



Ergoterapeuters erfarenheter av att arbeta med klienter med dubbeldiagnos

Ida Lyytikäinen

Examensarbete

Ergoterapi

2017

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Ergoterapi
Identifikationsnummer:	23525
Författare:	Ida Lyytikäinen
Arbetets namn:	Ergoterapeuters erfarenheter av att arbeta med klienter med dubbeldiagnos
Handledare (Arcada):	Denice Haldin
<p>Sammandrag:</p> <p>I denna studie undersöks ergoterapeuters erfarenhet av att arbeta med dubbeldiagnosklienter. I dagens läge har mängden av dubbeldiagnosklienter ökat. Nu lider vart femte av populationen i Finland av mental problematik. Dubbeldiagnos är ett krävande tillstånd och är en allmän beteckning som används för att beskriva de individer som lider av både samexisterande missbruk- eller beroende problematik samt en psykotisk- affektiv- beteende- eller svår personlighetsstörning. Undersökningens syfte är att beskriva ergoterapeuters erfarenhet av att arbeta med klienter med dubbeldiagnos. Forskningsfrågorna är: vilka aktivitetsproblem beskriver ergoterapeuterna och vilka interventioner använder de sig av i ergoterapi? Genom att utforska dessa frågor fås en uppfattning om ergoterapeuters erfarenhet av att arbeta med dubbeldiagnos klienter. Arbetet är en empirisk kvalitativ studie och som datainsamlingsmetod användes en halvstrukturerad intervju. Informanterna var vuxna kvinnliga ergoterapeuter som arbetat i ca 2-10 år inom öppenvården i huvudstadsregionen, som ergoterapeut. Som teoretisk referensram användes The Model of human Occupation, ”MOHO”</p> <p>Resultatet belyser ergoterapeuternas erfarenheter om vad klienterna ofta beskriver som aktivitetsbrister samt vilka interventioner som används i ergoterapi. Enligt ergoterapeuterna har dubbeldiagnos klienter brister i ADL, samt bristfälliga sociala- och processuella förmågor. De mest frekvent använda interventioner lyfts upp är bedömning, hembesök och motivering samt handledning av klienter. Engagemang i aktivitet ger ett liv värt att leva. Ergoterapeuterna efterlyser mera stöd till vardagen, speciellt öppenvårdens service bör utvecklas för att uppnå ett bättre behandlingsresultat.</p>	
Nyckelord:	Ergoterapi, intervention, dubbeldiagnosklienter, aktivitet
Sidantal:	40
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Occupational Therapy
Identification number:	23525
Author:	Ida Lyytikäinen
Title:	Occupational therapist's experiences of working with dual diagnosis patients
Supervisor (Arcada):	Denice Haldin
<p>Abstract:</p> <p>The aim of this study is to examine the occupational therapists experience of working with dual diagnosis patients. People with dual diagnosis is increasing, one of five of Finland's population have mental health problems. It is a diverse condition, meaning people with a co- existing addiction or misuse problem and a psychotic-, affective-, behavior or personality disorder. As research questions in the study is what occupational difficulties does the occupational therapist describe and what kind of intervention does the therapists use?</p> <p>The study is an empirical qualitative study. A semi-structured interview was used as the research method. The informants were adult females that have been working 2-10 years as an occupational therapist in the capital region in non-institutional care in different places. Frame of reference in the study is The Model of Human Occupation. "MOHO" The model supports to an activity based practice that helps the occupational therapist to prioritize the client's needs. The result highlights that dual diagnosis clients often show shortcomings in the ADL dimension, as well as inadequate social- and procedural abilities. As the most frequently used interventions according to occupational therapist's experience, is home visits and to motivate and tutor client's in how to manage their daily life. Engaging in activity gives life meaning. Occupational therapists demand more support focused to the daily life, especially public healthcare services should be more developed for better rehabilitation outcomes.</p>	
Keywords:	Occupational therapy, intervention, dual diagnosis, activity
Number of pages:	40
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Toimintaterapia
Tunnistenumero:	23525
Tekijä:	Ida Lyytikäinen
Työn nimi:	Toimintaterapeuttien kokemuksia työskentelystä kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa
Työn ohjaaja (Arcada):	Denice Haldin
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla toimintaterapeuttien tapaa työskennellä kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa. Kaksoisdiagnoosi potilaiden määrä kasvaa jatkuvasti. Suomessa joka viides kansasta kärsii mielenterveysongelmista. Kaksoisdiagnoosin omaavan hoito on haastavaa koska diagnoosin nimityksellä tarkoitetaan kahta samaan aikaan esiintyvällä tilalla kuten väärinkäyttö-, riippuvuus- ongelmilla tai psykoottinen- ja affektiivinen- tai käyttäytymisen ongelmia tai vaikea persoonallisuus häiriö. Tutkimuskysymykset jota pohditaan ovat mitä toimintaan liittyviä ongelmia kuntoutujat kuvailevat ja mitä interventioita toimintaterapeutit käyttävät kuntoutuksessa?</p> <p>Työ on empiirinen laadullinen tutkimus, jonka tutkimusmenetelmänä on ollut puolistrukturoitu haastattelu. Haastateltavat ovat aikuisia naisia jotka ovat työskennelleet toimintaterapeuttina 2-10 vuotta avohoidon puolella pääkaupunkiseudulla useammassa työpajassa. Tutkimuksen viitekehys on The Model Of Human Occupation, ”MOHO” Tulokset havainnollistavat toimintaterapeuttien kokemuksia joiden mukaan eniten toiminnallisia puutteita asiakkailla ovat ADL toiminnoissa, sosiaaliset- ja prosessi taidot ovat puutteellisia. Eniten käytettyjä interventioita ovat kotikäynnit, arviointi sekä asiakkaan motivointi ja ohjaus kaksoisdiagnoosi potilaiden kuntoutuksessa. Toimintaan osallistuminen lisää merkityksen tunnetta elämässä. Toimintaterapeutit toivovat enemmän arkeen kohdistuvaa tukea, etenkin avohoidon palveluja tulisi kehittää, jotta päästäisi parempiin hoito tuloksiin.</p>	
Avainsanat:	Toimintaterapia, interventio, kaksoisdiagnoosi potilas, toiminta
Sivumäärä:	40
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

Sisällys

1	Inledning.....	6
2	BAKGRUND.....	7
2.1	Dubbeldiagnos och vad den orsakar.....	7
2.2	Ergoterapi inom mentalvården	9
2.3	Teoretisk referensram	11
2.4	Tidigare forskning.....	13
3	syfte och forskningsfrågor.....	15
4	Metod.....	16
4.1	Urval	16
4.2	Datainsamling.....	17
4.3	Analys.....	18
4.4	Etiska reflektioner	19
5	Resultatredovisning	20
5.1	Aktivitetsproblem beskrivna av ergoterapeuter	20
5.2	Ergoterapeutens arbete i processen	23
6	Resultatdiskussion.....	25
7	Metoddiskussion	28
8	Slutdiskussion	29
9	KÄLLOR.....	31
10	BILAGA 1A.....	34
11	BILAGA 1B.....	36
12	BILAGA 2A.....	38
13	BILAGA 2B.....	39
14	BILAGA 3 INTERVJUGUIDE.....	40

1 INLEDNING

Följande studie behandlar dubbeldiagnosklienter och hur ergoterapeuter arbetar med denna klientgrupp.

Att utveckla och erbjuda välfärdstjänster är en gemensam utmaning för alla som arbetar inom social- och hälsovårdsbranschen, även för ergoterapeuter. Dubbeldiagnos är ett begrepp som framkommer allt oftare i dagens samhälle. Orsaken att det är dubbeldiagnosklienter som granskas i denna studie är att dubbeldiagnos inte är ovanligt i dagens läge och att antalet dubbeldiagnosklienter i samhället ökar ständigt. Vart femte av populationen i Finland lider av mental problematik. (Marttunen et al. 2011 s. 3) Då man lider av mental problematik har man olika brister i dagliga aktiviteter, relationer och reglering av känslor, tankar och beteende. Begreppet att vara aktiv varierar från person till person. För att vara aktiv inom sitt liv bör man ha aktiviteter i det dagliga livet i balans, aktiviteter som att äta, sova, arbeta och fritid.

Arbetet bygger på tanken att dubbeldiagnosklienter har brister i sin aktivitet. Detta ses i form av nedgång i funktionsförmågan, vilket påverkar individens liv i sin helhet, vilket betyder svårigheter i fråga om att helt enkelt leva sitt liv. (Creek 2002 s. 19-21) Med aktivitet avses det som individen gör för att hålla sig aktiv som t.ex. ta hand om sig själv, njuta av sin fritid, vara produktiv i samhället och i sina relationer. Ergoterapins grund ligger i att sträva till en fungerande vardag. (Hammel 2004 s. 296-297) Eftersom redan bara begreppet aktivitet är komplext och dynamiskt (Leufstadius & Eklund 2014 s. 176) kan intervjuer av ergoterapeuter som arbetar med dessa klienter, bidra med förståelse om denna problematiska klientgrupp och vad eventuellt anses som krävande.

Jag utförde detta arbete för att få en bättre kunskap om och förståelse för klienter med dubbeldiagnos och hur deras problematik påverkar deras dagliga aktiviteter. Beslutet att beskriva ergoterapeuters erfarenheter, av att arbeta med klienter med dubbeldiagnos, föddes under min praktik på en öppen psykiatrisk poliklinik. Under praktiken stötte man ständigt på olika utmaningar ifråga om hur man skulle gå tillväga då det gällde brister i klienters aktivitet, orsakade av mentalproblematiken och den onda cirkeln i problematiken orsakar.

Undersökningen kommer att ge förståelse och väcka tankar om för hur mental problematik påverkar vår aktivitet. Jag hoppas även denna studie kan bidra till andra yrkesområdets representanters förståelse för hur ergoterapeuterna arbetar med klienter med dubbel-diagnos.

2 BAKGRUND

I följande kapitel leds läsaren in på vad begreppet dubbeldiagnos innefattar och vad ergoterapi inom mentalvården är och sammanfattning utav tidigare forskning gällande mental problematik.

