

# **Ergoterapeuternas kliniska resonemang**

I psykiatrisk öppenvård

Kaisa Nordlund

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Ergoterapi
Identifikationsnummer:	4428
Författare:	Kaisa Nordlund
Arbetets namn:	Ergoterapeuternas kliniska resonemang i psykiatrisk öppenvård
Handledare (Arcada):	Annikki Arola
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag:</p> <p>Kliniskt resonemang används av ergoterapeuter för att planera, styra, utföra och reflektera över klientens terapi och är resultatet av samspel mellan personen, kontexten och terapiuppgiften som skall genomföras. För att optimera interventioner inom ergoterapi är det viktigt att synliggöra den tysta kunskapen som finns i det kliniska resonemanget. Tyst kunskap anses vara den kunskap man får genom upplevelser, att göra ett arbete och fungera inom en organisation. Syftet med detta examensarbete är att beskriva det kliniska resonemanget genom ergoterapiprocessen hos ergoterapeuter som arbetar med klienter med psykiatrisk problematik inom poliklinisk öppenvård. Forskningsfrågorna för arbetet är: Hur resonerar ergoterapeuten i den inledande fasen av ergoterapiprocessen, på vilket sätt resonerar ergoterapeuten i terapisituationen och hur resonerar ergoterapeuten vid avslutande av ergoterapiprocessen? Den teoretiska referensramen som används i arbetet är kliniskt resonemang, såsom det definieras av Schell &amp; Schell (2008) och Fleming &amp; Mattingly (1994). För studien intervjuas individuellt sex ergoterapeuter från tre olika psykiatriska polikliniker i Helsingfors. Det transkriberade materialet analyseras kvalitativt och bearbetas genom meningskoncentrering. Genom analysen uppkommer fyra huvudteman som ergoterapeuterna beaktar då de resonerar och gör beslut genom ergoterapiprocessen: ergoterapeutens resurser, terapirelationen, patienten i fokus och förändringsprocess. I tolkningen av resultatet kommer det fram att ergoterapeuterna i den inledande fasen av terapiprocessen främst använder det procedurala och pragmatiska resonemanget, i terapisituationen den vetenskapliga, diagnostiska, etiska, interaktiva och konditionala resonemanget och under den avslutande fasen av ergoterapiprocessen det narrativa resonemanget. Det framkommer också att de olika sätten att resonera i kliniskt arbete används mycket samtidigt och parallellt, och att det är svårt att urskilja i vilket skede av ergoterapiprocessen som ett visst sätt att resonera används.</p>	
Nyckelord:	Ergoterapi, kliniskt resonemang, tyst kunskap, psykiatrisk öppenvård.
Sidantal:	45 + bilagor
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Occupational Therapy
Identification number:	4428
Author:	Kaisa Nordlund
Title:	The clinical reasoning of occupational therapists in psychiatric outpatient care
Supervisor (Arcada):	Annikki Arola
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>Occupational therapists use clinical reasoning to plan, manage, execute and reflect on the client's therapy. It is the result of interaction between the person, context and therapy task that is implemented. To optimize interventions in occupational therapy, it is important to make the tacit knowledge contained in clinical reasoning visible. Tacit knowledge is considered the knowledge gained through experience, by working and functioning within an organization. The purpose of this thesis is to describe the clinical reasoning of occupational therapists working with clients with psychiatric problems in outpatient clinics, through the occupational therapy process. The research questions for this thesis are: How do occupational therapists reason in the initial phase of the occupational therapy process, how do occupational therapists reason in the therapy situation and how do occupational therapists reason when concluding the therapy process? The theoretical framework used in this thesis is clinical reasoning, as defined by Schell &amp; Schell (2008) and Fleming &amp; Mattingly (1994). Six occupational therapists from three different psychiatric outpatient clinics in Helsinki are interviewed individually for the study. The transcribed material is analyzed qualitatively and processed by systematic text concentration. The analysis generated four main themes the occupational therapists consider when they reason and make decisions through the therapy process: the resources of the occupational therapist, the relationship between the client and the therapist, the patient and the process of change. In the interpretation of the results it appears that the occupational therapists mainly use the procedural and pragmatic reasoning in the initial phase of the therapy process, the scientific, diagnostic, ethical, interactive and conditional reasoning in the therapy situation and the narrative reasoning in the concluding phase of the therapy process. It also emerges that the different ways of reasoning in clinical work is used a lot at the same time and in parallel, and that it is difficult to discern the stage of the occupational therapy process when a particular way of clinical reasoning is used.</p>	
Keywords:	Occupational therapy, clinical reasoning, tacit knowledge, psychiatric outpatient care.
Number of pages:	45 + appendices
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Toimintaterapia
Tunnistenumero:	4428
Tekijä:	Kaisa Nordlund
Työn nimi:	Toimintaterapeuttien kliininen päättely psykiatrisessa avohoidossa
Työn ohjaaja (Arcada):	Annikki Arola
Toimeksiantaja:	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Kliinistä päättelykykyä käytetään toimintaterapiassa asiakkaan terapian suunnitteluun, ohjaamiseen, suorittamiseen ja pohtimiseen ja se on tulos henkilön, ympäristön ja kyseessä olevan terapiatehtävän välisestä vuorovaikutuksesta. Toimintaterapiainterventioiden optimoinniksi on oleellista tehdä hiljaista tietoa sisältävä kliininen päättelykyky näkyväksi. Hiljaista tietoa pidetään tietona, jota saa kokemuksen kautta, työtä tekemällä ja toimimalla organisaatiossa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla psykiatrisilla poliklinikoilla asiakkaiden parissa työskentelevien toimintaterapeuttien kliinistä päättelykykyä toimintaterapiaprosessin läpi. Tutkimuskysymykset työlle ovat: Kuinka toimintaterapeutti päättelee toimintaterapiaprosessin alkuvaiheessa, millä tavalla toimintaterapeutti päättelee toimintaterapiatilanteessa ja miten toimintaterapeutti päättelee toimintaterapiaprosessin päätösvaiheessa. Työssä käytettävä teoreettinen viitekehys on kliininen päättelykyky, Schell &amp; Schellin (2008) ja Fleming &amp; Mattinglyn (1994) mukaan määriteltynä. Tutkimusta varten haastatellaan yksilöllisesti kuusi toimintaterapeuttia kolmelta eri psykiatriselta poliklinikalta Helsingissä. Litteroitu materiaali analysoidaan kvalitatiivisesti ja työstetään teemoittelun avulla. Analysoimalla materiaalista erottuu neljä päätemaa, jotka toimintaterapeutit ottavat huomioon kun he ajattelevat ja tekevät päätöksiä toimintaterapiaprosessin läpi: toimintaterapeutin resurssit, terapiasuhte, potilaan huomiointi ja muutosprosessi. Tulosten tulkinnassa ilmenee että toimintaterapeutit terapiaprosessin alkuvaiheessa pääasiassa käyttävät menettelyyn ja käytäntöön keskittyvää päättelytapaa, terapiatilanteessa tieteellistä, diagnostisoivaa, eettistä, interaktiivista ja konditionaalista päättelytapaa ja toimintaterapiaprosessin päätösvaiheessa kerronnallista päättelytapaa. Työssä ilmenee myös että eri tapoja päätellä kliinisessä työssä käytetään paljon samanaikaisesti ja rinnakkain, ja on vaikea erottaa missä vaiheessa toimintaterapiaprosessia käytetään tiettyä tapaa päätellä.</p>	
Avainsanat:	Toimintaterapia, kliininen päättelykyky, hiljainen tieto, psykiatrinen avohoito.
Sivumäärä:	45 + liitteet
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

# INNEHÅLL

<b>FÖRORD</b> .....	<b>7</b>
<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>8</b>
<b>2 BAKGRUND</b> .....	<b>8</b>
2.1 Ergoterapi inom psykiatri .....	9
2.2 Terapeutisk användning av sig själv .....	9
2.3 Tyst kunskap .....	10
2.4 Ergoterapiprocessen .....	11
2.5 Teoretisk referensram .....	12
2.5.1 <i>Proceduralt resonemang</i> .....	13
2.5.2 <i>Konditionalt resonemang</i> .....	13
2.5.3 <i>Interaktivt resonemang</i> .....	14
2.5.4 <i>Pragmatiskt resonemang</i> .....	15
2.5.5 <i>Vetenskapligt och diagnostiskt resonemang</i> .....	15
2.5.6 <i>Narrativt resonemang</i> .....	16
2.5.7 <i>Etiskt resonemang</i> .....	16
2.6 Tidigare forskning .....	17
<b>3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	<b>19</b>
<b>4 METOD</b> .....	<b>20</b>
4.1 Urval .....	20
4.2 Datainsamling.....	21
4.3 Bearbetning och analys .....	22
4.4 Etiska aspekter .....	23
<b>5 RESULTATREDOVISNING</b> .....	<b>24</b>
5.1 Ergoterapeutens resurser.....	24
5.2 Terapirelationen.....	27
5.3 Patienten i fokus .....	30
5.4 Förändringsprocessen.....	32
5.5 Tolkning av resultat .....	34
<b>6 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING</b> .....	<b>37</b>
6.1 Resultatdiskussion.....	37
6.2 Metoddiskussion.....	39
6.3 Fortsatt forskning.....	42
<b>KÄLLOR</b> .....	<b>43</b>

<b>BILAGA 1</b> .....	<b>46</b>
<b>BILAGA 2A</b> .....	<b>47</b>
<b>BILAGA 2B</b> .....	<b>48</b>
<b>BILAGA 3A</b> .....	<b>49</b>
<b>BILAGA 3B</b> .....	<b>50</b>
<b>BILAGA 4A</b> .....	<b>51</b>
<b>BILAGA 4B</b> .....	<b>53</b>
<b>BILAGA 5A</b> .....	<b>55</b>
<b>BILAGA 5B</b> .....	<b>56</b>

## FÖRORD

Till en början vill jag rikta ett stort tack till de sex ergoterapeuter som jag fått intervjua för denna studie, utan er hade arbetet inte blivit av. Jag vill också tacka alla de andra som möjliggjort studien; kontaktpersonerna på de psykiatriska poliklinikerna, regioncheferna på psykiatri- och missbrukscentren, de som behandlade mitt forskningslov på Helsingfors Social- och hälsovårdsverk och såklart min handledare Annikki Arola.

Dessutom vill jag tacka alla mina nära och kära som stött mig under denna långa process, ett speciellt stort tack till dem som hållit mig sällskap i biblioteket och uppmuntrat mig då det varit allra svårast att komma vidare.

## 1 INLEDNING

Psykisk hälsa är en integrerad och väsentlig del av människans välmående. Fler än 450 miljoner personer över hela världen lider av psykisk sjukdom och många fler har mentala problem. Förhållanden som inverkar på det psykiska välmående är sociala, psykologiska och biologiska faktorer. (WHO 2010)

Det som alltid fascinerat mig inom psykiatri är hur en psykisk sjukdom som inte genast syns utåt kan påverka människans funktionsförmåga på ett så helhetsmässigt sätt. Mitt intresse för ergoterapi inom psykiatrisk öppenvård väcktes då jag gjorde min första yrkespraktik på Östra Centrums psykiatriska poliklinik. Jag blev intresserad av hur ergoterapeuterna tänker och gör sina beslut i terapisisituationer, för ofta verkade terapeuternas arbete relativt passivt och de kunde styra hela terapisisituationen endast med några frågor eller kommentarer.

Referensramen som jag valt för detta arbete är klinisk resonemang, som styr mig i att kategorisera och förstå de olika faktorerna som styr ergoterapeuters tankeprocess och beslutsfattande i praktiken. Jag hoppas denna studie kan bidra till förståelsen hur ergoterapeuterna tänker och gör sina beslut då de arbetar med klienter med psykiatrisk problematik. Genom att göra den tysta kunskapen som finns hos ergoterapeuter synlig tror jag man kan lära sig någonting nytt av terapiprocessen.

## 2 BAKGRUND

I detta kapitel beskrivs vad ergoterapi inom psykiatri går ut på, hur ergoterapeuten använder sig själv i terapiprocessen och vad tyst kunskap är. Dessa teman har valts för att läsaren skall få en uppfattning om inom hurdan område kliniskt resonemang studeras, hurdan förhållande klienten och terapeuten har samt vad ergoterapeuten långt bygger sitt kliniska resonemang på, d.v.s. tyst kunskap. Dessutom beskrivs ergoterapiprocessen, arbetets teoretiska referensram samt görs en litteraturoversikt om vad de nyaste forskningarna säger om kliniskt resonemang. I bakgrundskapitlet ingår även vissa äldre källor som skribenten tagit med för de anses fortfarande vara relevanta.



## **2.1 Ergoterapi inom psykiatri**

Att aktivitet kan främja psykisk hälsa är ingen ny uppfinning. Att påverka sin omgivning med att använda sig själv ger människor en utmaning och tillfredställelse då man får till stånd en förändring. I ergoterapi använder man sig av just denna tanke att en aktivitet som kräver koncentration och energi ger betydelse åt en person. Aktiviteter som engagerar hela personen, både fysiskt och psykiskt, har en terapeutisk inverkan på människan. Att hjälpa personer hitta och klara av aktiviteter som ger dem mening och är betydelsefulla för dem är grunden av ergoterapi inom psykiatrisk vård. (Early 2009:4)

Centrala faktorer i ergoterapi inom psykiatri har redan länge varit att använda aktivitet, grupper, ställa upp mål för terapin, skapa terapeutiska omgivningar samt fungera som en länk mellan samhället och sjukhusen (Mosey 1986:27). Att ge struktur åt vardagen, meningsfulla rutiner och möjliggöra utveckling av olika färdigheter samt roller är också en del av ergoterapi (Cronin-Davis & Long 2006:1).

Idag arbetar ergoterapeuten ofta som en del av ett multiprofessionellt team. Terapiformerna innehåller regelbundna grupper, planerat individuellt program och utvärdering av interventionsbehov. Ergoterapeuterna använder sig ofta av aktiviteter som är allmänt tillgängliga i samhället eller anpassar aktiviteter så att de utförs på ett så vanligt sätt som möjligt. (Lewis & Miller 2002:440–442)

## **2.2 Terapeutisk användning av sig själv**

Hagedorn (2000:83) skriver att det terapeutiska användandet av sig själv är den viktigaste av de centrala processerna i ergoterapi. Enligt henne bygger ergoterapin på hur ergoterapeuten är i sin professionella roll och hur terapeuten kan utveckla en effektiv terapeutisk relation.

Enligt Early (2009:265) använder ergoterapeuter sig själva i terapi genom sättet de relaterar till sina klienter. Genom att lyssna och kommunicera gör terapeuten klienten medveten om sina förmågor och säkrare på att använda dem. Sättet man är på i relation med andra kan ha en stor inverkan oberoende om man är medveten om det eller inte. Det te-

rapeutiska användandet av sig själv är att kunna vara medveten om sig själv och klienten, samt att kunna vara i kontroll av vad man kommunicerar. Då man använder sig själv som ett medel i terapin relaterar man till klienten på annorlunda sätt för klient-terapeut relationen har en viss mening. Klienten förväntar sig att ergoterapeuten skall hjälpa dennes problem och få klienten känna sig bättre. Ergoterapeuten förväntas kunna hjälpa sin klient, vilket leder till att relationen inte är jämställd. Meningen med en terapeutisk relation är att hjälpa klienten identifiera sina problem, sätta upp realistiska mål samt arbeta för att uppnå dessa mål.

Mosey (1986:199) definierar medveten användning av sig själv som användning av sig själv på ett sådant sätt att man är ett effektivt instrument i ergoterapiprocessen. Enligt henne är medveten användningen av en själv någonting som utvecklas längs med hela ens karriär, någonting som aldrig blir färdigt.

