



Mastergradsstudium i Kunnskapsbasert praksis

Mastergradsoppgave

Klinisk resonnering beskrevet av ergoterapeuter som
arbeider på sykehus – en metasyntese

Clinical reasoning described by occupational therapists
working at hospitals – a metasyntesis

Kandidatnummer: 609

Veileder: Gabrielle Holmefjord

Innleveringsdato: 16.mai 2011

Antall sider: 79

Forord

Klinisk resonnering i ergoterapi er et tema jeg er opptatt av, i form av et ønske om egen refleksjon og utvikling som ergoterapeut. Ved å opparbeide meg en bedre forståelse for teorien knyttet til hvordan ergoterapeuter tenker, har jeg forhåpentligvis en større mulighet til selv å stadig være i utvikling og bli en bedre ergoterapeut.

Å skrive en masteroppgave var både lærerikt, krevende og vanskelig. Både oppturer og nedturer har det vært, hvor mange personer har vært til god støtte i de vanskeligste tidene. Tusen takk til min veileder, Gabrielle Holmefjord. Det var ikke alltid lett å forstå retningene du presenterte, men du har utfordret, støttet og oppmuntret meg i prosessene mot målet.

Eva-Mette, min studiekamerat og ”medgåer”. Uten våre samtaler og diskusjoner ville ikke dette vært mulig. Du har en stor arbeidskapasitet og er godt oppdatert, noe som har vært en berikelse i diskusjonene frem mot å forstå metoden.

Jeg ønsker også å takke alle jeg har arbeidet sammen med ved ergoterapiutdanningen, Høgskolen i Bergen. Dere har bidratt til å gjøre disse tre årene mye lettere, med godt humør og gode løsninger. En spesiell takk til deg, Inta Taranrød, fordi du har gitt meg tilbake troen på at nye tanker og refleksjoner er mulig, også i arbeidslivet. Det har vært en glede å arbeide sammen med deg disse tre årene.

Sist, men ikke minst, ønsker jeg å si takk til min lille familie. Tora og Sigurd, som har gitt meg mulighet til å glede meg over de små tingene i livet og ta en dag av gangen. Endre, som alltid er til støtte og oppmuntring. Du er en god samtalepartner og du gir meg mulighet til å tenke nytt.

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med masterstudien var å finne svar på forskningsspørsmålet:

”Hvordan beskriver ergoterapeuter som arbeider på sykehus sin kliniske resonnering?”.

Metode: Metoden var en metasyntese i form av en meta-etnografisk tilnærming. En meta-etnografi benytter kvalitative primærstudier i sin undersøkelse. I denne masterstudien er det benyttet fem kvalitative primærstudier. En kryssanalyse ble brukt for å analysere rådataene, for å se mønster på tvers av primærstudiene. Resultatene anses derfor som en tolking av hva de fem primærstudiene har presentert.

Resultater: Resultatene fra meta-etnografien er presentert gjennom fire kategorier: 1) Ulike resonneringsprosesser, 2) Anvendelse av kunnskap, 3) Hvordan konteksten påvirker resonneringen og 4) Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv. Ergoterapeutene benyttet ulike former for resonnering i sitt arbeid. For å forstå et problem som klienten har, anvender ergoterapeuten sin tidligere erfaring og de anvender kunnskap. Konteksten påvirket også resonneringen til ergoterapeutene. Et avgjørende punkt i resonneringen til ergoterapeutene var hvorvidt de var i stand til å bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv. Dette ble gjort ved å danne seg et holistisk bilde av klienten, opparbeide en terapeutisk relasjon og dele ”makten” med klienten.

Konklusjon: De fire kategoriene kan til sammen anses å være en forklaring på hvordan ergoterapeuter som arbeider på sykehus beskriver sin kliniske resonnering. Klinisk resonnering i ergoterapi er et sammensatt fenomen. Det gjør at ergoterapeuter har behov for å bruke ulike former for resonnering. Et viktig punkt er at ergoterapeuten bidrar til å gjøre klienten aktiv i eget liv.

Nøkkelord: ergoterapi, klinisk resonnering, sykehus, metasyntese, meta-etnografi, Noblit & Hare, Miles & Huberman.

Summary

Purpose: The purpose of the master thesis was to find answers to the research question: "How do occupational therapists working at hospitals describe their clinical reasoning?".

Method: The method used was a metasynthesis with a meta-ethnographic approach. A meta-ethnography utilizes qualitative primary studies for its investigation. This master thesis used five primary qualitative studies. A cross-analysis was used to analyze the raw data, to see patterns across each primary study. The results are considered an interpretation of what the five original studies presented.

Results: The results of the meta-ethnography are presented in four categories: 1) Various reasoning processes, 2) Application of knowledge, 3) How the context affects reasoning and 4) How to help the client be active in their own lives. The occupational therapists use various forms of reasoning in their work. To understand a problem of the client, the occupational therapist uses his previous experience and the application of knowledge. The context also affects the reasoning of occupational therapists. A crucial point in the reasoning of occupational therapists was whether they were able to help the client be active in their own lives. This was done by forming a holistic picture of the client, to establish a therapeutic relationship and share "power" with the client.

Conclusion: The four categories can be considered to be an explanation of how occupational therapists working in hospitals describe their clinical reasoning. Clinical reasoning in occupational therapy is a complex phenomenon. The occupational therapists need to use different forms of reasoning. It seems essential that the occupational therapist makes the client active in their own lives.

Keywords: occupational therapy, clinical reasoning, hospital, metasynthesis, meta-ethnography, Noblit & Hare, Miles & Huberman.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	8
1.1	Bakgrunn.....	8
1.2	Klinisk resonnering i ergoterapi.....	9
1.2.1	Vitenskapelig resonnering: diagnostisk resonnering og prosedyreresonnering ...	11
1.2.2	Samhandlingsresonnering.....	11
1.2.3	Situasjonsresonnering.....	12
1.2.4	Narrativ resonnering	13
1.2.5	Pragmatisk resonnering.....	13
1.2.6	Etisk resonnering.....	13
1.3	Forskning på klinisk resonnering i ergoterapi.....	14
1.4	Formål.....	15
1.5	Forskningsspørsmål	16
1.6	Oppgavens disposisjon	16
2.0	Metode	17
2.1	Valg av metodisk tilnærming	17
2.1.1	Metodologiske begrensninger	18
2.2	Egen forforståelse.....	19
2.3	Fremdriftsplan	19
2.4	Fase 1: Oppstart.....	21
2.5	Fase 2: Avklare hva som er relevant å inkludere	21
2.5.1	Inklusjonskriterier	22
2.5.2	Eksklusjonskriterier	24
2.5.3	Søkestrategi.....	25
2.5.4	Sjekklister	31
2.5.5	Svakheter knyttet til utvelgelsen av relevante studier.....	33
2.6	Dataanalyse	35

2.6.1	Fase 3: Lese studiene	35
2.6.2	Fase 4: Avgjøre hvordan studiene er relatert til hverandre	37
2.6.3	Fase 5: Oversette og kode studiene til hverandre	42
2.6.4	Fase 6: Synteseoversettelse	44
2.7	Etiske aspekter.....	45
3.0	Resultater.....	47
3.1	Beskrivelse av inkluderte primærstudier	48
3.1.1	Første studie (Copley et al., 2008).....	50
3.1.2	Andre studie (Unsworth, 2005).....	51
3.1.3	Tredje studie (Crabtree & Lyons, 1997).	53
3.1.4	Fjerde studie (Roberts, 1996).....	54
3.1.5	Femte studie (Creighton et al., 1995).....	55
3.2	Beskrivelse av resultatene fra syntesen	56
3.2.1	Ulike resonneringsprosesser	57
3.2.2	Anvendelse av kunnskap	59
3.2.3	Hvordan konteksten påvirker resonneringen	60
3.2.4	Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv.....	61
3.2.5	Resultatene sett i sammenheng til hverandre	63
4.0	Diskusjon.....	64
4.1	Styrker og svakheter ved meta-etnografien	64
4.1.1	Utvelgelse av aktuelle studier	65
4.1.2	Resultatene og overførbarhet.....	67
4.1.3	Analysen og utviklingen av resultatene.....	68
4.1.4	Resultatene sett i lys av primærstudiene og teori	71
4.2	Etiske aspekter.....	76
4.3	Relevans for praksis	76
4.4	Forslag til fremtidig forskning	77

5.0	Konklusjon.....	78
	Litteraturliste	80
	Vedlegg 1: Søkelogg Cinahl	85
	Vedlegg 2: Søkelogg Amed.....	88
	Vedlegg 3: Søkelogg PsycINFO	89
	Vedlegg 4: Funn fra første studie.....	90

1.0 Innledning

Klinisk resonnering i ergoterapi, som i andre helseprofesjoner, er et komplekst fenomen (Chapparo & Ranka, 2000; Crabtree, 1998). Klinisk resonnering har en sentral plass i klinisk praksis og er en avgjørende ferdighet for helsearbeidere, særlig i vår tidsalder med ubegrenset informasjonsflyt og hvor helsetilbudene endres raskt (Higgs & Jones, 2000). Klinisk resonnering kan defineres som *”the thinking and decision-making processes associated with clinical practice”* (Higgs & Jones, 2000, s.3). Nåværende forklaringer og beskrivelser av klinisk resonnering i ergoterapi er fremdeles ufullstendige og beskrivelser av temaet har vært motstridende (Chapparo & Ranka, 2000; Crabtree, 1998).

1.1 Bakgrunn

Klinisk resonnering er en kompleks tankeprosess terapeuter benytter i all terapeutisk interaksjon for å samle informasjon om pasienten og foreslå mulig intervensjoner (Leicht & Dickerson, 2001). Videre blir det konkretisert av Leicht & Dickerson (2001) at en kombinasjon av tekniske ferdigheter, personlig og profesjonell kunnskap tillater terapeuten å ha et bredt, holistisk perspektiv på klienten.

Ulike modeller er brukt for å beskrive og forstå klinisk resonnering, for eksempel hypotetisk-deduktiv resonnering, gjenkjennelse av mønster og resonnering som en prosess for å integrere kunnskap, kognitive ferdigheter og vurdering av konteksten (Higgs & Jones, 2000). Hypotetisk-deduktiv resonnering er benyttet av blant annet leger, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter (Leicht & Dickerson, 2001). Denne formen for resonnering vil si at terapeuten danner hypoteser eller problemformuleringer ut fra kliniske data og kunnskap, og disse hypotesene blir testet gjennom videre undersøkelser (Elstein & Schwartz, 2000; Higgs & Jones, 2000). Hypoteser blir laget og testet både induktivt (fra spesifikke observasjoner til generaliseringer) og deduktivt (fra generaliseringer til konklusjoner i relasjon til en spesifikk sak) (Higgs & Jones, 2000, s.6).

Ved gjenkjennelse av mønster fokuseres det på erfaringer fra tidligere pasienter, og denne kunnskapen tas frem når terapeuten møter liknende problem (Elstein & Schwartz, 2000). Dette skjer særlig i ikke-problematisk situasjoner, hvor en automatisk henter frem tidligere kunnskap fra en godt strukturert kunnskapsbase (Higgs & Jones, 2000). Resonnering som integrerer kunnskap, kognitive ferdigheter og vurdering av konteksten krever mer sammensatt tenkning og er sett hos blant annet sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter (Leicht & Dickerson, 2001). Her fokuseres det på pasientens opplevelse av sykdommen og dette krever et tett samarbeid mellom terapeut og pasient (Jones, Jensen & Edwards, 2000; Leicht & Dickerson, 2001).