2.1 Dubbeldiagnos och vad den orsakar

Dubbeldiagnos är en allmän beteckning som används för att beskriva de individer som lider av både samexisterande missbruk- eller beroendeproblematik samt en psykotisk-affektiv- beteende- eller svår personlighetsstörning. (Sullivan et al. 2001 s. 1-2, Hietaharju et al. 2010 s. 32)

Problem som uppstår då man lider av mentalproblematik är utmanande, eftersom det är krävande att ta itu med de betydliga bristerna i aktivitet, som dubbeldiagnosen orsakar. Den som exempelvis lider av depression, förlorar lätt motivationen till dagliga aktiviteter (adl) som sköta om sig själv, sitt hushåll eller sin hygien. (Davies 2006 s. 577)

Dubbeldiagnos är ett krävande tillstånd eftersom det betyder att en individ har både en psykisk nedsättning och missbruk problematik av något slag. Eftersom bara t.ex. missbruk är ett väldigt komplext problem i sig, som orsakar sina egna besvärliga fysiska, psykiska och sociala problem, bör man även observera att också den psykiska problematiken har sina egna olika fysiska, psykiska och sociala problem. Detta betyder att då man lider av dubbeldiagnos påverkas individen fullständigt av denna nedsättning, eftersom de båda tillstånden förstärker varandras egenskaper. (Davies 2006 s. 577)

Dubbeldiagnos blir allt vanligare och det är ett faktum att mental- och missbruksproblematik ofta går hand i hand. (Valvira.fi s. 6) Största orsaken till detta är det växande antalet

traumatiska händelser i vårt samhälle, som t.ex. naturkatastrofer, bostadslöshet och våld eller sorg och förlust som kan öka risken för att bilda ett missbruks- eller psykiskt problem. (Gutman et al. 2014 s. 21) Individer med allvarlig psykisk sjukdom, som schizofreni eller bipolär sjukdom, har ökad risk att samtidigt utveckla missbruksproblematik. Även en mängd negativa följder kan följa för dessa personer, som t.ex. bostadslöshet, rättsliga problem eller ökad frekvens av återfall vilket ofta leder till missbruk. Det som möjligen uppehåller problematiken är av institutionaliseringen enligt Printz (2008, s. 8) Enligt Markström (2005), vård- och stödsystemen lyckades inte fånga upp de sammansatta behoven som personer med psykiska funktionshinder hade. De samhällsbaserade insatserna utvecklades inte i samma takt som mentalsjukhusen lades ned. Problemet blir att missbruket möjliggörs mer utan den skyddande miljön som finns i en institution.

Ofta då problematik uppstår blir det viktigt att komma fram med vad som orsakade problematiken. Med dubbeldiagnosklienter är det kanske inte särskilt intressant att hitta orsaker till sjukdomen, eller fastställa i vilken ordning problematikerna debuterade. Allvarlig psykisk störning och missbruk har båda en tendens att utvecklas gradvis utan någon klar avgränsning av debuten. Därför är det svårt att veta tidsordningen för debuten av tillstånden.

I och med att man inte har en känsla av välmående då man lider av dubbeldiagnos, leder detta till förlusten av självsäkerhet, vilket i sin tur minskar motivationen hos individen. (Creek 2002 s. 19-21) Motsatsen till välmående är att må dåligt. Då man mår dåligt har man helt enkelt inte motivation eller självsäkerhet att utföra de dagliga aktiviteterna som att gå på arbete eller laga mat eller upprätthålla sociala kontakter. Det sker en förlust av aktivitet och individen alieneras från sin naturliga vardag, vilket kan leda till stress, olycklighet och frustration. Dessa känslor i sig orsakar brister i aktivitetsutförandet, men som tillägg till dessa känslor kommer ännu de olika symptomen som dubbeldiagnosen orsakar. (Creek 2002 s. 41-43) Detta är missbrukets olika abstinensbesvär som skakningar, kramper och den psykiska nedsättningens möjliga somatiska symptom som t.ex. huvudvärk.

Det vill säga, största problemet med att ha en dubbeldiagnos är den onda cirkeln som den orsakar.

Det innebär en stor belastning för individen att ha både mental- och missbruks problematik. Det är därför viktigt att man samordnar behandlingen av båda tillstånden för att undvika risken för ett negativt förlopp. En risk som faktiskt är större än om man endast har ett av problemen. Jämfört med de som endast har en av diagnoserna finns där en ökad risk för de med dubbeldiagnos att återfalla i missbruk om den psykiska problematiken inte behandlas. Det finns även en ökad risk för försämring av det psykiatriska tillståndet om inte missbruket uppmärksammas, som problem i relationer, fysisk ohälsa och försämring av sociala förmågorna. Klienter med dubbeldiagnos har även större risk att begå självmord eller självmordsförsök. Personer med dubbeldiagnos har högre risk för självmordsförsök tidigare i sitt liv än personer som endast har ett missbruk. Detta är riskfaktorer man måste komma ihåg i arbetet med dessa personer. Ofta avbryter patienterna även sin behandling i förtid och följer rekommendationer sämre. Den bristande följsamheten i behandlingen och de upprepade akutbesöken tyder på att behandlingen inte samordnats och att dubbelproblematiken inte har identifierats. (Youssef et al. 2016 s. 130-133) Detta är även en ytterligare orsak till syftet i studien.

Engagering i aktivitet ger individen upplevelsen av ett liv som är värt att leva. Eftersom dubbeldiagnos orsakar brister i individens aktivitetsutförande kan man eventuellt med hjälp av aktivitetsfokuserad rehabilitering i form av ergoterapi, nå en mer balanserad vardag. (Hammel 2004 s. 301)

2.2 Ergoterapi inom mentalvården

Ergoterapins centrala fokus har genom tiderna varit att främja välmående och sträva till en fungerande vardag. Då man lider av mental problematik i form av missbruk eller psykisk störning rubbas vardagen. Detta kan ses t.ex. i form av brister i tidsanvändning och dagsrytm, vilket påverkar negativt människans välmående. (Leufstadius & Eklund 2014 s. 53) Detta kan till exempel vara att en person sover till eftermiddagen och vakar nätterna eller okunnighet om att dela upp sin tid till en balanserad helhet med vila, arbete, fritid och produktivitet.

Då man lider av ett psykiskt funktionshinder, som dubbeldiagnos, har ergoterapeuten inom mentalvården flera uppgifter. Ergoterapeuten samlar in information om klienten,

bedömer och utvärderar aktivitetsförmågan. Ergoterapeutens uppgift blir att samla in information och reflektera över aktivitetsrepertoaren i förhållande till aktivitetsförmågan. Också klientens upplevelse till mening och miljöns utformning bör observeras. Ergoterapeuten vägleder och skapar möjlighet åt klienten att nå en självständig fungerande vardag. (Leuftadius et al. 2010 s. 151)

Ergoterapeuten tillämpar ergoterapi processen i sitt arbete. Det finns olika varianter av processen men de huvudsakliga stegen som ergoterapeuten följer är:

1. Initiera en positiv kontakt till klienten
 2. Bygga vidare på terapeutiska relationen
 3. Evaluera klientens situation t.ex. genom intervju
 4. Bedöm klientens resurser och begränsningar
 5. Formulera mål för terapin tillsammans
 6. Terapin sker
 7. Modifiera eventuella mål tillsammans
 8. Ergoterapeuten och klienten utvärderar resultatet
- (Eklund et al. s. 50)

Konkret betyder detta att då en klient med psykisk problematik kommer till ergoterapi inleds processen med en omfattande kartläggning, som innehåller olika delområden. Det första delområdet är utförandet inom *ADL, aktiviteter i det dagliga livet*. ADL behandlar utförandekapacitet inom delområden som fritid, vila, arbete och sociala relationer. Andra delområdet är utförande kapacitet och tredje delområdet som behandlar faktorer som påverkar utvecklingen och det sociala relationerna Dessa färdigheter behövs och bör stödas för att en person ska kunna leva ett självständigt och aktivt liv och fungera som en fullvärdig medlem i samhället. (Early 2009 s. 108-111)

Rehabilitering av dubbeldiagnosklienter är en utmaning p.g.a. diagnosens diversitet. Bästa behandlingsmodellen för patienter med dubbeldiagnos är så kallad integrerad behandling, i ett multiprofessionellt team, speciellt vid svårare psykiska störningar. Då evalueras dubbeldiagnosklientens problematik som en helhet. Ett multiprofessionellt team består av näraliggande men separata yrkesgrupper som arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål. (Aalto 2007, Creek, 2002 s. 429) D.v.s. samma organ behandlar båda problemområdena, d.v.s. missbruks- eller beroendeproblematiken och den psykotiska- affektiva- beteende- eller personlighetsstörningen (Creek 2002 s. 429)

Då man arbetar i en integrerad arbetsgrupp är det viktigt att alla i teamet bör vara bekanta med både mental- och missbruksproblematik och på det sättet får den bästa hjälpen genom en integrerad rehabiliteringsplan. (Timko et al. 2005 s. 229-241) De som hör till teamet är t.ex. läkare, sjukskötare, fysioterapeut, ergoterapeut och social arbetare.

Orsaken multiprofessionellt team är ytterligare viktigt är att de olika problemen dubbel-diagnosklienterna ofta drabbas av, blir ofta behandlade på olika anstalter och detta kan leda till att man inte får den hjälp man behöver, ”man kan falla emellan” och därmed leder det till dåligt rehabiliteringsresultat. (Willienbirg 2005 s. 234)

2.3 Teoretisk referensram

Som teoretisk utgångspunkt till kommande undersökning har valts *The Model of Human Occupation*, MOHO, av Gary Kielhofner. Modellen ger en holistisk syn på människans aktivitetsval, som innebär interaktion mellan fysiska och mentala komponenter. Motivationen och andra mentala faktorer kan påverka aktivitetsutförandet och fysiska faktorer inverkar på den mentala inställningen.

