderingen är att se om de uppsatta målen för ergoterapiperioden har uppnåtts. Beroende på om målen för ergoterapin har uppnåtts eller inte så fattar ergoterapeuten ett beslut om processen ska fortsätta eller avslutas. Om de uppsatta målen har uppnåtts och inga nya mål har uppstått under processens gång så kan ergoterapin avslutas. En ergoterapi period kan avslutas p.g.a. många orsaker. Idealet vore att terapin avslutas då klienten anser att målen har uppnåtts och behovet av ergoterapi inte mera finns. Ibland kan ergoterapin dock avbrytas p.g.a. finansiella eller andra orsaker. (Townsend et al. 2002:76-78)

2.6 Teoretisk referensram

Kliniskt resonemang valdes som teoretisk referensram till detta arbete för att kliniskt resonemang inom ergoterapi inte bara fokuserar på det biologiska, såsom sjukdomar utan även på det humana hos människan vilket är människans värderingar, tro och meningsfullhet. En av ergoterapeutens uppgifter är att behandla upplevelsen av sjukdomen och inte själva sjukdomen. Vilket betyder att ergoterapeuten tar reda på hur just den klienten upplever t.ex. en sjukdom och hur sjukdomen påverkar klientens liv. Ur ergoterapeutiskt perspektiv är det även viktigt att en aktivitet är meningsfylld vilket även framkommer i kliniskt resonemang. Terapeuten försöker motivera och hitta motivationen hos klienten t.ex. motivera varför det är bra att träna upp handfunktionen igen. Ergoterapeuten försöker då hitta aktiviteter som klienten är intresserad av och sätta in träningen där, eller motivera klienten till handträning genom att ha en meningsfylld aktivitet i tankarna. Det kliniska resonemanget för ergoterapeuten är alltså inte enbart att hitta en aktivitet som fyller målet med träningen utan att gå ett steg längre än det och identifiera den rätta träningen för varje specifik klient. (Mattingly & Fleming 1993:12-13)

Kliniskt resonemang betyder i praktiken att terapeuten upptäcker vad som är problematiskt för klienten och hur problemen kan underlättas. Det primära med ett kliniskt resonemang är att terapeuten vill engagera klienten i att underlätta problemen tillsammans med terapeuten. Detta kräver att terapeuten har tillräckligt med förståelse om funktionsnedsättningen samt vad den innebär ur klientens synvinkel, för att tillsammans få en idé för hur nedsättningen ger sig uttryck i klientens liv, och vad som vore annorlunda om nedsättningen kan lindras. (Fortune & Ryan 1996) Det kliniska resonemanget består av många olika sätt att resonera, som alla används för olika syften och för att lösa olika problem som terapeuten stöter på. (Medhurst & Ryan 1996) Terapeutens kliniska resonemang guidar ergoterapeuten i att fatta beslut om lämplig bedömningsmetod, analyserande av data samt att sätta upp lämpliga mål och i val av arbetsmetod. (Pedretti et al. 1996:36)

De tre vanligaste och mest omtalade sätten att resonera är interaktivt, proceduralt och conditionalt resonemang, som ofta kallas "the Three Track Mind" som kan översättas till det tre spåriga tänkandet. (Lewin & Reed 1998:4-5) Men det finns ännu flera sätt att kliniskt resonera än de tre som nyss nämndes. Schell (2008:7-8,420) har ytterligare kategoriserat terapeutens sätt att kliniskt resonera på följande sätt; vetenskapligt, narrativt, diagnostiserande, pragmatiskt, procedural, etiskt, interaktivt och conditionalt resonemang.

Nedan följer en presentation av alla olika former av kliniskt resonemang som ingår i arbetets teoretiska referensram.

2.6.1 Vetenskapligt resonemang

Vetenskapligt resonemang baserar sig på logiska metoder och är ett tankesätt som även kan användas utanför kliniska situationer. Då stora beslut ska fattas t.ex. vilken utbildning man ska välja så kanske man funderar grundligt, samlar information från olika håll, jämför alternativ, funderar på för och nackdelar o.s.v. Detta är att genomgå ett vetenskapligt resonemang. (Schell & Schell 2008:92) Vetenskapligt resonemang är ett närmande som är användbart genom hela ergoterapiprocessen, från remiss till utvärdering och utskrivning. (Schell & Schell 2008:100) I terapin används också logiska tankesätt där terapeuten har ett ganska opersonligt sätt att närma sig klienten och fokuserar bland annat på klientens diagnos, hälsotillstånd och bevis från forskningar. (Mitchell & Batorski 2009:135) Terapeuterna använder sig även av vetenskapligt resonemang då de ställer mycket frågor kring klientens hälsa och aktivitetsutförande. (Frew et al. 2008) Resonemanget används t.ex. då terapeuten väljer vilket bedömningsinstrument som ska användas eller gör en noggrann planering för att samla material till analys. Enligt Schell så finns det ingen skillnad mellan vetenskapligt resonemang och mänskligt beslutsfattande. (Schell & Schell 2008:109-117)

För att få en förståelse för klientens hälsoproblem så krävs vetenskapligt resonemang men för att förstå meningen och konsekvenserna av klientens problem så krävs ett narrativt resonemang. (Schell & Schell 2008:216) Vetenskapligt resonemang liknar ett evidensbaserat arbetssätt såtillvida att båda närmelsesätten betonar vikten av att utvärdera och använda forskningsbaserade resultat i praktiken. (Schell & Schell 2008:93)

2.6.2 Narrativt resonemang

Som människor är vi ständigt omgivna av narrativ, vi lever i ett narrativ, vi lever ut narrativ. Det handlar om berättelser. Vi använder berättelser för att förklara varför vi är sena, varför människorna agerar som de gör o.s.v. Ett dagligt fenomen med andra ord. Det finns två syften med narrativt resonemang, det första är att göra inverkan och det andra är att kommunicera med andra. Vanligen handlar det om undervisande, varnande eller läkande syfte. Narrativt resonemang är viktigt inom hälsovården och är ett vanligt sätt att resonera inom ergoterapi. (Schell & Schell 2008:126-129) Mattingly och Fleming skriver att narrativt resonemang är ett

djupt fenomenologiskt sätt att tänka och att terapeuter använder narrativt resonemang tillsammans med t.ex. klienter, vårdare, kollegor i kommunikation samt för att ge terapiaktiviteter ett innehåll. (Unsworth 2005:32)

Genom att be klienter berätta sin livshistoria så kan terapeuten identifiera för klienten meningsfulla aktiviteter samt få en förståelse för hur individen specifikt uppfattar saker och ting. Narrativt resonemang används för att förstå klienten som individ för att kunna forma terapin efter klientens behov. (Frew et al 2008) Narrativt resonemang används också för att terapeuten ska kunna förutspå hur en sjukdom inverkar på klienten eller ta reda på vilka aktivitetsutförandeproblem som klienten har. Ergoterapeuten använder även narrativt resonemang för att upptäcka personens styrkor och resurser, samt personens tidigare anpassningar för att möta klientens behov. Narrativt resonemang kan symboliseras med en bro som kopplar ihop en individs förflutna, nutid och framtid. (Schell & Schell 2008:133-134) Ett exempel där narrativt resonemang varit inblandat är ”okej, nu då jag vet detta om henne, så förstår jag varför hon vill göra så” (Schell & Schell 2008:134). Narrativt resonemang fokuserar även på klientens yrkeshistoria, vilken reflekterar de aktiviteter och roller som klienten prioriterar (Neistadt et al 1997).

2.6.3 Diagnostiserande resonemang

Terapeuten försöker förklara varför klienten har problem genom att använda sig av ett vetenskapligt samt klientbaserat närmelsesätt. Diagnostiserande resonemang används för att förstå klientens problem i aktiviteten. Enligt Schell & Schell (2008:7) räknas diagnostiserande resonemang ofta som en komponent av vetenskapligt resonemang, därför är det även svårt att hitta fakta om enbart diagnostiskt resonemang. Terapeuten utforskar orsaken bakom skadan eller nedsättningen som gör att patienten behöver ergoterapi. Terapeuten försöker även förklara åt klienten varför klienten har problematiken. (Schell & Schell 2008:7) I aktivitetsutförande processen så innebär det att identifiera problem i aktivitetsutförandet samt att kunna dra en slutsats om vad som kan vara orsaken bakom problemet och vilken metod som kan användas i terapin. (Mattingly & Fleming 1993:17)

2.6.4 Pragmatiskt resonemang

Då pragmatiskt resonemang används så är terapeuten tvungen att se situationen så som den verkligen är och finna en utväg för att hantera den. (Schell & Schell 2008:170) Pragmatiskt resonemang kan delas in i två olika aspekter, terapeutens praktiska kontext och personliga

kontext. Båda är viktiga eftersom de direkt kan påverka den service som klienten får. Pragmatiskt resonemang används då terapeuten reflekterar över praktiska saker såsom ekonomiska resurser, arbetsutrymmen, organisationen, tidtabell och dylikt. (Frew et al. 2008, Schell & Schell 2008:170) Ett enkelt exempel på pragmatiskt resonemang i praktiken är då terapeuten förbereder en terapisesession på förhand eftersom terapeuten inte vill spilla tid på att hämta utrustning då terapin är i gång. (Schell & Schell 2008:217) En terapeut använder även sitt pragmatiska resonemang då terapeuten beaktar sin egen motivation, sin kunskap, förhandlingsförmågor och livserfarenhet, samt hur allt detta påverkar terapin. (Unsworth 2005:32)

2.6.5 Proceduralt resonemang

Terapeuterna använder proceduralt resonemang då de försöker reda ut vilka metoder och aktiviteter som kan vara till hjälp för klientens sjukdom eller nedsättning. (Mattingly & Fleming 1993:121) Då terapeuten använder proceduralt resonemang så planerar de terapin baserat på information från bedömningen, samt tidigare erfarenheter av liknande fall. (Frew et al. 2008) Proceduralt resonemang representerar mera vetenskapliga delar av ergoterapiarbetet, såsom systematisk datainsamling, hypotesbildning och hypotestestning. En terapeut resonerar proceduralt då terapeuten beaktar fysiska krämpor, definerar aktivitetsutförandeproblem beskriver klientens styrkor och begränsningar samt väljer vilket närmelsesätt som ska användas för just den klienten. (Unsworth 2005:32)

2.6.6 Etiskt resonemang

De flesta etiska principer inom vården inkluderar självbestämmanderätt, välgörenhet, orättvisa och rättvisa. Kollegor emellan spelar flera etiska principer in såsom trovärdighet, uppriktighet, privathet och förtrolighet. För att kunna analysera och reagera på etiska dilemman, t.ex. i en klientsituation så behövs en förståelse för ovannämnda begrepp. Därför behandlas dessa begrepp lite djupare.