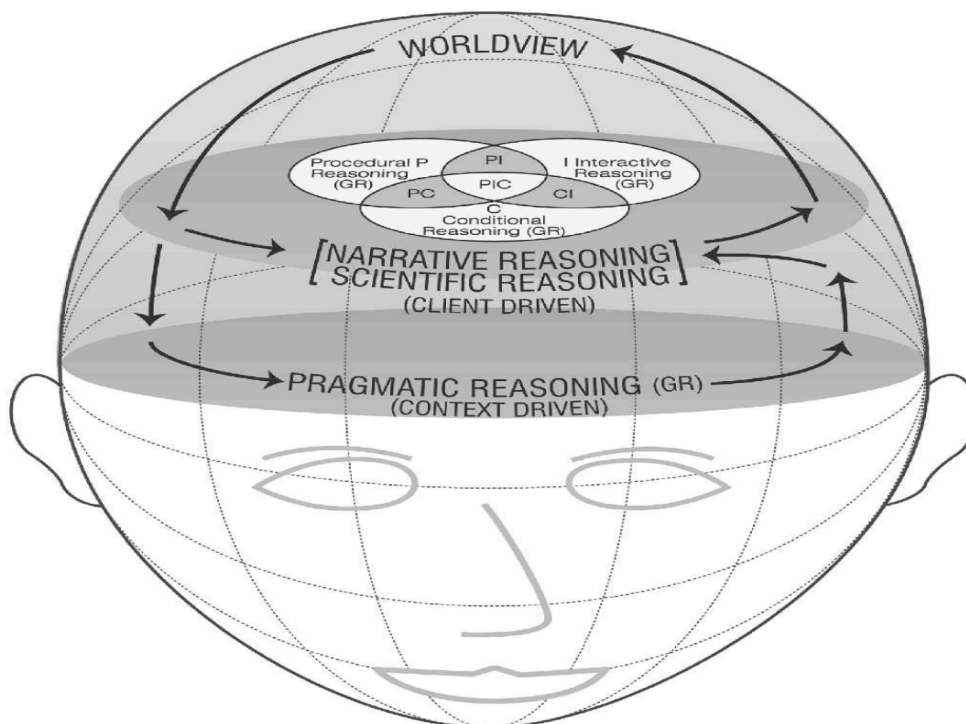
1.2 Klinisk resonnering i ergoterapi

Klinisk resonnering er viktig fordi det gjør ergoterapeuter i stand til å forstå kompleksiteten i faget og er den grunnleggende prosessen i behandlingen av brukere (Paterson & Summerfiel-Mann, 2006; Chapparo & Ranka, 2000). Klinisk resonnering er en sentral del av den ergoterapeutiske arbeidsprosessen, og godt utviklet klinisk resonnering vurderes som essensiell for å kunne gi pasientene meningsfull ergoterapi (Leicht & Dickerson, 2001). Ergoterapeuter har som mål å fremme menneskelig aktivitet og deltakelse i hverdagslivet til brukere (Borg, 2007). Ergoterapeuter samler, klassifiserer og analyserer informasjon om brukeren, som de deretter benytter for å definere brukerens problemer, mål og fokus for behandlingen (Chapparo & Ranka, 2000). Dette er gjort i samarbeid med brukeren for å fremme et klientsentrert fokus på behandlingen (Unsworth, 2004). Målet med klinisk resonnering i ergoterapi er derfor å reflektere over og finne løsninger på klienters problem (Roberts, 1996).

Klinisk resonnering i ergoterapi er forsøkt forklart på mange ulike måter (Crabtree, 1998). De første studiene på ergoterapeuters kliniske resonnering ble gjort i 1982 av Cubie og Kaplan (1982) og Rogers og Masagatini (1982) (Leicht & Dickerson, 2001). Videre utvikling på feltet kom fra Det amerikanske ergoterapiforbundet sin kvalitative studie om klinisk resonnering i ergoterapi fra 1988 (Leicht & Dickerson, 2001). Resultatene ble publisert i en bok av Mattingly og Fleming (1994), som har vært retningsgivende for ergoterapeuters forståelse av klinisk resonnering de siste 17 årene (Unsworth, 2004). Siden den gang har det blitt utført en mengde studier på klinisk

resonnering i ergoterapi, hvor blant annet et litteratursøk utført av Unsworth (2004) avdekket 65 studier i perioden 1982-2001.

Det finnes flere ulike beskrivelser av klinisk resonnering i ergoterapi. De som blir beskrevet videre, er valgt med utgangspunkt i hvordan Unsworth (2004) forklarer klinisk resonnering i ergoterapi ved hjelp av et hode (figur 1). Ergoterapeutens syn på verden og livsanskuelse ligger som en paraply over de andre formene for resonnering (Hooper, 1997; Unsworth, 2004). Den narrative og vitenskapelige resonneringen er klientsentrert og blir påvirket på ulikt vis av prosedyreresonnering (procedural), samhandlingsresonnering (interactive) og situasjonsresonnering (conditional) (Unsworth, 2004). Resonneringsstrategiene er ulike i både form og prosess, hvor terapeutene skiftet raskt mellom de ulike formene for resonnering (Mattingly & Fleming, 1994). På bunn er den pragmatiske resonneringen plassert, som også påvirker de andre formene for resonnering. Konteksten hvor terapien foregår er styrende for hvilke muligheter systemet gir og hva slags behandling pasientene får (Unsworth, 2004; 2005).



Figur 1: Klinisk resonnering i ergoterapi (Unsworth, 2004).

1.2.1 Vitenskapelig resonnering: diagnostisk resonnering og prosedyreresonnering

To beskrivelser eller ord for vitenskapelig resonnering er identifisert: diagnostisk resonnering og prosedyreresonnering (Chapparo & Ranka, 2000). Disse prosessene involverer en progresjon fra problemsansing til problemdefinisjon og problemløsning (Chapparo & Ranka, 2000). Den diagnostiske resonneringen ble definert av Rogers og Holm (1991) og de mente den inneholdt to faser (Leicht & Dickerson, 2001). Den første fasen fokuserte på problemidentifikasjon og den andre fasen er den ergoterapeutiske intervensjonen (Leicht & Dickerson, 2001). Når en skulle formulere den ergoterapeutiske diagnosen, identifiserte Rogers og Holm (1991) fire kognitive operasjoner (stikkordstilegnelse, danning av hypoteser, forbedring og verifisering) (Leicht & Dickerson, 2001). Prosedyreresonnering fokuserer på pasientens fysiske eller funksjonelle nedsettelse, hvor terapeuten både forsøker å definere problemene og komme med behandlingsforslag (Chapparo & Ranka, 2000; Leicht & Dickerson, 2001; Mattingly & Fleming, 1994). Prosedyreresonnering er lik den medisinske kognitive problemløsningen som er funnet hos leger, sykepleiere og fysioterapeuter (Mattingly & Fleming, 1994; Leicht & Dickerson, 2001).

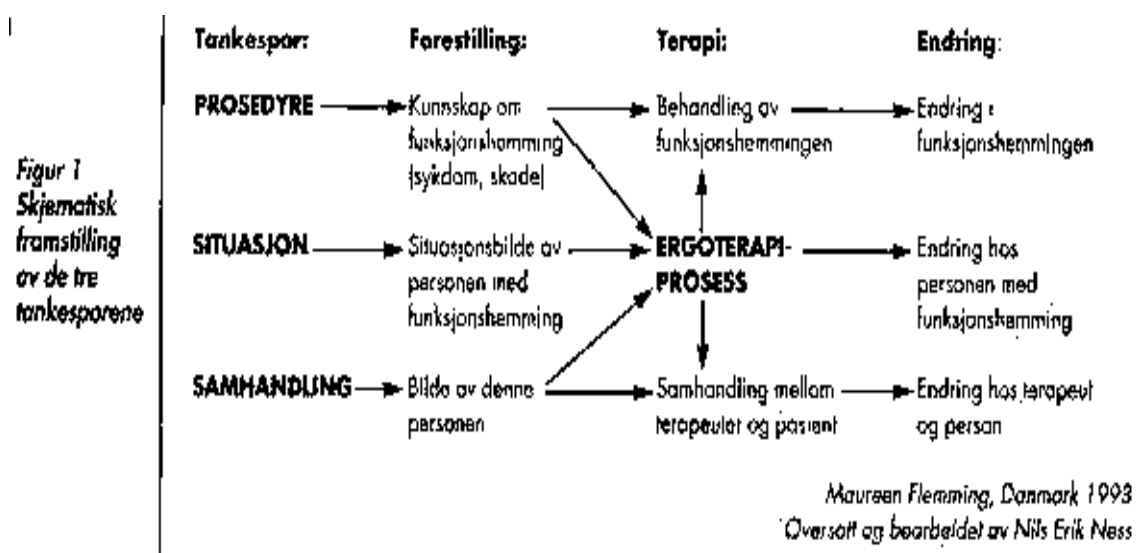
1.2.2 Samhandlingsresonnering

Samhandlingsresonnering (interactive) vil si å samarbeide med brukeren (Mattingly & Fleming, 1994). Samhandlingsresonnering fører til en felles forståelse av hva sykdommen eller skaden betyr for klienten (Mattingly & Fleming, 1994; Leicht & Dickerson, 2001). Ergoterapeuter bruker samhandlingsresonnering for å få et inntrykk av klienten som en person, hans/hennes behov, interesser og holdning, som siden kan brukes for å oppnå samarbeid med klienten i terapiprosessen (Mattingly & Fleming, 1994; Alnervik & Svidén, 1996). Ergoterapeuter benytter mange ulike former for samhandling og hvilke av disse formene som velges styres ved hjelp av samhandlingsresonnering (Mattingly & Fleming, 1994).

1.2.3 Situasjonsresonnering

Situasjonsresonnering (conditional) er kompleks og brukes for å forstå ”hele personen” (Mattingly & Fleming, 1994). Den er benyttet for å hjelpe klienten til å delta i den vanskelige prosessen det er å rekonstruere livet etter en permanent skade (Leicht & Dickerson, 2001; Mattingly & Fleming, 1994). Mattingly og Fleming (1994) brukte ordet ”conditional” fordi det inneholder det holistiske perspektivet på personens tilstand (Leicht & Dickerson, 2001). Innen situasjonsresonneringen forsøker terapeuten å integrere både prosedyre- og samhandlingsresonneringen, for deretter å flytte fokus mot fremtiden til klienten (Leicht & Dickerson, 2001; Alnervik & Svidén, 1996; Mattingly & Fleming, 1994). Det innebærer at terapeut og pasient sammen bygger et bilde som integrerer pasientens fortid, nåtid og fremtid (Alnervik & Svidén, 1996; Mattingly & Fleming, 1994).

Mattingly og Fleming (1994) presentert i sin forskning ergoterapeutens resonnering i form av de ”tre tankesporene” eller ”three track mind”. En skjematisk fremstilling av disse kan gi en tydeligere forklaring på hvordan de tre tidligere presenterte formene for resonnering, prosedyre, samhandling og situasjon, henger sammen (figur 2).



Figur 2: Skjematisk fremstilling av de tre tankesporene (Ness, 1997).

1.2.4 Narrativ resonnering

Narrativ resonnering (narrative) er brukt for å forstå menneskers erfaringer (Leicht & Dickerson, 2001; Mattingly & Fleming, 1994). I narrativ resonnering er fokuset rettet mot klientens erfaring av sykdommen og hvordan denne påvirker personens livshistorie. Terapien blir som et kapittel i klientens livshistorie (Mattingly & Fleming, 1994). Terapeuter bruker narrativ resonnering for å meddele og diskutere terapierfaringene med klientene, klientenes pårørende og kollegaer (Unsworth, 2001).

1.2.5 Pragmatisk resonnering

Konteksten hvor terapien blir utført har stor påvirkning på den kliniske resonneringen som terapeutene bruker (Leicht & Dickerson, 2001). Pragmatisk resonnering innebærer alle praktiske problem som påvirker ergoterapien, slik som omgivelsene, terapeutens verdier, kunnskap, ferdigheter og erfaring, klientens sosiale og finansielle ressurser, og klientens hjemmemiljø (Schell & Cervero, 1993). Mattingly og Flemming (1994) definerte ikke pragmatisk resonnering som en egen form for resonnering, men de mente at både omgivelsene og terapeutens personlige verdier var fremtredende i resonneringen. Hooper (1997) derimot, argumenterte med at terapeutens kliniske resonnering ble formet av hans eller hennes syn på verden (worldview), altså at den pragmatiske resonneringen blir påvirket av terapeutens verdier og syn på verden, men det er ikke en del av den pragmatiske resonneringen (figur 1).

1.2.6 Etisk resonnering

Et dilemma innen klinisk resonnering er konflikten som kan oppstå mellom hva terapeuten mener bør bli gjort, hva pasienten ønsker og hva systemet tillater (Chapparo & Ranka, 2000). Når ergoterapeuter skal velge en terapeutisk tilnærming, er de ofte tvunget til å balansere en verdi opp mot en annen, altså vurdere de etiske sidene av en avgjørelse (Chapparo & Ranka, 2000). I dagens helsesystem med økende fokus på å redusere kostnader, vil det bli essensielt for ergoterapeuter å fokusere på etiske vurderinger og resonnering (Leicht & Dickerson, 2001).