Modellen är en praxismodell som ergoterapeuter använder för att förklara hur aktiviteten är motiverad, formad och utförd inom dagliga miljöer. Modellen är starkt klientcentrerad, evidensbaserad och i dagens läge den mest använda modellen internationellt. (Kielhofner, 2008 s. 1) Kielhofner menar att människan är influerad av tre samspelande komponenter som bidrar till aktivitet: *vilja*, *vanor* och *utförandekapacitet*. Dessa delar ställs i relation till vilken *omgivning* och *miljö* som människan verkar i. (Kielhofner 2008 s. 1-10)

Viljan motiveras utifrån medvetandet om sin förmåga och sin kroppsliga potential till aktivitet. Viljan styrs av tankar och känslor kring en aktivitet. Vanor formas i dagliga livet. Beteendemönster formar olika roller hos individen utifrån rutiner och förväntningar i omgivningen. Då man drabbas av någon nedsättning påverkas vanor och roller starkt. (Kielhofner 2008 s. 1-10)

Miljön är en viktig del av modellen, den innefattar sociala, fysiska, kulturella och ekonomiska perspektiv. Miljön kan både hindra och möjliggöra aktivitet och det är främst den fysiska och sociala miljön som inverkar på aktivitetsrutiner och roller. Miljön ställer

också olika krav på individen. Det är viktigt att vara medveten om vilken individuell påverkan miljön har och vilka krav som ställs på individen. En djupare kunskap om begreppet omgivning och miljö krävs för att förstå människans unika förmågor och egenskaper. (Kielhofner 2008 s. 1-10)

Konkret betyder detta att modellen förklarar mänskligt beteende. Eftersom MOHO försöker förklara mänskligt beteende, hur aktiviteten är motiverad, utformad och utförd ger modellen en bred och integrerad syn på människans aktivitet.

Tidigare aktivitetsmönster och beteenden förändras och roller blir svåra att bevara då man lider av dubbelproblematik. För att nå en fungerande vardag bör man vara aktiv och eftersom själva begreppet aktivitet är komplext och dynamiskt, behövs en modell som förklarar enkelt och begripligt vad aktivitet innebär och hur den är utformad, d.v.s. modellen hjälper att förstå hur aktiviteten byggs upp. (Leufstadius & Eklund 2014 s. 176) MOHO ger ett begripligt språk att förklara för klienterna hur aktivitet påverkar deras liv. (Lee et al. 2012 s. 450-451)

Modellens styrka, och en orsak till att den lämpar sig till rehabilitering inom mental hälsa, ligger i att den stöder till aktivitetsbaserad praxis, som hjälper terapeuten att prioritera klientens behov. (Kielhofner 2008 s. 1)

Modellen lämpar sig väl för att ställa upp mål och interventioner eftersom ger vägledning om vilka aktiviteter som behöver vidare utvecklig och vad som motiverar klienten att nå sina mål.

I studien kommer MOHO användas som en bas för att förstå hur man skall tänka kring begreppet aktivitet. I intervjun och resultatet kommer det att uppmärksammas speciellt de centrala begreppen som MOHO innefattar. Intressant blir alltså motivation, vilja, vanor, roller, själva aktivitetsutförande och hur ergoterapeuten arbetar kring begreppen.

2.4 Tidigare forskning

Som databaser för arbetet har använts Pubmed, Ebsohost, Science direct och Google scholar. Som sökord har använts ”occupational therap*” ”dual diagnos*” ”intervention*” ”Mental health”. ”mental illness”

Eftersom mentala problem påverkar dimensionen aktivitet drastiskt, påverkas även välmående negativt och mängden aktiviteter i vardagen minskar. Forskning bevisar att genom att öka positiva aktiviteter ökas känslan av välmående och därmed även livskvaliteten. (Hoxmark, 2012 s. 78-79, 81) T.ex. att kunna hantera sitt vardagliga liv, som att gå till butiken, gör att man känner sig delaktig i samhället, och att känna sig delaktig är en viktig komponent till välmående.

Dessa brister i aktiviteten kan visa sig i form av problem i fråga om boende, klientens relationer, familjeproblem, ökad självmordsrisk, utsatthet och våld. (Leufstadius & Eklund 2014 s. 53) Man kämpar även med att ta hand om sina fysiska-, sociala-, mentala- och vilobehov vilket leder till att mängden dagliga aktiviteter minskar. (Heuchemer, Josephsson 2006 s. 161) Detta påverkar negativt människans välmående och därmed försämras också livskvaliteten. (Leufstadius & Eklund 2014 s. 53)

Tidigare forskning visar på att då man lider av brister i välmående ökar risken betydligt för att utveckla t.ex. missbruksproblem. Det är en mänsklig erfarenhet att deltagandet i vanliga dagliga aktiviteter, så som att gå arbete eller upprätthålla sociala relationer främjar välmående, hälsa och känslan av meningsfullhet. Balans mellan aktiviteterna inom att ta hand om sig själv, produktivitet och fritid är nödvändiga för att må bra. Brister i dessa dagliga aktiviteter är det främsta symptomet på mentala problem hos människor. Dessa brister är också förknippade med sämre hälsa och minskad känsla av välmående. (Hoxmark 2012 s. 78-79)

I dag är det vanligt förekommande att psykiatrin hänvisar en klient med dubbeldiagnos till missbruksbehandling förrän man kan erbjuda psykiatrisk behandling. Orsaken till detta är att psykiatrisk behandling har visat sig vara mer effektiv efter att man slutat missbruket.

Problemet här blir att man endast fokuserar på den ena problematiken och ”glömmer” bort den andra. Detta leder till att effektiviteten av missbruksbehandlingen minskar.

Samma händer ifall man fokuserar endast på det psykiska problemet och glömmer bort missbruksproblematiken. I och med detta blir klienten tvungen att söka hjälp inom två skilda servicesystem. Många dubbeldiagnosklienter saknar dock insikt eller motivation att söka hjälp. Här kommer fram grundläggande behovet med integrerad behandlingssätt. Forskning bekräftar att integrerat tillvägagångssätt ger bättre resultat än sekventiell och parallell behandling (Wirbing & Borg 2011).

Timko et al. (2005) genomförde en studie med syfte att beskriva och jämföra hur öppenvårdsverksamheter använder sig av integrerad behandling med dubbeldiagnosklienter. Resultaten visade att öppenvårdsverksamheter inom både psykiatrin och missbruksvården saknade viktiga metoder för att möjliggöra integrerad behandling. Författarna menar att detta beror på att missbruksvårdens behandlingsprogram saknar kunskaper om psykiatrisk vård, medan de psykiatriska programmen saknar kunskaper om missbruksvård. För att möjliggöra en fungerande integrerad behandling krävs ett systemöverskridande team som har kunskap om båda problemområdena (Timko et al. 2005).

Ett sätt att åtgärda brister i aktiviteten är rehabilitering som är aktivitetsfokuserad. För att kunna förstärka förmågan till att utföra aktiviteter hjälper det att börja med att utföra aktiviteter som förbereder för detta. Ergoterapi grundar sig på aktivitet vilket gör det till en lämplig terapiform. (Kelly 2010 s. 129) Att vara aktiv är ett grundbehov för existensen, livskvaliteten och identitetskänslan och det anses även att just ergoterapi är viktigt inom psykiatrin. (Kelly 2010 s. 133)

Ergoterapitjänster har varit tillgängliga för personer med mental problematik sedan grundandet av professionen, men interventioner som ergoterapeuten kan använda sig av är inte klart definierade.(Lipskaya-Velikovsky et al. 2014 s. 136) Utmaningen ligger i hur man skall veta vad för intervention man skall ta sig till, eftersom det är så individuellt.

I undersökningen av Lipskaya-Velikovsky et al, (2014) presenteras de vanligaste formerna av ergoterapiinterventioner inom mental hälsa. Undersökningen visar på det breda spektrum av ergoterapiinterventioner som kan användas inom mental hälsa och eftersom alla individer och deras problematik är individuella kan det vara svårt att veta vilken intervention som lämpar sig bäst för de olika klienterna. Liknande undersökningar finns

mycket inom området. Undersökningen av Lipskaya- Velikovsky et al. (2014 s. 139) framhäver att ergoterapeuter använder interventioner som ökar deltagande. Deltagandet påverkas av mentala och kognitiva funktioner. I och med att man har brister i kognitiva funktioner som kan vara t.ex. koncentrationssvårigheter, svårigheter att planera sin vardag eller brister i mentala funktioner som kan orsaka t.ex. sömnproblem blir deltagandet i aktivitet svårt.

En annan ofta förekommande dimension är arbete och utbildning. Interventionsstrategier som baserar sig på främjande av välmående, upprätthållande och återställande av välmående, var de mest använda metoderna inom ergoterapi och mental hälsa. (Lipskaya-Velikovsky et al. 2014 s. 139)

På basis av tidigare forskning inom ergoterapi och mental hälsa, blir det mest relevanta att uppmärksamma att kontexten influerar valet av intervention. Alla klienter är unika fall och valet av intervention är alltid krävande. De olika artiklarna framhäver att det är även viktigt att uppmärksamma att ålder och kön också påverkar valet av intervention. Trots dessa skillnader är de flesta aspekter av intervention samma, oavsett förutsättningarna. Det påpekas även att valet av intervention påverkas av vad för diagnoser man har och hur allvarliga diagnoserna är. (Lipskaya-Velikovsky et al. 2014 s. 142)

Det finns mycket undersökningar var att det finns mycket belegg för att ergoterapi inom mental hälsa är användbart och mångsidigt och ger goda behandlingsresultat och användningsområdena blir fler. (Hitch et al. 2015 s. 11) Mångsidigheten och den stora omfattningen är orsaken till att jag är intresserad av hur ergoterapeuterna kommer fram till sina interventioner.

3 SYFTE OCH FORSKNINGSPRÅGOR

Undersökningens syfte är att beskriva ergoterapeuters erfarenhet av att arbeta med klienter med dubbeldiagnos. Som forskningsfrågor kommer att användas:

- Vilka aktivitetsproblem beskriver ergoterapeuterna?
- Vilka interventioner använder de sig av i ergoterapin?

Genom att utforska dessa frågor fås en uppfattning om hur ergoterapeuter arbetar med dubbeldiagnosklienter.