Människans rätt att fatta beslut om sitt liv kallas självbestämmanderätt. I vårdsammanhang omfattar självbestämmanderätt situationer som informerat samtycke, avslöjande av information samt individens rätt att neka till vård eller behandlingar. Klienten får själv göra sina vårdbeslut som motsvarar individens mål och värderingar.

Välgörenhet och rättvisa handlar om att göra det rätta i sitt arbete. I terapiarbete gäller det att försöka undvika farosituationer och minimera riskerna. Skillnaden mellan välgörenhet och rättvisa är att i rättvisan så betonas det ännu mera att inte göra någon skada. Rättvisa och

rättvisheten är en princip som hjälper individer att prioritera när det är frågan om att erbjuda vård och servicetjänster. Rättvisan guidar även individen att ta beslut angående vårdavgifter och försäkringar.

Att alltid berätta sanningen både för klienten och i skriftliga dokumentationer är viktigt, och det är bland annat i de situationerna som trovärdigheten kommer in. Trovärdigheten handlar om att visa respekt, att hålla givna löften, följa avtal samt möta klientens resonliga förväntningar. (Schell & Schell 2008:194-195) Sist men inte minst, individens integritet. Klienter är i en sårbar situation då de litar på att terapeuter ska agera utifrån vad som är bäst för klienten. Som terapeut är det viktigt att komma ihåg att alltid värna om individens personliga integritet. (Schell & Schell 2008:189-195)

Etiskt resonemang liknar problemlösning och vetenskapligt resonemang, men med etiskt resonemang så går man mera in på djupet. För att kunna lösa ett etiskt dilemma så är det bra att ha en struktur för hur man ska lösa dilemmat. Det finns många strukturer för hur ett etiskt dilemma kan lösas. Schell (2008:197) skriver att Purtilo och Morris har utarbetat modeller som har drag av problemlösningstrategier. Modellen som Purtilo har gjort är en process bestående av sex steg som inkluderar följande: samla relevant information, identifiera vilken typ av etiskt problem det rör sig om, använda etiska teorier och närmelsesätt för att analysera problemet, utforska praktiska alternativ, genomföra samt evaluera processen och slutresultatet. (Schell & Schell 2008:196) Trots att processen kan verka lätt att genomföra så har Morris skrivit att *"knowing what is right and doing what is right are two different things"*. Alltså "att veta vad som är rätt och att göra det som är rätt är två olika saker". (Schell & Schell 2008:197) Som ergoterapeut måste terapeuten beakta sina egna värderingar, klientens värderingar, kulturella värderingar och organisationens värderingar. Ibland kan terapeuten känna sig klämd i en situation där terapeuten försöker följa organisationens direktiv och samtidigt uppnå klientens förväntningar och behov. Ibland kan det även bli konflikter mellan lagen och etiska värderingar. Ett specifikt agerande kan vara fullt lagligt men inte nödvändigtvis etiskt. Som exempel en ergoterapeut som är anställd vid en skola och har skrivit ett 9 månaders kontrakt med dem. Så får ergoterapeuten ett väldigt lockande arbetserbjudande som terapeuten tackar ja till. Terapeuten avslutar sitt kontrakt med skolan vilket är lagligt men inte väldigt etiskt eftersom hon inte tänker på klienternas bästa. Skolan hittar ingen ersättare med så kort varsel, vilket betyder att barnen inte får den ergoterapi som de är berättigade till. (Schell & Schell 2008:200)

Det finns mycket forskning kring metoder hur man ska lära ut etik samt artiklar kring etiskt beslutstagande i ergoterapi, men väldigt lite kring terapeuternas etiska resonemang i praktiska situationer. (Schell & Schell 2008:202) Men exempel på situationer där terapeuterna använder sig av etiskt resonemang är när terapeuten försöker prioritera vad som är bäst att göra om det är begränsat med tid och resurser. Etiskt resonemang kan även framkomma om terapeuten är en del av ett multiprofessionellt team och de andra team medlemmarna arbetar mot andra mål än ergoterapeuten. (Frew et al. 2008)

2.6.7 Interaktivt resonemang

Grunderna för ett interaktivt resonemang är förmågan att kunna lyssna, observera samt att vara obesvärad i sociala situationer såsom intervjuer (Schell & Schell 2008:215). Forskning visar att terapeuter som arbetar inom mentalhälsovården använder sig mera av interaktivt resonemang än terapeuter som arbetar med barn eller personer med fysiska nedsättningar. (Schell & Schell 2008:216) Interaktivt resonemang används då terapeuten möter klienten öga mot öga och terapeuten vill förstå klienten bättre. (Mattingly & Fleming 1993:17, Unsworth 2005:32) Det finns många orsaker till varför det är viktigt att terapeuten interagerar med klienten. Dels för att bara lära känna klienten bättre, dels för att bättre förstå upplevelsen av nedsättningen från klientens synvinkel. (Mattingly & Fleming 1993:17) Mattingly och Fleming upptäckte att interaktivt resonemang utvecklas hos terapeuter då terapeuterna är erfarna och modiga nog för att kommunicera med klienterna som en person (Unsworth 2005:32).

2.6.8 Conditionalt resonemang

Conditionalt resonemang är ett komplext sätt att resonera och är en blandning av flera olika sätt att kliniskt resonera. Conditionalt resonemang är något som många erfarna terapeuter använder sig av för att hjälpa och stöda klienten i den svåra situationen att försöka bygga upp livet som totalt förändrats p.g.a. en skada eller en sjukdom. (Lewin & Reed 1998:4-5) Den engelska termen ”conditional” (som på klumpig svenska kan översättas till funktionsmässig eller tillstånd) används eftersom terapeuten beaktar hela tillståndet: individen, nedsättningen, vad nedsättningen innebär för individen, familjen, samt individens fysiska och sociala miljö. Det som är speciellt med conditionalt resonemang är att terapeuten tillsammans med klienten försöker se framåt hur tillståndet kan förändras och bli bättre. Föreställningen som de skapar sig kan uppnås, eller så inte. För att kunna se framåt måste terapeuten skifta mellan olika sätt att kliniskt resonera. (Mattingly & Fleming 1993:17-18) Terapeuten fokuserar även på

aktiviteter som klienten ska utföra (Lewin & Reed 1998:4-5). I conditionalt resonemang ligger också fokus på att ständigt modifiera behandlingen för att möjliggöra för personen att fungera i framtiden (Neistadt et al. 1997). Conditionalt resonemang kan associeras med en bra kamera då terapeuten kan välja mellan att få en helhetsbild (panorama) över klientens situation, eller om terapeuten zoomar in på detaljer för att se olika problem, situationer, historier och människor. (Schell & Schell 2008:218) Fastän alla dessa olika former av kliniskt resonemang har blivit identifierade är det i ergoterapin osannolikt att de olika formerna skulle användas var för sig. Det är mera sannolikt att terapeuter skiftar mellan de olika resonemangen såsom Mattingly och Fleming har konstaterat ”terapeuten med det trespåriga tänkandet” (Unsworth 2005:32)

2.7 Tidigare forskning

I denna del presenteras tidigare forskning kring kliniskt resonemang. Här ingår också äldre källor men eftersom respondenten anser att källorna är relevanta finns de med. Kliniskt resonemang är ett såpass nytt ämne att det ännu finns mycket outforskat. Det finns få forskningsartiklar kring kliniskt resonemang som är relaterade till ergoterapeuter som arbetar med barn, men nedan presenteras olika studier gjorda kring kliniskt resonemang.

En studie som Unsworth gjort 2004 visar att ergoterapeuter vanligen använder sig av proceduralt, interaktivt, conditionalt och pragmatiskt resonemang i deras praktiska arbete. Resultatet av studien stöder tidigare forskningar som Mattingly och Fleming har gjort (1994). Trots att ett klient-centrerat arbetssätt inom ergoterapin har varit aktuellt redan i 20 år så är sambandet mellan kliniskt resonemang och att vara klient-centrerad fortfarande oklart. Det finns olika teorier om sambandet. Unsworth (2004) skriver att en del forskare anser att kliniskt resonemang ingår i ett klientcentrerat arbetssätt samtidigt som andra forskare anser att det är möjligt att klient-centrerat resonerande är en egen kategori av kliniskt resonemang, eller att ett ömsesidigt samband finns mellan kliniskt resonemang och ett klient-centrerat arbetssätt. Detta är ett område som fortsatt måste undersökas.

Paula Doumanov & Sue Rugg (2003) undersökte ifall ergoterapeutassistenter och kvalificerade ergoterapeuter resonerade på samma sätt. Undersökningen gjordes i London och ergoterapeuten Doumanov ville undersöka om ergoterapeuten behövs i ett rehabiliteringsteam. Undersökningen gjordes eftersom ergoterapeutassistenter var vanligt i England på grund av brist på kvalificerade ergoterapeuter. Trots bristen på kvalificerade ergoterapeuter så

fungerade det multiprofessionella teamarbetet bra ändå. Resultatet från Doumanovs undersökning visade att assistenter inte kan utföra samma sysslor som kvalificerade ergoterapeuter och att assistenter inte resonerar på samma sätt. Kliniskt resonemang baserar sig både på kliniska erfarenheter och ergoterapiutbildning. En kvalificerad ergoterapeut har förmågan att vara klient-centrerad, arbeta holistiskt och beakta individens mentala, sociala och fysiska problem i sitt arbete med en klient. Detta gör att ergoterapeuten kan överföra sitt kliniska resonemang, problemlösning och beslutsfattning till olika klientsituationer vilket en okvalificerad ergoterapeut inte kan. (Douvmanov 2003)

Reagon Carly m.fl. (2008) skriver att ett evidensbaserat arbetssätt är en form av kliniskt beslutstagande där den bästa tillgängliga forskningen kombineras med individuell patientvård. Evidensbaserat arbetssätt anses vara viktigt för att upprätthålla klinisk effektivitet. Även det klient-centrerade arbetssättet betonas många gånger. Ergoterapeuterna som deltog i studien beskriver kliniskt resonemang som en process där de behandlar information från olika områden för att fatta bra helhetsmässiga beslut. I studien presenterades en tabell som beskriver ett klient-centrerat och evidensbaserat arbetssätt i ergoterapi. Strukturen utgår från ergoterapins grundteorier, därefter inhämtar terapeuten mera kunskap från forskningar, kollegor, egen erfarenhet o.s.v. för att kunna fatta sina kliniska beslut; identifiera problem, sätta upp mål, och hitta lösningar. Därefter utförs terapin i praktiken, terapeut-klient situationen evalueras, där terapeuten sedan går tillbaka till kunskapen och teorin. Ergoterapeuter beskriver kliniskt resonemang som en process där de behandlar information från olika områden för att fatta bra helhetsmässiga beslut. (Reagon et al. 2008)