Vidare beskriver Mosey (1986:200–202) karaktärsdrag som tillåter terapeuten att använda sig själv som ett medel i terapin. Terapeuten skall kunna uppfatta individualitet, ha empati, medkänsla, ödmjukhet samt respektera värdigheten och rättigheterna av varje individ. Dessutom skall terapeuten ge klienten ovillkorlig positiv uppmärksamhet, vara ärlig, flexibel, medveten av sig själv, ha humor och arbeta på ett avslappnat sätt. Ergoterapi är ändå en samarbetsprocess mellan terapeuten och klienten, en relation i vilken både terapeuten och klienten har rättigheter och skyldigheter.

### **2.3 Tyst kunskap**

Att definiera tyst kunskap, som till grunden är tyst, ordlöst och odefinierbart är svårt, men traditionellt menar man med tyst kunskap all den kunskap som inte kan beskrivas med ord. Enligt Koivunens (1997:78–79) definition innehåller tyst kunskap all den genetiska, kroppsliga, mytiska och empiriska kunskapen som människan har men som inte kan uttryckas verbalt. Den tysta kunskapen kommer i uttryck hos människan på ett helhetsmässigt sätt; den syns i händernas skicklighet, kroppens minne och intuition. I flödet av kunskap som vi lever i styr den tysta kunskapen människans val.

Människans minne är en viktig del av processering av tyst kunskap. Genom minnet processeras tysta kunskap åt två håll. I minnet finns å ena sidan ett enormt lager och potential av tyst kunskap, som aktiveras vid behov. Å andra sidan försvinner onödigt detaljkunskap i glömska i minneslagret, var det förvandlas till tyst kunskap. (Koivunen 1997:91)

Nurminen (2000:106–107) skriver att intuition är en inre känsla som skapar något nytt och oförväntat i tanken genom en tyst process och så småningom blir organiserbar och begrepplig kunskap. Genom olika frågor och reflektion blir man medveten om den tysta kunskapen. Att utveckla intuition kräver att man fokuserar på vad man gör, lever sig in i sitt arbete samt inre vilja.

Enligt Paloniemi (2008:271–272) kan tyst kunskap ses som kunskap man fått genom upplevelser, genom att göra ett arbete och fungera inom en organisation. I arbetslivet är kunskapen som baserar sig på upplevelse centralt. Den har en betydelsefull roll som en källa för kunskaper, i att lära sig nytt och i samspel med kolleger. Fast arbetserfarenhet ökar mängden av tyst kunskap blir tyst kunskap inte synligt genom arbetets mängd, utan i vardagliga arbetsprestationer. Tyst kunskap förändras och uppdateras med tiden och med varje ny arbetsuppgift. Det viktiga är att man lär sig av sina erfarenheter och tar i bruk den tysta kunskapen i nya situationer.

## **2.4 Ergoterapiprocessen**

Ergoterapiprocessen är en process som innehåller alla de steg som en ergoterapeut går igenom då en klient kommer till ergoterapi. I detta arbete har jag valt att beskriva ergoterapiprocessen enligt Canadian Practice Process Framework (CPPF) som innehåller alla delarna i ergoterapiprocessen från inledande kartläggning till sammanfattning och avslutning. (Craik et al. 2007:233)

Det första steget i CPPF är den inledande kartläggningen. Ergoterapeuten börjar processen med att utgöra ergoterapins möjlighet att inverka på klientens problematik efter att ha fått information om klientens situation och aktivitetsproblem. För att klienten själv skall kunna välja att delta i ergoterapi delges information om vad ergoterapi innebär.

Vidare lägger man grunden för ergoterapin genom att uppmuntra klienten att själv uttrycka sina förväntningar för terapin. Man kommer överens om gemensamma regler och delar med sig av sina förväntningar. Genom samarbete identifieras aktivitetsproblemet och möjliga mål diskuteras. Till följande utvärderas klientens personliga, omgivningsmässiga och aktivitetsrelaterade faktorer som påverkar klientens aktivitetsproblem. Genom att dra slutsatser av bedömningsresultaten kan ergoterapeuten formulera rekommendationer för ergoterapin. (Craik et al. 2007:251–258)

Fjärde steget är att komma överens mål och göra en plan, vilket görs på basen av resultaten från bedömningen. Vidare förverkligas planen genom att engagera klienten i meningsfulla aktiviteter. För att uppnå de utsatta målen krävs samarbete, handledning och engagemang av både klient och de anhöriga. Ergoterapeuten utvärderar kontinuerligt klientens utveckling och anpassar aktiviteterna och planen vid behov. (Craik et al. 2007:258–262)

Det sjunde steget går ut på att i samarbete med klienten göra en mellan- eller slutbedömning och utvärdera klientens aktivitetsförmåga i jämförelse med resultaten av de tidigare bedömningarna. Resultaten dokumenteras och rekommendationer för fortsatta åtgärder delges. I det sista steget diskuteras resultaten av ergoterapin och man kommer överens om att fortsätta eller avsluta terapin i samarbete med klienten. Överenskommelsen dokumenteras och informationen delges för att koordinera fortsatta åtgärder eller avsluta terapiprocessen. (Craik et al. 2007:262–264)

## **2.5 Teoretisk referensram**

Kliniskt resonemang är en tankeprocess som används av ergoterapeuter för att planera, styra, utföra och reflektera över klientens terapi. Ergoterapeutens resonemang är resultatet av samspel mellan personen, kontexten och den terapiuppgiften som skall genomföras. (Schell & Schell 2008:5–6) Oftast är terapeuten medveten om vissa faktorer som inverkar på resonerandet i arbetet, medan vissa faktorer är tyst kunskap, utom terapeuten medvetenhet. Medvetenhet om de faktorer som påverkar resonemanget och de personliga antagelser som formar professionellt resonemang samt leder praxis hjälper ergoterapeuter att utvecklas i sitt arbete. Olika antaganden som ergoterapeuter gör formar

det som terapeuten ser, påverkar tolkningarna om situationen och visar riktningen som väljs åt terapin. (Hooper 2008:14, 28)

Kliniskt resonemang valdes till teoretisk referensram för detta arbete för det är en teori som fokuserar på hur terapeuter tänker i sin terapiprocess. Genom att använda kliniskt resonemang som referensram blir det möjligt att identifiera de tankesätt som ergoterapeuterna använder i sitt arbete. Kliniskt resonemang delas in i olika tankesätt som används av ergoterapeuter i kliniskt arbete. De resonemang som valts till detta arbete är proceduralt, konditionalt, interaktivt, pragmatiskt, vetenskapligt, diagnostiskt, narrativt och etiskt. (Fleming & Mattingly 1994:9, Schell & Schell 2008:7) De olika typerna av resonemang beskrivs närmare i följande stycken.

### **2.5.1 Proceduralt resonemang**

Proceduralt resonemang används då terapeuten tar i beaktande klientens tillstånd och planerar interventionerna rutinenligt. Resonemanget är tämligen opersonligt och interventionerna kan vara baserade på rutiner som tros vara de effektivaste för klienter med ett visst tillstånd eller i en viss kontext. (Schell & Schell 2008:7) Proceduralt resonemang är ett målinriktat tankesätt som identifierar klientens funktionella problem och väljer det bästa tillvägagångssättet för att hitta en lösning till problemet och hjälpa klienten. Huvudmålet i det procedurala resonemanget är att hjälpa klienten fungera så bra som möjligt i sina vardagliga aktiviteter. (Fleming 1994:137, 151)

### **2.5.2 Konditionalt resonemang**

Då terapeuten använder konditionalt resonemang kan terapeuten se hur olika tillvägagångssätt i ergoterapin kommer att påverka klienten över en längre tidsperiod och välja det rätta tillvägagångssättet. För att samla på sig praktisk och teoretisk kunskap som behövs för att flexibelt kunna använda sig av konditionalt resonemang behöver ergoterapeuten mångsidig erfarenhet av olika terapimetoder och olika klienter. (Schell 2008:218) Konditionalt resonemang kan beskrivas som en blandning av alla former av resonemang, som används för att flexibelt kunna agera i ombytliga förhållanden eller förutse hur klientens situation möjligen kommer att framskrida. Oftast är det mycket

erfarna terapeuter som använder det konditionala resonemanget och kan basera sina val på sin tidigare upplevelse och aktuell information. (Schell & Schell 2008:8)

Enligt Fleming (1994:133) betyder konditionalt resonemang att terapeuten tar i hänsyn klientens hela ”condition”, det vill säga omständighet, vilket inkluderar klienten som person och dennes sociala och fysiska omgivning. Terapeuten tar i beaktande vad klientens omständighet har varit och formar en bild av möjligheter för klientens framtida omständighet. Terapeuten måste också få klienten att kunna tänka sig en framtid för sig själv och engagera klienten i aktiviteter som är meningsfulla för denna framtid. (Fleming 1994:197, 234–235)

### **2.5.3 Interaktivt resonemang**

Interaktivt resonemang är ett tankesätt som styr ergoterapeuten till att bilda en positiv relation med klienten och möjliggör samarbete för att identifiera problem och komma på lösningar. Terapeuten intresserar sig för vad klienten tycker, ger beröm, empatiska kommentarer, samt uppmuntrar och stöder klienten till samarbete. (Schell & Schell 2008:8) Man kan säga att interaktivt resonemang är en förlängning av både ergoterapeutens personliga och professionella person. Att se ur klientens perspektiv kräver en nivå av reflektiv bedömning av ergoterapeuten, i vilken terapeuten uppfattar och tolkar både verbala och icke-verbala signaler. Detta kräver en utveckling av mångsidiga kunskaper inom kommunikation, vilket ergoterapeuter med flera års erfarenhet av klientarbete besitter. (Schell 2008:215)

Interaktion är en viktig del av ergoterapi och nödvändig för att få klienten att binda sig till terapin. Interaktivt resonemang används endast i möten mellan terapeut och klient, speciellt då terapeuten försöker förstå sin klient bättre. (Fleming 1994:121–125) Effektiv ergoterapi kräver att klienten engagerar sig i en terapiprocess, som kan vara både lång och svår. För att klienten skall binda sig till en sådan process måste ergoterapeuten ta itu med motivationsproblem och få klienten tillräckligt engagerad. Det är viktigt att klienten blir delaktig i terapin, så att terapeuten och klienten tillsammans kan arbeta mot samma mål. (Mattingly & Fleming 1994:179–180)

#### **2.5.4 Pragmatiskt resonemang**

Pragmatiskt resonemang är ett praktiskt resonemang som passar ihop terapins möjligheter med de yttre kraven, som t.ex. tidtabeller, betalning, utrustning, terapeutens kompetens. Det pragmatiska resonemanget koncentrerar sig inte på klienten, men de fysiska och sociala yttre faktorerna som finns runt terapiförhållandet. (Schell & Schell 2008:7)

Det finns två olika aspekter av pragmatiskt resonemang. Den ena fokuserar på den praktiska kontexten, och den andra på den personliga kontexten. Terapeutens personliga kontext avser terapeutens kunskaper, förmågor, utbildning, m.m. De båda sidorna är viktiga och påverkar på terapin, och ergoterapeuten måste ha ett bra pragmatiskt resonemang och kunna göra de rätta praktiska besluten för att kunna erbjuda den bästa möjliga ergoterapiservicen. (Schell 2008:170)

#### **2.5.5 Vetenskapligt och diagnostiskt resonemang**

Vetenskapligt resonemang implementerar logiskt tänkande och systematiska metoder, val i praktiken görs på basen av teori och statistisk evidens. Vetenskapligt resonemang är opersonligt och koncentrerar på diagnos, klientens tillstånd samt evidens från undersökningar. (Schell & Schell 2008:7) Vetenskapligt resonemang innebär användning av kognitiva medel, som hjälper ergoterapeuten göra beslut gällande klientens vård. Resonemanget innebär ett systematiskt närmelsesätt att skapa, testa och använda kunskap för att göra beslut, så att resultaten alltid är pålitliga och generaliserbara. Användning av vetenskapligt resonemang är möjlig genom hela ergoterapiprocessen. (Tomlin 2008:92–93, 118)

I diagnostiskt resonemang, som ses ibland som en del av det vetenskapliga resonemanget, använder terapeuten både vetenskaplig information och information baserad på klienten för att förklara vad klientens problematik beror på. Terapeuten analyserar orsaken till eller naturen av klientens tillstånd som kräver ergoterapeutens interventioner. (Schell & Schell 2008:7)

### **2.5.6 Narrativt resonemang**

Narrativt resonemang används för att förstå en persons speciella omständigheter och hur personens förändrade situation påverkat denne. Narrativt resonemang är mycket personligt och fokuserar på klientens historia, det gångna, nutiden och en framtid som kan förväntas. (Schell & Schell 2008:7) Klientens berättelser, alltså narrativ, sätter händelserna i en temporal kontext, vilket är viktigt för att terapeuten skall få en historisk uppfattning och kunna placera händelser i relation till någonting gammalt, men också i relation till en förväntad framtid. För att kunna se historien klienten är i och en möjlig framtid som klienten siktar mot, måste ergoterapeuten föreställa sig en större tidmässig helhet. (Mattingly 1998:72–73)

Det narrativa resonemanget möjliggör för ergoterapeuter att kunna uppfatta både mindre delar och större helheter, samt se relationen mellan dessa och placera en enskild händelse som en del av en större helhet, en historia. För att förstå livet och få ett sammanhang för händelser skapar människor historier om sina liv. I livshistorierna tas vissa perspektiv i hänsyn, medan andra ignoreras. Människor lever hela tiden i sina narrativ, genom att göra val av aktiviteter baserade på erfarenhet. Genom att be klienten att berätta sin livshistoria identifierar ergoterapeuten viktiga och meningsfulla aktiviteter för klienten, och får en uppfattning om klientens enastående synsätt på sitt narrativ. Genom att gå igenom klientens historia i ergoterapi kan klienten motiveras att redigera och forma om sin livshistoria. (Hamilton 2008:126–133, 158)

### **2.5.7 Etiskt resonemang**

Vi ställs inför etiska problem dagligen och måste ta ställning till vad som är rätt och vad som är fel. Etik handlar om reflektionerna över rätt och orätt samt gott och ont. Etik kommer från grekiskans ”ethos” och betyder ”sedvänja, skick och bruk”. (Olivestam & Thorsén 2000:59)

Etiskt resonemang koncentrerar sig på att analysera etiska dilemman, skapa alternativa lösningar och fastställa åtgärder samt systematiska närmelsesätt till moraliska konflikter som kan uppstå i terapin. Det etiska resonemanget används då terapeuten överväger mellan tävlande principer med olika risker och fördelar, och då det kommer fram di-



lemman i terapisisituationen. (Schell & Schell 2008:7) Etiska problem kan ibland vara svåra att känna igen och invecklade att analysera. Skickligt etiskt resonerande hjälper ergoterapeuten att ta i hänsyn alla aspekter av professionellt resonerande i beslutsfattandet. Genom hela ergoterapiprocessen måste man komma ihåg att klienten är i ett känsligt skede i sitt liv och litar på att terapeuten agerar med beaktande för klientens bästa intresse. (Kanny & Slater 2008:189, 204) För att vägleda ergoterapeuters kliniska resonemang har ergoterapeuternas yrkesetiska kod utvecklats.

## 2.6 Tidigare forskning

Till följande presenteras tidigare forskning som gjorts om ergoterapeuters kliniska resonemang under de senaste tio åren. Genom litteratursökningen hittades många studier som handlar om kliniskt resonemang, men få inom ergoterapi för klienter med psykiatrisk problematik och inga som undersökte kliniskt resonemang i de olika stegen av ergoterapiprocessen.