4 METOD

Denna studie är en empirisk studie, vilket innebär att studien grundar sig på erfarenhet. Metoden var att genom en intervju studie samla in information om ergoterapeuters erfarenhet av att arbeta med dubbeldiagnosklienter. Denna kvalitativa forskningsmetod lämpar sig bra som forskningsmetod, då man vill fullständigt förstå ett fenomen och en individs upplevelse, som i denna studie är ergoterapeuter och deras erfarenhet. (Jacobsen 2012 s. 61-62) Intervju som metod ger möjlighet till att be om förtydligande genom frågor som ”berätta mera” ”vad menade du med det” ”berätta hur du tänkte” för att minska missstolkningar. (Kvale et al. 2009 s. 57-59)

I en individuell intervju kan informanten berätta om sina individuella åsikter och erfarenheter på ett tydligt sätt, utan att behöva ta hänsyn till andra. Detta möjliggör även för intervjuaren ge all sin uppmärksamhet åt informanten. Intervjun har även den fördelen, att informanten och intervjuaren kan skapa en relation som skapar tillit vilket möjliggör öppenhet, i motsats till exempelvis gruppintervju. (Jacobsen 2012 s. 98-100)

I detta arbete valdes att göra individuella intervjuer, eftersom intresset ligger på att få individens åsikt om sin erfarenhet. Under intervjuerna fick respondenten all uppmärksamhet och en öppen stämning varade under alla intervjuer.

4.1 Urval

Eftersom man i en kvalitativ studie är man intresserad av att få så informativ och djup information som möjligt, betydde det att hitta respondenter som var intresserade av att dela med sig av sina erfarenheter. (Hassmén et al. 2008 s. 108-109).

Inklusionskraven var att respondenten är en ergoterapeut som arbetar med dubbeldiagnosklienter och som har arbetat minst ett år med dubbeldiagnosklienter, för att ha kunna forma en uppfattning om hur aktiviteten hos denna klientgrupp kan se ut. Av bekvämlighetsskäl skulle respondenterna arbeta inom huvudstadsregionen, för att behändigt att få tag på dem.

Det är viktigt att välja kriterier för urval, som styrs av syftet med forskningen. (Jacobsen 2012 s. 120-123) Till studien valdes snöbollsurval för att det är ett effektivt sätt att snabbt

få tag på informanter. Metoden ger möjlighet för att genom att man fått tag på en representant, kan denna representant föreslå en till representant osv.

Risken i metoden är genom den första representanten inte fås vidare representanter, vilket betyder att börja om från början, hitta en ny möjlig representant som fyller kriterierna för studien.(Jacobsen 2012 s. 200)

Konkret skedde detta så att först kontaktades en ergoterapeut per e-post, som jag lärt känna under mina praktiker, om möjligheten att delta i studien. Med e-posten skickades även informationsblankett (se bilaga A1) där studiens syfte framkom. Med e-posten skickades även en öppen förfrågan om möjligheten att få kontaktuppgifter till andra ergoterapeuter som jobbar med dubbeldiagnosklienter, för att få ”snöbollen igång”.

Sedan under den första intervjun rekommenderade respondenten en av sina kolleger som jag kunde intervjua och därmed fick en ny informant. Under nästa intervju rekommenderades en annan kollega för intervjun o.s.v. Genom detta erhöles fyra stycken ergoterapeuter som var frivilliga att delta i studien.

4.2 Datainsamling

Datainsamlingen skedde under våren 2016. Respondenterna var fyra kvinnliga ergoterapeuter som arbetat, 2-5 år, som ergoterapeut, i öppenvården, på olika ställen i huvudstadsregionen. Alla respondenter hade arbetat som ergoterapeut med dubbeldiagnosklienter på mera än en anstalt.

Tid för intervjun reserverades 1,5h. För att möjliggöra klientcentrerat arbetssätt planerades intervjun till en plats som bestämdes tillsammans med respondenten.

Alla intervjuer skedde på ergoterapeutens arbetsplats, var av tre genomfördes i anstaltens terapikök och en i ergoterapeutens mottagningsrum. Stämningen under alla intervjuer var mycket avslappnad och alla respondenter ansåg att undersökningen de deltar i hade bra aktuellt syfte och ansåg sig ha mycket att dela med sig.

Intervjuerna spelas in med bandspelare, eftersom det är ett effektivt sätt att fånga det som respondenten berättar och risken för misstolkningar minskar. Genom att banda in hindras

även möjligheten att intervjuaren gör egna tolkningar. Det är också lättare att upprätthålla ett samtal om man inte gör anteckningar. (Jacobsen 2012 s. 166)

Efter att respondenten skrivit under informerat samtycke (Bilaga 2B) sattes bandningen på och intervjun börjades. Under alla intervjuer kom respondenterna med information mycket naturligt, vissa fall måste man gå till intervjuguiden och kolla ifall allt nödvändigt fått svar på.

Intervjun var en öppen intervju, men tekniskt sett var den kvalitativa forskningsmetoden en halvstrukturerad intervju metod. Detta innebär att intervjun varken är helt öppet eller strängt strukturerad. (Kvale & Brinkman 2009 s. 32) Konkret betyder detta att då respondenten inte kom med information användes intervjuguiden för att driva intervjun framåt.

Intervjuguiden som användes under intervjuerna bygger på ergoterapiprocessen, CPPF, dvs ergoterapiprocessens olika steg.

Innan den egentliga intervjun gjordes ett pilotförsök av intervjun med en ergoterapeut som också passade in inom inklusionskraven för att se ifall eventuella förändringar eller förtydligade av frågor var nödvändiga att göra. Orsaken av att en pilot testning gjordes var att se ifall intervjufrågorna fungerade och se att får man material för att svara mot syftet i studien. Efter pilotförsöket lades till några följdfrågor med för att få djupare beskrivningar och förtydliganden, men inga betydliga ändringar gjordes till intervjuguiden.

4.3 Analys

Efter datainsamlingen analyserades det insamlade materialet. Först transkriberades materialet, d.v.s. skrevs ner vad som sagts under intervjuerna. Efter transkriberingen gjordes en kvalitativ innehållsanalys, enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012 s. 187-199). Innehållsanalysen lämpar väl i denna studie, eftersom intresset ligger på att hitta kategorier eller teman och jämföra dessa.

Viktigt blir att verkligen försöka svara på undersökningens frågeställningar. Eftersom syftet med en kvalitativ intervju är att tolka och beskriva de teman som kommer fram under intervjun, används som analysmetod induktiv förutsättningslös innehållsanalysmetod.

Som först bör man lära känna materialet, att få en helhetsbild. Som första steg enligt blir enligt Lundman och Granheim att fastställa en analysenhet som man granskar. I denna studie är analysenheten själva intervjuerna och de observationer jag gjort under dem.

Sedan fastställs domäner för granskning, de är specifika områden som framkommer i texterna som kan identifieras utan tolkning. Efter att ha hittat dessa domäner, dvs. ord, meningar och stycken som hörde ihop genom sitt innehåll färgkodades och namngavs dessa enheter med lämpliga beteckningar.

Som lämplig betäckning blev forskningsfrågorna i studien, vilka aktivitetsbrister beskriver klienterna och vilka interventioner ergoterapeuterna använder sig av? Det färgkodade intervju materialet sammanställdes till ett resultat som belystes med citat.

4.4 Etiska reflektioner

Enligt Kvale & Brinkmann (2009 s. 78) samt den forskningsetiska delegationen (tenk.fi, 2014) kan forskning av ens privat liv kan leda till etiska problem. Därför kommer studien att följa de olika forskningsetiska principerna som Hassmén & Hassmén (2008) nämner.

Den första etiska principen i studier är frivilligt deltagande. Respondenterna bör få en klar bild vad som studien behandlar och ge dem möjligheten att tacka nej till deltagandet, om de så önskar. För att respektera de etiska aspekter förklarades syftet för informanterna skriftligt i de informationsbrev som skickades ut (se bilaga 1A och 1B). Innan intervjun förklarades syftet en gång till för att försäkra att informanten uppfattat rätt vad som de deltar i.

Informerat samtycke, skydd av privatlivet och krav på att bli korrekt återgiven är etiska aspekter som också togs i beaktande genom hela forskningsprocessen. Informerat samtycke betyder att respondenterna frivilligt deltar i studien och att de är medvetna om riskerna och möjligheterna som är förknippade med studien. (Jacobsen 2007 s. 21–23) Samtyckeskravet följdes genom att i informationsbrevet nämndes om rätten att avbryta sitt deltagande i studien, och detta blev informanterna även påmind om innan intervjun inleddes. Deltagarna skrev under också i en blankett för samtycke (bilaga 2A och 2B) att delta i studien innan intervjun.

Den andra viktiga etiska principen är undvikande av skador. Respondenterna bestämmer i första hand gränserna för vad som är känsligt om de teman som undersökningen berör. Då respondenterna på förhand fått information om vilka teman som kommer att behandlas, har de genom sitt samtycke visat att de vill delta i forskningen och att de är medvetna om undersökningens teman och hur den genomförs. (Tenk.fi 2014)

Den tredje viktiga principen handlar personlig integritet och dataskydd. Etik handlar även om att berätta åt respondenterna vad som kommer att göras med det inspelade materialet. Deltagarna informerades även om faktumet att materialet förvaras på ett ställe där obehöriga får tag i det och efter att materialet inte behövs längre kommer det att förstöras. Detta är speciellt viktigt i kvalitativa studier där antalet respondenter är litet. (Jacobsen 2012 s. 24-27) För att ingen skall kunna identifieras från insamlade data används inte informanternas namn eller annan personlig information i framställningen av data.

5 RESULTATREDOVISNING

Resultatredovisningen är upplagd enligt de forskningsfrågor som användes i studien.