Sviden & Hallin (1999) undersökte ifall det finns skillnader i det kliniska resonemanget hos ergoterapeuter som jobbar inom neurologin och inom reumatologin. Undersökningen visar att det finns skillnader. Sviden & Hallin antar att en del skillnader kan förklaras av de olika institutionella strukturerna som arbetsplatserna har, eftersom det är arbetsplatsens ramar som styr hur den professionella kan agera. Det framkommer även att skillnader i terapeuters kliniska resonemang inverkar på klient- terapeut förhållandet, men att fortsatt forskning behövs för att utreda på vilket sätt. Sammanhanget mellan kliniskt resonemang och klientens problem bör enligt Svidén undersökas. Om detta sammanhang kunde förklaras så skulle både professionella och studerande kunna utveckla sitt sätt att kliniskt resonera och välja ett lämpligt resonemang i förhållande till klientens problem och målet med terapin. (Sviden & Hallin 1999)

I en annan forskning som Unsworth gjorde 2001 undersökte hon om det finns skillnader i det kliniska resonemanget hos nya ergoterapeuter med ingen eller lite praktisk erfarenhet och kunniga ergoterapeuter som klassades som experter. Det står inte exakt utskrivet hur länge experterna har jobbat men åtminstone mera än 3 år eftersom de som klassas som kompetenta har arbetat 2-3 år. För att undersöka det kliniska resonemanget hos ergoterapeuterna hade terapeuterna en liten videokamera på huvudet under terapisessionen. Efter terapisessionen redogjorde terapeuten för sitt sätt att resonera. Resultatet visade att det finns många skillnader mellan nya och erfarna terapeuter. Generellt använde sig experterna mera av kliniskt resonemang, speciellt en kombination av proceduralt och interaktivt, samt kombinationen conditionalt och interaktivt resonemang.

Både Unsworths (2001) och Mitchells & Batorskis (2009) forskning visade att nyutbildade ergoterapeuter använder sig mera av enbart proceduralt resonerande. Nyutbildade ergoterapeuter styrs mera av medicinska och funktionsmässiga aspekter medan erfarna ergoterapeuter har en bättre förmåga att se helheten och att kombinera olika sätt att kliniskt resonera. Erfarna ergoterapeuter utför själva terapin på rutin och kan på så vis vara i interaktion med klienterna och skapa en större förståelse för klienternas situation istället för att enbart fokusera på innehållet i terapin. (Mitchell & Batorski 2009, Unsworth 2001) Novisa ergoterapeuter måste först bli vana med att processera information kring fysiska problem innan de kan börja förstå en klients situation och individualisera terapin utifrån all samlad information. I samma forskning framkom även att ett pragmatiskt resonemang används för att beakta en familjs sociala kontext, ett etiskt resonemang används då terapeuten försöker göra miljön trygg för klienten samt att ett vetenskapligt resonemang inkluderar terapeutens sätt att tänka logiskt. (Mitchell & Batorski 2009)

En annan studie som Mitchell & Unsworth har gjort 2004 undersökte vilka former av kliniskt resonemang som kommunalt anställda ergoterapeuter använder sig av då de gör hembesök. De flesta ergoterapeuter som undersöktes var medelålders, de var erfarna och hade ett klientcentrerat arbetssätt. Resultatet visade att ergoterapeuterna använde sig av proceduralt, interaktivt och conditionalt resonemang för att identifiera viktiga faktorer att ta i beaktande i arbetet samt hur de skulle agera och ifall de skulle träffa klienten igen. Författarna betonar att ett kliniskt resonemang i praktiken är en komplex och dynamisk process som först nu börjar bli förklarad och förstådd. (Mitchell & Unsworth 2004)

Kliniskt resonemang är ett komplext begrepp och påverkas av miljön, erfarenheter och personliga uppfattningar. Eftersom det ständigt sker förändringar inom social och hälsovården i vårt samhälle förändras även den grund som det kliniska resonemanget bygger på. Därför är det viktigt med fortsatt forskning inom ämnet kliniskt resonemang. (Robertson 1996) Även Medhurst & Ryan (1996) anser att kliniskt resonemang är ett område som ännu behöver mycket forskning. Bland annat nämner hon att konceptet att reflektera över sitt eget sätt att kliniskt resonera är tämligen nytt inom ergoterapin, men absolut något som är värt att utveckla. Att reflektera över olika terapisituationer från remisskedet till att terapin är avslutad är absolut något som ger värdefull insikt. Denna reflektion kunde till exempel ske genom att några ergoterapeuter samlas för att tillsammans genomgå denna reflektiva process. Detta skulle utveckla ergoterapeuter genom att de får en större förståelse för sina klienter, blir bättre på att reflektera samt får en djupare förståelse av sina sätt att kliniskt resonera.

Fortsatt forskning behövs för att undersöka och bygga vidare på tydliggörandet av kliniskt resonemang inom ergoterapin. Vidare forskning är även viktigt eftersom det kliniska resonemanget lägger en viktig grund för reflektion som i sin tur kan leda till förbättringar av terapisituationer. Enligt Unsworth är det kliniska resonemanget som ett språk för att hjälpa ergoterapeuter att beskriva den logiska tanke som finns bakom terapin för patienter, vårdnadshavare och samhället. (Unsworth 2005) Även studien som Doumanov gjorde 2003 visade att ergoterapeuter generellt har svårt att sätta ord på sitt sätt att kliniskt resonera, vilket leder till att terapeuterna mera förklarar och beskriver sitt sätt att resonera och inte analyserar resonemanget.

Endast några få studier har undersökt om alla fyra skeden (narrativt, proceduralt, interaktivt och conditionalt resonemang) som Mattingly & Fleming har beskrivit, verkligen används i praktiken. Därför behövs fortsatt empirisk forskning för att vidareutveckla teorin om kliniskt resonemang, samt för att se om andra former av resonemang kan tilläggas för att utveckla deras grundteori. (Unsworth 2005) Det finns många studier om kliniskt resonemang men jag har inte hittat någon forskning som studerar det kliniska resonemanget hos ergoterapeuter som jobbar med barn. De flesta studierna undersöker de vanligaste formerna av kliniskt resonemang som är interaktivt, proceduralt och conditionalt resonemang men jag har inte hittat någon studie som undersöker alla former av kliniskt resonemang i samma studie. Jag har inte heller hittat forskning som har studerat det kliniska resonemanget utgående från aktivitetsutförandeprocessen, vilket gör denna undersökning intressant.

3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna undersökning är att synliggöra det kliniska resonemanget hos ergoterapeuten i aktivitetsutförandeprocessen. Undersökningen avgränsas till att synliggöra resonemanget i en specifik terapisituation med barn. Skribenten har valt att fokusera på att synliggöra det narrativa, procedurala, interaktiva, pragmatiska och det conditionala resonemanget eftersom det finns mest forskning kring dem. Alla former av kliniskt resonemang presenteras ändå i arbetet och ingår i den teoretiska referensramen.

Utgående från syftet formulerades följande frågeställningar;

- * Hur syns det narrativa, procedurala, pragmatiska, interaktiva och det conditionala resonemanget hos en ergoterapeut som jobbar med barn?
- * Finns det andra former av kliniskt resonemang hos ergoterapeuten som jobbar med barn?

4. METOD

I detta kapitel förklaras studiens metod, urvalsförfarande, instrumentet samt hur datainsamlingen gjordes. Slutligen beaktas etiska aspekter. Syftet med denna studie är att synliggöra det kliniska resonemanget i en terapisituation med barn. Syftet med undersökningen innebär att en kvalitativ metod passar bäst, eftersom en kvalitativ forskning syftar på att klargöra ett fenomenets karaktär. (Widerberg 2002:15).

4.1 Urvalsförfarandet och informanterna

Ergoterapeuterna på Helsingfors Ergoterapi Ab önskade ett arbete som beskriver terapeuternas tankeprocess i praktiken. Genom att ingå ett samarbete med dem fick skribenten sina informanter till studien. Eftersom skribenten gjorde sin fördjupade yrkespraktik på Helsingfors Ergoterapi Ab samtidigt som planen till denna undersökning skrevs var skribenten i ständig kontakt med informanterna och höll informanterna uppdaterade om studien. Informanterna informerades således i god tid om studien och fick fundera om de ville delta i studien eller inte.

När undersökningens plan godkändes av Arcadas etiska rådets arbetsutskott, skickade skribenten planen till Helsingfors Ergoterapi Ab så de kunde läsa den och fundera om de ville delta eller inte. I samband med planen skickades även följebreven (se bilaga 2a och 2b) till ergoterapeuterna där de med sin underskrift ger godkännande till att delta i studien. Då arbetet kommit till det skedet att intervjuer kunde genomföras sändes även ett e-mail ut till ergoterapeuterna där de fick en kort sammanfattning av syftet med studien samt praktisk information om själva genomförandet av intervjun. I mailet betonades det ännu en gång att undersökningen är frivillig samt att allt material behandlas konfidentiellt. Samtliga ergoterapeuter som under praktikens gång visat intresse för att delta i studien ville fortsättningsvis delta. Undersökningens informanter är 6 kvinnliga ergoterapeuter som arbetar vid Helsingfors Ergoterapi Ab. Informanterna kunde delta i undersökningen utgående från inklusionskriteriet att de har arbetat som ergoterapeut med barn minst 5 år.

Undersökningsmetoden är alltså kvalitativ öppen temaintervju eftersom skribenten ville ha information om ergoterapeuternas sätt att arbeta med barn. En öppen temaintervju passar bra då relativt få personer undersöks och undersökaren är intresserad av människors åsikter. Det är vanligt att en intervju genomförs i ett personligt möte, ansikte mot ansikte. I en

temaintervju har undersökaren öppna temafrågor som man samtalar kring. Vanligtvis har intervjuaren utformat en intervjuguide för att strukturera intervjun där de teman som ska behandlas är uppräknade. (Jacobsen 2007:92-96) I intervjuguiden ingår inte alla frågor som ställs under intervjun utan den är bara som stöd för den som genomför intervjun, sedan kan intervjun specificeras med följdfrågor. (Hirsijärvi & Hurme 2001:66-67)

Intervjufrågorna (bilaga 3) baserar sig på olika forskningsartiklar samt litteratur skriven av Townsend m.fl. (2002 & 2007), Schell & Schell (2008) och Mattingly & Fleming (1994). Från varje kategori av kliniskt resonemang preciserades frågor som var direkt sammankopplade med ett kliniskt resonemang. Även annan litteratur användes men ovan nämnda böcker fanns till stor del som grund då intervjuguiden utformades. Eftersom Schell (2008) är en så ny källa som inkluderar all forskning som finns om kliniskt resonemang fram till år 2008 så är Schell en återkommande källa i detta arbete.