Carrier et al. (2010:357–363) hävdar i sin studie att bättre förståelse om interna och externa faktorer som påverkar ergoterapeuternas resonemang kunde förbättra servicen ergoterapeuterna erbjuder sina klienter. I sin studie kom de fram till att det kliniska resonemanget är beroende av kontexten och sociala fenomen, vilka i sin tur påverkar problemlösning och beslutsfattande i kliniskt arbete. Från slutsatserna i studien som Kristensen et al. (2012:118–130) gjorde framgår att lokala yrkesmässiga värderingar i ergoterapins kliniska praxis bör övervägas vid tillämpning av evidensbaserad ergoterapi samt att ledningens engagemang i tillämpningsprocessen är en nyckelfaktor i genomförande. Vidare konstaterar de i sin studie att också personliga värderingar och klinisk erfarenhet kan påverka professionellt beslutsfattande, vilket stämmer bra överens med Kuipers & Grice (2009b:423–424) resultat att ergoterapeuter litar på både personliga och teoretiska perspektiv i sitt resonerande.

Kuipers & Grice (2009b:418, 423–424) artikel forskade i strukturen av nybörjande och erfarna ergoterapeuters kliniska resonemang efter och före införandet av ett områdes-specifikt protokoll. I studien framkom likheter i hur nybörjare och experter använder konstruktioner för att strukturera sitt kliniska resonemang, men det fanns också skillna-

der i betydelsen och innehållet i dessa konstruktioner. En skillnad mellan grupperna var att praktiska perspektiv på arbetet var experternas främsta sätt att strukturera kliniskt resonemang, medan det var mindre betydande hos nybörjarna.

I Kuipers & Grice (2009a:282) andra studie kommer det fram att teoretiska referensramar har en stor betydelse för en erfaren ergoterapeuts kliniska resonemang. I studien visade sig också att det speciella nätverksindexet, som användes i forskningen, var ett effektivt sätt att avslöja de problem- och behandlingsrelaterade aspekter av kliniskt resonemang där teori används för att vägleda resonemanget. I studien som Rassafiani et al. (2008:113) gjorde framgår däremot att ergoterapeuter endast har lite kunskap om de faktorer som de använder i sina beslutsprocesser, och att erfarna ergoterapeuter egentligen endast använder ett fåtal faktorer för att göra sina beslut i klientarbetet.

Mitchell och Unsworth (2004:13–23) studerade rolluppfattning och klinisk resonemang. Det kom fram att resonemanget i de olika fallen drevs av hur ergoterapeuten uppfattade den specifika klienten och dennes kontext, och inte enligt en viss formel. Emellertid anser Toth-Cohen (2008:91) att klientens bidrag i struktureringen av terapin inte tas tillräckligt i beaktande i studier om kliniskt resonemang. Enligt forskaren fokuserar synen på kliniskt resonemang ofta på de olika typerna av kliniskt resonemang och omfattar inte tillräckligt klientens bidrag på strukturen av terapi. Toth-Cohens studie visade också komplexiteten i ergoterapeutens arbete och presenterade ett alternativt synsätt på kliniskt resonemang som mer direkt skulle integrera klienter och vårdgivare samt terapeuter som utformare av ergoterapiinterventioner.

I Unsworths (2005:31–38) andra studie framhävdas att ergoterapeuter använder sig av olika resonemang i olika skeden av terapin, från ett mera specifikt resonerande till ett generellt resonerande. I studien resonerade terapeuterna först kring ett specifikt problem eller scenario med en klient, varefter de reflekterade kring sin generella erfarenhet och kunskap relaterad till situationen. Enligt Unsworth behövs flera studier för att vidare utforska och bygga vidare på denna begreppsbyggnad av kliniskt resonemang i ergoterapi. Detta ämne lyfts också upp i Wards studie (2003:625–633), i vilken det framkom att det är viktigt att synliggöra ergoterapeuters resonemang i gruppterapi för att förstå och kunna kommunicera om processerna i gruppterapi. Studiens resultat var att interak-

tivt resonemang används mycket i psykosocial gruppterapi, fast det är svårt att skilja på interaktivt och proceduralt resonemang. De andra formerna av kliniskt resonemang som ergoterapeuten använde var konditionalt, pragmatiskt och narrativt.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det finns många olika faktorer som påverkar ergoterapeuters kliniska resonemang. Några av de olika faktorerna som studierna lyfte fram är kontexten, sociala fenomen, organisationen på arbetsplatsen, personliga värderingar och synsätt, klinisk erfarenhet samt teoretiska perspektiv och referensramar. Det kom också fram att ergoterapeuterna först kan tänka på ett specifikt problem varefter de resonerar kring sin generella erfarenhet och kunskap relaterad till klientens problem. I resonerande tas alltså den specifika klienten och klientens situation i beaktande. Ergoterapeuterna är dock inte alltid medvetna om vilka faktorer som påverkar deras resonemang i kliniskt arbete, och ofta är viktiga beslut i klientarbete baserade på erfarenhet och tyst kunskap.

I flera av studierna kom det fram att för optimering av interventioner inom ergoterapi är det viktigt med fortsatta studier om att integrera tyst kunskap med formell kunskap, samt synliggöra den tysta kunskapen som finns i det kliniska resonemanget. Genom denna studie hoppas skribenten på kunna belysa den tysta kunskapen som finns i kliniskt resonemang hos ergoterapeuter, som jobbar med klienter med psykiatrisk problematik.

### **3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet för examensarbetet är att beskriva det kliniska resonemanget genom ergoterapi-processen hos ergoterapeuter som arbetar med klienter med psykiatrisk problematik inom poliklinisk öppenvård.

Frågeställningar:

- Hur resonerar ergoterapeuten i den inledande fasen av ergoterapiprocessen?
- På vilket sätt resonerar ergoterapeuten i terapituationen?
- Hur resonerar ergoterapeuten vid avslutande av ergoterapiprocessen?

## 4 METOD

I detta kapitel beskrivs hur informanterna till studien valdes, vilken metod som användes för att samla in data samt hur materialet bearbetades och analyserades. Dessutom diskuteras etiska överväganden kring studien.

Kvalitativa intervjuer valdes som metod för denna studie för att fånga respondenternas egna erfarenheter; för att kunna beskriva deras resonemang i olika situationer i det kliniska arbetet. Att de data som samlas in styrs så lite som möjligt och att respondenterna uttrycker sig med sina egna ord är karakteristiskt för kvalitativa intervjuer som forskningsmetod. (Jacobsen 2007:48–51).

### 4.1 Urval

Inklusionskriterier fastställdes för att definiera vem man är intresserad av att studera (jmf. Jacobsen 2007:120–122). För att denna studie går ut på att studera ergoterapeuters kliniska resonemang inom psykiatri var den första inklusionskriterien att respondenterna skall vara ergoterapeuter och arbeta inom psykiatri. För att alla respondenterna skulle ha samma typs erfarenheter av klientarbete begränsades dessutom arbetsfältet som ergoterapeuterna arbetar på till psykiatriska polikliniker. För att säkra att respondenterna har tillräckligt med erfarenhet av att arbeta inom psykiatri var en inklusionskriterie att respondenterna skall ha arbetat minst två år inom psykiatri. För att avgränsa platsen för studien var dessutom en inklusionskriterie att respondenterna skall arbeta i Helsingfors för tillfället. För att få tillräckligt med material bestämde respondenten att intervjua sex personer till studien.

Ett tvåstegsurval valdes som urvalsmetod, där man i första steget valde vissa organisationer man är intresserad av, i detta fall psykiatriska polikliniker. (jmf Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011:42–44) För att få tillräckligt många informanter till studien valdes tre psykiatriska polikliniker att ingå i studien. De tre poliklinikerna valdes slumpmässigt från en lista på Helsingfors psykiatriska polikliniker (Psykiatrien poliklinikat 2014). För att få forskningslov på de utvalda psykiatriska poliklinikerna fylldes en ansökan om forskningslov och skickades till registratorskontoret på Helsingfors Social-

och hälsovårdsverk tillsammans med planen för forskningen (Tutkimusluvan hakeminen 2014).

Det andra steget av ett tvåstegsurval är att välja ut vilka individer man kommer att intervjua för sin studie. För det mesta är man beroende av en kontaktperson som arbetar inom organisationen. Kontaktpersonen är oftast någon som är ansvarig inom organisationen och som har tillgång till en förteckning över anställda och möjlighet att kontakta dem som forskaren är intresserad av. (jmf Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011:42) Ett brev med förfrågan om intresse och möjlighet att få kontaktuppgifterna till en kontaktperson på polikliniken skickades till cheferna på psykiatri- och missbrukscentren på de tre olika regionerna per e-post (se bilaga 1). Kontaktpersonerna för studien på de tre olika psykiatriska poliklinikerna blev två ansvariga ergoterapeuter och en chef för psykosocialt arbete.

Efter att forskningslov beviljats skickades ett informationsbrev till kontaktpersonerna (se bilaga 2A och 2B). Bifogad fanns ett brev som kontaktpersonen kunde dela ut till de potentiella informanterna (se bilaga 3A och 3B). Genom att skicka ut information åt informanterna genom en kontaktperson försäkrades också att informanterna inte känner för stor press på att delta i intervjun, vilket kunde ha hänt ifall man kontaktat dem personligen. På detta sätt försäkrades alltså informanternas frivillighet att delta i intervjun. De två första personerna som uppfyllde inklusionskriterierna och meddelade sitt intresse att delta åt kontaktpersonen på de tre ifrågakommande psykiatriska poliklinikerna blev informanter till studien. Informanternas kontaktuppgifter fick skribenten genom kontaktpersonerna på respektive psykiatriska polikliniker. Informanterna kontaktades via e-post för att komma överens om tidpunkten för intervjun och andra praktiska detaljer. Informanterna fick också möjligheten att fråga ytterligare frågor gällande studien och hur de kunde förbereda sig för intervjun.

## **4.2 Datainsamling**

De individuella intervjuerna genomfördes på basen av en intervjuguide som utformats med stöd av forskningsfrågorna och den teoretiska referensramen. Intervjuguiden (se bilaga 4A och 4B) innehåller både temafrågor, som intervjuerna utgick ifrån, samt stöd-

frågor för intervjuaren. Informanterna tillbads att förbereda sig inför intervjun med att tänka på en viss ergoterapiprocess och hur de resonerat i de olika skedena av processen (se bilaga 3A och 3B). Intervjuerna dokumenterades genom inspelning direkt på intervjuarens bärbara dator, för senare transkribering. Alla de sex intervjuerna tog plats under januari 2014. Intervjuerna gjordes på de psykiatriska poliklinikerna i ergoterapeutens arbetsrum eller gruppterapiutrymme. Intervjuernas längd varierade mellan 35 minuter och två timmar.

### 4.3 Bearbetning och analys

Bearbetningen av de kvalitativa data som samlats in började med renskrivning av de intervjuer som genomförts (jmf Jacobsen 2007:136–139). Intervjuerna transkriberades, efter vilket skribenten lyssnade igenom intervjuerna ännu en gång för att fylla i luckor och försäkra sig om att intervjuerna skrivits ner så noga som möjligt. Transkriberingen resulterade i 58 sidor text.

Materialet analyserades kvalitativt och bearbetades genom meningskoncentrering. Meningskoncentrering innebär att man sammanfattar det som kommer fram i intervjuerna till kortare meningar. Skribenten började alltså med att läsa igenom det transkriberade materialet ett flertal gånger, för att få en uppfattning om texterna som en helhet. Efter att texten var bekant fastställdes de naturliga meningsenheterna, vilket betyder att meningar ur intervjuerna märktes ut med penna. (jmf Kvale & Brinkmann 2009:221) Ifall informanten hade gett ett långt intervju svar, kunde det finnas flera meningsenheter i ett svar.

Vidare koncentrerades meningsenheterna, så att det viktigaste budskapet i informantens mening kom fram. Texten var fortfarande nära informantens eget yttrande. I nästa steg tolkade skribenten den underliggande meningen i informantens utsaga, exempelvis: *”Sen kan man få en sådan konstig filis under den första träffen, att här finns någonting underligt”*, vilket tolkades av skribenten på följande sätt: *”Ergoterapeuten använder sin intuition för att förstå patienten”*. Sedan koncentrerades de tolkade meningarna till ett undertema. Till följande kategoriserades de underteman som hittats. Alla underteman kunde endast höra en kategori och alla kategorierna beskriva ett visst fenomen. Fyra olika kategorier hittades och det centrala temat för kategorin fick namnge gruppen med

underteman. (jmf Graneheim & Lundman 2004:108–109) De fyra centrala teman som steg fram genom analysen var: Terapeutens resurser, Terapirelationen, Patienten i fokus och Förändringsprocessen.

Efter att de fyra centrala teman som kom fram i arbetet fastställts gjordes en sista genomgång av intervjutranskripten och citat som bäst beskrev de olika centrala teman valdes ut och färgkodades i enlighet med temat de illustrerade.

#### **4.4 Etiska aspekter**

Efter att planen för examensarbetet godkänts på Arcada ansöktes forskningslov från Helsingfors stads Social- och hälsovårdsverk. Forskningslovet beviljades efter att skribenten fått kontakt till kontaktpersoner på de tre psykiatriska poliklinikerna av intresse. Föreståndaren för psykiatri- och missbrukarservice på Helsingfors stads social- och hälsovårdsverk gav beslutet om forskningslov med sju villkor angående kontaktpersonerna, informanternas anonymitet och presentation av studien.

Informerat samtycke, skydd av privatlivet och krav på att bli korrekt återgiven är etiska aspekter som togs i beaktande med stort hänsyn genom hela forskningsprocessen. Informerat samtycke betyder att respondenterna frivilligt deltar i studien och att de vet om riskerna och möjligheterna som är förknippade med studien. (Jacobsen 2007:21–23) I denna studie tog man i beaktande informanternas frivillighet genom att kontakta personerna genom en kontaktperson, för att på detta sätt minska informanternas känsla av press på att delta i studien. Informanterna fick alltså själv välja om de ville delta, efter att de fått information om studien (se bilaga 3A och 3B). Informanterna informerades också om sin rätt att avbryta sitt deltagande när som helst, utan att uppge orsak och utan att det leder till några negativa konsekvenser för dem. Varje intervjutillfälle började med att informanten fick skriva under ett samtycke (se bilaga 5A och 5B), för att försäkra sig om att informanterna vet sina rättigheter angående sitt deltagande i studien.

Skydd av privatlivet innebär att man måste tänka på hur känslig och privat informationen man samlar in är för den som blir intervjuad. Man måste också tänka på hur stor risken är att enskilda personer kan identifieras från undersökningsdata. (Jacobsen

2007:24–26) Intervjuerna handlade om hur ergoterapeuterna tänker i sitt arbete, som informanterna hade blivit informerade om. Om detta hade varit ett för känsligt ämne kunde informanterna valt att inte delta. För att ingen skall kunna identifieras från data som samlats in används inte informanternas namn eller annan personlig information i framställningen av data. Efter att studien genomförts kommer de inbandade intervjuerna, transkriptionerna och anteckningar av intervjuerna att bevaras i ett låst arkiv på Arcada.

Krav på korrekt presentation av data betyder att man bör försöka återge information på ett komplett sätt och i deras rätta sammanhang. Det viktiga är att man inte förfalskar data och resultat, utan är öppen med den informationen man samlar in och beskriver så noga som möjligt hur man gått till väga. (Jacobsen 2007:26–27) För att uppfylla detta krav har hela forskningsprocessen beskrivits så noga som möjligt och handledaren konsulterats vid oklarheter i bearbetningen och analysen av materialet.