1.3 Forskning på klinisk resonnering i ergoterapi

Klinisk resonnering i ergoterapi er komplisert og sammensatt, noe som medfører at det kan være vanskelig å forstå teorien. Det er uklart fra litteraturen om ergoterapeuter benytter ulike former for resonnering eller om de ulike formene for resonnering kun er forskjeller som oppstår når man forsøker å sette ord på et sammensatt fenomen, altså ulike ord på de samme tingene (Crabtree, 1998).

I sin doktoravhandling om ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte med pasienter fremhever Alve (2006) tre tenkemåter som var fremtredende hos ergoterapeutene: en medisinsk tenkemåte, en pedagogisk tenkemåte og en situasjonell tenkemåte. Ergoterapeuten hadde fokus på ulike sider ved pasientens situasjon, og samtidig beveget ergoterapeutene seg mellom de tre tenkemåtene i møtet med pasienten (Alve, 2006). I den medisinske tenkemåten var fokuset mot en medisinsk og sykdomsorientert tenkning, rettet mot en diagnostisk og behandlingsmessig prosedyre (Alve, 2006). Ved den pedagogiske tenkemåten, ble fokuset rettet mot hvordan terapeutene skulle lære pasientene å utføre handlinger og aktiviteter på en ny måte grunnet ulike funksjonshemninger (Alve, 2006). I den situasjonelle tenkemåten skriver Alve (2006) at fokuset var rettet mot hvordan pasienten skal fortsette livet sitt utenfor sykehuset, med utgangspunkt i fortiden og fremtiden. Terapeutens eget hverdagsliv ble også trukket inn i terapien, noe som viste at den situasjonelle tenkningen har sin forankring i en humanistisk tradisjon (Alve, 2006).

Det påpekes videre av Alve (2006), at samhandling omkranset alle formene for tenkning som terapeutene fokuserte på. Innen den medisinske tenkningen samhandlet terapeutene for å fremme effekt av treningen, innen den pedagogiske tenkningen samhandlet terapeutene for å variere mellom informasjon, demonstrasjon, oppmuntring, ros og å roe ned pasientene (Alve, 2006). Innenfor den situasjonelle tenkningen samhandlet terapeutene med fokus på pasientens hverdagsliv (Alve, 2006). Her påpeker Alve (2006) at terapeutene balanserer mellom yrkesfaglige og personlige samhandlingsmåter. Det at samhandling er en del av de tre formene for tenkning som Alve (2006) er kommet frem til og ikke en egen form for resonnering, står i kontrast til teorien til Mattingly & Fleming (1994) om samhandlingsresonnering. Mattingly & Fleming

(1994) mener at samhandling er en egen form for resonnering, mens Alve (2006) sier at det er en avgjørende del av alle former for tenkning, men ikke en egen form for resonnering.

Alnervik og Svidén (1996) undersøkte både kvalitativt og kvantitativt hvor ofte fem ergoterapeuter beskrev at de benyttet de ulike formene for resonnering i sin kliniske behandling. Den kvalitative analysen fikk frem at terapeutene benyttet både prosedyre-samhandlings- og situasjonsresonnering, mens den kvantitative analysen viste at hovedvekten av resonneringen til ergoterapeutene lå på prosedyreresonnering (Alnervik & Svidén, 1996). Ergoterapeutene virket opptatt av de fysiske vanskene til klientene og hadde vesentlig mindre fokus på hvordan sykdommen påvirket klienten som menneske (Alnervik & Svidén, 1996).

1.4 Formål

Siden klinisk resonnering i ergoterapi er et komplekst fenomen og nåværende forklaringer av klinisk resonnering i ergoterapi fremdeles er ufullstendige, er det viktig å undersøke nærmere hvordan ergoterapeuter beskriver sin kliniske resonnering. Dette kan undersøkes både via resonneringsformer som tidligere er beskrevet i teorien, men også ved å se nærmere på om det kan være andre former for resonnering som blir beskrevet av ergoterapeutene.

Mens det finnes litteraturoversikter om klinisk resonnering i ergoterapi, mangler det fortsatt oppsummert forskning i form av en systematisk oversikt (Leicht & Dickerson, 2001 ; Crabtree, 1998). Litteraturoversiktene gir en beskrivelse av de ulike formene for klinisk resonnering i ergoterapi, men har ikke undersøkt resultater på tvers av primærstudier. En systematisk oversikt på klinisk resonnering i ergoterapi vil kunne tydeliggjøre hva som allerede eksisterer av forskning på temaet, men gå mer i dybden på temaet. Slik kan klinisk resonnering bli mer tilgjengelig og lettere anvendelig for ergoterapeuter. Det leder meg til forskningsspørsmålet for masteroppgaven.

1.5 Forskningsspørsmål

”Hvordan beskriver ergoterapeuter som arbeider på sykehus sin kliniske resonnering?”

1.6 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er presentert ved bruk av IMRAD-strukturen, som står for Innledning, Metode, Resultater og Diskusjon. I innledningen er teori på klinisk resonnering presentert. Formålet og forskningsspørsmålet er også redegjort for. Videre kommer presentasjon av metoden, hvor fremgangsmåten for dette masterprosjektet blir redegjort for. Deretter blir resultatene presentert, slik de har fremkommet gjennom metoden som er benyttet. I diskusjonen blir resultatene drøftet, sett i lys av begrensninger ved gjennomført metode og i relasjon til teori på klinisk resonnering i ergoterapi. Resultatene ses i sammenheng med mulig relevans for praksis og det presenteres noen forslag for videre forskning. I konklusjonen trekkes trådene til formålet og forskningsspørsmålet til masterstudien og det gis en kort oppsummering av hvordan dette er besvart i masteroppgaven.

2.0 Metode

Metode dreier seg om hvordan en skal gå frem for å finne informasjon om virkeligheten og hvordan dette skal analyseres (Jacobsen, 2010). Forskningsspørsmålet viser vei til hvordan spørsmålet best besvares. Her søkes det svar på hvordan ergoterapeuter som arbeider på sykehus beskriver sin kliniske resonnering. Kvalitativ forskning ønsker å finne svar på hvilke tanker og erfaringer mennesker har om et tema (Noyes et al., 2008), og er dermed en relevant tilnærming. Siden det allerede finnes kvalitative primærstudier og ingen systematisk oversikt på temaet klinisk resonnering i ergoterapi, vil en systematisk oversikt av disse primærstudiene være en egnet metode til å besvare forskningsspørsmålet.

Polit & Beck (2008) beskriver systematiske oversikter som at en søker etter, vurderer og velger ut forskning som omhandler et bestemt forskningsspørsmål, på en systematisk og transparent måte. Ved sammenlignbare resultater blir forskningen presentert i en meta-analyse eller en metasyntese (Polit & Beck, 2008). En meta-analyse er en statistisk metode som brukes for å kombinere resultater fra kvantitative studier på effekten av et tiltak (Polit & Beck, 2008). En metasyntese integrerer eller sammenligner resultatene fra kvalitative studier (Sandelowski, Docherty & Emden, 1997). Det er utviklet gode metoder for å gjennomføre oppsummering av kvantitativ forskning, mens oppsummering av kvalitativ forskning er mindre utviklet og anses derfor å være på vei mot å finne felles forståelser for hvordan dette kan gjøres (Carlsen, Glenton & Pope, 2007)

2.1 Valg av metodisk tilnærming

I dette masterprosjektet er målet å gjennomføre en metasyntese. Meta kommer fra gresk og betyr "bak", "å overskride" eller "på tvers" (Finlayson & Dixon, 2008; Pope, Popay & Mays, 2007). Syntese vil si "å bringe sammen", det er en samling av et mangfold til en enhet (Finlayson & Dixon, 2008; Pope, Popay & Mays, 2007). En metasyntese kan defineres som: "*a process of combining evidence from individual qualitative studies to create new understanding by comparing and analyzing concepts and findings from different sources of evidence with a focus on the same topic of interest*" (Noyes et al.,

2008, s.581). Det vil si at en metasyntese samler kunnskap fra kvalitative primærstudier og analyserer resultater fra disse enkeltstudiene, til et felles produkt ut i fra det samme temaet. Metasyntesen innebærer en ny tolkning av data, hvor dette baseres på allerede publiserte artikler og ikke på primærdata (Polit & Beck, 2008; Thorne et al., 2004; Doyle, 2003; Britten et al., 2002).

Tilnærmingen til metasyntesen vil være meta-etnografi beskrevet av Noblit og Hare (1988). Meta-etnografi er sannsynligvis den best utviklede metoden for å utføre en syntese av kvalitativ forskning og har en tydelig beskrevet fremgangsmåte (Campbell et al., 2003). Meta-etnografi er en tilnærming for å utvikle synteseer fra etnografiske¹ eller fortolkede studier (Noblit & Hare, 1988). Det er argumentert for at meta-etnografi også er anvendelig på studier som ikke er etnografiske (Pope, Popay & Mays, 2007; Britten et al., 2002). En meta-etnografi innebærer at en oversetter studier til hverandre, samtidig som det unike ved hver enkelt studie blir ivarettatt (Finlayson & Dixon, 2008; Noblit & Hare, 1988). Noblit og Hare (1988) sin 7-trinns prosess for å utføre en meta-etnografi benyttes (tabell 1). En meta-etnografi består av en serie faser som overlapper og gjentas etter hvert som syntesen er igangsatt (Pope, Popay & Mays, 2007; Noblit & Hare, 1988).

2.1.1 Metodologiske begrensninger

Meta-etnografi har konkrete faser som en arbeider ut i fra, men det er likevel ikke eksplisitte fremgangsmåter for hvordan dette gjøres (Doyle, 2003). Gjennomføring av metasynteser er også foreløpig et relativt nytt område, hvor utvikling av gode og transparente metoder fremdeles er under utvikling (Carlsen, Glenton & Pope, 2007). Meta-etnografi er en metode som er benyttet av flere forskere de senere årene, noe som har vært en veiviser og inspirasjon for denne masterstudien (Carlsen, Glenton & Pope, 2007; Pound et al., 2005; Campbell et al., 2003; Britten et al., 2002). Egen bakgrunn, med liten kunnskap til kvalitativ forskning, gir store begrensninger til valgt metode og krever en tydelig og klar beskrivelse av egen fremgangsmåte i studien.

¹ Etnografiske studier undersøker kulturen til en gruppe mennesker, hvor mønster, livsmåter og erfaringene til en kulturell gruppe blir studert på en holistisk måte (Polit & Beck, 2008).

2.2 Egen forforståelse

Egen forforståelse er at jeg er utdannet ergoterapeut og arbeider som høyskolelærer ved en ergoterapiutdanning i Norge. Tidligere har jeg hatt praksis knyttet opp mot psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten. Dette vil være med på å prege forståelsen av artiklene som tas med i metasyntesen. Siden forskningsspørsmålet fokuserer på ergoterapeuter som arbeider på sykehus, vil det være et ukjent arbeidsfelt. Det kan være en fordel, ved at jeg dermed utforsker temaet uten for mange forhåndsdefinerte tanker og ideer. Det kan også være en ulempe, fordi jeg kan ha vansker med å knytte resultatene opp mot praksis. Det kan gjøre resultatene mer teoretiske og mindre relevante for praksis. Kunnskap om teorien knyttet til klinisk resonnering er opparbeidet i løpet av arbeidet med metasyntesen. Det kan bidra til at teorien ikke vil sette et for stort preg på syntesen, men det kan også gjøre at syntesen ikke blir så dyp og grundig beskrevet som den kanskje ville blitt om teorikunnskapen hadde vært mer grundig og gjennomarbeidet over flere år.

2.3 Fremdriftsplan

Fremdriftsplan for prosjektet har vært avgjørende for å følge en viss progresjon (tabell 1). Fremdriftsplanen er utarbeidet med utgangspunkt i 7-trinns prosessen til Noblit & Hare (1988). Dette har vært en god retningsgiver for hvilke faser masterstudien krevde. Deler av oppgaven er også presentert gjennom de ulike fasene, fordi fasene er en del av den meta-etnografiske tilnærmingen. Det viste seg vanskelig å følge fremdriftsplanen som ble laget til oppstarten av masterprosjektet. Både fase 2, med å søke etter og finne relevante studier, krevde mer arbeid enn først antatt. I tillegg måtte analysen bearbeides og jobbes med i flere runder, noe som var tidkrevende og vanskelig. Det var heller ikke tydelige og klare beskrivelser for hvordan analysen skulle utvikles, noe som derfor måtte utvikles med prøving og feiling.