4.2 Datainsamling

Innan de egentliga intervjuerna ägde rum pilottestades intervjun. Pilotintervjun genomfördes med en ergoterapeut som har arbetat med barn över 15 år. Informanten hade inga förslag på förändringar varken angående frågorna eller intervjuns uppbyggnad. Informanten ansåg att frågorna var tydliga samt att intervjun var sammanhängande. Skribenten anser att det var bra att göra en pilotintervju för att testa materialet samt för att kunna granska intervjutekniken. Efter intervjun lyssnade skribenten igenom intervjun för att kontrollera intervjutekniken och ljudkvaliteten.

Då ergoterapeuterna hade tackat ja till att delta i studien kom vi tillsammans överens om var och när intervjuerna skulle genomföras. Informanten fick välja var hon ville att intervjun skulle äga rum och i praktiken genomfördes intervjuerna vid Arcada eller på mottagningen i Malm. Innan intervjun började tittade vi några minuter på ett videocase från ett terapitillfälle med barn där informanten var terapeut. Detta gjordes för att leda in informant och respondent på intervjutemat. På grund av ett tekniskt problem och familjer som inte ville att skribenten skulle se på videofilmer av deras barn så genomfördes fyra intervjuer utan att titta på en videosnutt först. Det tekniska problemet som uppstod var oväntat. Skivorna där filmerna fanns fungerade inte längre. Både informant och respondent ansåg att intervjun kunde genomföras utan att återblicka på terapitillfället. Skribenten hade under sin praktik på Helsingfors Ergoterapi Ab följt med terapeuternas arbete och kände därför att intervjun kunde genomföras

eftersom skribenten ansåg att hon ändå kan följa med i terapeutens tankar utan att först se en trigger från ett specifikt case. Terapeuterna ansåg att de kan berätta om sitt sätt att arbeta utan en trigger från ett terapicase som filmats tidigare.

Datainsamlingsmetoden som används var en halvstrukturerad temaintervju där de sju stegen i aktivitetsutförande processen användes som grund för att synliggöra det kliniska resonemanget hos ergoterapeuterna i processen. Intervjun inleddes med att terapeuterna berättade hur länge de har arbetat som ergoterapeut samt hur länge de arbetat som ergoterapeut med barn. Första temafrågan som ställdes var ”kan du berätta hur denna klient kom till er?”. Efter att varje temafråga hade behandlats så ställdes en avslutande fråga om informanten ännu ville berätta något kring detta tema. I tillägg till temafrågorna ställdes även många följdfrågor för att få djup i svaren. Intervjuerna spelades in på Mini Disc och transkriberades till text snarast efter intervjun. Intervjun transkriberades i stort sett ordagrant, enbart utfyllningsord lämnades bort.

4.3 Analys

Det transkriberade materialet från intervjusituationerna analyserades med den kvalitativa analyseringsmetoden meningskoncentrering. Meningskoncentrering innebär att långa intervjusvar reduceras till enkla kategorier där det väsentliga plockas ut och upprepningar och annat material som inte ger viktig information lämnas bort. Allt väsentligt pressas samman till några ord. (Kvale 1997:174) Meningskoncentreringsprocessen började med att respondenten läste igenom den transkriberade intervjun flera gånger för att få en uppfattning om helheten. Då respondenten hade fått en uppfattning om helheten lästes intervjun igenom en gång till och då plockades det väsentligaste från varje intervjusvar ut och det materialet bildade nya kategorier. Från dessa kategorier skapades meningsenheter. Ur meningsenheterna framkom följande centrala teman: eget kunnande, barnens motivation, ständig bedömning, skapa förtroende till barnet, konkreta mål, tankar om barnets framtid, avslutningsprocessen är viktig, samarbete med barnet, föräldrar, skola och daghem samt information från föräldrarna. Nästa steg i analysen var att fundera ”vad säger detta material mig om det kliniska resonemanget”, ”vilket samband finns det mellan meningskategorierna och ett kliniskt resonemang”. Sista steget är att allt väsentligt material som framkommit från intervjun och meningskoncentreringen sammanställs i en text där det kopplas samman med den teoretiska referensramen kliniskt resonemang.

4.4 Etiska aspekter

Eftersom terapeuterna på Helsingfors Ergoterapi Ab önskade detta arbete var terapeuterna positivt inställda till studien redan från början. Under processens gång har det ständigt funnits kontakt mellan respondent och informanterna. Eftersom respondenten genom följebrev och ständig kommunikation med informanterna har informerats om studien och ergoterapeuterna frivilligt tackade ja till att delta, anser jag att jag som forskare har fått terapeuternas samtycke till att delta i denna undersökning. Enligt Kvale (1997:107) betyder informerat samtycke att informanterna deltar frivilligt i studien, samt att de har rätt att dra sig ur när som helst. Informerat samtycke betyder även att man informerar informanterna om undersökningens syfte, hur den är upplagd och eventuella risker och fördelar med att delta i studien. (Kvale 1997:107)

För att försäkra informerat samtycke sände respondenten ut ett följebrev till Helsingfors Ergoterapi Ab där ergoterapeuterna fick en kort och konkret beskrivning över hur studien går till. Ergoterapeuterna visar att de har förstått syftet med studien samt ger sitt samtycke till att delta som respondent genom att skriva under brevet. I samma brev frågar respondenten om lov att använda filmmaterial (video) som tillhör Helsingfors Ergoterapi Ab i undersökningen. Genom att skriva under brevet gav terapeuterna sitt godkännande till att delta i undersökningen. Eftersom videomaterial där barn syns användes i undersökningen skrev respondenten även ett brev till föräldrarna (se bilaga 1a och 1b) och frågade om lov att använda videomaterialet i undersökningen. Om föräldrarna skrev under brevet så användes videofilmen som trigger innan intervjun. Respondenten respekterade de föräldrar som inte ville att respondenten skulle se en videosnutt där deras barn och barnets ergoterapeut syntes, vilket betydde att informanten intervjuades utan att se på videocaset.

Skydd av terapeuternas privatliv tas i beaktande genom att allt material behandlas konfidentiellt samt att terapeuternas namn inte framkommer i studien. Ergoterapeuterna på Helsingfors Ergoterapi Ab gav även sitt godkännande till att deras firmanamn får nämnas i arbetet. Kravet på att bli korrekt återgiven respekterar jag som respondent och beaktar detta i alla sammanhang, genom att enbart skriva sådant som är korrekt. Efter att undersökningen är avslutad så förvaras allt forskningsmaterial såsom transkriberat material, följebrev och Mini Diskerna inlåsta på Arcada. Innan studien startade godkändes planen till examensarbetet av Arcadas etiska rådets arbetsutskott.

5. RESULTATREDOVISNING

I detta kapitel beskrivs resultaten från samtliga intervjuer. I texten benämner jag ergoterapeuterna som terapeuter. Då materialet analyserades steg flera nya kategorier fram som presenteras nedan. Allt material som framkommer i texten i detta kapitel är sådant som framkommit från intervjuerna med terapeuterna. Eftersom enbart en svenskspråkig informant deltog i studien är samtliga citat översatta till svenska för att skydda terapeuternas integritet.

5.1 Ergoterapeutens kunskap och resurser

Då materialet analyserades framkom det att ergoterapeuterna på Helsingfors Ergoterapi ofta anser att remissen är bristfällig eller missvisande. Barnen kommer ofta till ergoterapi p.g.a. motorisk klumpighet, visuomotoriska problem eller dylikt, men ofta visar det sig att barnet har psykiska och emotionella problem. Därför väljer en del av ergoterapeuterna att inte alls läsa remissen före arbetet med barnen börjar eftersom remissen lätt kan styra arbetet och diagnosen kan vara vilseledande. Terapeuterna vill hellre först lära känna barnet och familjen och sen först läsa remissen noggrant.

Samtliga ergoterapeuter uttryckte att de ofta funderat om deras kunskaper som ergoterapeut räcker till och de nämnde alla att de får bra stöd av varandra och från litteraturen. Ifall de inte skulle arbeta på en plats där det finns många andra ergoterapeuter anser de att det är viktigt att skapa ett nätverk runtomkring sig. Terapeuterna anser att det är viktigt att få arbetshandledning samt att känna till sina egna gränser och resurser. Terapeuterna ansåg även att det är viktigt att uppdatera sina kunskaper och gå på fortbildning. En av terapeuterna nämnde att hon inte tar emot klientgrupper där hon känner att hennes egen kunskap inte räcker till.

5.2 Bedömning

Då det kommer en remiss till Helsingfors Ergoterapi Ab funderar ergoterapeuterna tillsammans utgående från bakgrundsinformationerna vilken bedömningsmetod som passar bäst för barnet, samt vilken terapeut som ska utföra bedömningen. Vilken bedömningsmetod som passar bäst styrs ofta av barnets ålder och svårigheter. Terapeuterna anser att standardiserade test är bra eftersom man kan jämföra med normerna men att det inte alltid är möjligt att använda test som är färdigt utarbetade.

”För med ett utvecklingsstört barn så är det liksom, alldeles om man tänker de här mätinstrumenten som ergoterapeuterna har så är de inte riktigt användbara. Med ett utvecklingsstört barn så är det bättre att man följer barnets utvecklingskedde.”

”Om barnets problem mera är på den psykiska sidan så har åtminstone inte vi något färdigt paket till det utan då måste man plocka lite härifrån och därifrån baserat på problematiken”

Men en bedömning omfattar även mycket mer än bara testsituationen. Till bedömningen hör även intervju med föräldrarna, frågeformulär med frågor kring ADL, sensory profile, observation av fri lek, klinisk observation och ett besök till skola eller dagis. Fastän barnet skulle vara bedömt någon annanstans så gör de flesta terapeuter en klinisk observation eftersom de vill skapa en egen bild av barnet. Terapeuterna anser även att vardagen ger mycket information, lösryckta bedömningsresultat är inte så viktiga men själva helheten är viktig.

”Med en klient har jag gjort en stegvis uppföljning gällande handtvätt...där jag spjälkt upp att ok, vad händer vid handtvätt... och sedan utarbetade vi en blankett där man kan pricka i om barnet behöver manuell handledning, verbal handledning eller om barnet klarar sig självt.”