## **5 RESULTATREDOVISNING**

I detta kapitel presenteras resultatet av analysen och de fyra centrala teman som steg fram genom bearbetningen av materialet från intervjuerna: ergoterapeutens resurser, terapirelationen, patienten i fokus och förändringsprocessen. Dessa fyra teman steg fram som centrala faktorer ergoterapeuterna beaktar då de resonerar och gör beslut genom ergoterapiprocessen. I det sista stycket tolkas resultatet och de olika sätten att resonera som ergoterapeuterna använder i de olika faserna av ergoterapiprocessen lyfts fram. Alla intervjuerna gjordes på finska, men citaten har översatts till svenska för textens enhetlighets skull. I intervjuerna hänvisade alla informanterna till sina klienter som patienter, och därför har skribenten valt att använda denna benämning.

### **5.1 Ergoterapeutens resurser**

Ett av huvudtemana som kom fram genom analysen var ergoterapeuternas användning av resurser, både inre resurser och yttre resurser. Resurserna lyftes fram som någonting som påverkar hela terapiprocessen med patienten. Nedan beskrivs de viktigaste inre och yttre faktorerna som påverkar ergoterapeutens kliniska resonering.



Alla ergoterapeuterna som intervjuades hade flera års erfarenhet av ergoterapiarbete inom psykiatrin, minst två års erfarenhet var en inklusionskriterie för deltagande i studien. Erfarenhet var också en av de viktigaste resurserna som ergoterapeuterna lyfte fram i intervjuerna. Erfarenheten som användes behövde dessvärre inte ens vara ens egen, som en av ergoterapeuterna uttryckte det: *”såklart är det allra bäst om man själv har gjort, själv besökt och upplevt liksom det, men sen litar jag också på vår andra ergoterapeut, att hon har erfarenhet, och jag vet om hon har någon bra grej, så den kan jag sen stjäla”*.

Flexibilitet i alla situationer lyftes också fram av informanterna. En ergoterapeut beskrev hur hon väljer tillvägagångssättet i ergoterapi på följande sätt: *”jag funderar redan i mitt huvud att vad vi kommer att först fokusera på men bestämmer ändå inte det, att jag gör förslag åt mig själv, att kan det här vara den viktiga saken, och sedan återkommer vi till dem med patienten, så det kan hända att det förändras”*. När en ny patient kommer till mottagningen är planen för hur terapin kommer att se ut alltså mycket öppen, vilket också kräver nya idéer och påhittighet av terapeuten. Ibland måste man snabbt hitta på en ny idé, som en informant sade: *”Jag tänker att det är just vår yrkeskicklighet att dra ur hatten eller bakfickan sen också någon plan B”*.

Medveten närvaro i situationen med patienten kom fram i hälften av intervjuerna som en viktig inre resurs för ergoterapeuten, *”på något sätt har jag märkt att det har en väldigt stor betydelse hur närvarande man är, att, att på något sätt försöka, fast det bara skulle vara femton sekunder eller en halv minut, så på något sätt tömma huvudet före man träffar klienten”*. Medveten närvaro i terapisituationen ansågs också som viktig för att kunna ta emot allt det som patienten hämtar fram genom växelverkan, och att kunna vara förberedd ifall patienten har oförväntat eller aggressivt beteende. Den egna intuitionen lyftes också fram av ergoterapeuterna som ett viktigt verktyg i arbetet. Speciellt ifall någonting inte känns stå rätt till med patienten, som en informant berättade: *”sen får man en sådan där konstig känsla, som man får på första gången, att här är någonting underligt [...]man kan få en konstig känsla att man måste gräva lite mera. Och ganska ofta visar det sig vara rätt”*. Också i bedömningsprocessen används den egna intuitionen som redskap: *”jag utvärderar också med ögonmått och med egen intuition*

*[...] med egen sådan där yrkeskunskap och mänskokänedom gör man någon slags utvärdering också”.*

Kunskap och skicklighet i arbetet lyftes också fram som viktiga inre resurser. Kunskap består av det som ergoterapeuterna hade lärt sig under studietiden, erfarenhet och att ha lärt sig genom att prova saker i praktiken samt vidare utbildning och att ha flera olika referensramar till sitt förfogande. När det kommer till patientens ergoterapiprocess har ergoterapeuten relativt fria händer, fast målen för patientens rehabilitering kan vara gemensamma för hela teamet och lägga vissa begränsningar. Flera av informanterna berättade också att ergoterapeuten ofta ses som den trevliga terapeuten i motsats till den upptagna läkaren. En informant uttryckte saken såhär: *”för att vi tittar på dem med sådana glasögon [...]och vi har en möjlighet att erbjuda patienten någonting, som denne njuter av, å andra sidan är det vår förmåga att hitta, eller liksom hitta dem och hjälpa patienten hitta dem”.*

Att använda sig själv som ett redskap genom ergoterapiprocessen kom också fram i flera av intervjuerna. En av informanterna formulerade sig på följande sätt: *”visst gör man mycket arbete med den egna personligheten, fast du skulle ha vad som helst för formulär, modeller och metoder, så är det här ändå interaktion”.* En annan informant beskrev det såhär: *”Det finns inte ett, ett visst sätt, det tycker jag är givande i ergoterapiarbetet, att man är liksom sitt arbetsredskap”.* I intervjuerna kom också fram att användningen av sig själv som arbetsredskap också kräver mycket medvetenhet om sig själ, hur man betar sig, sitter, pratar och tänker. Fast man försöker ha ett öppet sinne och inga fördomar alls, är det ändå lätt att få fast sig själv i stereotypa tankar eller i att för snabbt dra slutsatser på basen av patientens yttre attribut.

Kontinuerlig utveckling och att hela tiden lära sig nya saker lyftes också upp som ergoterapeuternas inre resurs. Utveckling sker både genom att gå på utbildningar och genom att arbeta, som en informant uttryckte det: *”av varje diskussion lär man själv någonting, liksom av sig själv. Och man lär sig att, eller just av sig själv, att det är just så att man aldrig är färdig... I ett interaktionsarbete [...] kan man aldrig säga att jag klarar av det här och jag kan och jag vet hur man går tillväga”.*

Både teamarbete och kollegialt stöd beskrevs av informanterna som en viktig yttre resurs i ergoterapiarbetet. Teamarbete lyftes fram av alla ergoterapeuterna som intervjuades som en viktig del av ergoterapiprocessen, speciellt då patienten kommer till polikliniken. Oftast är det arbetsgruppens gemensamma beslut av en patient kommer till ergoterapi, ”... i teamet funderar ergoterapeuten själv, eller teamet, eller läkaren att den här patienten kunde ha nytta av ergoterapi...”

Yttre resurser att ta i beaktande beskrevs av ergoterapeuterna både som möjliggörande och hindrande faktorer. Av många beskrevs utrymmen och tid som en begränsande faktor, och någonting som styr ergoterapi utifrån: ”det som vi gör och träffen och dess innehåll och allt annat definieras också långt av vilka utrymmen som är lediga, vart kan man gå, vad man kan göra, vad det finns för redskap, rummets reservering för tillfallet...” Att man ofta har bråttom och måste fundera på hur man delar sina tidsresurser beskrevs av en informant på följande sätt: ”det finns mycket arbete, det finns många patienter [...] vem får vård, vad är prioriteringen liksom, finns det jämställdhet, eller är det nödvändigtvis alltid det bästa, det att alla får en liten bit av det knappa som finns...”

Att ha alla formulär, papper, pennor och anteckningsmaterial färdigt framme då en patient kommer till träffen beskrevs som en viktig yttre faktor att ta i beaktande. Man måste alltså vara både mentalt och fysiskt förberedd att ta emot patienten. ”... när en kartläggning börjar har jag redan färdigt här formulären och pappren och, jag sätter dem liksom färdigt. Så att jag inte behöver söka dem i den situationen”. Att försöka minimera alla onödiga störande faktorer beskrevs av en annan informant på följande sätt: ”att telefonen inte ringer, ljuset är på att rummet är reserverat, att vi får vara i lugn och ro, på något sätt försöker jag lugna ner utrymmet”.

## 5.2 Terapirelationen

Terapirelationen mellan terapeuten och patienten steg fram som ett annat huvudtema från intervjumaterialet. Att bygga upp och uppehålla en bra och fungerande relation till patienten var en central faktor i alla intervjuerna. Två av de utmärkande egenskaperna för en bra terapirelation som nämndes av flera informanter var jämlikhet och förtroende. En ergoterapeut berättade om hur hon får patienter att binda sig till ergoterapiprocessen

på följande sätt: *"... att engagera sig är mycket fast i att du får förtroende, att patienten får den tanken att jag finns till för honom och att jag är här för att hjälpa honom, och att jag går liksom bredvid, jag styr inte uppifrån, utan är här vid sidan"*. Flera av informanterna framhävde den jämlika relationen och försökte undvika att patienten skulle se terapeuten som en auktoritet, frånvarande, avlägsen, kritiserande eller sval. För att skapa en förtroendefull terapirelation strävade terapeuterna efter att vara öppna och ärliga, berätta om sig själv och möta patienten avslappnat, som en jämlik person.

Den viktigaste etiska synpunkten som steg fram i intervjuerna var tystnadsplikten. Konfidentialitet var en av de faktorerna som förknippades till temat terapirelationen. Endast i det multiprofessionella teamet kan man dela med sig av patientens ärenden, men flera av informanterna framhävde vikten av att ta fram endast det som är relevant för resten av teamet att få veta. Tystnadsplikten måste uppmärksammas i många olika situationer, som en informant berättade: *"... ifall jag träffar på mina patienter någonstans (ute på stan), så måste jag alltid lite titta att vad är situationen, hälsar jag på honom eller inte, så att det inte är en pinsam situation för honom..."*. En informant berättade att det är speciellt viktigt att komma ihåg tystnadsplikten då till exempel en patients förälder ringar och ställer frågor gällande terapin. Flera av informanterna berättade också att de kan ge exempel åt patienter om vad andra patienter har upplevt eller gått igenom under terapiprocessen, för att minska deras känsla av att de är de ändå som går igenom någonting lika svårt. Också i dessa situationer är det viktigt att komma ihåg tystnadsplikten och hålla alla exempel på ett allmänt plan.

Växelverkan, samarbete och kommunikation steg även fram ur intervjumaterialet som viktiga bidragande faktorer till en bra terapirelation. Flera av informanterna beskrev hur de måste hitta den rätta nivån av växelverkan, den rätta avstånden till en patient, och det rätta sättet att kommunicera. En av informanterna beskrev det på följande sätt: *"Ifall han är på något sätt mycket reserverad och avlägsen så försöker jag vara väldigt uppmuntrande, och, men ändå tillräckligt på avstånd till att börja med och sen strävar jag efter att komma närmare..."*. Att skapa en bra kontakt till patienten ansågs av flera av informanterna som grunden till en bra terapirelation och som en förutsättning för bra samarbete. Då relationen fungerar bra mellan terapeut och patient fungerar också samarbetet genom terapiprocessen. *"... det underlättar också det egna trycket att jag borde*

*liksom, eller att jag bara håller på patienten allting att här får du, att vi tillsammans utforskar och utvärderar, också patienten själv, [...] och på något sätt att uppskatta, respektera och lyssna på dem ...*". En informant framhävde hur viktigt det är att patienten förstår att denne är expert på sig själv och att samarbete är en förutsättning för terapiprocessen.

Öppenhet i terapirelationen och i kommunikationen med patienten lyftes också fram av flera informanter. Feedback om patientens framsteg och bakslag, samt öppenhet gällande bedömningsresultat och utlåtanden kom fram i de flesta intervjuerna. En informant berättade på följande sätt: *"... förstås berättar vi vad vi har märkt, vad som är framsteg, rehabilitering, och varför inte bakslag också, eller vad som helst, återkopplingen och funderingarna och sammanfattningen, de är liksom viktiga"*. När relationen är öppen och patienten har förtroende för terapeuten kan denne också vara trygg i relationen. I intervjuerna framkom att många av terapeuterna berättar om sin arbetserfarenhet för att vinna patientens förtroende. *"... behöver inte tänka och skämmas, det finns ingenting man kan berätta som jag inte någon gång har hört och [...] det händer ingenting farligt när jag får veta någonting, utan poängen är den att det tillfaller patientens bästa..."* I en trygg relation vågar patienten också dela med sig av de allra svåraste känslorna, sin trötthet och förtvivlan.

Terapirelationen påverkas också av dess frivillighet, vilket många av informanterna poängterade. Det är också ett sätt att få patienten att binda sig till terapin, då patienten vet att närvaro är frivilligt och denne inte behöver känna sig tvingad till terapin. *"Det här är liksom inte obligatoriskt. Patienten behöver inte motstå att han måste liksom komma, utan sedan pratar vi om hans motivation, och på vilket sätt det här kan vara till nytta för patienten, och själv får han välja det här sen..."* Frivillighet genom terapiprocessen framhävs speciellt inom öppenvården, och patienterna kommer till terapin hemifrån. En informant berättade också att patienterna kan i början komma för att tillfreda terapeuten: *"... men sen hittas den där inre viljan ändå i något skede, vilket är helt fantastiskt. När man förstår att de inte mera kommer endast för att behaga mig, utan de har hittat någonting annat utav innehållet"*.

### 5.3 Patienten i fokus

Det tredje huvudtema som framstod ur intervjumaterialet var resonemanget kring patienten; patientens behov, vardag, motivation, resurser, styrkor, m.m. Patienten är huvudpersonen i sitt liv och därför också den viktigaste personen i ergoterapiprocessen.

Då patienten först kommer till ergoterapi är det viktigaste att kartlägga information om patienten, så att ergoterapeuten får en helhetsuppfattning om vem patienten är som person. I intervjuerna kom det fram att ergoterapeuterna samlar information på många olika sätt; genom att läsa remissen, diskutera med skötaren som tidigare träffat patienten, intervjua patienten, observera, använda OSA (Occupational Self Assessment) eller andra bedömningsinstrument och utvärdera patienten i aktivitet, enskilt eller i grupp. Aktiviteten som utvärderas kan vara en köksaktivitet, tygtryck, decoupage, mosaik, ritning, målning eller vad som helst ergoterapeuten hittar på och har resurser till. En informant berättade att de utvärderat patienter i en bokbindningsgrupp. Under gruppaktiviteten kan man lätt göra en aktivitetsanalys över hur patienten klarar av att följa stegen i aktiviteten, hur bra patienten kan koncentrera sig och i en gruppaktivitet kan man dessutom iakta hur patienten klarar av en social situation.

Av kartläggningsmetoderna som ergoterapeuterna berättade om var intervju och observation de två främsta. Genom att göra en första intervju får ergoterapeuten mycket annan information än endast det som patienten berättar. En informant beskrev situationen på följande sätt: *"... jag tittar helt på till exempel växelverkan, hur är han i kontakt [...] på vilket sätt berättar personen om saker, att är det hoppigt, hålls han i diskussionen, far han på sidospår nånstans helt annanstans..."*. Hur patienten ser ut då denne kommer till mottagningen, klädsel och personlig hygien observerar terapeuterna också, samt hur spänd eller avslappnad patienten är. Även energinivå, känslouttryck, koncentrationsförmåga och pratsätt är faktorer som observeras av ergoterapeuterna under träffarna.

Då ergoterapeuten kartlägger information om patienten och intervjuar denne är patientens vardag det ämne som tydligt är av främsta intresse. En informant berättade vad hon lägger märke till då hon läser patientpapper på följande sätt: *"... aktivitetsproblem, patientens dygnsrytm, åtaganden, och förstås livets helhetsituation, har han några refe-*

*renspunkter i livet, och hur bor han [...], med vem, har han ett socialt nätverk.”* Ifall patientens hem är ett stort problem för patienten kan ergoterapeuten också göra ett hembesök för att kartlägga situationen.