7-trinns prosess (Noblit & Hare, 1988)	Fremdriftsplan og kort forklaring til hver av fasene	Dato
1. Oppstart	Avklare forskningsspørsmålet	Mai – august 2010
2. Avklare hva som er relevant å inkludere	Inklusjons – og eksklusjonskriterier, søkestrategi og sjekklister, som ledet til inkluderte studier.	Mai - februar 2010
3. Lese studiene	Lese inkluderte studier nøye og trekke ut alle resultatene deres. Metodematrise ble laget og de første reduksjonene av data ble utført.	Oktober – mars 2011
4. Avgjøre hvordan studiene er relatert til hverandre	Ytterligere reduksjon av data ble gjort, en oppsummering av funnene ble skrevet og resultatene ble ført opp i en tabell.	Januar – mai 2011
5. Oversette og kode studiene til hverandre	Kryssanalyse ble utført på tvers av studiene ved å bruke tabell. Like tema ble ført opp i samme kolonne og sett i forhold til studienes kontekst.	Februar – mai 2011
6. Synteseoversettelse	Resultatene ble tolket og ført inn i en resultatmatrise.	April – mai 2011
7. Uttrykke og forklare syntesene	Diskusjon av resultatene sett i sammenheng til styrker og svakheter, tidligere forskning, etikk, relevans for praksis og forslag til fremtidig forskning.	Mai 2011

Tabell 1: 7-trinns prosess og fremdriftsplan

2.4 Fase 1: Oppstart

En starter med et forskningsspørsmål som dekker bredden og nytten for temaet (Polit & Beck, 2008). Det må være bredt nok for å kunne fange hele interesseområdet, samtidig som det er fokusert nok for å gi mening for klinikere, andre forskere og politikere (Finfgeld, 2003). I oppstarten satte jeg meg inn i litteraturen om klinisk resonnering i ergoterapi for å kunne vurdere om det var gjort nok forskning på temaet til å kunne gjennomføre en metasyntese. Innledningen av denne masterstudien beskriver teorien om klinisk resonnering som er lagt til grunn og er dermed en del av oppstarten til metasyntesen. Forskning som er utført på klinisk resonnering fokuserer mest på bestemte former for resonnering (Unsworth, 2005). Videre presiserer Unsworth (2005) at det er få studier som har fokusert på hvordan de ulike formene for klinisk resonnering kommer til syne i praksis. Det vil derfor være interessant og viktig å undersøke nærmere hvordan ergoterapeuter beskriver sin kliniske resonnering og undersøke om andre beskrivelser og former for resonnering kan bli tilføyd teorien om klinisk resonnering i ergoterapi.

2.5 Fase 2: Avklare hva som er relevant å inkludere

For å kunne identifisere og finne relevante studier ble det utarbeide kriterier for inklusjon og eksklusjon (Polit & Beck, 2008; DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). For å tydeliggjøre hva slags informasjon som er viktig at er beskrevet i aktuelle artikler, ble forskningsspørsmålet delt inn i mindre deler (Sandelowski & Barroso, 2007). Innen kvantitativ forskning vil en benytte seg av skjemaet PICOS, som står for Populasjon, Intervensjon, Sammenlikning (Comparison), Utfall (Outcome) og Studiedesign (Polit & Beck, 2008; DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). For kvalitative studier vil skjemaet PSS benyttes, det står for Populasjon, Situasjon og Studiedesign (Polit & Beck, 2008; DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). For denne studien vil skjemaet PPS være (tabell 2):

Populasjon	Utdannende ergoterapeuter som beskriver sin kliniske resonnering. Ergoterapeutene må fortelle og beskrive sin kliniske resonnering, hvor det må komme tydelig frem hva de legger vekt på i sin arbeidshverdag i forhold til klinisk resonnering.
Situasjon	Ergoterapeuter som arbeider på sykehus.
Studiedesign	Kvalitative primærstudier som har en rik beskrivelse av klinisk resonnering i ergoterapi, uavhengig av valgt metode.

Tabell 2: PSS skjema

2.5.1 Inklusjonskriterier

Kvalitative primærstudier² blir inkludert uavhengig av benyttet forskningsdesign. Det har foregått en diskusjon som har dreid seg om en skal inkludere studier som baserer seg på ulike forskningsdesign og metoder (Polit & Beck, 2008). Når en skal utføre en metasyntese er det viktig å oppnå integritet og troverdighet, og triangulering er en måte som kan benyttes for å oppnå dette (Polit & Beck, 2008). Hvis en benytter studier med basis i ulike former for filosofi og metodologi, vil det bidra til en form for triangulering i metasyntesen (Finfgeld, 2003). Dette kan være studier som for eksempel har benyttet fenomenologi, grounded teori eller etnografi som metode. Ulempen ved å inkludere primærstudier som har benyttet ulike metoder, kan være at det kan føre til at syntesen eller kombinasjonen av disse studiene vil være mindre forenlig (Zimmer, 2006).

Studier som har brukt både kvantitative og kvalitative metoder, hvor de kvalitative resultatene kunne vært mulig å trekke ut av studien, ville også blitt inkludert. Det viste seg at det ikke var mulig å trekke ut de kvalitative resultatene fra slike studier som ble funnet, fordi primærartiklene måtte ha en rik beskrivelse av funnene, noe disse studiene ikke hadde. For at studier skal kunne ha en rik beskrivelse av funnene, må de ha

² Kvalitative studier er studier som undersøker av et fenomen ved å benytte fleksible forskningsdesign, slik som fenomenologi, grounded teori eller etnografi (Polit & Beck, 2008)

benyttet kvalitative metoder både i datainnsamlingen og analysen (Sandelowski & Barroso, 2007).

Det er ulike tilnærminger til hvordan en kan studere ergoterapeuters resonnering i praksis, hvor en kan skille mellom refleksjoner som skjer i aktiviteten (reflection – in – action”) eller refleksjoner som er knyttet til aktivitetene i etterkant (”reflection – on – action”) (Munroe, 1996). Studiene ble inkludert uavhengig av hvordan de hadde undersøkt resonneringen til ergoterapeutene.

Forskning som ble inkludert kunne både ha studert klinisk resonnering hos nyutdannende og erfarne ergoterapeuter som arbeider på sykehus. Sannsynligvis vil ergoterapeuter med ulik erfaring kunne tilføre forskjellige perspektiv på resonneringen ergoterapeutene benytter. Derfor var det naturlig å inkludere alle ergoterapeuter, uavhengig av erfaring. Ergoterapeuter som arbeider innen samme fagfelt og praksissted, vil sannsynligvis ha en del fellestrekk i sin resonnering som vil være avgjørende for syntesen. I tillegg vil det bidra til å gjøre syntesen mer konkret og avgrenset, noe som er en fordel både når en skal utføre søk etter forskningsartikler og analysere resultatene (Noblit & Hare, 1988). Syntesen vil også kunne bli mer anvendelig og overførbar til praksis. Ergoterapeutene i studiene måtte beskrive hvilke former for klinisk resonnering de legger vekt på i sin kliniske praksis og hvordan klinisk resonnering blir brukt i praksis.

Det var bare artikler som var skrevet på engelsk og fra andre land enn Norge, som ble inkludert i metasyntesen. Artikler fra andre land kan gi vesentlig informasjon om klinisk resonnering, fordi det var i USA litteratur på klinisk resonnering først ble definert. Dermed er det nok mest relevant litteratur fra andre land. Norsk, svensk og dansk litteratur ville også blitt inkludert, fordi det ville vært forskning knyttet mot norske forhold i den litteraturen. Det kunne bidratt til at resultatene hadde hatt større overføringsverdi til ergoterapeuter i Norge. Siden studier på andre språk en engelsk, norsk, dansk og svensk ikke ble inkludert i studien, kan det har ført til at relevante studier ikke er blitt inkludert. Norske ergoterapeuters yrkesutøvelse er til en viss grad

inspirert og påvirket av USA, England og Australia, vil det være naturlig å begrense til studier fra land i Europa, USA og Australia. Masterstudien har også en tidsbegrensning, noe som gjør at det ville vært for tidkrevende å få oversatt eventuelle aktuelle studier som er skrevet på andre språk enn engelsk, norsk, svensk og dansk.

Søket ble begrenset til å gjelde tidsrommet 1994-2010. Denne avgrensingen begrunnes ut i fra at forskningen til Mattingly og Flemming ble utført i 1994. Det er derfor naturlig å se nærmere på hva nyere forskning har funnet på temaet klinisk resonnering. Dette medfører at aktuelle studier utført før 1994 ikke blir inkludert i metasyntesen.

2.5.2 Eksklusjonskriterier

Det var kun primærartikler som ble inkludert i metasyntesen, noe som betydde at masteroppgaver, bøker, bokkapitler og liknende ble utelatt. Dette ble utelatt av praktiske årsaker, siden det ville vært for tidkrevende for dette masterstudiet å finne og benytte forskning som ikke er presentert som artikler. I tillegg ville sannsynligvis slik forskning inneholdt enorme mengder ord, noe som ville gjort det vanskelig å trekke ut funnene til å danne en syntese.

Studier som var kvantitative eller hadde brukt flere metoder (hvor den kvalitative delen ikke var mulig å trekke ut av studien) ble også ekskludert. Kvantitative studier fokuserer på årsakssammenhenger og effekt av intervensjoner (Polit & Beck, 2008), og vil ikke kunne beskrive hvordan ergoterapeuter resonnerer klinisk i praksis.

Med begrunnelse i forskningsspørsmålet, ble studier som omhandlet andre yrkesgrupper enn ergoterapeuter ekskludert. I tillegg ble også studier ekskludert hvis de hadde fokus på pasientenes erfaringer, opplevelse og perspektiv på den ergoterapeutiske behandlingen, fordi det er ergoterapeutenes beskrivelser av sin kliniske resonnering som skulle undersøkes.

Artikler som fokuserte på klientsentrert praksis, etiske problemstillinger, narrativer og livshistorier ble også ekskludert. Klinisk resonnering er et stort teoretisk område, så klientsentrert praksis, etiske problemstillinger og narrativer kan være en del av den kliniske resonneringen. Disse retningene i relasjon til klinisk resonnering er likevel valgt å ekskluderes, for å konkretisere og snevre inn området det fokuseres på i denne masterstudien.

Evalueringer av ulike intervensjoner ble heller ikke inkludert, siden studien har ergoterapeutens kliniske resonnering i fokus og ikke en bestemt type intervensjon. Forskningsspørsmålet fokuserer også på ergoterapeuter som arbeider på sykehus, det vil si at andre arbeidssteder, ergoterapiassistenter og studenter derfor ble ekskludert.

Studier som hadde studert klinisk resonnering hos flere helsearbeidere, inkludert ergoterapeuter, hvor det ergoterapeutiske fokuset ikke var mulig å trekke ut fra de andre helsearbeiderne, ble ekskludert.

Studier som har sett på forskjeller mellom noviser og eksperters resonneringer ble også ekskludert, fordi fokuset i slike studier er mer rettet mot ulikhetene og hvordan en kan utvikle gode resonneringsferdigheter enn på hvordan resonneringen beskrives av ergoterapeutene.

2.5.3 Søkestrategi

Det ideelle målet for forskeren som utfører en metasyntese, er å samle og finne alle aktuelle artikler knyttet til forskningsspørsmålet, ikke bare et utvalg av dem (Barroso et al., 2003). For å oppnå dette, er en tydelig og systematisk søkestrategi avgjørende (Polit & Beck, 2008; Walsh & Downe, 2005). Den største trusselen til gyldigheten av studien er at en ikke oppnår å gjennomføre et grundig nok søk (Barroso et al., 2003).

Det er ulike metoder en kan benytte for å søke etter kvalitativ forskning, slik som å sjekke referanselister, siteringssøk, søk i aktuelle tidsskrifter, søk etter aktuelle forfattere og søk i databaser (Barroso et al., 2003). Søkestrategien for denne studien har vært å søke i syv databaser, sjekke referanselister og utføre siteringssøk og søk etter aktuelle forfattere. Det vil nå komme en beskrivelse av hvordan dette er utført i denne studien.