”En ändlös bedömning”

5.3 Mål

Många av terapeuterna konstaterade att det är en ständig bedömning eftersom man hela tiden får ny information från varje terapitillfälle. Målen som är utskrivna på remissen kallar terapeuterna helmål och de bildar ett tak för terapin. Tillsammans med dagiset/skolan och föräldrarna ställer man sedan upp delmål under helmålen. Målen görs alltid utgående från vad som är svårt för barnet i vardagen.

”Med föräldrarna försöker vi göra målen så konkreta att förändringar ska synas i vardagen”

Vilka mål man arbetar med kan även styras av årstiden, om våren närmar sig så funderar vi hur cyklandet fungerar och så sätter vi upp mål därefter.

”Med större barn kan vi sätta upp mål tillsammans...detta krävs för att du ska kunna knyta en rosett...”

5.4 Barnens motivation

Ergoterapeuterna har alltid målen med terapin i bakhuvudet men terapin styrs av barnens intressen. Därför väljs ofta aktiviteter tillsammans med barnen eftersom terapeuterna har märkt att det inte går att göra något utan barnens intresse. I terapin kan terapeuterna se vad barnet intresserar sig för och genom barnets intressen kan de sedan träna svårare saker. Eftersom miljön på mottagningen är terapeutisk i sig själv så låter terapeuterna ofta barnet välja vad de vill göra och sedan är det terapeutens uppgift att gradera aktiviteten och göra den terapeutisk. Terapeuterna diskuterar ofta med barnen och frågar att vad de skulle vilja bli bättre på, vilket även är ett sätt att motivera barnen att öva och träna på olika uppgifter. Terapeuterna använder även fantasilekar som hjälp för att motivera barnen. En annan metod som de även använder är terapihistorien att de tillsammans med barnet blickar bakåt och ser hur barnet har gått framåt.

”Utgångspunkten är vilket humör barnet är på då barnet kommer in genom dörren och vad som intresserar barnet”

”Jag har målen i tankarna men sedan beror det på situationen med vilken intensitet de tas in i timmen.”

”...utan motivation kan ingen lära sig något...”

”Ergoterapins syfte är att det ska vara roligt för barnen och att det ska ge en känsla av välbefinnande”

5.5 Barnens trygghet

Ergoterapeuterna beaktar barnens trygghet i terapin på många olika sätt. Den fysiska miljön gör de trygg genom madrasser, dynor och annat mjukt material. Genom regler försöker de även undvika faror:

”en regel är att magbrädet aldrig får bli med hjulena neråt, de måste alltid svängas för det är livsfarligt om man går och trampar på dem...”

Informanterna betonade även att det är viktigt att lära känna barnet för att skapa förtroende och på så vis få ett bra terapiförhållande. De första gångerna ett barn kommer till ergoterapi

ger terapeuterna mycket tid åt barnet så att barnet kan bekanta sig med miljön i sin egen takt. Då barnen sedan prövar på de olika redskapen kan terapeuterna genom att prata med barnen ge dem en trygg känsla i terapin.

”Du faller inte, jag håller i dig...”

Hjälpmiddel använder terapeuterna främst för att ge barnet en känsla av att lyckas, för att adaptera aktiviteten eller underlätta en aktivitet. Men ibland används även små hjälpmedel för att undvika olyckor.

”...till magbrädet har vi utarbetat ett bilbälte som underlättar att vara där om man har en svag kroppskontroll...om man vet att barnet har en dålig kroppskontroll så ger man en kavel eller något så att fingrarna inte blir under ringarna...”

För att terapeuterna ytterligare ska kunna trygga barnens säkerhet i terapin så är det viktigt att känna till barnens sjukdomar och allergier. Därför frågar terapeuterna alltid föräldrarna eller barnens närstående om det är något speciellt som de bör känna till innan terapin börjar. Ibland uppstår även situationer i terapin då terapeuterna fysiskt måste ta i barnet så att det inte ska skada sig själv eller någon annan.

”... om barnet under terapin får ett så kraftigt raseriutbrott att han/hon kan skada sig själv eller gå på någon annan så då måste man bara hålla i...”

I terapin kan det även dyka upp situationer som är jobbiga för terapeuterna. Några av terapeuterna nämnde att de blivit tvungna att göra barnskyddsanmälan vilket var jobbigt för dem, men de uttryckte alla att det är deras skyldighet att vara observanta och föra saken vidare. Andra situationer som terapeuterna berättade att kan vara knepiga är föräldrar som förnekar problem, samt barn som pratar om hemska saker, då man inte vet om man kan tro på det dom säger.

”... några barn har jag fysiskt blivit tvungen att lyfta in i terapirummet och fysiskt lyfta ut ur terapirummet...p.g.a. Förmågan att klara besvikelser är svag och avslutandet är svårt...”

5.6 Samarbete och kommunikation

Ergoterapeuterna på Helsingfors Ergoterapi Ab kommunicerar mycket med både föräldrarna, barnen, dagis och skolpersonalen både för att samla information i början av ett terapiförhållande och genomgående under terapins gång för att alla ska jobba mot samma mål. Genom att prata med barnen kan terapeuterna lära känna barnet och få reda på vad barnet tycker om att göra. Genom att prata med föräldrarna, dagis och skola får terapeuterna även reda på barnens styrkor och resurser.

”... ofta frågar jag också av barnet, vad är du bra på, vad leker du med dina vänner?...”

Terapeuterna kan få en förståelse för hur föräldrarna upplever barnens sjukdom och nedsättning via kommunikationen. Många av terapeuterna ber även familjerna skriva barnens livsberättelse för att bättre förstå föräldrarnas upplevelser. Genom diskussion kan även terapeuterna engagera föräldrarna i ergoterapin genom att berätta om framsteg i terapin och fråga om de märkt samma hemma.

”...de mest givande diskussionerna sker hemma hos familjen...”

”...jag ber alltid familjen skriva barnens livsberättelse, föräldrarnas syn på barnet...jag vill ha en livsberättelse av familjen eftersom det är det enda de skriver själva, alla andra papper har andra skrivit...”

Då ett barn kommer till mottagningen så får terapeuterna mycket information om hur barnet mår idag, barnets aktivitetsnivå, samarbete inom familjen o.s.v. genom att observera barnet i tamburen och småprata med föräldrarna.

”... när barnet ringer på dörren...så kan jag redan veta med vilken känsla barnet kommer till terapin... om det bara är en ringning eller titititititii...”

”... Då terapin har börjat så dyker flera frågor upp, då vill jag gärna prata med föräldrarna...”

5.7 Val av aktiviteter

Då en terapitimme startar tittar terapeuten ofta tillsammans med barnet igenom vad de gjorde gången innan. Terapeuterna kan föreslå lekar som stöder det som barnet har problem med eller välja en aktivitet utgående från vad barnet intresserar sig för. Så byggs terapitimmen upp. Om terapeuten märker eller om föräldrarna berättar att barnet är trött och flunssigt så kan terapeuten föreslå lugnare aktiviteter. Om barnet dock har låg aktivitetsnivå så kan terapeuten föreslå någon fartfylld aktivitet för att höja barnets energinivå. Även terapeutens hälsa och energinivå kan påverka val av aktivitet. Ifall terapeuten t.ex. är förkyld kan terapeuten föreslå en lugnare aktivitet. Speciellt om det är ett fartfyllt barn i terapin så måste barnens säkerhet tryggas, om terapeuten vet att hon inte är lika alert som vanligt. Även tiden styr vilka aktiviteter som väljs eller hur länge aktiviteten varar. Terapeuterna medgav att tiden ibland kan flyga iväg men med hjälp av klockor försöker de hålla fast vid tiden. Speciellt i situationer där samarbetet fungerar kan tiden flyga iväg.

”...då man har sån flow på så kan man tappa tiden..”

Då terapeuten och barnet lär känna varandra, och barnet vågar vara sig själv, börjar även problem som finns i vardagen småningom synas i terapin. En del av terapeuterna anser att då barnet är framför dem och börjar göra något i terapirummet så ser de vilka svårigheter barnet har. Ibland kan det vara ett blygt barn som behöver både utmanas och uppmuntras för att barnet ska pröva på nya saker. Generellt ger terapeuterna mycket positiv feedback för att motivera barnen att utföra aktiviteter.

5.8 Utvärdering av terapin

Terapin avslutas oftast då målen för terapin är uppnådda. Men eftersom terapigångerna även styrs av betalningsförbindelser så kan ibland barnets ergoterapi avslutas trots att målen inte är uppnådda, om betalningsförbindelsen tar slut. Då en terapiperiod närmar sig sitt slut så överväger terapeuterna om de ska ansöka om förlängd ergoterapi eller vad som är nästa steg. Ibland kan målen för ergoterapin vara uppnådda men kanske någon annan terapi vore aktuell. En viktig uppgift för terapeuten då en terapi närmar sig sitt slut är att göra sig obehövd. Terapeuten går tillsammans med barnet igenom alla teckningar och annat material som samlats under terapins gång och barnen får ta med dem hem som minne. De kan även gå igenom vad de gjort i terapin och fundera vad som varit svårt, vad som varit roligt o.s.v. En

del terapeuter har märkt att barn har en tendens att gå tillbaka i utvecklingen då terapin håller på att avslutas, vilket kan få terapeuterna att fundera om terapin kan avslutas, men oftast har barnet ett behov att få en helhet av terapin. Avslutningsprocessen kan vara en lång process speciellt för psykiatriska klienter. Innan terapin avslutas diskuterar terapeuten och föräldrarna kring barnens fortsättning, vilka problem som eventuellt ännu kan uppstå, vilka hobbyer som passar o.dyl.

”...Avslutande och avskedstagande är en utmaning för nästan alla och därför måste man börja avslutningsprocessen i god tid...”

”...hemska många av barnen går tillbaka till det som man gjorde då när man började, såsom kontaktlekar och kurragömma...då viktigt att poängtera att ju de här lekarna var viktiga då vi började...”

”...skulle barnet dra nytta av någon annan terapiform...?”

”...kommer vårt barn att vara specialbarn hela livet?...”

5.9 Tolkning

I detta kapitel tolkas resultaten från undersökningen och varje kategori av kliniskt resonemang som framkommit i undersökningen tolkas. Syftet med denna undersökning var att synliggöra det kliniska resonemanget hos ergoterapeuten i aktivitetsutförandeprocessen. Undersökningen var avgränsad till att synliggöra resonemanget i en specifik terapisituation med barn. Frågeställningarna i det här arbetet var; hur syns det narrativa, procedurala, pragmatiska, interaktiva och det conditionala resonemanget hos en ergoterapeut som jobbar med barn? Finns det andra former av kliniskt resonemang hos ergoterapeuter som jobbar med barn?