Att patienten hela tiden är i fokus i ergoterapin kom också fram i att många av informanterna berättade att ergoterapiprocessen kan se mycket olika ut för olika patienter och att det som styr processen huvudsakligen är patientens behov. Som en informant uttryckte saken: *”Det som jag tycker är ett problem är nödvändigtvis inte ett problem enligt patienten [...] men sen på basen av det som vi tillsammans noterar, att vad någonting sådant är han skulle vara färdig att få stöd till, som jag kan ge...”*. Enligt informanterna var terapins individualitet viktigt också för patientens motivation. Det finns ingen viss formel som skulle fungera för alla, utan den styrande faktorn i terapin är patientens behov och motivation. Ifall patienten har svårt att hinna till polikliniken på grund av sitt program, kan ergoterapeuten komma emot och gå på hembesök istället. Om patienten är väldigt omotiverad hade informanterna olika sätt att locka fram motivationen: *”... när det kommer ens ett lyckande, att hej, jag gick till parken och satt på en bänk förra veckan, så det räcker redan som motivation, att vilken känsla patienten fick av det. Jag strävar alltid efter att lyfta fram de positiva sakerna, hur patienten har framskridit...”* Andra sätt att hitta patientens motivation är att ha honom fylla ett veckoschema, för att konkretisera dess enformighet eller tomhet eller att utföra terapin i patientens egen aktivitetsomgivning. *”... visserligen utgår det här inte endast från mina önskemål och min vilja, utan från patientens tankar. Men såklart kan man ibland behöva hjälpa till...”*.

Patienten är en aktiv deltagare genom hela ergoterapiprocessen, från att sätta upp mål till genomförande av planen och återkopplingen. Som en informant uttryckte saken: *”Jag tar nog emot idéer. Definitivt, för det är ju han som behöver få nytta av det (terapi), trots allt är det ju han som styr sitt liv”*. Att främja patientens resurser och styrkor är någonting som ergoterapeuterna gör genom hela terapiprocessen, för att hålla patientens motivation uppe. En informant beskrev hur hon håller patienten motiverad på följande sätt: *”... aktiviteten skall vara... på något sätt tillräckligt intressant, och så att han får en upplevelse av att ha lyckats, att det är krävande, men inte för svårt...”*.

## 5.4 Förändringsprocessen

När patienten kommer till ergoterapi är syftet en förändring. Förändringsprocess var också det fjärde huvudtemat som steg fram genom bearbetning av intervjumaterialet.

Då patienten kommer till ergoterapi finns det oftast redan allmänna målsättningar för patientens vård på polikliniken. Efter utvärderingen av patienten sätter ergoterapeuten i samarbete med patienten upp specifika mål för ergoterapi, så att det finns en överenskommelse för vad man strävar efter. Vid målsättningen sätter man upp både stora mål och delmål, en informant beskrev saken såhär: *”... det kan hända att målet är helt uppåt skogen, så då är det viktigt att den stora målsättningen, att gå tillbaka till studierna eller arbetslivet, att det också händer och att det finns delmål, så att man får det synligt att vad det (stora målet) förutsätter...”* Det är viktigt att målet är patientens eget, att det är någonting denne verkligen vill sträva efter. Det finns patienter som vet exakt vad deras målsättning är då de kommer till ergoterapi, men sedan finns det också patienter som behöver mera handledning i målsättningen. En målsättning kan se ut på flera olika sätt, till exempel på följande: *”... patienten utsätter sig för situationer som är obekväma för honom, går lite ut från sitt säkerhetsområde, vågar gå med i sådana (aktiviteter) som är ångestfyllda, och sedan kan vi komma överens om att ergoterapi fortsätter tills han kan gå med i en grupp”*.

Då målen blivit uppsatta är det dags att göra en plan för att uppnå målen och förverkliga planen. En informant berättade att ergoterapien långt går ut på att göra planer och utföra dessa, nå olika delmål som satts upp. Hon berättar om processen på följande sätt: *”Ganska mycket diskuterar vi om saker, gör planer, delar dem i olika bitar och målsättningarna i olika bitar, gör helt ett veckoprogram, månadsprogram...”*. För att uppnå målen kräver det alltid en förändring av patienten, att hitta nya tillvägagångssätt i sin vardag. Interventionen i ergoterapi kan vara mycket konkret, till exempel att handleda patienten i att hitta tillvägagångssätt så att han får sig själv att komma till ergoterapi. *”... vad kan han göra i sin egen aktivitet för att underlätta avgången, börjandes med tiden för läggdags, att vakna, vilka saker behöver han göra för att förbereda sig att gå hemifrån, att tvätta sig, äta...”*



Patientens aktivitetssvårighet kan se ut på flera sätt. Det kan vara att lämna hemmet på egen hand, använda kollektivtrafik, gå ute på staden eller besöka allmänna platser. Det viktiga är att aktiviteten ändå är någonting patienten vill göra och har kunnat göra tidigare. För att hitta nya tillvägagångssätt för att kunna utföra aktiviteten tränar ergoterapeuten på den svåra aktiviteten med patienten i den riktiga aktivitetsomgivningen, ute på stan, i butiken, på kaféer, eller var som helst. *”Om någon inte orkar använda frukt-vågen och spänner sig för att gå till butiken, så går vi till butiken så att jag är där med. Oavsett vad det är för problem som stiger fram, så tar vi tag i det”*.

Då en patient kommer till ergoterapi är förändringsprocessen kontinuerlig. Det är viktigt att alltid vara redo att träffa patienten i den situationen denne är i just nu, oberoende av hurdan situationen var vid senaste träff. För många patienter är förändringen ändå svår. *”... det skulle vara skönt om man bara fick hjälp med ett piller, eller att man bara skulle få mod någonstans ifrån...”, ”... (patienterna) kommer hit och önskar att man kunde trycka på en knapp och allting skulle ordna sig”*.

Behovet av en förändring, förändringens svårighet och tröghet är teman som kommer upp i någon form i alla intervjuer. De är också teman som bearbetas mycket i ergoterapin. *”... också om det måste man prata om att det här kan kännas jätte tungt, och det kan vara krävande, och det kan hända att du blir helt trött, (man måste) öppna allt det som kan komma här under vägen...”*. Ergoterapeuten kan vara den som ger perspektiv åt patienten över att sjukdomen kanske utvecklats långsamt, och att situationen blir långsamt bättre. *”jag framhäver [...] att saker tar tid, fast man själv är otålig och vill att man skulle ha sakerna bra redan nästa vecka, så kan det vara först nästa år”*. I ergoterapi är det också viktigt att betona att det alltid finns en möjlighet att överkomma hinder, och att man inte skall fastna i svårigheter.

En viktig del av förändringsprocessen i ergoterapin är att framhäva patientens framsteg och jämföra den nuvarande situationen med startpunkten. I intervjuerna framkom det att alla informanterna avslutar terapiprocessen med att gå igenom, genom diskussion eller med hjälp av ett bedömningsformulär, ifall sakerna patienten ville ha förändring i har förändrats. Ergoterapeuten kan också gå igenom sina gamla anteckningar för att bättre komma ihåg situationen i början av ergoterapiprocessen. En informant berättade om av-

slutningen på följande sätt: ”... vad var startpunkten, vad har hänt, och sammanfattning och patienten speglar själv också över vad som var i början och vad som är nu, så att patienten får en klar bild, att vad den här gemensamma vägen var”.

Slutligen är ergoterapiprocessen en förändringsprocess som hela tiden siktar på en bättre framtid för klienten. Flera av informanterna berättade också att i ergoterapi är det viktigare att tänka framåt och på framtiden än på vad som har hänt och varit. Man kan konstatera att saker hänt i patientens förflutna, men det viktiga är att rikta tankarna framåt. ”... så nog är det framtiden, eller sakerna utanför ergoterapin som är helt centrala, att nog använder jag också följande mening helt kontinuerligt, att vår uppgift är att göra oss själva onödiga [...] att det finns liv också annanstans än här i ergoterapi”.

## 5.5 Tolkning av resultat

Syftet för detta examensarbete är att beskriva det kliniska resonemanget genom ergoterapiprocessen hos ergoterapeuter som arbetar med klienter med psykiatrisk problematik inom poliklinisk öppenvård. Frågeställningarna för arbetet är: hur resonerar ergoterapeuterna i den inledande fasen av ergoterapi, på vilket sätt resonerar ergoterapeuterna i terapisituationen och hur resonerar ergoterapeuterna vid avslutande av ergoterapiprocessen?

I den *inledande fasen av ergoterapiprocessen* steg ergoterapeutens resurser, terapirelationen och fokus på patienten fram som de viktigaste faktorerna. Genom tolkningen av resultaten framkom att de två sätten att resonera på som ergoterapeuterna främst använder i början av terapiprocessen är proceduralt resonemang och pragmatiskt resonemang.

Proceduralt resonemang innebär att terapeuterna försöker identifiera patientens aktivitetsproblem och hitta den bästa lösningen till problemet (Fleming 1994:151). Då ergoterapeuten får patientens remiss börjar hon med att samla information om patienten, genom att tala med kolleger och läsa patientens patientjournal. Under de första ergoterapiträffarna koncentrerar ergoterapeuten på att kartlägga information om patienten på olika sätt, med att intervjua, observera och använda bedömningsinstrument. Då ergoterapeuten utreder patientens svårigheter koncentrerar hon sig inte på ett enskilt område utan

utreder både kognitiva, emotionella, kulturella och neurologiska faktorer, samt faktorer som påverkar specifikt på denna patients situation.

Ergoterapeuten använder sitt pragmatiska resonemang, då de får en ny patient och det blir aktuellt att ordna den första träffen, ta kontakt till patienten, boka utrymme, se till att alla redskap finns till förfogande och reservera patientens tid i sin egen kalender. Enligt Schell (2008:170) är det pragmatiska resonemanget som ergoterapeuter använder då de tar i hänsyn omgivningsmässiga faktorer som främjar eller hindrar terapi, d.v.s. beaktar de praktiska besluten som måste göras angående ergoterapin.

I intervjuerna kom det fram att ergoterapeuterna i *ergoterapisituationen* med patienten tänker på alla de fyra huvudteman som steg fram ur intervjuerna; sina resurser, terapirelationen, patienten och förändringsprocessen. I terapisisituationen använder ergoterapeuten resurser som sin erfarenhet av liknande situationer samt sin kunskap om teori och referensramar. Sätten att resonera ergoterapeuterna använder i terapisisituationen är diagnostiskt, vetenskapligt, konditionellt, interaktivt och etiskt.

Ergoterapeuterna använder sitt diagnostiska resonemang i terapisisituationen, då de är fokuserade på vad för fakta de vet om diagnosen och hurdan erfarenhet de har av liknande patienter (Schell & Schell 2008:7). I de flesta intervjuerna kom det också fram att ergoterapeuten noterar patientens diagnos, om det finns en sådan i patientjournalen. Några av informanterna påpekade dock att två patienter med samma diagnos kan vara väldigt olika, som natt och dag. Vissa patienter kan också ha en ospecificerad diagnos. Sitt vetenskapliga resonemang använder ergoterapeuterna då de organiserar sitt tänkande enligt teoretiska referensramar eller väljer aktiviteter som evidensbelagt har en önskad inverkan (Tomlin 2008:117).

Då terapeuten tänker kring förändringen som strävas efter i ergoterapi använder hon det konditionella resonemanget. Terapeuten tänker kring förändringsprocessen då de i samarbete med patienten sätter upp specifika mål och gör planer på hur målen skall uppnås. Interventionen i ergoterapi kan vara att hitta nya tillvägagångssätt i vardagen och utsätta sig för aktiviteter som känns svåra. I planeringsskedet använder ergoterapeuten också sin flexibilitet att snabbt komma på nya idéer och förslag, så att målet som fastställs är

ett sådant som motiverar patienten. Fleming (1994:197–198) beskriver ”conditional reasoning” som det tankesätt som ergoterapeuterna använder då de försöker förstå hela personen, omständigheterna kring personen och hur funktionshindret kan påverka på dennes framtid. Ergoterapeuterna använder sitt konditionella resonemang för att se situationen ur patienten perspektiv och få patienten att se sin framtid, samt vad som krävs för att denna framtid skall bli verklighet.

I växelverkan med patienten använder ergoterapeuten alltså sitt interaktiva resonemang, som hjälper dem att hitta det rätta sättet att samarbeta med patienter och tolka patientens behov och motiv (Mattingly & Fleming 1994:180). I terapisituationen är det alltid patienten som är i fokus och det är patientens behov som styr ergoterapiprocessen. Det är viktigt att relationen är jämlik, förtroende, öppen och ärlig. Patienten skall vara en aktiv medverkare genom hela processen och att terapin skall vara individuell, så att den motiverar patienten. Terapirelationen mellan patienten och terapeuten är också avgörande för terapin och det är viktigt att patienten känner sig trygg. Kommunikation, växelverkan och samarbete är nyckelfaktorer i en bra terapirelation.

Enligt Kanny och Slater (2008:204) kräver uppfyllandet av den moraliska plikten mot våra kunder kompetens i etiskt resonemang. De framhäver också att etiskt resonemang förutom reflexion och tänkande alltid kräver handling. För att terapirelationen skall vara trygg och för att patienten skall kunna lita på ergoterapeuten blir det etiska förfarandet av stor betydelse i terapirelationen. Den viktigaste etiska aspekten som steg fram i intervjuerna var tystnadsplikten, men att vara sanningsenlig och öppen med klienten kom också fram. Etiskt svåra situationer träffade ergoterapeuterna på då någon bad information om en patient som de inte kan ge vidare, eller ifall de träffade en klient utanför polikliniken.

Vid *ergoterapiprocessens avslutning* fokuserade ergoterapeuterna främst på terapirelationen och förändringsprocessen. I avslutningen av terapiprocessen kan man se att det narrativa resonemanget får en viktig roll. Enligt Hamilton (2008:130) används det narrativa resonemanget för att förstå livet när man möts av svårigheter och hjälpa patienten se sin historia ur ett större perspektiv. Genom det narrativa resonemanget hjälper ergoterapeuten dessutom sin patient att styra sin aktivitet i framtiden genom att reflektera på

patientens upplevelser och hjälpa patienten att föreställa en önskvärd framtid. Under de sista ergoterapiträffarna är det viktigt att vara öppen och ärlig gällande bedömningsresultat och utlåtandet, som ergoterapeuten skriver om terapiprocessen. Det är också viktigt att ge ärlig feedback gällande patientens framsteg och uppmuntra patienten att hålla fast vid det som uppnåtts i terapin. I de flesta intervjuerna kom det fram att ergoterapeuterna i slutet av ergoterapiprocessen går tillbaka till startpunkten och jämför den nuvarande situationen med var man börjat. Man betraktar den förändring som har hänt under ergoterapiprocessen och tänker på hur framtiden kan se ut.

## **6 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING**

I detta kapitel sammanfattas och diskuteras resultaten av undersökningen. Resultaten granskas också med avseende på hur de korrelerar med tidigare studier och kopplas till bakgrunden av arbetet. Dessutom analyseras och värderas metoden som använts för arbetet och implikationer för vidare studier kring tangerande teman presenteras i det sista stycket.