For å finne aktuelle primærstudier ble det søkt i følgende elektroniske databaser; Cinahl, Embase, Medline, Amed, PsykINFO, SweMed+ og ISI Web of Science. Disse databasene ble valgt fordi de dekker primærartikler og har kvalitative studier tilgjengelig. Disse syv databasene er tilgjengelig via Høgskolen i Bergen og er derfor en ressurs for dette masterstudiet. SweMed+ dekker nordisk litteratur og var derfor naturlig å inkludere i tillegg til de fire internasjonale databasene.

Søkestrategien utelater hånd søking av aktuelle tidsskrifter fordi Barroso et.al. (2003) viste til at hånd søking av aktuelle tidsskrifter ikke tilførte noen ekstra artikler utover søket i databasene. Det er heller ikke utført søk etter ”grå” litteratur, masteroppgaver, bøker, bokkapitler og liknende. ”Grå” litteratur er forskning som ikke er publisert (Polit og Beck, 2008). Det er større og større andel av den kvalitative forskningen som nå blir publisert i tidsskrifter, det kan derfor være en grunn til at det nå ikke er et like stort behov for å søke etter ”grå” litteratur (Barroso et.al., 2003). Det finnes sannsynligvis aktuelle masteroppgaver, bøker og bokkapitler, men dette er ikke søkt etter grunnet tidsbegrensning knyttet til masterstudien.

Det kan være vanskelig å søke etter og finne kvalitativ forskning via elektroniske databaser (Polit & Beck, 2008). En grunn kan være at flere databaser ikke har indeksert artiklene ved hjelp av metodologi (Noyes et al., 2008; Polit & Beck, 2008). For å sikre at en treffer flest mulig av de kvalitative forskningsartiklene, kan en benytte metodologisk terminologi når en søker, slik som ”grounded theory” og ”ethnography”, og håpe at disse ble benyttet i oppsummeringen eller tittelen (Polit & Beck, 2008; Sandelowski & Barroso, 2007). Dette ble forsøkt, men viste seg å være mindre effektivt

enn å benytte ”Clinical Queries” avgrenset til kvalitative studier i databasene som tilbyr denne muligheten. Kvalitative primærstudier benytter ofte overskrifter som forteller noe om resultatene de fant og ikke hvilken metode som ble benyttet i studien (Gewurtz et al., 2008). Det førte også til ekstra vansker med å finne aktuelle artikler, men ble løst ved at for studier med mindre beskrivende overskrifter, så ble også oppsummeringen lest for å avgjøre relevans til forskningsspørsmålet.

Søket ble gjennomført ved å lage en søkestrategi for de engelske ordene for ”ergoterapi”, ”klinisk resonnering” og ”kvalitativ forskning”, og flere synonym for de samme ordene ble benyttet (se s. 28-29). Når et systematisk søk blir gjennomført, blir treffsikkerheten målt på to forskjellige vis: ”recall” (spesifisitet) og ”precision” (sensitivitet) (Sandelowski & Barroso, 2007). Spesifisitet er hvor stor andel relevante dokumenter en får i databasen hvor en utfører søket og sensitivitet dreier seg om hvor mange av treffene som er relevante (Sandelowski & Barroso, 2007). Ved et systematisk søk vil det være viktig å oppnå en god balanse mellom å søke opp så få irrelevante treff som mulig (spesifisitet) og et bredt nok søk for å fange opp så mange relevante studier som mulig (sensitivitet), men søket bør ha størst fokus på spesifisitet fremfor sensitivitet for å sikre at alle aktuelle studier blir inkludert (Sandelowski & Barroso, 2007). For å sikre at alle aktuelle studier ble oppdaget og inkludert i metasyntesen, ble ikke søket snevret inn for mye i selve søkestrategien. Derfor inneholdt ikke søket ord for sykehus, men når trefflisten ble gjennomgått og aktuelle studier valgt, ble studier valgt hvis de hadde fokusert på ergoterapeuter som arbeidet på sykehus. Ved å utføre søket slik, kom det flere urelevante treff, men søket hadde større sjanse til å få med seg alle aktuelle studier. Altså, søket er dreiet mot størst mulig spesifisitet og lavere sensitivitet (Sandelowski & Barroso, 2007). Oversikt over antall treff i hver enkelt database, og i hvilke databaser primærstudiene er valgt ut, kan sees i tabell 4.

Søket ble utført av kun en person, noe som kan medføre at ikke alle aktuelle studier blir oppdaget. Dette er forsøkt kompensert for ved å utvikle søkestrategiene i samarbeid med bibliotekar og medstudent, noe som kvalitetssikrer søket. I tillegg ble søket utført og gjennomgått to til tre ganger. Utviklingen av en optimal søkestrategi for de ulike databasene ble også gjort ved å teste ut tre ulike søkestrategier i databasen Cinahl:

- 1) Ulike ord for klinisk resonnering og ulike ord for ergoterapi
- 2) Ulike ord for klinisk resonnering og ulike ord for ergoterapi og ulike ord for kvalitativ forskning
- 3) Ulike ord for klinisk resonnering og ulike ord for ergoterapi og begrense søket ved hjelp av ”Clinical Queries” til kvalitative studier.

I Cinahl gav den første søkestrategien totalt 551 treff. Ved i tillegg å benytte ulike ord for kvalitativ forskning i den andre søkestrategien ble det totalt 99 treff. Når disse to søkene ble sammenlignet, virket det som om noen aktuelle studier ikke ble inkludert i den andre søkestrategien. Den tredje søkestrategien, hvor klinisk resonnering og ergoterapi ble begrenset ved hjelp av ” Clinical Queries” og kvalitative studier, ble det totalt 163 treff. Ved å benytte databasens egne filter for kvalitativ forskning ble flest mulig studier avdekket og relevansen ble best mulig ivaretatt. Dette ble kvalitetssikret ved å gå gjennom de 551 treffene ved den første søkestrategien for å vurdere om det var noen potensielt relevante studier som ikke ble inkludert i det tredje søket. Endelig søkestrategi for Cinahl ble som følger:

S1: TX "clinical reasoning"

S2: TX "narrative reasoning"

S3: TX "pragmatic reasoning"

S4: TX "conditional reasoning"

S5: TX "ethical reasoning"

S6: TX "scientific reasoning"

S7: TX “interactive reasoning"

S8: (MH "Clinical Competence+")

S9: (MH "Decision Making, Clinical")

S10: S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6 or S7 or S8 or S9

S11: (MH "Occupational Therapy+")

S12: (MH "Research, Occupational Therapy")

S13: (MH "Occupational Therapy Practice, Evidence-Based") OR (MH "Occupational Therapy Practice, Research-Based")

S14: (MH "Occupational Therapists")

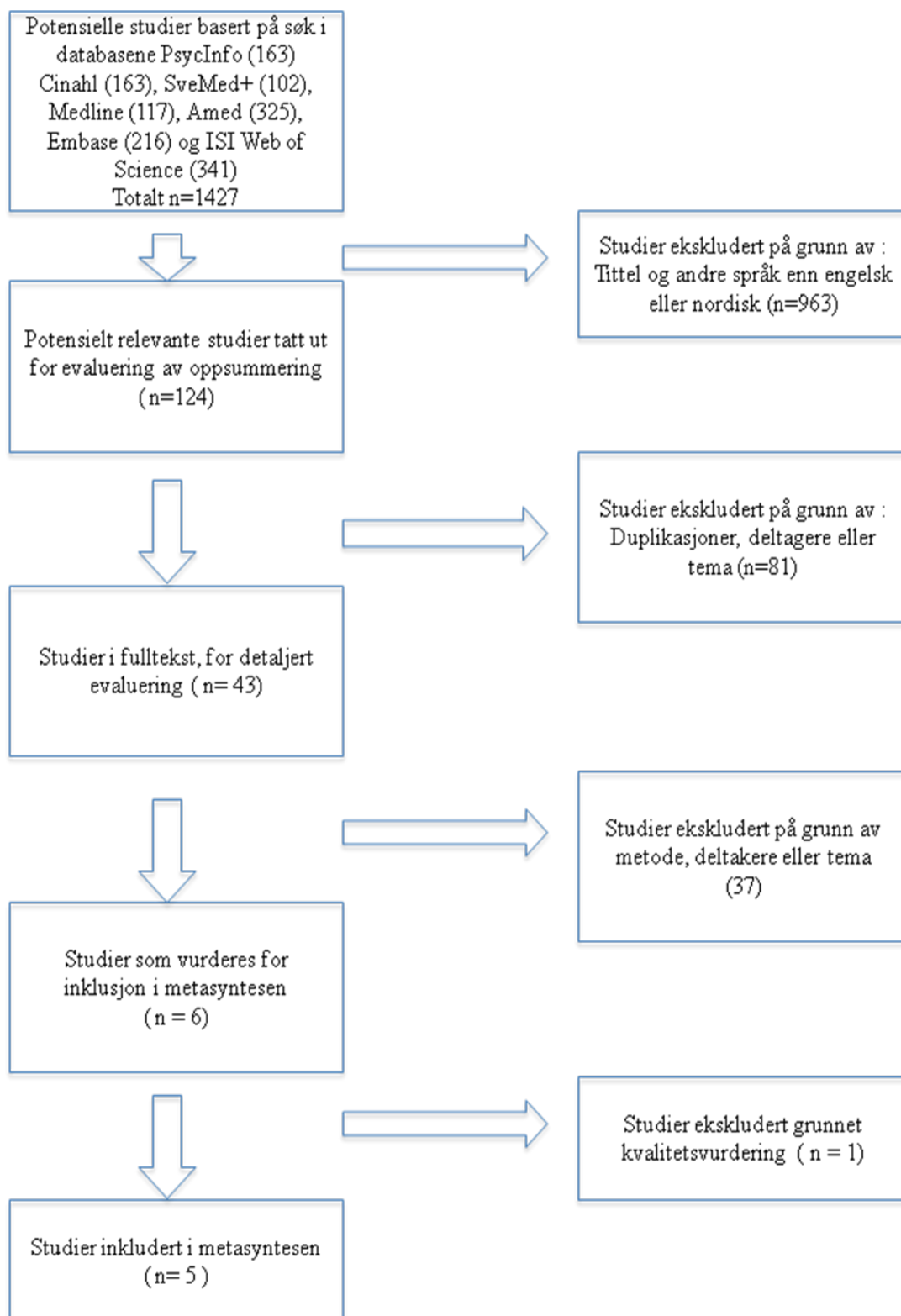
S15: S11 or S12 or S13 or S14

S 16: S10 and S15

S17: S16 med **Limiters** - Clinical Queries: Qualitative - High Sensitivity, Qualitative - High Specificity, Qualitative - Best Balance

Dette søket ble benyttet i alle syv databasene, men tilpasset hver enkelt database. Søkelogg fra databasene Cinahl, Amed og PsykINFO er lagt ved som vedlegg, siden det var i disse databasene alle aktuelle studier ble funnet (vedlegg 1,2 og 3). Oversikt over antall studier avdekket i hver enkelt database med begrunnelse for hvorfor studier er ekskludert og hvor mange studier som til slutt var aktuelle for inklusjon i studien er presentert i et flytdiagram (tabell 3). En oversikt over aktuelle treff i hver enkelt database og hvor mange nye studier som ble funnet etter det første søket som ble gjennomført i databasen Cinahl er gitt i tabell 4. Det var totalt 43 studier som ble tatt ut i fulltekst for nærmere vurdering. Grunnen til at så mange som 37 studier ble ekskludert etter at de var lest i fulltekst, var fordi flere handlet om ergoterapeuter som arbeidet i kommunehelsetjenesten eller andre arbeidssteder som ikke var sykehus, de beskrev etiske og narrative aspekt ved resonneringen eller de hadde et annet fokus på den kliniske resonneringen enn det forskningsspørsmålet fokuserte på. En del av disse studiene kunne kanskje vært ekskludert tidligere i prosessen, men flere av studiene var vanskelige å vurdere ut fra tittelen og oppsummeringen. Kvalitative studier har ofte så brede definisjoner av formål og spørsmål, at det derfor ofte kan være nødvendig å lese funnene grundig for å kunne avgjøre om studien er aktuell eller ikke (Sandelowski, Docherty & Emden, 1997). Det var derfor nødvendig å ta mange studier ut i fulltekst, for å sikre at ingen potensielle studier ble ekskludert for tidlig. I tillegg tillot en slik

strategi en bredere forståelse for teorien knyttet til klinisk resonnering i ergoterapi, slik at forståelsen for temaet ble utviklet og forstått i flere kontekster enn kun knyttet til ergoterapeuter som arbeider på sykehus.