5.1 Aktivitetsproblem beskrivna av ergoterapeuter

I diskussionen om vilka aktivitetsbrister klienterna oftast beskriver, poängterade alla ergoterapeuter att det är väldigt svårt att lista upp vissa problemområden, eftersom det verkligen är så individuellt. Vissa aktivitetsproblem lyftes dock frekvent fram, som t.ex. sociala och processuella förmågor ofta har betydliga brister. Ofta berättar klienter att vardagens rutiner inte riktigt fungerar, i hemmet orkar man inte städa eller utanför hemmet finns mycket o skötta saker.

Ofta framkommer aktivitetsproblemen under bedömningen av aktivitetsförmågan. Missbruket påverkar starkt klientens förmåga att klara av det dagliga livet, vilket även kommer fram under bedömningen. Det är viktigt att komma ihåg hur mycket missbruk bidrar till klientens förmåga att ta hand om sig själv eller förmågan att hålla fast om t.ex. överenskomna tider. Ofta behandlar klienterna sin ångest eller sin sociala karaktär med rusningsmedel, problem uppstår då klienten inte har möjlighet till missbruk.

Då man talade om aktivitetsproblem ansåg alla ergoterapeuter att det viktigaste i arbetet är bildandet av en relation med förtroende. Detta ansågs dock som väldigt krävande pga. psykiska problematiken och missbruks kultur som ofta är ovillig att lita på "systemet."

"sosiaalisissa-, ja vuorovaikutus taidoissa on haasteita sellain, että ihmiset saattavat vahvistaa omaa sosiaalista olemustaan ja pärjäämistään niillä päihteillä, että pahin on se tilanne, kun jos päihteitä ei ole, niin tulee se semmoinen "tenkkapää" että miten sitä raittiutta voi ylläpitää, kun ei asiat onnistu ilman päihteitä."

Det är svårt att upprätthålla en substansfri vardag då man inte kan upprätthålla sig själv utan rusmedel. Detta speglar sig som envishet och o flexibilitet i växelverkan. Klienten går endast enligt sina egna villkor. Detta är även ofta också ett problem som ofta baserar sig på brister i sociala förmågor.

Problematiken med att vara aktiv blir ofta det att klienten inte längre vet hur man kan vara aktiv utan rusmedel. Ofta i detta skede är det ännu abstinensbesvären som ofta kontrollerar klientens alla delområden man behöver för att vara aktiv i sin vardag. Missbruksproblematiken orsakar flera problem, men hos dessa klienter är missbruket ofta nödvändigt för dem för att vara aktiv, och ifall rusmedel inte finns, blir klienten förvirrad över hur man kan fungera utan rusmedel.

Två av ergoterapeuterna tog upp att kanske bästa sättet att få information om hur klientens aktivitet har sett ut är att fylla i en tidslinje. Uppgiften belyser hur livet gått fram till denna punkt, viktiga händelser och kan även berätta när problematiken börjat eller har den alltid varit närvarande.

Det som alla ergoterapeuter tar upp då det är fråga om aktivitet, att klienterna beskriver att det är trötta största delen av tiden. Att inte sova tillräckligt och vara trött ständigt påverkar vardagen drastiskt, vilket igen ökar andra aktivitets relaterade problem. Största orsaken är de olika negativa följder missbruket hämtar med sig samt de sömnproblem de mentala problemen orsakar.

"Väsymys on hyvinkin yleinen ja paljon ahdistushäiriöongelmaisia, jotka estävät tekemästä asioita, esim. on paljon paniikkikohtauksia tai pelkää liikkua ihmisten ilmoilla sekä joutuu välttelemään paljon erilaisia tilanteita."

Ergoterapeuterna vill påminna, att eftersom sömnen är viktig del av det dagliga livet och är kopplat till känslan av välmående, bör sömn problematiken tas itu med så snabbt som

möjligt för att kunna främja aktivitetsmöjligheter. En annan aspekt som missbruksproblematiken påverkar starkt är minnet. Klienterna ofta beskriver att de har svårigheter med att komma ihåg. Flera av ergoterapeuterna berättade här brukar användning av kalender och andra påminnelser och strategier hjälpa.

”mielialahäiriöt vaikuttavat muistiin, keskittymiskyky on heikko. Usein myös kuvataan, että muiden ihmisten seurassa oleminen jollain tavalla kuormittavaa.”

Eftersom motivationen spelar en så stor roll bland dessa klienter, är det ypperligt viktigt att diskutera vad som skulle motivera klienten, även om de steg man tar mot rehabilitation är små. Det som var viktigt att lyfta fram att flera av klienterna har inte haft möjligheten att utveckla sina förmågor i sitt liv och därför lider av brister inom dessa dimensioner. Flera utvecklingsmönster, som har att göra med uppväxten, är bristfälliga.

”tietenkin ne sosiaaliset taidot ovat puutteellisia, he eivät välttämättä ole koskaan ollutkaan näitä taitoja vaan kasvaneet jo jotenkin hyvin varhain eristäytymään ja elämään itsekseen. Monet nuoruuteen liittyvät kehityskuviot ovat saattaneet jäädä käymättä.”

Miljön spelar en stor roll då de är fråga om aktivitetsproblem berättar alla ergoterapeuter. Miljön påverkar till hurdan öppenvårdskontakt är och hurdan är miljön, hemmet, varifrån klienten kommer ifrån ser ut. Man måste även fundera vad för stöd man behöver till klientens omgivning för att kunna stöda aktivitetsmöjligheterna. Självklart ergoterapeutens arbetsmiljö påverkar också då de är fråga om vad man kan göra med klienten.

Det en ergoterapeut ville poängtera var att då man gör bedömning är det skäl att påminna sig själv om att ”vad har detta för värde då man jämför till andra yrkesgrupper?” Viktigt blir att verkligen använda sitt ergoterapeutiska arbetssätt då man försöker få reda på vad som skulle motivera en klient? Vad klienten är bra i? Vad hjälper att orka? Vad är viktigaste i vardagen just nu? Vad vill man göra och till vad man är färdig att lägga energi på?

”Täällä se toimintaterapian kautta meneminen on osa isompaa kokonaisuutta. Psykologi tekee niitä valmiustason testejä ja toimintaterapiassa ollaan niitä arjen ammattilaisia. Meillä on se ymmärrys siitä arjen puolesta ja halutaan myöskin saada tietoa siitä arjesta suoriutumisesta ja siksi varmaan aina sitä toimintakyvyntutkimustakin sitten pyydetään.”

Klienten själv får även känna av hur det speglar sig i aktivitetsgraden då man mår sämre till jämförelse till när man mår bättre. Då man mår bättre möjliggör det mera aktivitetsmöjligheter och det är bra om klienten själv märker detta. Ergoterapeuterna berättar att ofta kommer klienterna till mottagningen med attityden att ingenting riktigt intresserar när man talar om det men när man tillsammans tar och förklarar märker största delen

av klienterna att det är relativt fördelaktigt att tvätta byk för att få rena kläder och laga mat för att äta.

”potilaat itse huomaa että ”hitsi, jotain on muuttunut, ehkä mun kannattaa syödä niitä lääkkeitä, ehkä mun kannattaa niin kun olla päihteetön että tämä elämähän on ihan erilaista ”

5.2 Ergoterapeutens arbete i processen

Hur ergoterapeuterna kommer till valet av intervention är en mångfasetterad fråga. Det som ansågs som mest använda interventionen var själva första träffen, där intervjuandet som gjorts under träffen är en intervention i sig själv. Det som mycket självklart påverkar i valet av intervention är klientens egen motivation och intresseområden, men också omgivningen. Det lyfts fram hur viktigt det är att försöka hitta tillsammans med klienten de resurser som behövs för att kunna förverkliga interventioner som främjar bemästrandet av aktivitetsutförandet.

Ergoterapeuterna berättar att den mest använda interventionen är bedömning av klientens aktivitetsförmåga. Att göra en bedömning innehåller flera olika delområden som hembesök och olika frågeformulär och handledning. Flera av ergoterapeuterna vill lyfta fram att hur viktigt det är att förklara och handleda klienter, detta anses även vara en av de viktigaste interventionerna som används.

Som en intervention tas upp mätinstrument de oftast använder, som var AUDIT, frågeformulär om alkoholanvändning, eftersom det ansågs som ett bra instrument att få reda på alkohol mängderna klienterna konsumerar. För att kunna hjälpa bör man få reda på sanningen då det är fråga om missbruket för att kunna nå goda behandlingsresultat. En ergoterapeut berättar om hur krävande det egentligen är att försöka få fram egentliga mängderna av det klienten missbrukar, speciellt då det är fråga om substansmissbruk.

Ergoterapeuterna lyfter frekvent fram att hur viktigt det även är att påvisa hur realiteten egentligen ser ut från deras ögon, eftersom klienterna kan ha mycket svårt med att realistiskt se, hur deras situation ser ut. Att förklara åt klienten hur aktivitetsutförandet ser ut ur hennes ögon kan hjälpa klienten att hitta sina egna ramar lättare, då de får en känsla av att man inte behöver spela någon roll utan kan vara sig själv. Ergoterapeuterna vill påminna om att genom att klargöra med exempel, bilder, argumentation och motivation kan man eventuellt bäst nå klientens uppmärksamhet.

”On siis hyvinkin tärkeätä tehdä ihminen tietoiseksi miltä tilanne näyttää muiden silmistä ja kannustaa ajattelemaan muidenkin kannalta.”

Man måste ta ansvar själv över sitt liv och sin rehabilitering, det är omöjligt för en utomstående person säga vad klienten känner och tänker över sitt eget liv. Att reflektera över sin situation tillsammans med ergoterapeuten kan ge nya tankar kring rehabiliteringen. Frågor som: vad skall hända att jag når mitt mål? Hurudant stöd tror jag att jag skulle behöva för att komma vidare? är endast frågor klienten själv kan svara på. Då man försöker visa åt klienten hur verkligheten egentligen är, kan positiva tankar hos klienten bidra till att rehabiliteringen går framåt.

Vid val av intervention påminner en ergoterapeut att är det viktigt att komma ihåg att interventionen är klientens vilja, inte ergoterapeutens. Det vi uppmuntrar till är de val klienten säger. Ergoterapeuten verbalisera detta faktum väl och ville även påpeka att detta är något en del ergoterapeuter ibland glömmer vid val av interventioner. Detta är att stärka och förbättra de etiska val klienten bestämt sig för.