### **6.1 Resultatdiskussion**

De fyra centrala teman; ergoterapeutens resurser, terapirelationen, patienten i fokus och förändringsprocessen, vilka steg fram genom bearbetningen av intervjumaterialet illustrerar de främsta faktorerna som ergoterapeuterna tar i beaktande genom hela ergoterapiprocessen. Genom att gå igenom materialet kunde man också se vilka faktorer som var de viktigaste i de olika skedena av ergoterapiprocessen. I analysen av intervjumaterialet framkom dessvärre att det är svårt att skilja på vilka sätt att resonera som används specifikt i den inledande fasen av ergoterapi, i ergoterapisituationen och i den avslutande fasen av ergoterapi, för sätten att resonera går mycket in i varandra och används parallellt.

Genom att tolka resultaten av studien kunde man ändå se att ergoterapeuterna använder sig av alla de sätt att resonera kliniskt som presenterades i den teoretiska referensramen för detta arbete. I den inledande fasen av ergoterapiprocessen var det procedurala och pragmatiska resonemanget de mest centrala formerna, i ergoterapisituationen den veten-

skapliga, diagnostiska, etiska, interaktiva och konditionala samt under den avslutande fasen av ergoterapiprocessen det narrativa resonemanget. De olika sätten att resonera användes ändå mycket samtidigt och parallellt, och till exempel interaktivt resonemang användes genom hela ergoterapiprocessen då ergoterapeuten var i kontakt med patienten. De olika sätten att resonera genom ergoterapiprocessen kunde möjligen ha kommit tydligare fram genom annorlunda frågor i intervjuerna eller andra frågeställningar för studien. Också de olika faserna av ergoterapiprocessen kunde ha definierats på ett annat sätt, vilket kunde ha gjort det tydligare vilket resonemang används i vilket skede.

Det som jag tycker är mycket intressant i resultatet är de fyra centrala temana som steg fram genom analysen av intervjumaterialet. I de centrala teman sammanfattas de faktorer som ergoterapiprocessen består av, vilket är ergoterapeutens resurser, patienten, relationen och samarbetet mellan dessa två samt det som allting strävar efter, vilket är en förändring i patientens liv.

Det som också tydligt steg fram i resultaten av studien var betydelsen av ergoterapeutens användning av sig själv och utvecklingen av terapirelationen. Enligt Hagedorn (2000:83) är just det terapeutiska användandet av sig själv det viktigaste av de centrala processerna i ergoterapi och hur ergoterapeuten är i relation till patienten och hur terapirelationen utvecklas är det ergoterapin bygger på. I resultatet av denna studie kom det fram att ergoterapeuterna medvetet bygger en jämställd terapirelation genom att vara sig själv tillsammans med patienten och ge tid åt att bygga ett fungerande samarbete samt flytande kommunikation. Detta resultat stämmer även bra överens med det som Early (2009:265) skrivit om att ergoterapeuterna är medvetna om sig själv och klienten i terapisituationen och i kontroll av kommunikationen.

I resultatet av studien steg också användningen av tyst kunskap och intuition fram. I flera av intervjuerna visade sig att ergoterapeuten handlade enligt en inre känsla eller tidigare erfarenhet. Enligt Paloniemi (2008:271–272) är tyst kunskap just denna typ av kunskap som man fått genom upplevelser och genom att ha arbetat en längre tid med liknande uppgifter. Vidare menar Paloniemi att kunskapen som baserar sig på upplevelse är centralt i arbetslivet. Alla de ergoterapeuter som deltog i studien hade arbetat som

ergoterapeuter inom psykiatri en längre tid, minst två år, och hade en betydlig erfarenhet av arbetet, som tydligt var en av deras största resurser i klientarbetet.

Då man jämför resultaten av denna studie med den tidigare forskningen som presenteras i början av arbetet, kan man konstatera att resultaten stöder det som Kristensen et al. (2012:118–130) kom fram till i sin studie om att klinisk erfarenhet kan påverka professionellt beslutsfattande. Flera av de ergoterapeuter som jag intervjuade berättade att de använder sig av sin erfarenhet, till exempel då de hänvisar patienten till tredje sektorns verksamhet. Erfarenheten av arbetet utvecklar också ergoterapeutens intuition, som flera av ergoterapeuterna medgav sig lita på.

Kuipers och Grice (2009b:423–424) resultat att ergoterapeuter litar på både personliga och teoretiska perspektiv i sitt resonerande går också i samma spår som resultatet i min studie, där det i intervjuerna kom fram att både personliga erfarenheter och teoretiska referensramar styr arbetet. Också i min studie kom det fram att ergoterapeuterna förutom sin erfarenhet använder sig av den kunskap de har om teoretiska referensramar, både teorier inom ergoterapi och andra tvärvetenskaper.

Enligt mig visade sig väldigt tydligt i intervjuerna jag gjorde att ergoterapiprocessen främst styrs av patientens behov. Detta kom även fram i Mitchell och Unsworths studie (2004:13–23) i vilken de kom fram till att ergoterapeuters resonemang drivs av hur ergoterapeuten uppfattar en specifik klient i sin kontext och inte enligt en viss formel. I intervjuerna som jag gjorde betonade ergoterapeuterna också ofta att ergoterapiprocessen alltid ser annorlunda ut beroende på patienten, och att det inte går att sätta alla patienter i samma modell.

## **6.2 Metoddiskussion**

Kvalitativa intervjuer valdes som metod för denna studie för att få fasta på ergoterapeuternas eget resonerande och tillvägagångssätt i ergoterapiprocessen. Med tanke på arbetets syfte, att beskriva ergoterapeuters kliniska resonemang, tycker jag att metodvalet var ändamålsenligt. Genom att göra intervjuer kunde man gå djupt in i ett specifikt ämnesområde och begränsa urvalet till ergoterapeuter som arbetar inom psykiatrisk öppen-

vård. Ifall studien gjorts genom en kvantitativ metod, till exempel frågeformulär, skulle frågorna inte kunnat vara så djupgående och den nya informationen som fåtts av studien kunde ha blivit mycket ytligare. I en kvalitativ undersökning kunde man inte heller ha haft en så specifik målgrupp av informanter i urvalet. En forskningsöversikt kunde inte heller ha svarat på studien syfte och frågeställningar, och ämnet har inte heller studerats tillräckligt tidigare för att göra en omfattande forskningsöversikt.

För att få tillräckligt med material valde jag att intervjua sex personer från tre olika polikliniker i Helsingfors. Inklusionskriterierna för studien uteslöt ergoterapeuter som arbetar med patienter med psykiatrisk problematik inom annan typs öppenvård och ergoterapeuter som arbetar inom psykiatriska sjukhus. Jag tror det var ett bra val att begränsa målgruppen till psykiatriska polikliniker, för alla informanterna hade en digger erfarenhet av individuell terapi, samt erfarenhet av långa ergoterapiprocesser.

Tvåstegsurvalet som användes som urvalsmetod visade sig fungera bra med tanke på att man i det första steget kunde fastställa organisationerna av intresse och söka forskningslov till dem, varefter man i det andra steget först kontaktade informanterna genom kontaktpersoner. Det var också ett bra val att från början kontakta tre psykiatriska polikliniker. På vissa av poliklinikerna arbetar det mycket få ergoterapeuter, vilket skulle ha gjort det mycket svårt att få ihop tillräckligt med informanter ifall färre polikliniker skulle ha valts i det första steget av urvalet. Att få ihop sex informanter gick slutligen ganska smidigt och alla intervjuerna kunde göras inom den utsatta tidsramen. Sex informanter var också en passlig mängd informanter för att få ett tillräckligt brett material att analysera, men ändå inte för mycket att transkribera. Med att välja tre olika polikliniker till studien påverkades resultatet inte heller av en viss polikliniks organisation och likheterna ergoterapeuterna kan ha i sitt resonering och tillvägagångssätt på grund av att de arbetar inom samma utrymmen. Valet av tre olika polikliniker till studien kan ändå ha haft en viss påverkan på studiens tidtabell, på grund av att jag måste kontakta så många olika personer för att få både forskningslovet och informanterna för studien.

Intervjufrågorna som användes i studien formulerades på basen av forskningsfrågorna och den teoretiska referensramen. Före de egentliga intervjuerna gjordes ingen pilottestning av intervjufrågorna, vilket kunde ha ökat på studiens validitet och möjliggjort vissa



omformuleringar av intervjufrågorna. Informanterna som deltog i intervjuerna hade fått ett informationsbrev (se bilaga 3A och 3B) före intervjuerna i vilka de tillbads att förbereda sig inför intervjun med att färdigt tänka ut en patient och dess ergoterapiprocess. I flera av intervjuerna märktes det att informanterna hade nytta av att tänka på en specifik patient, och flera av informanterna refererade också till ”den patienten vars process jag tänker på”. Under intervjuerna försökte jag hålla mig till intervjuguiden så långt som möjligt, för att undvika ledande frågor.

Alla intervjuerna gjordes på informanternas arbetsplatser, antingen i deras arbetsrum eller i ett utrymme för terapigrupper. Informanterna fick själv välja var intervjun skulle ta plats, vilket jag tycker var bra för platsen för en intervju måste såklart kännas trygg för informanten så att denne kan prata fritt. För att intervjuerna gjordes på informanternas arbetstid var det också lättast att gå till deras arbetsplatser för att genomföra respektive intervjuer. Under intervjuerna bandades allt prat direkt in på min dator. Bandningen möjliggjorde en större frihet i intervjusituationen, då jag inte behövde skriva anteckningar och kunde koncentrera mig på att lyssna på informanten och ställa följdfrågor. Jag tror också att bandningen av intervjuerna gjorde materialet mera reliabelt, då man måste lämna bort en hel del information ifall man endast gör anteckningar. Att banda in intervjuerna medförde dock en risk av tekniska problem, vilket som tur undveks. För att få bättre ljudkvalitet skaffade jag en mikrofon som kunde kopplas till datorn. Under transkriberingen av intervjuerna har materialet också påverkats, då det kan vara svårt att tolka det man hör i skriftlig form. Ibland kunde informanternas prat också vara mycket otydligt. För att höja på reliabiliteten lyssnades varje intervju igenom minst tre gånger under transkriberingen.

Alla intervjuerna gjordes på finska. Vid tolkningen av intervjumaterialet och översättningen av citat fick jag ändå lita på mina egna språkkunskaper, då endast jag själv fått lov att behandla intervjumaterialet. Översättningen kan också ha påverkat reliabiliteten av intervjuerna och små nyansskiftningar har kunnat gå omärkta.

Det transkriberade materialet valdes att bearbetas genom meningskoncentrering, vilket visade sig fungera väl för att få fram den underliggande meningen i längre uttalanden. Enligt mig lyckades meningskoncentreringen fånga ny information ur materialet, och

analysen styrdes inte för mycket av den teoretiska referensramen eller intervjufrågorna för studien. I analysfasen kunde man möjligen ha tagit de olika faserna av ergoterapi-processen mera i beaktande, vilket kunde ha underlättat tolkningen av resultatet. För att jag genomfört denna studie ensam är det också klart att förutom yttre faktorer kan också mina subjektiva tankar och åsikter påverkat studien, framförallt i analysfasen av studien är det möjligt att forskningsmaterialet påverkas av forskarens subjektivitet. I analysen försökte jag därför hålla mig nära informanternas svar och gå tillbaka till de ursprungliga meningarna efter meningskoncentreringen för att kolla ifall meningen ännu har samma innebörd. I presentationen av resultaten använder jag dessutom mycket citat för att binda ihop intervjuerna med analysen av materialet.

### **6.3 Fortsatt forskning**

För mig har det varit en mycket intressant upplevelse att göra mitt examensarbete om hur ergoterapeuter som arbetar inom psykiatri tänker i sitt arbete. Jag tror definitivt att ergoterapi inom psykiatri är ett område som också i framtiden har mycket ny kunskap att ge. Inom psykiatrin kan ergoterapeutens interventioner och val av bedömningsmetoder se mycket annorlunda ut än inom ergoterapi som behandlar somatiska sjukdomar. Också valet av aktiviteter eller mångfalden av ergoterapigrupper kunde vara ett intressant område för fortsatta studier.

Det som jag också blev intresserad av under min forskningsprocess var tyst kunskap och hur tyst kunskap utvecklas genom erfarenhet. Att synliggöra denna kunskap tycker jag kunde vara ett givande område för fortsatta studier, och kunde ge ny information om ergoterapeuternas arbetsätt och vad de baserar sina beslut på.

## KÄLLOR

- Carrier, Annie; Levasseur, Mélanie; Bédard, Denis; Desrosiers, Johanne. 2010, Community occupational therapists' clinical reasoning: Identifying tacit knowledge. *Australian Occupational Therapy Journal*, Vol. 57, nr 6, s. 356-365.
- Craik, Janet; Davis, Jane; Polatajko, Helene J. 2007, Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context och Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. I: E.A. Townsend, H.J. Polatajko, red. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*, Ontario: CAOT Publications ACE, 418 s.
- Cronin-Davis, Jane & Long, Cathy. 2006, *Occupational Therapy Evidence in Practice for Mental Health*, Oxford: Blackwell Publishing, 196 s.
- Early, Mary Beth. 2009, *Mental Health Concepts & Techniques for the Occupational Therapy Assistant*, 4 uppl., Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 662 s.
- Eriksson-Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran. 2011, Intervjuer. I: G. Ahrne, P. Svensson, red. *Handbok i kvalitativa metoder*, Malmö: Liber AB, 245 s.
- Fleming, Maureen Hayes. 1994, Procedural Reasoning: Addressing Functional Limitations, The Therapist with the Three-Track Mind och Conditional Reasoning: Creating Meaningful Experiences. I: C. Mattingly, M. H. Fleming, red. *Clinical Reasoning – Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*, Philadelphia: F.A. Davis Company, 378 s.
- Fleming, Maureen Hayes & Mattingly, Cheryl. 1994, Giving Language to Practice. I: C. Mattingly, M. H. Fleming, red. *Clinical Reasoning – Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*, Philadelphia: F.A. Davis Company, 378 s.
- Graneheim, Ulla Hällgren & Lundman, Berit. 2004, Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, Vol. 24, nr 2, s. 105-112
- Hagedorn, Rosemary. 2000, *Tools for Practice in Occupational Therapy*, London: Churchill Livingstone, 326 s.
- Hamilton, Toby Ballou. 2008, Narrative Reasoning. I: B. A. B. Schell, J. W. Schell, red. *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 462 s.
- Hooper, Barbara. 2008, Therapists' Assumptions as a Dimension of Professional Reasoning. I: B. A. B. Schell, J. W. Schell, red. *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 462 s.

- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring – Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Lund: Studentlitteratur, 316 s.
- Kanny, Elizabeth M. & Slater, Deborah Yarett. 2008, Ethical Reasoning. I: B. A. B. Schell, J. W. Schell, red. *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 462 s.
- Koivunen, Hannele. 1997, *Hiljainen tieto*, Helsingfors: Otava, 232 s.
- Kristensen, Hanne Kaae; Borg, Tove; Hounsgaard, Lise. 2012, Aspects affecting occupational therapists' reasoning when implementing research-based evidence in stroke rehabilitation, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 19, nr 2, s. 118-131.
- Kuipers, Kathy & Grice, James W. 2009a, Clinical reasoning in neurology: Use of the repertory grid technique to investigate the reasoning of an experienced occupational therapist, *Australian Occupational Therapy Journal*, Vol. 56, nr 4, s. 275-284.
- Kuipers, Kathy & Grice, James W. 2009b, The structure of novice and expert occupational therapists' clinical reasoning before and after exposure to a domainspecific protocol, *Australian Occupational Therapy Journal*, Vol. 56, nr 6, s. 418-427.
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. 2009, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, 370 s.
- Lewis, Penny & Miller, Tom. 2002, Community. I: J. Creek, red. *Occupational Therapy and Mental Health*, 3 uppl., Churchill Livingstone, 603 s.
- Mattingly, Cheryl. 1998, *Healing dramas and clinical plots – The narrative structure of experience*, Cambridge: Cambridge University Press, 192 s.
- Mattingly, Cheryl & Fleming, Maureen Hayes. 1994, Interactive Reasoning: Collaboration with the Person. I: C. Mattingly, M. H. Fleming, red. *Clinical Reasoning – Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*, Philadelphia: F.A. Davis Company, 378 s.
- Mitchell, Robyn & Unsworth, Carolyn A. 2004, Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits, *Australian Occupational Therapy Journal*, Vol. 51, nr 1, s. 13-24.
- Mosey, Anne Cronin. 1986, *Psychosocial Components of Occupational Therapy*, New York: Raven Press, 606 s.
- Nurminen, Raija. 2000, *Hiljainen tieto hoitotyössä*, Helsingfors: Tammi, 131 s.
- Olivestam, Carl E. & Thorsén, Håkan. 2000, *Etik och livsfrågor i vård och omsorg*, Stockholm: Liber AB, 146 s.