Tabell 3: Flytdiagram over søkestrategi

Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Aktuelle artikler på basis av tittel og sammendrag
Cinahl	Hele kombinasjonen (som beskrevet i teksten)	Publikasjoner fra 1994 og frem til dagens dato. "Clinical Queries": kvalitative studier	163	40
Embase	Hele kombinasjonen	Publikasjoner fra 1994 og frem til dagens dato. "Clinical Queries": kvalitative studier	216	14 (0 nye utover treff i Cinahl)
Medline	Hele kombinasjonen	Publikasjoner fra 1994 og frem til dagens dato. "Clinical Queries": kvalitative studier	117	4 (0 nye utover treff i Cinahl)
Amed	Hele kombinasjonen	Publikasjoner fra 1994 og frem til dagens dato. Har ingen avgrensingsfunksjon på "Clinical Queries"	325	29 (1 ny artikkel utover treff i Cinahl)
PsykINFO	Hele kombinasjonen	Publikasjoner fra 1994 og frem til dagens dato. "Clinical Queries": kvalitative studier	163	24 (1 ny artikkel utover treff i Cinahl)
SweMed+	Hele kombinasjonen	Publikasjoner fra 1994 og frem til dagens dato. Har ingen avgrensingsfunksjon på "Clinical Queries"	102	12 (0 nye utover treff i Cinahl)
ISI Web of Science	Hele kombinasjonen	Publikasjoner fra 1994 og frem til dagens dato. Har ingen avgrensingsfunksjon på "Clinical Queries"	341	3 (0 nye utover treff i Cinahl)
Gjennomgang av referanseliste til aktuelle studier				1 nytt treff

Tabell 4: Antall treff i benyttede databaser

Før inkluderte studier ble vurdert ved bruk av sjekklister, ble referanselisten til disse studiene gjennomgått for å vurdere om noen flere aktuelle studier kunne bli avdekket (Barroso et al., 2003). Dette førte til at enda en aktuell studie ble funnet. I tillegg ble muligheten "find citing articles" benyttet på artiklene som ble inkludert, i databasene Medline, AMED, PsykINFO og Embase. Dette førte ikke til at flere studier ble inkludert i masterstudien. Til slutt var det seks studier som ble vurdert inkludert, og som det ble gjort en kritisk vurdering av.

2.5.4 Sjekklistene

Evaluerings av primærartiklene gjøres fordi en ønsker å vurdere i hvor stor grad en kan stole på resultatene til primærstudier (Polit & Beck, 2008). Det er knyttet diskusjoner til

om kvalitative studier bør kvalitetsvurderes eller ikke (Walsh & Downe, 2005). Studier som blir ekskludert grunnet for lav metodologisk kvalitet, kan gi ny innsikt innenfor temaet, mens studier som er utført tilfredsstillende kan inneholde kort eller lite tolkning og dermed bidra mindre til ny innsikt innen temaet som studeres (Noyes et al., 2008). Vil det derfor være naturlig kritisk å vurdere kvalitativ forskning? Det er flere og flere som argumenterer for at en også innen kvalitativ forskning må benytte sjekklister for å kvalitetssikre inkluderte studier, og dermed øke troverdigheten til metasyntesen (Walsh & Downe, 2005; Campbell et al., 2003). Det er understreket at studier som blir vurdert til å ha lav kvalitet, har vist seg å bidra med mindre informasjon til syntesen (Noblit & Hare, 1988). I tillegg kan det være at hvis studier med lav kvalitet blir inkludert i metasyntesen, så kan det ødelegge syntesen på mange måter og kan bidra til at det blir vanskelig å tolke resultatene (Dixon-Woods et al., 2004)

Det er usikkert om det er mulig å utvikle sjekklister som skal vurdere kvaliteten på kvalitative studier, men noen grunnleggende regler kan nok settes (Greenhalgh, 2010). To slike grunnleggende regler som må dekkes i inkluderte studier, er at studiene ble utført ved å benytte kvalitativ metode, og at det kommer frem at resultatene ble støttet av råmaterialet (Finfgeld, 2003). Det er utviklet ulike sjekklister som kan benyttes til kvalitativ forskning, inkludert "the Critical Appraisal Skills Programme tool" (CASP). CASP er utviklet, testet og deretter modifisert (NHS, 2010). Videre står det at CASP er lett tilgjengelig og at det er klare beskrivelser under hvert punkt som skal vurderes, noe som tilsier at den er spesielt nyttig for forskere som har liten erfaring med å vurdere kvalitativ forskning (NHS, 2010). I tillegg er sjekklisten CASP benyttet av andre forskere som har utført meta-etnografiske studier (Carlsen, Glenton & Pope, 2007; Pound et al., 2005; Campbell et al., 2003). I dette masterprosjektet er det derfor valgt å bruke sjekklisten CASP på studier som vurderes inkludert i metasyntesen. Sjekklisten CASP inneholder ti spørsmål som skal hjelpe til med å vurdere kvaliteten på den kvalitative forskningen. Den er delt inn i to hovedområder, hvor de to første spørsmålene er kontrollspørsmål. Her fokuseres det på om det er et klart formål ved studien og om kvalitativ metode var egnet metode (NHS, 2010). Disse to spørsmålene er i relasjon til de to grunnleggende reglene som det er påpekt må være til stede i inkluderte studier (Finfgeld, 2003). De neste åtte spørsmålene er mer detaljerte spørsmål, slik at en bedre kan vurdere om blant annet rekrutteringen, etiske vurderinger

og forholdet mellom deltakerne og forskeren er gjort rede for. I tillegg knyttes disse spørsmålene opp mot om forskningsdesignet var velegnet, ble data samlet for å kunne gi et svar på forskningsspørsmålet og var analysen godt nok beskrevet. I tillegg er det fokusert på om resultatene er tydelig presentert og i hvilken grad en vurderer resultatene til å ha verdi for ny forståelse av temaet og praksis (NHS, 2010). Sjekklistene hjelper en til å identifisere hva som står skrevet i primærartikler, uavhengig av hvor det står presentert (Sandelowski & Barroso, 2007).

Det var totalt seks studier som ble vurdert kritisk ved hjelp av CASP i denne masterstudien (tabell 3). Hagedorn (1996) ble utelatt grunnet manglende beskrivelse av koblingen mellom rådata og resultat, noe som var et av de viktigste vurderingspunktene som ble lagt til grunn for den kritiske vurderingen (Finfgeld, 2003). Det vil si at studien ikke ble inkludert i syntesen på grunn av for lav kvalitet (Hagedorn, 1996). Den fjerde studien (Roberts, 1996) ble vurdert til å ha lav metodisk kvalitet, men ble likevel inkludert i metasyntesen. Den har presentert utvelgelsen av deltakere, hvordan data er samlet inn og analysen utført på en forståelig og grundig måte. Resultatene er likevel presentert uten gode koblinger til utsagn fra deltakerne. Det er derfor vanskelig å se koblingen mellom resultater og utsagn fra deltakerne. Likevel ble resultatene vurdert til å kunne tilføre syntesen viktige momenter, og ble derfor inkludert i metasyntesen. Dette har medført at det til slutt var fem studier som ble inkludert i metasyntesen.

2.5.5 Svakheter knyttet til utvelgelsen av relevante studier

I denne masterstudien er det bare en person som har gjennomført litteratursøket. Når en person går gjennom trefflisten etter et søk, som i denne studien var på totalt 1427 treff, så er det lett for å overse aktuelle treff. Søket er gjennomført flere ganger og treffene er gjennomgått to til tre ganger i hver database. Søkestrategien er diskutert med bibliotekar, medstudent og veileder for å utvikle et systematisk søk og øke treffsikkerheten på artikler som ble funnet. Det ble testet tre ulike søkestrategier i databasen Cinahl, for å finne frem til den søkestrategien som gav best resultat, hvor søket hadde størst fokus på spesifisitet fremfor sensitivitet. Feilstaving av ord kan også være et problem når en gjennomfører et søk. Ved å benyttes MESH termer fremfor tekstord, vil en kunne imøtekomme dette problemet (Barroso et al., 2003). Det ble gjort

i søkestrategien for denne studien for de ordene det var mulig, men de ulike ordene for klinisk resonnering var ikke definert på forhånd i databasene og derfor var det nødvendig å benytte seg av tekstord knyttet til disse beskrivelsene. Klinisk resonnering i ergoterapi er et stort teoretisk felt, hvor ulike ord er benyttet for å beskrive teorien (Crabtree, 1998). Det betyr at det er stor sjans for at vesentlige ord for klinisk resonnering i ergoterapi ikke er blitt inkludert i søkestrategien og kan dermed ha ført til at aktuelle studier ikke er blitt inkludert i treffene.

I studien gjort av Munroe (1996) ble det påpekt at beslutninger ergoterapeuter tar skjer når de er i aktiviteten, og mer sjelden i etterkant. Siden fire av studiene som er inkludert har hatt en retrospektiv tilnærming til ergoterapeutenes resonnering, kan resultatene ha begrensninger knyttet til hva slags resonnering ergoterapeutene i studien fokuserer på og dermed rapporterer. Data som er samlet kan ha størst fokus på refleksjon og resonnering etter gjennomført behandling og ikke et så stort fokus på hvordan beslutningstaking skjer i praksis (Crabtree & Lyons, 1997).

Det er ikke søkt etter grå litteratur eller gjennomført hånd søking i aktuelle tidsskrifter. Dette kan gi en skjevhet i utvalget, fordi aktuelle studier som er gjennomført ikke blir inkludert i metasyntesen. Det er ikke alle studier som blir publisert og viktige aspekter ved klinisk resonnering kan derfor bli oversett. Søket er også begrenset til å gjelde for tidsrommet 1994-2010. Det finnes aktuelle studier som er gjennomført før 1994 og disse resultatene er derfor ikke inkludert i metasyntesen. Disse studiene kunne gitt et viktig bidrag til hvordan ergoterapeuter på sykehus beskriver sin resonnering, men siden forståelsen knyttet til klinisk resonnering er tett bundet opp mot forskningen gjort av Mattingly & Fleming (1994) anses dette som en naturlig avgrensning.

I tillegg er det bare fem primærstudier som er inkludert i metasyntesen. Det vil ikke være nok til å få et fullstendig og nyansert bilde av hvordan ergoterapeuter på sykehus beskriver sin kliniske resonnering. Kvalitative studier forsøker å beskrive og finne svar på erfaringer mennesker har om et tema og en metasyntese har som mål å produsere ny og tolket forståelse av funnene fra kvalitative primærstudier (Noyes et al., 2008).

Resultatene fra metasyntesen vil forhåpentligvis kunne hjelpe til å forstå mer hvordan ergoterapeuter på sykehus beskriver sin kliniske resonnering, men temaet vil fremdeles ha behov for videre utforskning. Kvalitative studier inneholder også store mengder ord som beskriver temaet, noe som gir utfordringer i å redusere og tolke disse resultatene på tvers av de inkluderte studiene (Polit & Beck, 2008). Et annet mål ved en metasyntese er også å bevare innholdet og resultatene fra inkluderte studier så lenge som mulig, noe som kan være vanskeligere hvis en inkluderer flere enn ti studier i en metasyntese (Sandelowski, Docherty & Emden, 1997).

2.6 Dataanalyse

Det finnes ingen universelle regler for hvordan en skal analysere kvalitative data (Polit & Beck, 2008). I denne masterstudien bygger dataanalysen hovedsakelig på fasene fire til seks i 7-trinns prosessen beskrevet av Noblit & Hare (1988). Siden Noblit & Hare (1988) sin tilnærming er å anse som en ”veiviser” og at det er visse begrensninger knyttet spesielt til analysedelen (Doyle, 2003), har jeg i tillegg valgt å benytte kryssanalyse til analysedelen, som beskrevet av Miles & Huberman (1994). Selv om fase fire til seks er å anse som analysen til metasyntesen (Noblit & Hare, 1988), er likevel ”fase 3: Lese studiene” presentert under punkt 2.6: Dataanalyse. Dette er gjort fordi det å lese studiene godt og ha en god forståelse for innholdet i hver enkelt primærstudie vil være avgjørende for å kunne gjennomføre en vellykket analyse. I de følgende fasene beskrives og presenteres selve metoden for hvordan analysen er utført, mens selve resultatene blir presentert under hovedpunkt 3.0: Resultater.