Interaktivt resonemang är en form av resonemang som ergoterapeuterna använder sig mycket av i sitt arbete. Genom att prata med föräldrarna får terapeuterna viktig information till terapin samtidigt som de lär känna familjen och barnet. Det framkom i undersökningen att terapeuterna använder interaktivt resonemang för att få en förståelse för hur familjen upplever barnens nedsättning nämligen genom att diskutera med dem. Via interaktion så kan även terapeuten få reda på barnets styrkor och resurser, delvist genom att fråga barnet själv ”*vad är du bra på, vad tycker du om att göra*” och genom att fråga föräldrarna och daghemspersonalen. I början av en terapistund frågar alltid terapeuterna hur barnet mår, hur

veckan har gått och dylikt för att få en känsla av hur barnet har det just nu och vilka behov barnet har. Detta understöds av Mattingly & Fleming (1994:17) som menar att interaktivt resonemang används för att komma närmare klienten och förstå klientens behov och situation. Liksom Pedretti (1996:37) skriver använder ergoterapeuterna sig av ett interaktivt resonemang även för att handleda klienten i terapin.

I intervjuerna betonade terapeuterna ofta hur viktigt det är att veta vem som hör till barnens nätverk och vem som finns i barnens vardag, för att sedan samarbeta med dem. Terapeuterna hade således förmågan att beakta hela helheten och inte bara behandla barnet utan involvera barnet, familjen, miljön och aktivitetsbegränsningen i terapin. Detta sätt att resonera kallas *conditionalt resonemang* och är enligt Schell & Schell (2008) ett sätt att resonera som erfarna ergoterapeuter använder sig av. Terapeuterna använde även detta sätt att resonera då de tillsammans med familjen diskuterar hur barnet kan klara sig i framtiden och vilka eventuella problem som kan uppstå. Terapeuterna hade således en förmåga att se barnet både i nuet och framtiden som enligt Unsworth (2004) och Turner m.fl. (2002) hör ihop med conditionalt resonemang. Medhurst & Ryan (1996) menar att resonera conditionalt innebär att terapeuten har förmågan att vara kreativ, intuitiv, logisk och använda sin fantasi på en och samma gång. I intervjuerna framkom det att terapeuterna på Helsingfors Ergoterapi Ab har den förmågan då de snabbt i stunden använder sin kreativitet och fantasi för att spinna vidare på en lek, tänker logiskt hur de ska bygga upp leken så att den är ändamålsenlig med tanke på målen för terapin. Ergoterapeuternas intuition framkom även i intervjuerna då de kan känna att det är något speciellt med klienten idag trots att barnet själv inte säger något. Efter en stunds diskussion kan det visa sig att något hade hänt under dagen. Allt detta visar att terapeuterna använder sig av conditionalt resonemang i sitt arbete med barn.

Ergoterapeuternas *procedurala resonemang* framkom i situationer då terapeuterna genom att identifiera klientens funktionella problem satte upp mål för terapin. Enligt Frew et al. (2008) så används proceduralt resonemang då man utvecklar en interventionsplan för klienten. Men samtliga ergoterapeuter uttryckte att de inte gör någon specifik plan utan de har målen med terapin i åtanke och skapar terapitimmen utgående från barnens intressen och motivation. Detta visar att resonemangen ofta går in i varandra vilket även framkommit i Mattingly & Flemings (1994) forskning. I och med att ergoterapeuterna adapterar de aktiviteter barnen valt och sätter till element som gör att barnet tränar något som barnet har svårt att utföra, så använder terapeuterna sig av proceduralt resonemang. Alla gånger är det inte barnen som

väljer aktivitet utan terapeuterna föreslår lämpliga aktiviteter utgående från barnens nedsättningar och svårigheter, även då används proceduralt resonemang. (Unsworth 2005) Samtliga terapeuter berättade att de tagit sitt eget kunnande i beaktande och funderat om deras resurser som ergoterapeuter räcker till, detta hör ihop med *pragmatiskt resonemang*. (Unsworth 2005:32) Tidvis då terapeuterna har haft en givande terapistund med något barn och upplevt flow så har även tiden kunnat springa iväg, men terapeuterna försöker hålla tiderna genom att titta på klockan. Ergoterapeuterna är i stort sett beroende av betalningsförbindelser för att kunna utföra sitt arbete eftersom de är ett privatföretag. Betalningsförbindelser diskuteras således både med föräldrarna och med de andra terapeuterna. Även Schell & Schell (2008:170-177) skrev att pragmatiskt resonemang innefattar att hålla tidtabeller och det praktiska kring betalningsförbindelser.

Narrativt resonemang använde terapeuterna sig av för att tillsammans med barnet eller hela familjen se förändringar som har skett i terapin från dåtid till nutid. Terapeuterna använde även denna metod för att engagera familjer i ergoterapin. Detta kunde terapeuterna göra mitt under en terapiperiod eller då terapiperioden närmade sig sitt slut. Även barnens livsberättelse som ergoterapeuterna ber föräldrarna att skriva är ett narrativ, där terapeuterna kan få reda på barnens styrkor och tidigare anpassningar samt hur nedsättningen påverkar barnets liv. Liksom Schell (2008:135) skriver används narrativt resonemang ofta för att upptäcka tidigare anpassningar, styrkor och resurser. Om det uppstår en problematisk situation i terapin eller ergoterapeuterna har svårt att veta hur de kommer framåt så diskuterar de ofta med sina kollegor, vilket även det är att använda ett narrativt resonemang. (Schell & Schell 2008:126-129)

Terapeuterna använder sig av *vetenskapligt resonemang* då de tillsammans funderar kring vilken bedömningsmetod som passar bäst för att utreda barnets svårigheter samt vilken terapeut som har resurser att utföra testet. Det framkom även att terapeuterna använde sig av vetenskapligt resonemang då de i olika situationer funderar om deras egna resurser och kunskaper räcker till. Exempelvis nämnde en terapeut att hon inte tar multihandikappade i terapi eftersom hon känner att hennes kunskaper inte räcker till samt att miljön på mottagningen inte är anpassade för multihandikappade. Liksom det framkommit i tidigare forskning gjord av Frew m.fl. 2008 så används vetenskapligt resonemang då terapeuterna samlar information om klienten för att sedan kunna skapa en terapiplan. I intervjuerna framkom det att terapeuterna har många olika sätt för att samla in information om klienten,

såsom frågeformulär, intervjuer med föräldrarna och dagis samt genom att prata med barnet själv.

Det framkom även att terapeuterna använder sig av *etiskt resonemang*. Terapeuterna försöker undvika farosituationer genom att alltid medvetengöra barnen om att de först måste hämta madrasser och sen först kan de påbörja aktiviteten, vilket visar att terapeuterna använder sig av ett etiskt resonemang. Några av terapeuterna har även blivit tvungna att göra svåra beslut, att göra barnskyddsanmälan, men eftersom terapeuten ansåg att det var bäst för barnet så gjordes en anmälan. Ett etiskt resonemang visar sig i terapeutens försök att göra det rätta. (Frew et al. 2008, Schell & Schell 2008:194-195)

Diagnostiserande resonemang framkom även i undersökningen. Ergoterapeuterna ansåg att det är bra att känna till barnets diagnos eftersom det kan styra eller begränsa aktiviteter som kan användas i terapin. Men diagnosen kan även hjälpa terapeuterna att hitta aktiviteter som är lämpliga att använda i terapin. Ergoterapeuterna ansåg även att det är viktigt att känna till eventuella diagnoser eller sjukdomar med tanke på barnens säkerhet vilket tyder på en kombination av etiskt och diagnostiserande resonemang. Ergoterapeuterna uttryckte även att genom att känna till diagnoserna så kan de som terapeuter, men även hela familjen få en större förståelse för barnets agerande. Liksom Schell (2008:99) skriver så används diagnostiserande resonemang ofta för att upptäckta svårigheter i aktivitetsutförandet.

6 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel kommer respondenten att kritiskt granska sin studie samt diskutera kring vad som kunde ha gjorts annorlunda. I slutet lyfter även respondenten fram idéer till eventuell fortsatt forskning inom området. Den kritiska granskning delas upp i resultatdiskussion och metoddiskussion.

6.1 Resultatdiskussion

I undersökningen framkom det att ergoterapeuterna som intervjuades hade ett väldigt likadant sätt att resonera. Schell menar att terapeutens sätt att resonera påverkas av åtminstone 4 olika faktorer nämligen; klienten, arbetsutrymme och material, yrket samt terapeutens inre tro, värderingar och antaganden. (Schell & Schell 2008:14) Även Sviden & Hallin (1999) anser att terapeutens arbetsutrymme och material påverkar terapeutens sätt att resonera. Detta förklarar varför informanternas sätt att kliniskt resonera visade sig vara väldigt lika. Ergoterapeuterna (informanterna) delar arbetsutrymme vilket leder till att de iakttar och lär av varandra. Dessutom använder alla terapeuter samma material vilket förklarar varför deras sätt att kliniskt resonera liknar varandra. Eftersom jag inte hittat forskning kring ergoterapeuter som arbetar med barn och hur de resonerar kliniskt så har jag inga andra forskningsresultat att jämföra med. Men med tanke på att ergoterapeutens kliniska resonemang baserar sig på ergoterapeutens paradigm så borde resonemanget hos andra ergoterapeuter som arbetar med barn vara ungefär likadant, förutsatt att de har motsvarande arbetserfarenhet. Inga nya former av kliniskt resonemang kunde noteras i studien men samtliga former av kliniskt resonemang som presenterades i referensramen kom fram i undersökningen. Det vill säga; vetenskapligt, diagnostiserande, proceduralt, narrativt, pragmatiskt, etiskt, conditionalt och interaktivt resonemang.

6.2 Metoddiskussion

I detta kapitel diskuterar jag kring för- och nackdelar med metoden som användes i undersökningen. Även undersökningens generaliserbarhet, validitet och reliabilitet diskuteras. I slutet av kapitlet nämner jag vad som fortsättningsvis kunde forskas kring.