- Paloniemi, Susanna. 2008, Hiljaisen tiedon jakaminen työyhteisössä – työssä oppimisen rajapinnalla. I: A. Toom, J. Onnismaa, A. Kajanto (red.). *Hiljainen tieto – tietämistä, toimimista, taitavuutta*, Helsingfors: Kansanvalistusseura, 359 s.
- Psykiatrian poliklinikat. 2014, *Helsingin kaupunki Sosiaali ja terveystieteiden virasto*, Update-  
rad: 11.2.2014. Tillgänglig:  
<http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Terveyspalvelut/Mielenterveyspalvelut/Psykiatrian+poliklinikat> Hämtad: 8.9.2014
- Rassafiani, Mehdi; Ziviani, Jenny; Rodger, Sylvia; Dalgleish, Lenard. 2008, Occupational therapists' decision-making in the management of clients with upper limb hypertonicity, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 15, nr 2, s. 105-115.
- Schell, Barbara A. Boyt. 2008, Pragmatic Reasoning och Interactive and Conditional Reasoning: A Process of Synthesis. I: B. A. B. Schell, J. W. Schell, red. *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 462 s.
- Schell, Barbara A. Boyt & Schell, John W. 2008, Professional Reasoning as the Basis of Practice. I: B. A. B. Schell, J. W. Schell, red. *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 462 s.
- Tomlin, George S. 2008, Scientific Reasoning, I: B. A. B. Schell, J. W. Schell, red. *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 462 s.
- Toth-Cohen, Susan. 2008, Using cultural-historical activity theory to study clinical reasoning in context, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 15, nr 2, s. 82-94.
- Tutkimusluvan hakeminen. 2014, *Helsingin kaupunki Sosiaali- ja terveystieteiden virasto*, Update-  
daterad: 29.8.2014, Tillgänglig:  
[http://www.hel.fi/hki/sote/fi/P\\_\\_t\\_ksenteko/tutkimusluvat/tutkimusluvat](http://www.hel.fi/hki/sote/fi/P__t_ksenteko/tutkimusluvat/tutkimusluvat) Hämtad:  
8.9.2014
- Unsworth, Carolyn A. 2005, Using a head-mounted video camera to explore current conceptualizations of clinical reasoning in occupational therapy, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 59, nr 1, s. 31-40.
- Ward, Judith D. 2003, The nature of clinical reasoning with groups: A phenomenological study of an occupational therapist in community mental health, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 57, nr 6, s. 625-634.
- WHO. 2010, *Mental health: strengthening our response*. Tillgänglig:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> Hämtad: 29.4.2013

# BILAGA 1

## KIRJE ALUEELLISTEN PSYKIATRIA- JA PÄIHDEKESKUSTEN PÄÄLLIKÖILLE

Hei,

Olen toimintaterapeuttipiskelija Kaisa Nordlund ammattikorkeakoulu Arcadasta. Olen parhaillani tekemässä opinnäytetyötäni aiheesta ”Toimintaterapeuttien kliininen päättely psykiatrisessa avohoidossa”. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla toimintaterapeuttien ajatteluprosessia toimintaterapiassa psykiatristen asiakkaiden polikliinissä avohoidossa.

Hakiessani tutkimuslupaa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta sain sieltä ohjeen olla ensin Teihin yhteydessä ja sain sieltä myös Teidän yhteystiedot. Ennen tutkimusluvan saamista minun täytyy siis tarkistaa että tutkimuksen toteuttaminen on periaatteessa mahdollista ja että poliklinikallanne on henkilö joka olisi kiinnostunut toimimaan tutkimuksen yhteyshenkilönä.

Olisin siis kiinnostunut haastattelemaan kahta toimintaterapeuttia teidän psykiatriselta poliklinikalta. Haen siis henkilöä joka voisi toimia yhteyshenkilönä minun ja haastatteluvien toimintaterapeuttien välillä. Yhteyshenkilönä voisi toimia esimerkiksi kohdeyksikön esimies.

Toivottavasti tutkimusta kohtaan löytyy kiinnostusta ja voitte välittää tämän viestin eteenpäin henkilölle, joka mahdollisesti voisi toimia yhteyshenkilönä, ja joka voisi puolestaan ottaa yhteyttä minuun. Sähköpostiosoitteeni on: nordlunk@arcada.fi. Voitte myös lähettää mahdollisen yhteyshenkilön yhteystiedot minulle, niin voin ottaa heihin suoraan yhteyttä, mikäli tämä sopii teille paremmin.

Ystävällisin terveisin,

Kaisa Nordlund  
nordlunk@arcada.com  
050-4635589

## BILAGA 2A

### BREV TILL KONTAKTPERSON

I Helsingfors 10.12.2013

Bästa kontaktperson,

Tack för intresset angående mitt examensarbete och för samarbetet gällande min undersökning. Här är ännu den viktigaste informationen angående min studie, vars tema är: "Ergoterapeuters kliniska resone-mang inom psykiatrisk öppenvård". Syftet för min studie är att beskriva ergoterapeuters tankeprocess genom ergoterapiprocessen med psykiatriska klienter inom poliklinisk öppenvård. Direktören för psyki-atri- och missbrukarvården, Tuula Saarela, har godkänt forskningstillstånd för mitt examensarbete 25.11.2013.

Jag söker alltså ergoterapeuter som arbetar på psykiatriska polikliniker och har minst två års arbetserfa-renhet av arbete med klienter med psykiatrisk problematik. De två första ergoterapeuterna, som med-delar sitt intresse att delta i studien, kommer att intervjuas från denna poliklinik.

Studien följer etiska riktlinjer för informerat samtycke, skydd av privatlivet och krav på att bli korrekt återgiven. Deltagandet i intervju är alltså helt frivilligt och deltagarna kan avbryta när som helst utan att uppge orsak och utan att det leder till några negativa konsekvenser. Sammanlagt kommer sex personer från tre olika polikliniker att intervjuas för arbetet och enskilda personers svar kommer inte att kunna härledas tillbaka till personen. Personlig information kommer inte att framgå i framställningen av data och efter att studien genomförts förvaras all forskningsmaterial i ett låst arkiv på Arcada. Deltagandet i studien kommer inte att ha några konsekvenser för deltagarna och kommer inte att binda dem till nå-gonting. Det färdiga examensarbetet publiceras i elektronisk form i yrkeshögskolornas publikationsarkiv Theseus, var den är allmänt tillgänglig.

Deltagandet i intervjun räcker cirka två timmar. Intervjufrågorna behandlar ergoterapeutens resone-rande och beslutsfattande under ergoterapiprocessen, deltagaren kan förbereda sig för intervjun med att fundera på en specifik klient och deras ergoterapiprocess. Frågorna kommer dock inte att koncentre-ra sig på klienten, utan på ergoterapeutens tankeprocess, och inga personliga uppgifter om klienten kommer att användas i studien. Intervjun kan ta plats på deltagarens arbetsplats om dennes förman ger tillåtelse att använda arbetstid för intervjun. I annat fall kan intervjun genomföras på Arcada utanför arbetstid. Intervjun bandas in på bandspelare för senare analys. Intervjuerna kommer att äga rum i ja-nuari 2014, på en tidpunkt som passar åt informanten.

Som kontaktperson skulle jag önska att Ni kunde dela ut information om studien till möjliga deltagare och informera mig om de två första personerna som skulle vara intresserade att delta i studien. Då jag får information och kontaktuppgifter av de intresserade från Er kommer jag själv att vara i direkt kontakt till dem. Bifogad finns ett brev som kan delas ut till de potentiella deltagarna i studien.

Om Ni har några frågor gällande studien ta gärna kontakt till mig, Kaisa Nordlund, eller Annikki Arola, programledare för ergoterapiutbildningen, som fungerar som handledare från Arcada.

Tack för Ert besvär!

Med vänlig hälsning,  
Kaisa Nordlund  
Ergoterapistuderande  
Tel: +358 504 635 589  
E-post: nordlunk@arcada.fi

Annikki Arola MSc  
Programledare  
Utbildningsprogrammet i ergoterapi  
Tel: +358 207 699 422 / +358 445 505 780  
E-post: annikki.arola@arcada.fi

## BILAGA 2B

### KIRJE YHTEYSHENKILÖILLE

Helsingissä 10.12.2013

Hyvä yhteyshenkilö,

Kiitos vielä kiinnostuksesta opinnäytetyötäni kohtaan ja yhteistyöstä tutkimukseni hyväksi. Tässä vielä tärkeimmät tiedot tutkimuksestani, jonka aiheena on: ”Toimintaterapeuttien kliininen päättely psykiatrisessa avohoidossa”. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla toimintaterapeuttien ajatteluprosessia toimintaterapiassa psykiatristen asiakkaiden polikliinisessä avohoidossa. Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja Tuula Saarela on myöntänyt opinnäytetyölle tutkimusluvan 25.11.2013.

Haen siis haastateltaviksi toimintaterapeutteja jotka työskentelevät psykiatrisissa poliklinikoissa ja joilla on kokemusta vähintään kahden vuoden ajalta työskentelemisestä psykiatristen asiakkaiden parissa. Kahta ensimmäistä toimintaterapeuttia tältä poliklinikalta, jotka ilmoittavat kiinnostuksensa osallistua tutkimukseen, tullaan haastattelemaan.

Tutkimus seuraa eettisiä ohjeita ja vaatimuksia haastateltavien tietoisesta suostumuksesta, yksityisyyden suojaan ja virheettömästi toistetuksi tulemisen suhteen. Osallistuminen haastatteluun on siis täysin vapaaehtoista ja osallistujat voivat keskeyttää koska tahansa ilmoittamatta syytä, ja ilman että siitä koituu haitallisia seurauksia. Opinnäytetyötäni varten haastattelen yhteensä kuutta henkilöä kolmelta eri poliklinikalta, joten yksittäisten henkilöiden antamia tietoja ei voida jäljittää tiettyyn henkilöön. Haastateltujen henkilökohtaisia tietoja ei tulla käyttämään opinnäytetyössä ja tutkimuksen päätyttyä tutkimusmateriaali tullaan säilyttämään Arcadassa lukitussa arkistossa. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minikäänlaisia seuraamuksia eikä velvoita osallistujia mihinkään. Valmis opinnäytetyö julkaistaan sähköisessä muodossa ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseuksessa, jossa se on yleisesti nähtävillä.

Haastatteluun osallistuminen kestää noin kaksi tuntia. Haastattelukysymykset koskevat toimintaterapeuttien päättelyä ja ajatteluprosessia toimintaterapiaprosessin aikana. Haastatteluun osallistujaa pyydetään miettimään etukäteen miten on päätelty tietyn asiakkaan toimintaterapiaprosessissa. Kysymykset eivät kuitenkaan tule keskittymään asiakkaaseen, vaan toimintaterapeutin ajatteluprosessiin, ja tutkimuksen tuloksissa asiakkaan yksityistietoja ei luonnollisesti tulla käyttämään. Haastattelun paikkana voi toimia osallistujan työpaikka, jos hänen esimies antaa luvan haastatteluun osallistumiseen työajalla. Vaihtoehtoisesti haastattelun sijaintina voi toimia Arcada ja haastattelu voidaan tehdä työajan ulkopuolella. Haastattelu nauhoitetaan myöhempäälle analyysiä varten. Haastattelut tullaan pitämään tammikuussa 2014 haastateltaville sopivaan ajankohtaan.

Yhteyshenkilönä toivoisin Teidän jakavan tietoa tutkimuksesta mahdollisille osallistujille ja ilmoittaa minulle kaksi ensimmäistä kiinnostunutta haastatteluun osallistujaa. Kun olen saanut teiltä tiedon kiinnostuneista ja heidän yhteystietonsa, otan heihin itse suoraan yhteyttä. Liitteenä on kirje jonka voitte jakaa mahdollisille haastatteluun osallistujille.

Mikäli Teillä on kysymyksiä tutkimuksen suhteen, ottakaa toki yhteyttä minuun, Kaisa Nordlund, tai Annikki Arolaan, joka toimii ohjaajana koulun puolesta.

Kiitos vaivannäöstänne!

Ystävällisin terveisin,  
Kaisa Nordlund  
Toimintaterapiaopiskelija  
Puh: 050-463 55 89  
Sähköposti: nordlunk@arcada.fi

Annikki Arola MSc  
Koulutusohjelman johtaja  
Toimintaterapian koulutusohjelma  
Puh: +358 207 699 422  
+358 44 5505780  
Sähköposti: annikki.arola@arcada.fi



## BILAGA 3A

### BREV TILL INFORMANTER

I Helsingfors 10.12.2013

Bästa mottagare,

Jag är Kaisa Nordlund, ergoterapistuderande på Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola, och jag håller på att skriva mitt examensarbete om ämnet "Ergoterapeuters kliniska resonemang inom psykiatrisk öppenvård". Syftet för min studie är att beskriva ergoterapeuters tankeprocess genom ergoterapiprocessen med psykiatriska klienter inom poliklinisk öppenvård.

Jag söker alltså ergoterapeuter som arbetar på psykiatriska polikliniker och har minst två års arbetserfarenhet av arbete med klienter med psykiatrisk problematik. De två första ergoterapeuterna, som meddelar sitt intresse att delta i studien, kommer att intervjuas från denna poliklinik. Jag vore ytterst tacksam om Ni hade möjlighet att ställa upp på en intervju.

Studien följer etiska riktlinjer för informerat samtycke, skydd av privatlivet och krav på att bli korrekt återgiven. Deltagande i intervju är alltså helt frivilligt och Ni kan avbryta när Ni vill utan att uppge orsak och utan att det leder till några negativa konsekvenser. Sammanlagt kommer sex personer från tre olika polikliniker att intervjuas för arbetet och enskilda personers svar kommer inte att kunna härledas tillbaka till personen. Personlig information kommer inte att framgå i framställningen av data och efter att studien genomförts förvaras all forskningsmaterial i ett låst arkiv på Arcada. Deltagandet i studien kommer inte att ha några konsekvenser och kommer inte att binda Er till någonting. Det färdiga examensarbetet publiceras i elektronisk form i yrkeshögskolornas publikationsarkiv Theseus.

Deltagandet i intervjun räcker cirka två timmar. Intervjufrågorna behandlar Er resonering och beslutsfattande under ergoterapiprocessen, så Ni kan förbereda Er för intervjun med att fundera på en specifik klient och deras ergoterapiprocess. Frågorna kommer dock inte att koncentrera sig på Er klient, utan på Er tankeprocess, och inga personliga uppgifter om Er klient kommer att användas i studien. Intervjun kan ta plats på Er arbetsplats om Er förman ger tillåtelse att använda Er arbetstid för intervjun. I annat fall kan intervjun genomföras på Arcada utanför Er arbetstid. Intervjun bandas in på bandspelare för senare analys. Intervjuerna kommer att äga rum i januari 2014.