” jos päihdepotilas ei ensimmäiseksi tavoitteekseen aseta päihitteettömyyttä me ei voida sitä asettaa. Se mihin hän haluaa muutosta ja minkä eteen hän on halukas työskentelemään, niin siitä meidän pitää lähtee liikkeelle. Ja tämä on tietysti kaikkien asiakkaitten kanssa, olkoon kaksoisdiagnoosipotilas tai ei.

För att kunna bedöma bemästrandet av sin omgivning bör man lära känna klientens omgivning. Alla ergoterapeuter ansåg hembesöket som en av de viktigaste interventionerna, eftersom det ger en god bild hur klientens liv ser ut. Hembesöket ger bra bild om hur klientens vardag ser ut. Ofta märker man vad för brister klienten har under hembesöket i och med att aktivitetsbrister i hemmet syns väl.

” semmoinen ajan käytön hallinta ja suunnittelu, ei saa itseään liikkeelle, aloitekyvyn haasteet, näkyy monesti yleensä kotikäynnillä, jos kämppä on aivan hirveässä kunnossa tai raha asiat ei onnistu niin ne on aika selkeitä asioita mitä monet ottavat esille, semmoinen yleinen hallinnanpuute tai semmoinen yleinen mistä ottaa kiinni, puuttuu.”

En stor del av klienterna lider av förtroende brist mot rehabiliteringspersonalen. Många klienter blir lätt skeptiska mot hela systemet, om någonting som planerat inte går som man tänkt, även om realiteten skulle vara annan. Detta leder ofta till negativa konsekvenser hos klienten, t.ex. humöret och tron mot rehabiliteringen sjunker. Alla fyra intervjuade ergoterapeuter var ense om att den första träffen är den mest betydelsefulla interventionen eftersom klientgruppen är så sårbar och den minsta motgången kan leda till att klienten inte längre kommer på mottagningstiderna.

”Ihmisillä on yleisesti ottaen aika kova luottamuspuula, ja esimerkiksi omat asiakkaat on ollut mukana järjestelmässä jo kauan, että monesti he tuntevat, ettei heitä kohdata ihmisenä kovinkaan usein, he eivät koe tulevaisuutta kuulluksi ja vähän semmoinen tunne että ”taas joudun kertomaan tämän kaiken uudelleen” ja ”tästä ei ole mitään hyötyä” ”

Alla ergoterapeuter lyfte även fram att utmaningen som ergoterapeut blir att hitta sätt att motivera en klient, vars beteendemönster påverkas starkt pga. mental- och missbruksproblematik. Det blir svårt att hjälpa klienten då klienten inte är färdig att göra kompromisser och överenskommelser. Att t.ex. vara nykter är svårt att upprätthålla, eftersom klienterna inte vet hur de kan agera utan rusmedel. Detta ofta syns som dogmatiskt beteende i situationer där växelverkan är viktig pga. klienten endast agerar enligt sina villkor.

Att diskutera om realistiska mål kommer även in här, ifall klientens situation inte har ändrats på t.ex. 10 år, är det inte realistiskt att må bättre genast. Det tar tid att lära beteendemönster och sätt att tänka på nytt efter en så lång tid.

”Askel kerrallaan, päivä kerrallaan on hyvä pitää mielessä. Monella on se ajatus että ”kaikki mulle nyt heti” ja se ei oikein toimi, koska ongelmat ovat kehittyneet pitkän aikaa, asioiden järjestäminen uudestaan on aikaa vievää.”

Alla ergoterapeuter berättar i något skede av intervjuerna att stor del av arbetet i processen är att övertyga klienter att förändring är möjligt. Det som harmar är det att ofta ser man inte själv resultatet vilket harmar. Alla dock önskar att genom ens en liten gnistra av hopp skulle stanna kvar med klienten för att orka sträva mot bättre aktivitetsförmåga.

Även de som har lång historia med dubbeldiagnos kan få överraskande resultat om de får tillräckligt med stöd i vardagen anser en ergoterapeut. Enligt henne känns det som om ergoterapin också är i ett kritiskt ställe just nu, speciellt inom psykiatrin, vi borde synas och höras mer men konkret är det krävande att förverkliga.

”tietty näin täältä työrumban keskeltä vaikea itse kunkin vaikuttaa, mutta jotenkin on hyvä aina muistaa tuoda sitten toimintaterapian vahvuutta esille. Se piirre mikä meillä on, pitäisi tuoda enemmän esille, ehkä noin laajemmaltikin kuin vain tässä meidän piirissä, musta tuntuu, että monesti nämä meidänkin asiat jäävät vain siihen paikkaan missä asia on otettu esille.”

6 RESULTATDISKUSSION

Det som kanske främst lyfts upp som viktigt utav resultatet är de krävande aktivitetsproblem klienterna ofta berättar för ergoterapeuten. Dessa problem ser mycket annorlunda ut ur en persons ögon som inte vet att personen lider av dubbeldiagnos. Utifrån utomstående ögon kan klienten se ut som en lat o organiserad person fast i verkligheten är det

som syns utanför är summan av de olika funktionshinder mental och missbruks problematik för med sig. Detta kan leda till mycket missstolkningar. I och med detta kan resultatet bidra med förståelse för medmänniskor om hurudant det är att leva med dubbeldiagnos. Detta ger även skäl för att mer öppet tala om de brister dubbeldiagnosen orsakar, eftersom stigmatiseringen som en lat eller okunnig person kan bidra till att dubbeldiagnos klientens mentala tillstånd försämras. Genom att man förstår bristerna kan man även bättre bemöta dubbeldiagnosklienter. Ett bra sätt att förklara dubbeldiagnosklienternas brister i aktivitet för en person som inte förstår vad det är fråga om är att använda begreppen i referensramen MOHO.

Modellen förklarar väl de fenomen man konstaterat att dubbeldiagnosklienter har brister i. Det handlar om brister i tidsanvändning, svårigheter med att få sig själv igång, brist initiativ och brist på känslan av kontroll i sitt liv. Även processuella förmågor är bristfälliga. Enligt MOHO styrs också viljan av tankar och känslor kring en aktivitet. Beteendemönster formar olika roller hos individen utifrån rutiner och förväntningar i omgivningen. Då man drabbas av någon nedsättning påverkas vanor och roller starkt. Tidigare aktivitetsmönster och beteenden förändras och roller blir svåra att bevara. Även kognitiva faktorer begränsar personen. Brister i motivationen och förlust av energi att vara aktiv är ofta sammankopplade med nedsättningen. (Kielhofner 2008 s.1-10)

De vanor och roller klienten haft är redan så starkt omformade att endast handla om rusningsmedel att det är väldigt krävande att omforma dem. Klienten kan helt enkelt inte fungera utan rusningsmedel. Eftersom vanor, roller och motivation påverkas hos personer som lider av dubbeldiagnos, leder detta till brister i aktivitetsutförandet som i sig leder till brister i välmående. Missbruket kontrollerar hela individens liv, alla dess delområden. Enligt Kielhofner (2012 s. 123) då sker det förändringar i våra aktiviteter, bidrar det till vår upprepning av viljekraften, vanebildningen och utförandekapaciteten samt den miljö där vi handlar.

Det som även konstateras i studien är att bästa rehabiliteringsresultat ger aktivitetsfokuserad rehabilitering. För att kunna förstärka förmågan till att utföra aktiviteter hjälper det att börja med att utföra aktiviteter som förbereder för detta. Engagering i aktivitet ger individen upplevelsen av ett liv som är värt att leva. Med hjälp av aktivitetsfokuserad rehabilitering kan man nå en mer balanserad vardag. T.ex. ifall man har svårigheter att

gå ut kan det vara skäl att först ta som mål att komma upp ut sängen på morgonen, och klä på sig, för att överhuvudtaget kunna gå ut. Ergoterapi är grundat på aktivitet vilket gör det till en lämplig terapiform. (Kelly 2010 s. 129) Att vara aktiv är ett grundbehov för existensen, livskvaliteten och identitetskänslan och det anses även att just ergoterapi är viktigt inom mental hälsa och rehabilitering. (Kelly 2010 s. 133) MOHO ger bra vägledning till vilka aktivitets domäner är påverkade av nedsättningen och därmed hjälper med valet av intervention.

Problematik uppstår då allt inte genast går som man önskat. Flera av ergoterapeuterna berättade att klienterna ofta försöker hitta någon att skylla på, vilket leder till dåliga behandlingsresultat eftersom flera av klienterna blir skeptiska mot hela rehabiliteringen och risken att falla mer på botten ökar. Detta orsakar mycket problematik men ergoterapeuterna poängterar att här blir viktigt att verkligen diskutera att vad klientens roll i det hela var och komma överens om fortsatta åtgärder.

Det som även lyftes fram som viktigt var att ge god feedback. Realiteten är att dessa klienter ofta får endast feedback på vad som inte gått bra eller inte fungerat. Viktigt blir att lyfta fram vad som är bra i vardagen, vad man är själv nöjd med vilket sedan bidrar positivt till rehabiliteringen.

Ett annat intressant fynd som kom utav resultatet var att med en av ergoterapeuterna framkom även diskussion om hur realistiska svar man egentligen får med AUDIT frågeformuläret, eftersom stor del av klienterna ofta färgar svaren. En av ergoterapeuterna även ansåg att ifall hon skulle vara i en liknande situation så även hon skulle inte troligen ge sanningen av mängderna alkohol man använder åt en främmande person. Detta får en att fundera varför man inte försökt komma på något bättre sätt att ta upp alkoholanvändningen? Är det nödvändigt att sätta klienten själv att fylla i frågeformuläret eller kunde man efter att ett förtroende mellan ergoterapeuten och klienten bildats att t.ex. genom intervju fylla i tillsammans frågeformuläret?

Ett övrigt intressant fynd som kom fram under intervjuerna var att även om klienterna lider av stora brister i aktivitetsutförandet har vissa ändå relativt hög aktivitetsförmåga, då det är fråga om att tag på rusmedel, eftersom för att göra det, används mycket processuella, eventuellt sociala, förmågor.