Det intressanta med intervjustudier är frågan om de är generaliserbara alltså om man kan föra över resultaten från informanterna till andra situationer, eller om resultaten enbart gäller i den

grupp som man undersökt. (Kvale & Brinkmann 2009:280) Reliabilitet handlar om forskningsresultatens tillförlitlighet, alltså om en annan forskare kan få samma resultat som framkom i denna undersökning om han utförde undersökningen på exakt samma sätt. Om en forskning har hög reliabilitet skulle alltså resultatet vara samma om studien upprepades och samma metod, informanter och frågeställningar användes. (Kvale & Brinkmann 2009:263) En studies validitet handlar om studiens riktighet, alltså om studiens metod undersöker det som den skall undersöka. (Kvale & Brinkmann 2009:264)

Syftet med denna studie var att synliggöra det kliniska resonemanget hos ergoterapeuter som arbetar med barn. Utgående från syftet så började jag leta material om kliniskt resonemang. Kliniskt resonemang är dock ett ganska nytt fenomen som fick sin början på 1980 talet. Trots att det nu finns en hel del skrivet om kliniskt resonemang så finns det inget som var direkt kopplat till ergoterapeuter som jobbar med barn, inte heller har kliniskt resonemang synliggjorts ur det aktivitetsutförande perspektivet. Det gjorde visserligen denna studie intressant men det gjorde det även svårt att koppla ihop med tidigare forskning, eftersom det inte fanns tidigare forskning inom exakt samma område. Trots att antalet informanter är lågt så är denna studie ändå riktgivande inom ämnet eftersom det finns så lite forskning kring ämnet sedan tidigare. Men resultatet kan inte generaliseras, med det menas att resultaten från denna studie inte kan gälla hela populationen.

En kvalitativ intervju visade sig vara en ändamålsenlig metod i denna studie, med tanke på studiens syfte. Intervjun gav möjlighet för terapeuterna att fritt uttrycka sig vilket även var tanken. Metodvalet stöds även av tidigare forskningar som Unsworth gjort (2001 & 2005) där intervju har använts för att undersöka ergoterapeutens kliniska resonemang. Intervjuguiden som användes var en bra stomme för intervjun. Eventuellt kunde några frågor formuleras på annat sätt, men jag anser att jag fick fram den information som jag var intresserad av. Informanterna bestod av sex erfarna ergoterapeuter som alla har arbetat med barn mera än 5 år. Unsworths forskning (2001:171) visade att erfarna ergoterapeuter generellt resonerar kliniskt mera än novisa ergoterapeuter samt att novisa ergoterapeuter har en tendens att främst använda proceduralt resonemang. Utifrån detta formades inklusionskriteriet att ergoterapeuterna ska ha minst 5 års arbetserfarenhet med barn för att möjliggöra att samtliga former av kliniskt resonemang kan framkomma.

Informanterna fick inte se intervjufrågorna innan intervjutillfället, detta garanterade att informantens tankar var spontana. Intervjuerna spelades in på Mini Disc vilket kan ha lett till att informanterna kände sig nervösa och möjligen inte kunde svara så utförligt på frågorna. Flera av informanterna uttryckte själva att det känns som en arbetsintervju att de är nervösa och undrar om de svarar rätt. Respondenten svarade att det finns inget rätt eller fel svar samt att deras sätt att arbeta som ergoterapeut inte granskas. Efter intervjun uttryckte samtliga ergoterapeuter att temat var intressant och att det är svårt att sätta ord på sina tankar eftersom det i princip handlar om outtalad kunskap. Trots att intervjun baserade sig på öppna temafrågor så ställde respondenten följdfrågor som kan ha varit ledande och på så vis påverkar svaren. Följdfrågorna kunde även vara att jag kollade upp om jag hade förstått terapeuten rätt. Genom att jag hade gjort en praktikperiod så hade jag en förförståelse för hur ergoterapeuterna på Helsingfors Ergoterapi Ab arbetar. Eftersom informanterna var bekanta för mig och jag visste hur de jobbar så var det även lättare att ställa följdfrågor under intervjun. Exempelvis så visste jag att terapeuterna beaktar säkerheten genom att alltid ha madrasser under eller dylikt. Jag anser att det var väldigt bra att känna till miljön som informanterna pratade om, eftersom det var lättare att hänga med i intervjun, men det kan även ha påverkat undersökningen negativt, eftersom min förförståelse om terapeuternas arbetssätt och minnen från praktiken kan ha styrt mina tankar under intervjutillfället. Men jag hade tänkt på detta innan och var under intervjutillfället väldigt försiktig med att leda terapeuternas tankar.

Jag anser att validiteten i studien är god eftersom ergoterapeutens subjektiva upplevelser var det som fokuserades på. Reliabiliteten i studien kunde ha varit högre om det funnits en medrespondent. Då jag nu utförde studien ensam så är det enbart mina egna tolkningar genomgående. Reliabiliteten kunde ha varit högre om jag hade kontrollerat resultatet med informanterna. En annan svaghet med studien är att resultatet inte kan generaliseras eftersom enbart 6 informanter deltog. Eftersom jag är svenskspråkig och enbart 1 av informanterna pratade svenska så kan studiens reliabilitet ha påverkats. För att styrka reliabiliteten i studien har jag bett utomstående personer med goda kunskaper i finska översätta intervjuguiden och följebreven. Av 60 sidor transkriberad text så var 50 sidor på finska och med dessa så fick jag ingen översättningshjälp, men jag tror ändå att jag har förstått innebörden i det transkriberade materialet. Jag anser att resultatet från undersökningen inte kan överföras till andra klientgrupper än barn.

Eftersom det finns många olika definitioner på kliniskt resonemang kan det hända att jag inte hittat allt väsentligt material. Då jag sökte litteraturen till denna undersökning så använde jag främst sökorden kliniskt resonemang och professionellt resonemang. Då hade artikeln Mitchell & Batorski 2009 inte ännu publicerats. I den artikeln framkom det dock att det även används andra begrepp för kliniskt resonemang såsom kritiskt resonemang och kritiskt tänkande. Eventuellt skulle jag ha hittat mer bakgrundslitteratur genom att även använda sökorden kritiskt resonemang och kritiskt tänkande.

6.3 Fortsatt forskning

Eftersom jag upptäckte att alla ergoterapeuter på Helsingfors Ergoterapi Ab har ett väldigt likadant arbetssätt och tankesätt så vore det intressant att genomföra en liknande studie på ett annat ställe, där ergoterapeuter också arbetar med barn, för att se om de använder sig av samma sätt att kliniskt resonera, som framkom i denna studie. Liksom Mitchell och Batorski (2009) skriver i sin forskning anser även jag att det är viktigt att redan behandla temat kliniskt resonemang grundligt under studietiden. Detta kunde göras genom att regelbundet återblicka på olika terapicase för att lära sig mera om terapeuternas praktiska arbete. Detta skulle ge en djupare förståelse för det kliniska resonemanget redan under studietiden. Då kan de blivande ergoterapeuterna fortsätta att utveckla sitt kliniska resonemang i arbetslivet och på så vis möjliggöra service av god kvalitet.

*“Clinical reasoning is a tacit, imagistic and phenomenological mode of thinking...based on tacit understanding and habitual knowledge gained through experience.”
(Pedretti 1996:36)*

KÄLLOR

Case-Smith, Jane. 2001. Occupational Therapy for Children. Mosby. s. 918. ISBN 0-323-00764-3.

Christiansen, Charles H. Baum Carolyn M. 2005. Occupational Therapy Performance, participation, and Well-being. Slack incorporated. s. 652. ISBN 1-55642-530-9.

Courtney, Michelle. 2005. The meaning of professional excellence for private practitioners in occupational therapy. I: *Australian Occupational Therapy Journal*. 2005. Vol. 52 s. 211-217.

Doumanov, Paula. Rugg, Sue. 2003. Clinical reasoning skills of occupational therapists and support staff: a comparison. I: *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2003. Vol. 10 nr 5, s.195-203.

Fortune, Tracy. Ryan, Susan. 1996. Applying Clinical Reasoning: a Caseload Management System for Community Occupational Therapists. I: *British Journal of Occupational Therapy* 1996, Vol. 59 nr 5, s. 207-211.

Frew, Katleen M. Evan V. Joyce, Bronwyn Tanner, Marion A. Gray. 2008. Clinical Reasoning and the international classification of functioning: a linking framework. I: *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 2008. Vol.18 nr 2, s.68-72.

Hirsijärvi, Sirkka. Hurme Helena. 2001. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistonpaino, Helsinki. ISBN 951-570-458-8. S.213.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007. Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Studentlitteratur. s. 316. ISBN 978-91-44-00638-3

Jacobsen, Jan Krag. 1993. Intervju, konsten att lyssna och fråga. Studentlitteratur. s. 219. ISBN 91-44-38361-4

Kielhofner, Gary. 2004. *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. Third edition. Davis Company. s. 284. ISBN 0-8036-1137-4.

Kvale, Steinar. 1997. *Den kvalitative forskningsintervjun*. Studentlitteratur. 306 s. ISBN 978-91-44-001852

Kvale, Steinar. Brinkman, Svend. 2009. *Den kvalitative forskningsintervjun*. Andra upplagan. Studentlitteratur. s. 370. ISBN 978-91-44-05598-5.

Lewin, Jeanne E. Reed, Colleen A. 1998. *Creative Problem Solving in Occupational therapy*. Lippincott. s. 568. ISBN 0-397-55233-5.

Mattingly, Cheryl. Fleming, Maureen Hayes. 1993. *Clinical reasoning: forms of inquiry in a therapeutic practice*. s. 378. ISBN 0-8036-5937-7.

Medhurst, Angela. Ryan, Susan. 1996. *Clinical Reasoning in Local Authority Pediatric Occupational Therapy: Planning a Major Adaptation for the Child with a Degenerative Condition, Part 1. I: British Journal of Occupational Therapy*. 1996. Vol.59, nr 5, s. 203-206.

Medhurst, Angela. Ryan, Susan. 1996. *Clinical Reasoning in Local Authority Pediatric Occupational Therapy: Planning a Major Adaptation for the Child with a Degenerative Condition, Part 2. I: British Journal of Occupational Therapy*. 1996. Vol. 59 nr 6, s. 269-272.

Mitchell, Robyn. Unsworth, Carolyn A. 2004. *Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. I: Australian Occupational Therapy Journal* 2004, Vol. 51, s. 13–24.

Mitchell, Anita Witt. Batorski, Rosemary E. 2009. *A study of critical reasoning in online learning: Application of the Occupational Performance Process Model. I: Occupational Therapy International*. 2009. Vol. 16 nr 2, s.134-153.

Neistadt, E Maureen. Wight, Jennifer. Mulligan, E Shelley. 1998. *Clinical Reasoning Case Studies as Teaching Tools. I: The American Journal of Occupational Therapy February* 1998, Vol 52, nr 2, s. 125-132.

Pedretti, Lorraine Williams. 1996. Occupational therapy: practice skills for physical dysfunction. Fourth edition. Mosby. s.876.

Reagon, Carly. Bellin, Wyn. Boniface, Gail. 2008. Reconfiguring evidence-based practice for occupational therapists. I: *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2008. Vol. 15, nr 10, s.428-436.

Robertson, Linda J. 1996. Clinical Reasoning, Part 2: Novice/Expert differences. I: *British Journal of Occupational Therapy*. 1996. Vol. 59 maj.