Ifall Ni blev intresserade att delta i studien vore jag väldigt tacksam om Ni kunde meddela Er intresse åt Er arbetsplats kontaktperson, som i sin tur kontaktar mig om Er intresse. Efter detta kommer jag att kontakta Er direkt, så att vi kan komma överens om en tid och plats för intervjun som passar Er bäst.

Om Ni har några frågor gällande studien ta gärna kontakt till mig, Kaisa Nordlund, eller Annikki Arola, programledare för ergoterapiutbildningen, som fungerar som handledare från Arcada.

Tack för Er besvär!

Med vänlig hälsning,  
Kaisa Nordlund  
Ergoterapistuderande  
Tel: +358 504 635 589  
E-post: nordlunk@arcada.fi

Annikki Arola MSc  
Programledare  
Utbildningsprogrammet i ergoterapi  
Tel: +358 207 699 422  
+358 445 505 780  
E-post: annikki.arola@arcada.fi

## BILAGA 3B

### KIRJE HAASTATELTAVILLE

Helsingissä 10.12.2013

Hyvä vastaanottaja,

Olen toimintaterapeuttiopiskelija Kaisa Nordlund ammattikorkeakoulu Arcadasta. Olen parhaillani tekemässä opinnäytetyötäni aiheesta ”Toimintaterapeuttien kliininen päättely psykiatrisessa avohoidossa”. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla toimintaterapeuttien ajatteluprosessia toimintaterapiassa psykiatristen asiakkaiden polikliinisessä avohoidossa.

Haen siis haastateltaviksi toimintaterapeutteja jotka työskentelevät psykiatrisissa poliklinikoissa ja joilla on kokemusta vähintään kahden vuoden ajalta työskentelemisestä psykiatristen asiakkaiden parissa. Kahta ensimmäistä toimintaterapeuttia tältä poliklinikalta, jotka ilmoittavat kiinnostuksensa osallistua tutkimukseen, tullaan haastattelemaan. Olisin erittäin kiitollinen jos Teillä olisi mahdollisuus osallistua haastatteluun.

Tutkimus seuraa eettisiä ohjeita ja vaatimuksia haastateltavien tietoisesta suostumuksesta, yksityisyyden suojaan ja virheettömästi toistetuksi tulemisen suhteen. Osallistuminen haastatteluun on siis täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää koska tahansa ilmoittamatta syytä, ja ilman että siitä koituu haitallisia seurauksia. Opinnäytetyötäni varten haastattelen yhteensä kuusi henkilöä kolmelta eri poliklinikalta, joten yksittäisten henkilöiden antamia tietoja ei voida jäljittää tiettyyn henkilöön. Haastateltujen henkilökohtaisia tietoja ei tulla käyttämään opinnäytetyössä ja tutkimuksen päätyttyä tutkimusmateriaali tullaan säilyttämään Arcadassa lukitussa arkistossa. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minkäänlaisia seuraamuksia eikä velvoita Teitä mihinkään. Valmis opinnäytetyö julkaistaan sähköisessä muodossa ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseuksessa, jossa se on yleisesti nähtävillä.

Haastatteluun osallistuminen kestää noin kaksi tuntia. Haastattelukysymykset koskevat päättelyänne ja ajatteluprosessianne toimintaterapiaprosessin aikana, joten voitte valmistautua haastatteluun mieltimällä jotain tiettyä asiakasta ja hänen toimintaterapiaprosessiaan. Kysymykset eivät kuitenkaan tule keskittyä asiakkaaseenne, vaan omaan ajatteluprosessiinne, ja tutkimuksen tuloksissa asiakkaanne yksityistietoja ei luonnollisesti tulla käyttämään. Haastattelun paikkana voi toimia työpaikkanne, jos esimiehenne antaa luvan työaikanne käyttämisen haastatteluun. Vaihtoehtoisesti haastattelun sijaintina voi toimia Arcada ja voin haastatella teidät työaikanne ulkopuolella. Haastattelu nauhoitetaan myöhempiä analyysiä varten. Haastattelut tullaan pitämään tammikuussa 2014.

Mikäli kiinnostuitte haastatteluun osallistumisesta, olisin hyvin kiitollinen jos voisitte ottaa yhteyttä työpaikkanne yhteyshenkilöön, joka ilmoittaa minulle kiinnostuksestanne. Tämän jälkeen olen teihin itse suoraan yhteydessä, jotta voimme järjestää haastattelun Teille sopivaan aikaan.

Jos Teillä on kysymyksiä tutkimuksen suhteen, ottakaa toki yhteyttä minuun, Kaisa Nordlund, tai Annikki Arolaan, joka toimii ohjaajana koulun puolesta.

Kiitos vaivannäöstänne!

Ystävällisin terveisin,  
Kaisa Nordlund  
Toimintaterapiaopiskelija  
Puh: 050-463 55 89  
Sähköposti: nordlunk@arcada.fi

Annikki Arola MSc  
Koulutusohjelman johtaja  
Toimintaterapian koulutusohjelma  
Puh: +358 207 699 422 / +358 44 5505780  
Sähköposti: annikki.arola@arcada.fi

# BILAGA 4A

## INTERVJUFRÅGOR

### 1. Hur kommer klienterna till ergoterapi?

- Går du systematiskt tillväga när du får en ny klient?
- Följer du alltid samma mönster när du planerar/utför en ergoterapiprocess?

### 2. Hur samlar du information om en klient innan du träffar denne?

- Läser du om klientens diagnos före du träffar klienten?
- Brukar du läsa klientens journal före du träffar denne?
- Vad lägger du märke vid när du läser klienten journal?
- Hurdana slutsatser brukar du dra av det du läser?
- Vad lägger du märke till när du träffar klienten?
- Vad drar du för slutsatser om det du lägger märke vid?
- Hur bildar du en uppfattning om klienten som person?
- Ber du klienten berätta om sin situation/sin livshistoria?

### 3. Vad tar du hänsyn till innan era träffar?

- Hurdana rutinmässiga saker gör du när en klient kommer till ergoterapi?
- Finns det någonting speciellt på denna poliklinik som ni brukar göra när en klient kommer till ergoterapi? Har ni t.ex. något visst frågeformulär som används?
- Vilka praktiska aspekter måste du ta hänsyn till då du träffar en klient? T.ex. boka tid med klienten? Reservera utrymmet? Reservera instrumenten och materialen som behövs? Hur dina egna kunskaper räcker till? Direktiv som du måste ta hänsyn till?
- Vad gör du för att bygga upp ett fungerande samarbete med klienten?
- Hur tar du hänsyn till klientens situation då du planerar en terapisituation?
- Tar du hänsyn till att klientens situation kan ha förändrats eller att den kan ha utvecklats på ett oväntat sätt?

### 4. Hur väljer du bedömningsmetoder?

### 5. Hur går du tillväga efter utvärderingen av klienten?

- Jämför du ofta klienten med tidigare case?
- Kan du på basen av tidigare case "se" eller tänka dig hur en ergoterapiprocess kommer att framskrida? Eller olika möjligheter för hur klientens situation kommer att framskrida?

### 6. Hur sätter ni upp mål för ergoterapiprocessen?

### 7. Berätta om planeringen av terapiprocessen

- Går du till evidens när du planerar terapin och interventioner?
- Hur brukar du ta hänsyn till klientens idéer och förslag gällande terapiprocessen?

#### **8. Berätta om genomförandet av terapin**

- På vilket sätt får du klienten engagerad i sin terapiprocess?
- Vad gör du för att bygga upp en förtroendefull relation mellan dig och klienten?
- Brukar ni diskutera om klientens framtid?
- Brukar ni prata om hur klientens sjukdom har påverkat/påverkas/kommer att påverka klientens liv?
- Diskuterar ni om interventionens möjlighet att påverka på klienten/hur terapin har påverkat?
- Hurdana etiska aspekter finns det i ditt arbete som du måste ta hänsyn till?
- Vilka etiska dilemman brukar du stöta på i ditt arbete?
- I vilka situationer kan de förekomma?
- Måste du ofta välja en annan intervention p.g.a. etiska dilemman?

#### **9. Hur utvärderar du terapin?**

#### **10. Berätta om avslutandet av en terapiprocess**

- På vilket sätt stöder du klienten att se olika möjligheter i framtiden?

# BILAGA 4B

## HAASTATTELUKYSYMYKSET

### 1. Kuinka kuntoutuja ohjautuu toimintaterapiaan?

- Etenetkö systemaattisesti kuin saat uuden asiakkaan?
- Seuraatko aina samaa kaavaa kuin suunnittelet tai toteutat toimintaterapiaprosessia?

### 2. Miten keräät tietoa kuntoutujasta ennen ensimmäistä tapaamista?

- Luetko tietoa asiakkaan diagnoosista ennen kuin tapaat hänet?
- Luetko yleensä asiakkaan tietoja ennen kuin tapaatte?
- Mitä panet merkille lukiessasi asiakkaan tietoja?
- Millaisia päätelmiä yleensä teet lukemastasi?
- Mitä panet merkille kun tapaat asiakkaan?
- Mitä johtopäätöksiä teet siitä mitä panet merkille?
- Kuinka muodostat käsityksesi asiakkaasta henkilönä?
- Pyydätkö asiakasta kertomaan tilanteestaan/elämästään?

### 3. Mitä asioita huomioit ennen tapaamiskertojanne?

- Millaisia rutiininomaisia asioita teet kun asiakas tulee toimintaterapiaan?
- Onko tällä poliklinikalla jotain erityistä mitä teette kun asiakas tulee toimintaterapiaan? Onko teillä esimerkiksi jokin tietty kyselylomake?
- Mitä käytännöllisiä asioita sinun täytyy ottaa huomioon kun tapaat asiakkaan? Esimerkiksi olla yhteydessä asiakkaaseen? Varata tila? Varata tarvittavat materiaalit ja välineet? Kuinka taitosi riittävät? Määräyksiä jotka pitää ottaa huomioon?
- Mitä teet rakentaaksesi luottamuksellisen suhteen itsesi ja asiakkaan välille?
- Miten otat huomioon asiakkaan tilanteen suunnitellessasi terapiatilannetta?
- Otatko huomioon että asiakkaan tilanne on voinut muuttua tai että se on voinut kehittyä odottamattomaan suuntaan?

### 4. Miten valitset arviointimenetelmät?

### 5. Mitä teet arvioinnin jälkeen?

- Vertaatko usein asiakastasi mielessäsi aiempiin asiakkaisiin?
- Voitko aiempien tapausten pohjalta "nähdä" tai kuvitella kuinka asiakkaan toimintaterapiaprosessi tulee etenemään? Tai erilaisia mahdollisuuksia terapiaprosessin etene- miselle?

### 6. Miten asetatte tavoitteet toimintaterapialle?

## **7. Kerro terapiaprosessin suunnittelusta**

- Tutustutko terapiaa ja interventioita koskevaan näyttöön?
- Miten otat vastaan asiakkaan ideat ja ehdotukset terapiaprosessin suhteen?

## **8. Kerro toimintaterapian toteuttamisesta**

- Mitä teet rakentaaksesi toimivan yhteistyön asiakkaan kanssa?
- Millä tavoin saat asiakkaan sitoutumaan terapiaan?
- Keskusteletteko usein asiakkaan tulevaisuudesta?
- Puhutteko yleensä siitä kuinka asiakkaan sairaus on vaikuttanut/vaikuttaa/tulee vaikuttamaan hänen elämäänsä?
- Keskusteletteko intervention mahdollisuuksista vaikuttaa asiakkaaseen/kuinka terapia on vaikuttanut häneen?
- Millaisia eettisiä näkökohtia työssäsi on, jotka sinun täytyy ottaa huomioon?
- Millaisia eettisiä pulmia voit kohdata työssäsi?
- Millaisissa tilanteissa niihin voi kohdata?
- Täytyykö sinun usein valita toinen interventio eettisen dilemman vuoksi?

## **9. Kuinka arvioit toimintaterapiaprosessin?**

## **10. Kerro terapiaprosessin päättämisestä**

- Millä tavoin tuet asiakasta näkemään mahdollisuuksia tulevaisuudessa?

## BILAGA 5A

### BLANKETT FÖR INFORMANTERNAS SAMTYCKE

Jag har blivit ombedd att delta i en studie med titeln "Ergoterapeuters kliniska resonemang i psykiatrisk öppenvård", vars syfte är att beskriva det kliniska resonemanget genom ergoterapiprocessen hos ergoterapeuter som arbetar med klienter med psykiatrisk problematik inom poliklinisk öppenvård. Jag har läst informationsbrevet gällande studien och fått en möjlighet att ställa förtydligande frågor samt diskutera dem. Jag känner att jag fått tillräckligt med information om mina rättigheter, studiens syfte och deltagandet i intervju, samt de möjliga riskerna som deltagandet innebär.

Jag vet att jag har rätt till att vägra att delta i intervjun och också senare, ifall jag vill, dra tillbaka mitt samtycke, utan att meddela orsak. Mitt avböjande från intervjun kommer inte att ha några konsekvenser, inte heller om jag drar tillbaka mitt samtycke. Jag vet att materialet som samlas in med intervjun kommer att behandlas konfidentiellt och att materialet inte kommer att överlåtas till utomstående. Efter att studien slutförts kommer undersökningsmaterialet att förvaras på Arcada i ett låst arkiv.

Jag godkänner mitt deltagande i studien

Ja \_\_\_\_ Nej \_\_\_\_

Plats \_\_\_\_\_ Tid \_\_\_\_\_

Informantens underskrift \_\_\_\_\_

Informantens namnförtydligande \_\_\_\_\_

Underskrift av samtyckets mottagare \_\_\_\_\_

och namnets förtydligande

Av denna blankett över informantens samtycke har det gjorts två (2 st.) exemplar, av vilka den andra ges åt informanten och den andra till samtyckets mottagare.

## BILAGA 5B

### HAASTATELTAVIEN SUOSTUMUSLOMAKE

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen, jonka nimi on ”Toimintaterapeuttien kliininen päättely psykiatrisessa avohoidossa”, ja jonka tarkoituksena on kuvailla toimintaterapeuttien ajatteluprosessia toimintaterapiassa psykiatristen asiakkaiden polikliinisessa avohoidossa. Olen lukenut tutkimusta koskevan tiedotteen ja saanut mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä ja keskustella niistä. Tunnen saaneeni riittävästi tietoa oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja siihen osallistumisesta sekä tutkimukseen osallistumisen mahdollisista riskeistä.

Tiedän, että minulla on oikeus kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta ja myöhemmin halutessani myös syytä ilmoittamatta peruuttaa suostumukseni. Kieltäytymiselläni tai osallistumiseni perumisella ei tule olemaan minkäänlaisia seurauksia. Tiedän, että haastattelulla kerättyä materiaalia käsitellään luottamuksellisesti eikä materiaalia luovuteta ulkopuolisille. Tutkimuksen päätyttyä tutkimusmateriaali tullaan säilyttämään Arcadassa lukitussa arkistossa.

Suostun osallistumaan tutkimukseen

Kyllä \_\_\_\_ Ei \_\_\_\_

Paikka \_\_\_\_\_ Aika \_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus \_\_\_\_\_

Haastateltavan nimenselvennys \_\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus \_\_\_\_\_

ja nimen selvennys

Tätä suostumusasiakirjaa on tehty kaksi (2) kappaletta, joista toinen annetaan haastateltavalle ja toinen suostumuksen vastaanottajalle.