2.6.1 Fase 3: Lese studiene

I denne fasen har fokuset vært på å lese studiene godt og forstå innholdet og terminologien til hver enkelt studie, ved å fokusere på konsepter, tema og/eller metaforer som forfatterne bruker for å forklare sine resultat (Noblit & Hare, 1988). Under dette punktet skal metodologien fra hver enkelt studie beskrives, for å kunne forstå i hvilken kontekst primærstudiene er utført og hvor tolkningene og forklaringene kommer fra (Britten et al., 2002). Her ble det derfor utviklet en metodematrise, hvor formålet, utvalg og kontekst, datainnsamling og analyse fra hver enkelt primærstudie

ble presentert (tabell 7). Det gav en forståelse for primærstudiene og det ble enklere å forstå i hvilken kontekst resultatene fra primærstudiene var hentet fra.

Primærstudiene ble lest flere ganger, noe Polit & Beck (2008) påpeker skal gjøres for å forstå helheten av funnene eller metaforene som kommer frem i hver enkelt studie. Ved å benytte sjekklisten CASP på alle inkluderte studier ble det enklere å lese alle studiene grundig fra starten av og å kunne trekke ut momenter til metodematriksen (tabell 7). I denne fasen ble hoved- og underkategoriene, med forklaringer knyttet til disse, tatt ut fra primærstudiene, og disse konseptene ble rådataene til syntesen (Campbell et al., 2003). Doyle (2003) presiserer viktigheten av å bevare ordene som er benyttet i primærstudiene så lenge som mulig for på den måten å kunne opprettholde meningen fra primærstudiene inn i syntesen. I den første utvelgelsen av funn fra primærstudiene ble dette ivaretatt ved at alle funnene ble skrevet ned, ord for ord og linje for linje.

Resultatene fra primærstudiene ble skrevet ned ved å oversette disse til norsk, siden alle primærstudiene var skrevet på engelsk. Det krevde et nitid arbeid, som førte til flere runder med sjekking for å sikre at alle funnene fra studiene var korrekt oversatt og forstått. Veileder har engelsk som førstespråk og ble derfor en avgjørende samarbeidspartner i dette arbeidet, hvor hun leste gjennom alle fem studiene og gav tilbakemelding på oversettelsene som var gjennomført. En av studiene ble i tillegg gjennomgått av medstudent, for å sikre at meningsinnholdet var trukket ut korrekt. I kvalitative studier kan det være problemer knyttet til hva som regnes som data eller funn (Sandelowski & Barroso, 2002). Det er ofte ikke en tydelig avgrensning på hvor funnene presenteres og det kan derfor være en utfordring å finne resultatene i kvalitative studier (Sandelowski, Docherty & Emden, 1997). I to av studiene oppstod det utfordringer i forhold til å trekke ut resultatene, fordi disse var plassert både under resultatene og diskusjonen (Copley et al., 2008; Roberts, 1996). Dette ble løst ved å ta med alt som var skrevet både i resultatene og diskusjonen, for å oppnå en god forståelse av resultatene til disse to studiene.

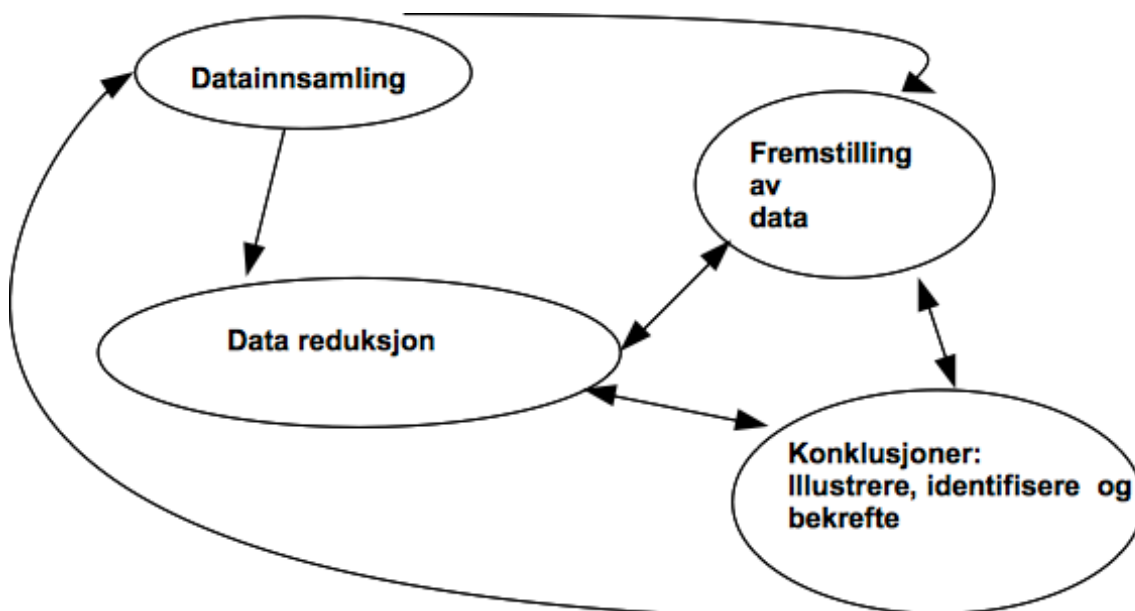
Det ble totalt funnet 16 hovedkategorier i alle fem studiene og i tillegg 20 underkategorier i tre av studiene (Copley et al., 2008; Crabtree & Lyons, 1997; Roberts, 1996). De to andre studiene benyttet kun hovedkategorier i relasjon til sine funn (Unsworth, 2005; Creighton et al., 1995). Oppsummert vil det si at det var totalt 16 hovedkategorier og 20 underkategorier fra alle fem studiene. Disse kategoriene og tolkningene fra primærstudiene er rådataene til meta-etnografien (Pope, Popay & Mays, 2007). I vedlegg 4 er det vist et eksempel på innholdet i den første studien, med utgangspunkt i dens første hovedkategori og tre underkategorier (Copley et al., 2008). Det er blitt understreket av Sandelowski, Docherty & Emden (1997) at en må ta ut hovedkategorier og underkategorier før en starter med analysen, slik at en kan forstå hver enkelt studie for seg selv. Det ble gjort i denne studien, ved at resultatene fra alle primærartiklene ble oversatt hver for seg.

2.6.2 Fase 4: Avgjøre hvordan studiene er relatert til hverandre

Fase fire til seks i 7-trinns prosessen til Noblit og Hare (1988) er analysefasene. En metasyntese er en kompleks og sammensatt oppgave som betyr at en forsiktig tar bort lag for lag i primærstudiene, for på den måten å kunne komme til kjernen av kunnskapen, uten for stor endring av primærstudiene (Polit & Beck, 2008). Det var derfor viktig å ha forskningsspørsmålet klart for seg, slik at det som ble fremhevet fra primærstudiene var i relasjon til hvordan ergoterapeuter beskriver sin kliniske resonnering. Funnene må tolkes i lys av forskningsspørsmålet (Miles & Huberman, 1994). For å kunne avgjøre hvordan studiene er relatert til hverandre i fase fire, har det vært avgjørende å ha en god forståelse for hver enkelt primærstudie, noe som er oppnådd når alle resultatene er plukket ut under fase tre.

Datareduksjon er ikke en adskilt del av analysen, men en aktiv del av analysen (Miles & Huberman, 1994). Det har vært tydelig i dette masterprosjektet at analysefasen er en prosess frem og tilbake mellom datainnsamlingen til datareduksjonen, for å forstå innholdet på tvers av studiene (figur 3). I denne fasen begynte også en forsiktig tilnærming til å se likheter og forskjeller på tvers av primærstudiene. Ordene og forklaringene fra primærstudiene ble ivaretatt ved at reduksjonen kun innebar å benytte

færre ord enn det som var gjort i primærstudiene, men ikke å endre ordene. Det som var vanskelig i denne prosessen, var at det ubevisst oppstår en sammenligning mellom primærstudiene mens en arbeider med å redusere innholdet i hver enkelt kategori. Et av målene har vært å analysere hver enkelt studie hver for seg, for deretter å sette dem sammen i en syntese. Doyle (2003) skriver også at dette er vanskelig fordi når en velger ut hovedessensen fra studiene, så innebærer dette en viss tolkning og dermed er syntesen av studiene i gang.



Figur 3: Interaktiv modell (Miles & Huberman, 1994, s.12)

Det er tre ulike tilnærminger studiene kan være relatert til hverandre i en meta-etnografi: "reciprocal translational analysis" (RTA), "refutational" syntese og "Lines-of-argument" (LOA) (Barnett-Page & Thomas, 2009; Campbell et al., 2003; Noblit & Hare, 1988). Når studier hovedsakelig omhandler samme tema, benyttes en "reciprocal translational analysis" (RTA) (Noblit & Hare, 1988). "Refutational" syntese innebærer å se nærmere på hva som er ulikhetene mellom de forskjellige studiene som er inkludert (Barnett-Page & Thomas, 2009). "Lines-of-argument" (LOA) er hovedsakelig om logiske slutninger og vil si at syntesen bygger opp et bilde av helheten, for eksempel

kultur, organisasjon og lignende, fra hver enkelt studie (Noblit & Hare, 1988). Den ”reciprocale” tilnærmingen innebærer å undersøke hovedkategorier i sammenheng mellom primærstudier, som er tilsvarende konstant sammenlikning som benyttes innen kvalitativ dataanalyse og kryssanalyse (Campbell et al., 2003). Derfor er kryssanalyse relevant å benytte til analysen. ”Reciprocal” tilnærming er benyttet i denne masteroppgaven fordi de fem utvalgte primærstudiene handler om samme tema og kan derfor bidra til å gi svar på hvordan ergoterapeuter beskriver sin kliniske resonnering.

I denne fasen sitter en med store mengder råmateriale fra primærstudiene (Miles & Huberman, 1994). Prosessen videre ble derfor å redusere antall ord som var funnet fra primærstudiene. Når alle funn var oversatt og skrevet inn i et dokument, utgjorde det 30 A4 sider. Det sier seg selv at det er vil være alt for mange ord til å kunne trekke ut essensen av studiene og det ville heller ikke vært mulig å se kategorier på tvers av studiene. I denne studien ble dette gjort ved å redusere teksten gjennom å utheve de viktigste momentene i hver eneste setning funnet i primærstudiene. Utfordringen var å velge ut det som var viktigst sett i lys av forskningsspørsmålet, men samtidig være åpen for ny informasjon. Dette var derfor en prosess som krevde flere runder, hvor første uttak av funn fra primærstudiene ble sjekket ofte opp mot understrekningene (figur 3). På den måten ble opprinnelig tekst ivaretatt mest mulig, samtidig som de viktigste momentene under hvert punkt ble fremhevet (tabell 5). Funnene utgjorde, etter denne reduksjonen, til sammen 17 A4 sider. Denne teksten ble så skrevet ut og hengt opp ved siden av hverandre på veggen. Ved å benytte ulike fargekoder på felles tema på tvers av studiene, ble det synlig hvilke moment som ble delt av de ulike studiene. På denne måten kom det også tydeligere frem hvilke moment som ikke ble delt av studiene, fordi disse ikke ble markert med fargekode. I tabell 5 kommer det frem at det fremdeles er mange ord når teksten er blitt redusert. Ved å utheve viktige moment, var det likevel mulig å trekke ut de viktigste funnene fra hver enkelt studie og se forskjeller og likheter på tvers av studiene. Fremdeles ble ordene fra primærstudiene benyttet, slik at perspektivet til disse studiene kunne bli ivaretatt fremover i analysen.