Rodger, Sylvia. Ziviani, Jenny. 2006. Occupational Therapy with Children, Understanding Children's Occupations and Enabling Participation. Blackwell Publishing. s.303. ISBN: 978-1-4051-2456-0

Schell Barbara, A Boyt, Schell John, W. 2008. Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy. Lippincott Williams & Wilkins. s.462. ISBN: 0-7817-5914-5

Svidén, Gunilla. Hallin, Marlene. 1999. Differences in Clinical Reasoning between occupational therapists working in rheumatology and neurology. I: *Scandinavian Journal of occupational therapy*. 1999. Vol 6, s. 63-39

Townsend, Elizabeth. Stanton, Sue. Law, Mary m.fl. 2002. Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. Revised Edition. Canadian Association of Occupational Therapists. s. 210. ISBN 1-895437-58- X

Townsend, Elizabeth. Polatajko, Helene. 2007. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Canadian Association of Occupational Therapists. ISBN 978-1-895437-76-8

Turner, Annie. Foster Marg. Johnson E Sybil. 2002. Occupational Therapy and Physical Dysfunction, principles, skills and practice. Fifth edition. Churchill Livingstone. s. 666. ISBN 0-443- 06224 2.

Unsworth, Carolyn. 2001. The Clinical Reasoning of Novice and Expert Occupational Therapists. I: *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* .2001. Vol. 8, s. 163-173.

Unsworth, Carolyn. 2004. Clinical Reasoning: How do Pragmatic Reasoning, Worldview and Client- Centredness Fit? I: *British Journal of Occupational Journal*. 2004, Vol. 67 nr 1

Unsworth, Carolyn. 2005. Using a Head-Mounted Video Camera To Explore Current Conceptualizations of Clinical Reasoning in Occupational Therapy. I: *American Journal of Occupational Therapy*. 2005. Vol. 59, nr 1. s. 31-40.

Widerberg, Karin. 2002. Kvalitativ forskning i praktiken. Studentlitteratur. s.232. ISBN: 91-44-01828-2

HELSINGFORS ERGOTERAPI AB

Datum: _____ / ____ 2009

”Synliggöra det kliniska resonemanget hos ergoterapeuten i en terapisituation med barn”

Bästa förälder, mitt namn är Marina Corin, jag studerar ergoterapi på Arcada och har kommit till det skedet i mina studier att jag ska göra mitt examensarbete. Mitt examensarbete görs i samarbete med Helsingfors Ergoterapi AB, och jag ska intervjua ergoterapeuterna som arbetar där. Jag vill med detta brev fråga Er om lov att använda filmmaterial som ergoterapeuterna har filmat, där Ert barn syns på filmen. Filmen används enbart som en stöd för mig under ett intervjutillfälle, för att jag bättre ska kunna förstå ergoterapeuten. Efter intervjun returneras filmen genast tillbaka till Helsingfors Ergoterapi Ab där den förvaras bakom låsta dörrar. Ingen annan än intervjuaren ser filmen under forskningens gång. Syftet med undersökningen är att synliggöra det kliniska resonemanget hos ergoterapeuten i en terapisituation med barn. Fokuset i undersökning är på ergoterapeutens arbetssätt. i Malm. Kliniskt resonemang är en term som används för att beskriva tankeprocessen som terapeuter använder sig av i praktiken för att fatta beslut i terapin.

Undersökningen följer etiska riktlinjer såsom krav på att bli korrekt återgiven samt skydd av privatlivet, vilket betyder att inga personuppgifter framkommer i arbetet. Efter att undersökningen förvaras allt forskningsmaterial inlåst på Arcada. Om Ni har frågor eller vill veta mer om undersökningen kan Ni ta kontakt med Marina Corin på numret 0503421176 eller lektor i ergoterapi Denice Haldin 0505852333.

Jag har förstått syftet med undersökningen och anser att videomaterial där mitt barn (barnets namn) _____ syns kan användas till undersökningen.

Signatur

Förtydligande

Tack, för att Ni ger oss möjligheten att utföra denna undersökning!

Respondent, Marina Corin

Handledare, Denice Haldin

Ergoterapistuderande

Lektor i ergoterapi

0503421176

0505852333

” Toimintaterapeutin kliinisen ajattelun havainnointi, lapsen terapiatilanteessa ”

Parhaat vanhemmat, nimeni on Marina Corin, ja opiskelen toimintaterapiaa Arcadassa. Olen tullut opinnoissani siihen vaiheeseen, että olen tekemässä lopputyötäni. Lopputyöni teen yhteistyössä Helsingin Toimintaterapia Oy:n kanssa, ja minä haastattelen toimintaterapeutit jotka ovat töissä siellä. Tahdon tällä kirjeellä pyytää Teiltä lupaa käyttää toimintaterapeuttien kuvaamaa filmimateriaalia jossa Lapsenne esiintyy. Vain minä näen filmimateriaalia ja käytän sitä tukena haastattelun aikana että paremmin ymmärän toimintaterapeutin ajatuksia. Heti haastattelun jälkeen filmimateriaalia säilytetään Helsingin Toimintaterapia Oy'n lukitussa tiloissa. Tutkimuksen tarkoituksena on havainnointia toimintaterapeutin ajattelutapaa lapsen terapiatilanteessa. Tutkimuksen pääpaino keskittyy toimintaterapeuttiin, joka työskentelee lasten kanssa. Kliininen ajattelu on termi, jota käytetään kun tahdotaan selvittää ajatteluprosessia, jota terapeutit käytännössä käyttävät tehdäkseen päätelmiäterapiasta.

Tutkimus noudattaa eettisiä linjauksia ja materiaalia käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksessa käytettävää havainnointijärjestystä ja tutkimusmateriaalia säilytetään tutkimuksen jälkeen Arcadassa lukitussa tilassa. Mikäli Teillä on kysymyksiä tai mikäli tahdotte lisätietoja tutkimuksesta, voitte ottaa yhteyttä seuraavasti: Marina Corin 050–3421176 tai Denice Haldin, toimintaterapian lehtori 050–5852333.

Olen ymmärtänyt tutkimuksen tarkoitusta, ja filmimateriaali jossa Lapseni _____ esiintyy, voidaan käyttää tutkimuksessa.

Allekirjoitus

_____ nimen selvennys

Kiitos, että Annatte meille mahdollisuuden tämän tutkimuksen tekemiseen.

Terveisin Marina Corin
Toimintaterapian opiskelija
0503421176

Tutor, Denice Haldin
Toimintaterapian lehtori
0505852333

”Synliggöra det kliniska resonemanget hos ergoterapeuten i en terapisituation med barn”

Jag, Marina Corin, vill med detta dokument informera Er om undersökningen som görs i samarbete med Er. Genom att skriva under detta dokument ger Ni ert samtycke till att delta i studien som respondent. Er uppgift som respondent blir att delta i en kvalitativ intervju där Ni berättar hur Ni arbetat kring ett visst filmcase. Intervjun bandas, transkriberas och analyseras. Allt forskningsmaterial behandlas konfidentiellt vilket betyder att inga personuppgifter framkommer i arbetet. Allt forskningsmaterial förvaras inlåst på Arcada efter att undersökningen är avslutad. Samtidigt vill jag be Er, Helsingfors Ergoterapi AB, om lov att använda filmmaterial som Ni filmat i terapisituationer med barn. Materialet som används returneras tillbaka till Er, i samma format som Ni lånade ut det.

Genom att skriva under detta brev, har Ni förstått syftet med undersökningen och ger Ert medgivande till att Ni vill delta som informant i undersökningen. Ni får närsomhelst avbryta undersökningen utan konsekvenser.

Jag _____ godkänner att videomaterial som filmats där jag är i en terapisituation med barn får användas i denna undersökning. Jag är även villig att ställa upp som respondent i denna undersökning.

Signatur

Förtydligande

Tack, för att Du hjälper mig att genomföra denna studie! Om det är något Du undrar över angående studien så vänligen kontakta respondenten.

Respondent, Marina Corin
0503421176

”Toimintaterapeutin kliinisen ajattelun havainnointi lapsen terapiatilanteessa”

Minä, Marina Corin tahdon tällä asiakirjalla informoida Teitä tutkimuksesta jota tehdään yhteistyössä Teidän kanssa. Allekirjoittamalla tätä asiakirjaa suostutte osallistumaan tutkimukseen kertojana. Tehtävänäne kertojana on osallistua laadukkaaseen haastatteluun, jossa kerrotte miten Te olette olette työskennelleet määrätyn elokuvanteon kanssa. Haastattelu tallennetaan, muokataan ja analysoidaan. Kaikki tutkimusmateriaali käsitellään luottamuksellisesti ja säilytetään Arcadass lukkojen takana kun tutkimus on saatu päätökseen. Samalla haluan pyytää

Teiltä Helsingin Toimintaterapia Oy: lta luvan käyttää Teidän kuvamaa kuvamateriaalia lasten terapia tilanteesta. Materiaali palautetaan Teille samassa muodossa sitä lainattaessani. Allekirjoittamalla tätä kirjettä, olette ymmärtäneet tutkimuksen tarkoitusta ja suostutte siihen, että osallistutte tutkimukseen kertojana. Voitte milloin tahansa keskeyttää osallistumisenne tutkimukseen ilman seuraamuksia.

Minä _____ suostun siihen, että videomateriaali jota on kuvattu kun olen terapiatilanteessa lapsen kanssa, voidaan käyttää tutkimuksessa. Olen myös valmis osallistumaan kertojana tutkimukseen.

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Kiitos, kun autat minua tekemään tämän tutkimuksen.

Mikäli sinulla on kysymyksiä tutkimuksen tiimoilta voit ottaa yhteyttä minuun.

Marina Corin
0503421176

INTERVJUFRÅGOR

(Bilaga 3a)

1. Berätta hur det gick till då klienten kom till er
2. Berätta om bedömningen
3. Behöver du samla någon information innan handlingsplanen för klienten kan skapas?
(Om ja berätta vilken typ av information)
4. Berätta om handlingsplanen som används med denna klient
5. Kan du berätta om terapins genomförande
6. Kan du berätta om hur terapin utvärderas efter avslutad terapi

HAASTATTELUKYSYMYKSET

(Bilaga 3b)

1. Voitko kertoa miten potilas tuli teille?
2. Voitko kertoa arvioinnista?
3. Tarvitsetko kerätä tietoja ennen kun toimintasuunnittelua voidaan luoda potilaalle?
4. Voitko kertoa tämän potilaan toimintasuunnitelmasta?
5. Voitko kertoa terapian toteuttamisesta, sekä ennen että jälkeen?
6. Voitko kertoa miten terapia arvioidaan terapian päätyttyä