7 METODDISKUSSION

Snöbollsurvalet som metod fungerade väl. Efter att kontaktat den första respondenten på vintern 2016 erhålles kontaktuppgifter till den nästa respondenten, vartefter nästa respondents kontaktuppgifter erbjöds, osv. Alla tackade ja att delta i intervjun genast. Orsaken till detta var kanske att inklusionskriterierna inte var så begränsande, eftersom respondenter som passade in i kriterierna finns relativt mycket av. Trots detta påverkas inte studiens reliabilitet av detta.

Genom att intervjuguiden pilottestades möjliggjordes bättre validitet av intervjun, eftersom guiden finslipades och följdfrågor tillades efter piloteringen. Omändringarna möjliggjorde att frågorna som ställdes behandlade det som studerades. I analyskedet konstaterades att ytterligare pilottestningar varit bra, för att öka validiteten, eftersom vissa delar kunde ha belysts mera.

En annan nackdel med metoden kan vara att variationen i urvalet inte blir bred, vilket kan resultera i att empirin blir snäv. Trots dessa begränsningar ansågs metoden vara mest lämplig för denna studie och på efterhand kan konstateras att med snöbollsurvalet uppstod inga svårigheter. Första kontakten uppfyllde önskemålet genom att ge kontaktuppgifter till nästa representant.

Ifall en mer strukturerad intervjumetod hade valts kunde svaren möjligen blivit mer styrda, eftersom den strukturerade intervjun inte lämnar utrymme för vidare reflektioner och tankar. Men eftersom intresset ligger i att få vidare förståelse av ett speciellt tema, valdes att respondenterna kan berätta om sina erfarenheter på ett mer öppet sätt.

En viss strukturering är nödvändig vid kvalitativa intervjuer. Struktureringen får dock inte vara alltför sträng, eftersom fasta svarsalternativ inte eftersträvas. (Jacobsen 2012 s. 100-101) Användningen av en halvstrukturerad intervju lämpade sig väl för denna undersökning, eftersom den lämnade utrymme för vidare reflektioner och tankar. I studien ligger vikten i att få förståelse över ett speciellt tema, men även möjliggöra informanterna att kunna berätta om sina erfarenheter på ett mer öppet sätt. Det att informanterna arbetade på olika ställen, med olika arbetssätt, värden, och var av olika åldrar ger en aning större tillförlitlighet eftersom informanterna inte var lika.

Studien även bidrar med förståelse kring det belysta ämnet, vilket ger studien högre validitet, eftersom kunskapen är användbar för andra som behöver information om dubbel-diagnosklienter och deras aktivitet eller för någon som behöver idéer för vidare forskning. Även detaljerad beskrivning av datainsamling, urval och analys samt objektivitet under forskningsprocessen ger en högre validitet i studien, eftersom genom detaljerad beskrivning bör studien kunna reproduceras av någon annan och därmed komma till samma resultat.

8 SLUTDISKUSSION

Undersökningens syfte var att beskriva ergoterapeuters erfarenhet av att arbeta med klienter med dubbeldiagnos. Forskningsfrågorna behandlade vilka aktivitetsproblem beskriver ergoterapeuterna och vilka interventioner använder de sig av i ergoterapin? Nedan följer en diskussion kring resultatet och hur det kan kopplas till forskning och teori.

Efter att utfört studien kan det konstaterats att processen varit väldigt givande. Man har haft mycket tid att reflektera över ergoterapi för dubbeldiagnosklienter och över sitt eget sätt att tänka kring sin kommande profession. Genom studien har det bildats en annorlunda respekt för de ergoterapeuter som arbetar med dubbeldiagnosklienter. Mängden stressfaktorer i arbetet är många och ens egna mentala tillstånd påverkas starkt. Under studien omformades även mitt egna sätt att tänka kring dubbeldiagnosklienter vilket jag tror kommer att vara till nytta i framtiden.

I framtiden skulle det vara till nytta ifall man skulle utveckla den service som erbjuds till dubbeldiagnosklienter. Genom mera klarare direktiv, om vad som kan erbjudas till stöd under rehabiliteringen, och nya interventioner, kan dubbeldiagnosklienternas ergoterapi ge bättre rehabiliteringsresultat, vilket i sig skulle även vara mer kostnads effektivt, vilket uppskattas högt i dagens samhälle.

Under intervjuerna uppkom flera gånger olika problemområden som ergoterapeuterna har märkt under sin karriär. De berättar om vad som kunde utvecklas inom ergoterapin enligt deras erfarenhet. En ergoterapeut anser att öppenvårdens service måste utvecklas, eftersom det som rekommenderas för klienten inte finns egentligen att erbjuda, alla rehabiliterings vägar är allt för fulla, och då har all arbete man gjort för det går i miste.

En annan ergoterapeut föreslog att mera service som skulle fundera som stöd för klienter borde utvecklas. Ofta efter att ergoterapin avslutats blir klienten igen ensam. Enligt henne skulle det verkligen vara viktigt att utveckla en service som skulle erbjuda stöd i vardagen, genom att möjliggöra sätt att klienten kunde i det dagliga livet, tillsammans med någon, öva på färdigheter, som behövs för att upprätthålla sin vardag. Hon anser att det egentligen kunde vara vad som helst för yrkesgrupp som skulle utöva detta men ergoterapeuterna skulle passa bäst för detta. Hon anser också att detta är även en möjlighet att skapa nya arbetsplatser. En tjänst som skulle basera sig mera på att gå vid sidan om som stöd.

I och med att man skulle utveckla service skulle nya arbetsplatser bildas och då rehabiliteringsprocessen går framåt är även rehabiliterings resultatet bäst. De önskar att det skulle komma en ändring till detta i framtiden eftersom ifall man hade mera resurser att förbättra servicen skulle även dubbeldiagnos klienter minska. Ergoterapeuterna undertecknar att vi borde synas och höras mera i samhället för att förändring skulle ske.

Förslag på fortsatt forskning kunde vara att göra en studie där man frågar klienternas åsikt om de rehabiliterings möjligheter som det finns och vad klienterna eventuellt skulle önska att skulle ändras. Hur skulle det nås till bättre rehabiliteringsresultat? Vad som skulle motivera till att söka hjälp? Vad anses som svårt? Hurudant stöd anser klienterna att de skulle behöva för att må bättre?

9 KÄLLOR

- Aalto Mauri. 2007, *Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksois-diagnoosin hoidollinen haaste*, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim Tillgänglig <http://www.duodecimlehti.fi/>
- Davies, Rachel. 2006, *According to the Models of Care for the treatment of Drug Misusers, does Occupational Therapy have a Role in the Treatment of Drug Misuse?* British Journal of Occupational Therapy, s. 575-577
- Creek, Jennifer. 2002, *Occupational Therapy and Mental Health*, Churchill and Livingstone, s. 60
- Eklund, Mona; Gunnarsson, Birgitta & Leufstadius, Christel. 2010, *Aktivitet & relation – Mål och medel inom psykosocial rehabilitering*, 1:2 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 275 s.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. 2004, *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education Today, 24(2), s.105-112.
- Gutman, Sharon A., Raphael-Greenfield Emily I. 2014, "Five Years of Mental Health Research in the American Journal of Occupational Therapy, 2009–2013" The American Journal of Occupational Therapy s. 21-36 Hämtad: 7.5.2015
- Hammell, Karen Whalley. 2004, *Dimensions of meaning in the occupations of daily life*, Canadian journal of occupational therapy, volume 71, number 5
- Hassmén N & Hassmén P. 2008, *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*, SISU Idrottsböcker, 414 s.
- Heuchemer B; Josephsson S. 2006, *Leaving homelessness and Addiction: narratives of occupational transition*, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Sep;13(3) s. 160-9.
- Hitch, Danielle., Pépin, Geneviève., Stagnitti, Karen. 2015, *Evidence for Mental Health Occupational Therapy: Trends in the First Decade of the New Millennium (2000-2013)* Hämtad: 1.10.2015
- Hietuajarju, Päivi., Nuttila, Mervi., 2010, *Käytännön mielenterveystyö*, Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 1-239
- Hoxmark, Ellen., Wynn, Nydal Trude., Wynn, Rolf. 2012, "Loss of activities and its effect on the well being of substance abuser's", Scandinavian Journal of occupational Therapy, s. 78-83

- Jacobsen Dag Ingvar. 2012, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB, 327 s.
- Jacobsen Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB, 316 s.
- Kielhofner Gary. 2008, *Model of Human Occupation. Theory and application*. 4: e uppl. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 565 s.
- Kelly, Mary; Lamont Scott; Brunero, Scott. 2010, *An occupational perspective of the recovery journey in mental health*, British Journal of Occupational Therapy, s. 129-135
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. 2009, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Studentlitteratur, s. 370
- Lee, Sun Wook; Kielhofner, Gary; Morley, Mary; Heasman, David; Garham, Mike; Willis, Suzie; Parkinson, Sue; Forsyth, Kristy; Melton, Jane; Renee, Taylor R., 2012, "Impact of using the Model of Human Occupation: A survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions" Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2012, vol. 19, s. 450–456 Hämtad: 7.5.2015
- Leufstadius, Christel; Eklund, Mona. 2014, *Time use among individuals with persistent mental illness: Identifying risk factors for imbalance in daily activities* Scandinavian Journal of Occupational Therapy, vol 1, s: 23–33
- Lipskaya-Velikovsky, Lena; Avreh Bar, Michal; Bart, Orit. 2014, "Context and psychosocial intervention in mental health", Scandinavian Journal of Occupational Therapy. vol. 21 s. 136–144 Hämtad: 7.5.2015
- Markström, Urban. 2005, *Från mentalsjukhus till samhälle*. I (red) Brunt, David och Hansson, Lars. *Att leva med psykiska funktionshinder – Livssituation och effektiva vård- och stöd insatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Marttunen, Mauri; Huurre, Taina Strandholm, Thea; Viialainen, Riitta. (toim.) 2011, *Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys nuorilla ja nuorilla aikuisilla*. Teoksessa *Opiskeluterveys*. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki. s. 278–282.
- Printz, Anders. 2008. *Psykiskt funktionshindrades rättigheter*. Stockholm: Norstedts Juridik AB. Juridik
- Sullivan, Michael J; Evans, Katie. 2001, Dual diagnosis. *Counselling the Mentally Ill Substance Abuser*, second edition, The Guilford press s. 1- 260

Timko, Christine; Dixon, Kristyn; Moos, Rudolf H. 2005, *Treatment for dual diagnosis Klientis in the Psychiatric and Substance Abuse Systems*. Mental health research, vol. 7, No4, s. 229-241

Tenk.fi, Forskningsetiska delegationen 2014, *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från god vetenskaplig praxis i Finland*

Tillgänglig: <http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis-anvisningar> Hämtad: 23.11.16

Valvira, 2012, *Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoidon Valtakunnallinen valvontaohjelma*. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)

Tillgänglig: <http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvontaohjelma.pdf>

Willenbirg, Mark L. 2005, *Integrating care for patients with infectious psychiatric, and substance use disorders: concepts and approaches*, Lippincott Williams & Wil

Wirbing, P. & Borg, S. 2011, *Integrerad behandling vid dubbeldiagnoser*.

Lund: Studentlitteratur

Youssef Ismail; Fahmy Magda.; Haggag Fahmy; Mohamed Khalid.; Baalash Amany. 2016, *Dual Diagnosis and Suicide Probability in Poly-Drug Users*. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. Vol. 26 s. 130-133

10 BILAGA 1A

Hej,

Jag är ergoterapistuderande Ida Lyytikäinen från yrkeshögskolan Arcada. Jag håller på att utföra mitt examensarbete vars syfte är att beskriva ergoterapeuters erfarenheter av att arbeta med klienter med dubbeldiagnos. Jag är intresserad över detta ämne eftersom mental problematik är ett krävande område där redan en nedsättning påverkar negativt på välmående. Stor del av befolkningen har dubbeldiagnos och mängden dubbeldiagnosklienter ökar ständigt. Intressant i undersökningen blir aktivitetsproblematik klienter beskriver och vilka interventioner ergoterapeuter tar sig till i rehabiliteringen av dubbeldiagnosklienter.

Jag intresserad att utveckla min förståelse över ergoterapeutens sätt att arbeta. Studien bidrar med förståelse för den mångtydiga klientgruppens aktivitetsproblem och ger förståelse om hur ergoterapeuter väljer intervention. Som referensram i studien används *Model Of Human Occupation* som ger ett begripligt språk att tala om dimensionen aktivitet. Ifall Ni inte tillämpar MOHO i Ert arbete kan ni ändå delta i studien. Studien utförs som en intervju.

Nu undrar jag om Ni är frivillig att delta i studien? Ifall Ni tillåter bandas intervjun in med bandspelare för senare analys. Jag kommer även be att skriva på informerat samtycke innan intervjun ifall Ni deltar. Fokus i intervjun blir ergoterapeutens sätt att arbeta. Intervjun sker på en plats som vi kommer tillsammans överens och tar ca 1,5h. Ni kan förbereda Er till intervjun med att färdigt fundera vad Ni gjort med en klient som har dubbeldiagnos.

Intervjun går ut på att jag ber Er att tänka på ett klient case där klienten hade en dubbeldiagnos och sedan får Ni fritt berätta vad Ni gjorde. Intressant blir vad som gjorts och hur. Ni behöver inte bekymra Er ifall ni inte av någon orsak kan förbereda till intervjun eftersom det inte är nödvändigt. Ni kan avbryta när som helst utan att uppge orsak och detta leder inte till några negativa konsekvenser. Forskningsmaterialet förvaras i ett låst arkiv på Arcada. Färdiga examensarbetet är allmänt tillgänglig, men enskilda personers svar kan inte urskiljas utav arbetet eftersom, resultatet är en sammanfattning utav alla

intervjuar. Namn eller dylikt kommer inte att nämnas. Färdiga arbetet publiceras i elektronisk form i yrkeshögskolornas publikationsarkiv Theseus. All information behandlas med konfidentialitet och all information som fås används endast för denna studie.

Ifall ni är intresserad eller har några frågor, kontakta gärna mig eller min examenshandledare Denice snarast möjligt.

Med vänlig hälsning,

Ida Lyytikäinen

Ergoterapistudierande

[Tel: 0400435042](tel:0400435042)

E-post: lyytikai@arcada.fi

Denice Haldin

Handledare, examensansvarig lektor

Tel: 0405110493

E-post: denice.haldin@arcada.fi

11 BILAGA 1B

Hei,

Olen toimintaterapeuttiopiskelija Ida Lyytikäinen ammattikorkeakoulu Arcadasta. Olen parhaillani tekemässä opinnäytetyötäni, jonka tarkoitus on kuvailla toimintaterapeuttien kokemuksia kaksoisdiagnoosi potilaiden kanssa työskentelystä. Keskeisiä aiheita tutkimuksessa on toiminnallinen suoriutuminen ja interventiot kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutuksessa. Syy tutkimukseen on jatkuvasti lisääntyvät mielenterveyden ongelmat sekä siihen liittyvät toiminnolliset puutteet. Toiminnalliset puutteet vaikuttavat negatiivisesti elämänlaatuun ja nyt olen kiinnostunut toimintaterapeuttien tavasta työskennellä tämän kaltaisissa tilanteissa.

Tutkimus voi lisätä muiden ammattiryhmien tietoisuutta kaksoisdiagnoosi potilaiden toiminnan puutteista ja mahdollisista auttavista interventioista. Tutkimuksen viitekehys on *Model Of Human Occupation*, inhimillisen toiminnan malli, joka antaa ymmärrettävän kielen toiminnan ymmärtämiseen. Jos Te ette sovelle mallia työssänne ei vaikuta osallistumiseenne tutkimukseen. Tutkimusmenetelmänä toimii haastattelu, joka nauhoitetaan myöhempää analyysiä varten.

Tiedustelen, olisitteko halukas osallistumaan tutkimukseen? Haastattelu kestää n. 1,5h. Haastattelu voidaan järjestää Arcadassa tai paikassa joka Teille sopii parhaiten. Tutkimukseen osallistuminen ei tuo mukanaan riskejä kenellekään, sillä nimiä tai muita henkilötietoja emme tule keskustelemaan. Tulemme ainoastaan käsittelemään Teidän tapaa työskennellä toimintaterapeutina. Tulen pyytämään ajattelemaan jotakin potilastapausta ja avoimesti kertomaan, miten toimitte. Tärkeää on, että mitä tehtiin ja miten.

Te voitte keskeyttää tutkimuksen, milloin tahdotte ilman että siitä koituu mitään negatiivisia seuraamuksia. Tutkimusmateriaali säilytetään lukitussa arkistossa Arcadassa. Valmis opinnäytetyö julkaistaan sähköisesti ammattikorkeakoulun Theseus arkistossa. Kaikki kerätty tieto käsitellään luottamuksellisesti ja käytetään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön. Mikäli Teillä on kysymyksiä tutkimuksen suhteen, ottakaa yhteyttä minuun, Ida Lyytikäinen, tai Denice Haldiniin, joka toimii tutkintovastaavana koulun puolesta.

Toivottavasti tutkimusta kohtaan löytyy kiinnostusta,

Ystävällisin terveisin,

Ida Lyytikäinen

Denice Haldin

Toimintaterapeuttiopiskelija

Tutkintovastaava

Puh: 040 0435042

Puh:0405110493

s. posti: lyytikai@arcada.fi

s. posti: denice.haldin@arcada.fi

12 BILAGA 2A

BLANKETT FÖR INFORMERAT SAMTYCKE

Jag har fått tillräckligt information om undersökningens syfte. Jag vet att deltagandet är frivilligt och att jag får avbryta när jag vill. Jag är medveten om att intervjun bandas in på bandspelare och informationen som bandats in används för studien.

Ifall jag avbryter studien har Ida Lyytikäinen rätt att använda det redan insamlade materialet.

- Jag deltar i undersökningen
- Jag går inte med på att delta i undersökningen

Underskrift

Namnets förtydligande

Underskrift

Namnets förtydligande

13 BILAGA 2B

HAASTATELTAVIEN SUOSTUMUSLOMAKE

Olen saanut tietoa tutkimuksen tarkoituksesta. Tiedän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että saan keskeyttää tutkimuksen, milloin haluan. Tutkimus nauhoitetaan ääninauhurille ja siitä saatu materiaali käytetään tulevaan tutkimukseen. Jos keskeytän tutkimuksen saa Ida Lyytikäinen käyttää jo mahdollisesti kerättyä materiaalia.

- Suostun osallistumaan tutkimukseen
- En suostu osallistumaan tutkimukseen

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Allekirjoitus

Nimen selvennys

14 BILAGA 3 INTERVJUGUIDE

Undersökningens syfte är att beskriva ergoterapeuters erfarenhet av att arbeta med klienter med dubbeldiagnos. Ergoterapeuten samlar in information om klienten, bedömer och utvärderar aktivitetsförmågan. Jag är intresserad över hur Ni konkret gör detta.

Tänk på ett klient Case (dubbeldiagnos) du arbetat med och beskriv öppet vad du gjorde:

Hur samlar Ni information om klienten? Intervju?

Hur bedömer Ni klientens situation?

Hur bedömer Ni aktivitetsförmågan?

Har miljön påverkan i valet av intervention?

Hur påverkar klientens intressen och värde valet av intervention?

Vad är orsaken klienten kommer till just ergoterapi?

Hur tar du i beaktande klientens resurser och begränsningar?

Vilka aktivitetsproblem beskriver klienten?

Hur påverkar aktivitetsproblemen klientens vardag?

Hur stor påverkan har klientens vilja i ergoterapin?

Hur tar du detta i beaktande i terapin och i valet av intervention?

Vad använder du för typ av intervention?

Hur kommer du till ditt val av intervention?

Hur tar du klientens t.ex. vanor eller roller i beaktande i interventionen?

Hur sker själva terapin? Ge gärna exempel.

Hur utvärderar ni resultaten?