<p>Kategorier fra Copley et.al. (2008).</p> <p>Data avdekket prosessene brukt av terapeuten til å <u>lage intervensjonsbestemmelser</u> som var <u>individuell skreddersydd klienten</u>. Tre hovedprosesser var identifisert fra dataene. Disse var (a) <u>mens det ble opprettet et terapeutisk forhold, søkte terapeuten etter informasjon om klientens historie, nåværende situasjon og fremtid:</u></p> <p>* Terapeuten <u>søker informasjon</u></p> <p>Mens <u>innsamling</u> av informasjon om <u>klientens historie og nåværende status</u>, anvendte ergoterapeuten konstant denne informasjonen på <u>intervensjonens fremtidige kontekst</u>. Når hun søkte <u>objektiv informasjon om klientens sosiale situasjon</u>, konteksten til omgivelsene, helsestatus, tidligere og nåværende øvre ekstremitetsstatus og intervensjon som var prøvd tidligere, samlet samtidig terapeuten klientens holdning og forventning i relasjon til hans eller hennes øvre ekstremitet og mulige fremtidige intervensjoner. Denne informasjonen tillot ergoterapeuten til å <u>identifisere mulige mål</u> som klienten måtte ha, den spesifikke øvre ekstremitet <u>funksjon klienten trengte</u> for å nå disse målene, intervensjon som kunne gjøre det mulig å nå disse øvre ekstremitetsfunksjoner, <u>intervensjoner</u> som kanskje kunne bidra til å oppnå disse øvre ekstremitetsfunksjoner, <u>hva klienten kunne forvente</u> av intervensjonen, og hvordan hun/han muligens ville <u>reagere</u> på forskjellige intervensjoner (s.1489).</p>	<p>Kategorier fra Copley et.al. (2008).</p> <p>Ergoterapeuten laget intervensjonsbestemmelser som var individuelt skreddersydd klienten.</p> <p>(a) Ergoterapeuten opprettet et terapeutisk forhold samtidig som hun søkte etter informasjon om klientens historie, nåværende situasjon og fremtid;</p> <p>* Terapeuten søker informasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samlet inn informasjon om klientens historie og nåværende status, for mulig ntervensjoner. - søkte objektiv informasjon om klienten - informasjonen tillot ergoterapeuten til å identifisere mulige mål, funksjon klienten trengte, mulig intervensjoner, hva klienten kunne forvente av intervensjonen og hvordan klienten kunne reagere på forskjellige intervensjoner (s.1489).
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabell 5: Første datareduksjon – første hovedkategori og første underkategori fra den første studien (Copley et al., 2008)

Videre ble det utviklet koder for hver setning i reduksjonen. Disse ble dannet ved å ta utgangspunkt i innholdet i setningene fra den første reduksjonen. Det ble utviklet totalt atten koder på tvers av de fem primærstudiene. Det er to måter for å utarbeide koder; en hvor kodene blir laget i forkant av analysen eller en hvor kodene oppstår mens en analyserer funnene (Miles & Huberman, 1994). For denne studien ble kodene opprettet i løpet av analysen, en empirisk tilnærming (tabell 6). Det er viktig å opprette en viss struktur over kodene, slik at kodene bidrar til mer forståelse av innholdet og ikke mindre (Miles & Huberman, 1994). Ved å plassere alle kodene og forklaringen til kodene i et dokument ved siden av det som ble kodet, var det hele tiden mulig å ha en oversikt over innholdet i kodene og det gav mulighet for å benytte de samme kodene på tvers av primærstudiene, når dette var aktuelt.

<p>Kategorier fra Copley et.al. (2008)</p> <p>Ergoterapeuten laget intervensjonsbestemmelser som var individuelt skreddersydd klienten.</p> <p>(a) Ergoterapeuten opprettet et terapeutisk forhold samtidig som hun søkte etter informasjon om klientens historie, nåværende situasjon og fremtid;</p> <p>* Terapeuten søker informasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samlet inn informasjon om klientens historie og nåværende status, for mulig intervensjoner. - søkte objektiv informasjon om klienten - informasjonen tillot ergoterapeuten til å identifisere mulige mål, funksjon klienten trengte, mulig intervensjoner, hva klienten kunne forvente av intervensjonen og hvordan klienten kunne reagere på forskjellige intervensjoner (s.1489). 	<p>INT-IND (intervensjon-individuelt)</p> <p>KLI-HIST (klient – historie)</p> <p>KLI-HIST</p> <p>KLI-OBJ (klient – objektivt)</p> <p>KLI-MÅL (klient – mål)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabell 6: Utarbeidelse av koder

Utvikling og danning av koder bør utføres av to uavhengige personer, i alle fall på deler av dokumentet, for å sikre troverdigheten av kodingen og dermed analysen (Miles & Huberman, 1994). Dette er ikke gjort i denne masterstudien og bidrar derfor til noe redusert troverdighet. Men for å gjøre denne fasen mer oversiktlig for leseren, er tabell 6 vist, slik at leser kan danne seg et visst bilde av hvordan kodene er utviklet i studien. Kodene ble også knyttet til de fleste setningene i teksten, slik at ikke vesentlige moment

skulle bli utelatt. Når det var knyttet koder til de fleste setningene i de fem primærstudiene, ble kodene plassert i en tabell. Alle funn er ikke kodet, fordi alle funnene ikke nødvendigvis var relatert til forskningsspørsmålet (Miles & Huberman, 1994). Denne prosessen har derfor vært en selektiv prosess, hvor en del av informasjonen fra primærstudiene har blitt utelatt. Beskrivelsene knyttet til hver enkelt kode ble overført i en tabell, for å starte prosessen med å se tema på tvers av studiene. Fremdeles er forfatterens stemme ivaretatt ved at ordene som var benyttet i studiene ikke er blitt endret. Dette er viktig for at innholdet og forståelsene av resultatene fra primærstudiene ikke blir endret og forandret (Noblit & Hare, 1988).

2.6.3 Fase 5: Oversette og kode studiene til hverandre

Målet til en meta-etnografi vil være å lære fra et utvalg av hver enkelt primærartikkel (Doyle, 2003). Fase 5 innebærer en nøye sammenlikning mellom studiene for å identifisere konsept og tema på tvers av studier (Pope, Popay & Mays, 2007). Denne meta-etnografien har inkludert kvalitative studier uavhengig av metodologi. Dette kan gi utfordringer ved analyse av studiene, hvor flere forskere argumenterer for at en ikke kan lage synteser av studier med ulik metodologi (Polit & Beck, 2008). En måte å imøtekomme dette problemet, er at en først grupperer og analyserer studier med lik metodologi sammen, for deretter å lage en syntese mellom de ulike metodologiene (Campbell et al., 2003 ; Walsh & Downe, 2005). Siden studiene har liknende formål, til tross for ulik metodologi, er det likevel valgt å analysere alle fem studiene samtidig og ikke trekke noen ut først. Mulig at det har gjort analysen vanskeligere enn nødvendig, men det var såpass klare fellestrekk mellom flere av studiene at det ikke ble ansett som nødvendig.

For å konkretisere denne fasen er Miles & Huberman (1994) sin beskrivelse av kryssanalyse benyttet. I en kryssanalyse er det nødvendig å redusere data, og datareduksjon er prosessen hvor en velger, fokuserer og forenkler data fra primærstudiene (Miles & Huberman, 1994). Denne prosessen går frem og tilbake mellom datainnsamling, datareduksjon, fremstilling av data og konklusjoner, for å sikre at viktige data ikke forsvinner når en reduserer informasjonen (figur 2) (Miles &

Huberman, 1994). Studiene begynner nå forsiktig å bli sett i sammenheng til hverandre, ved at de atten kodene som først var knyttet opp mot første reduksjon av rådataene fra primærstudiene, ble redusert til færre, felles kategorier. Dette er oppstarten av kryssanalysen og er definert som ”mønsterkoding”, som innebærer at en grupperer de første kodene til mindre deler eller konstruksjoner (Miles & Huberman, 1994). Dette ble gjort ved at innholdet i kategoriene ble gjennomgått og vurdert opp mot hverandre. Ulike tema som hadde overlappende mening, ble koblet sammen med hverandre under en felles kategori, en kryssanalyse tar form. De atten kodene som først var knyttet til resultatene fra primærstudien, ble nå redusert til åtte felles kategorier. Dette legger grunnlaget for kryssanalysen, ved at antydninger til felles tema begynner å ta form (Miles & Huberman, 1994).

Det var viktig i denne fasen at all tolkning er fundamentert i den opprinnelige teksten, for å kunne gi et bilde av essensen i teksten (Noblit & Hare, 1988). Disse resultatene skal da kunne lede en til både å se homogenitet og uregelmessighet på tvers av studier (Walsh & Downe, 2005), hvor det er avgjørende for metoden at motstridende funn ikke blir skjult (Noblit & Hare, 1988). Når studiene skulle oversettes og kodes opp mot hverandre måtte det være tett knyttet til forskningsspørsmålet (Doyle, 2003). Ved å plassere hver enkelt studie i egne kolonner ble lettere å få frem ”stemmen” fra den enkelte studie og på den måten se likheter og ulikheter mellom studiene etter hvert som analysen ble utviklet (Doyle, 2003). Forskningsspørsmålet til denne masteroppgaven er å se nærmere på hvordan ergoterapeuter som arbeider på sykehus beskriver sin kliniske resonnering. Dette var viktig å ha med seg når funnene fra primærstudiene skulle oversettes og kodes opp mot hverandre. Ved å produsere koder på tvers av studiene, kom det frem flere fellestrekk. I tillegg kom det frem viktige moment som ble nevnt i noen av studiene, men som ikke ble sett igjen i de andre studiene. Disse kodene var også viktige å ta med seg videre, slik at både likheter og ulikheter på tvers av studiene ble tatt med videre inn i syntesen.

For å utvikle en bedre forståelse av de åtte kodene og innholdet knyttet til disse kodene, ble det nødvendig å lage et sammendrag av innholdet. Sammendraget var tydelig koblet til strukturen og innholdet i det lengre materialet, men nå startet en forsiktig tilnærming

med å lage egne og kortere beskrivelser av innholdet knyttet til hver kode (Miles & Huberman, 1994). Dette ble gjort under hver primærstudie og for hver enkelt kode. Hver primærstudie var ført opp i kolonner bortover, mens de åtte kategoriene var listet nedover i rekker. Ved å danne kortere beskrivelser, ble det også mulig å se innholdet enda mer i sammenheng. Dette førte til at det oppstod enda en reduksjon, slik at kryssanalysen til slutt gikk fra åtte til fem kategorier som var oppstått på tvers av de fem primærartiklene. Disse fem kategoriene ble en del av det endelige resultatet og ble derfor videreført i syntesematrisen (tabell 8).

2.6.4 Fase 6: Synteseoversettelse

I meta-etnografi handler synteseoversettelsen om å finne terminologi og konsepter fra de ulike studiene som hører sammen med hverandre på tvers av studier, deretter summeres disse opp til høyere ordens konstruksjoner (Barnett-Page & Thomas, 2009; Noblit & Hare, 1988). Utfordringen vil være å lage en helhet ut fra hva hver primærartikkel viser (Polit & Beck, 2008). Hovedforskjellen mellom analyse og syntesen vises ved at fokuset skifter fra å se primærartiklene som deler av en samling resultat, til å se samlingen av resultatene som en helhet (Doyle, 2003). Det er benyttet en tabell i form av en kryssanalyse for å organisere studiene og se likheter og forskjeller på tvers av studiene.

En syntese gir muligheter for å generalisere på tvers av primærstudier og kan gi en dypere forståelse og forklaring på et fenomen (Miles & Huberman, 1994). Denne fasen har vært den vanskeligste å gjennomføre og forklare, fordi en her skulle utvikle en dypere forståelse på temaet. De fem kategoriene som ble videreført fra kryssanalysen, ble nå vurdert nøye opp mot hverandre igjen og resulterte i at det oppstod enda en reduksjon. Dermed ble resultatet av syntesen på totalt fire kategorier. Disse kategoriene, som er resultatene fra metasyntesen, trenger ikke å ha vært uttrykt i primærartiklene (Campbell et al., 2003). Denne prosessen kan minne om andre-ordens konstruksjoner som oppstår ved analysen av kvalitativ forskingsdata, men i en metasyntese defineres dette som tredje-ordens tolkninger (Campbell et al., 2003; Britten et al., 2002). Resultatet fra metasyntesen vil ikke nødvendigvis tilby en større ”sannhet” enn det

primærstudiene tilbyr, men metasyntesen kan bidra til at en ser teorien med nye øyne og i et nytt perspektiv (Thorne et al., 2004). Meta-etnografi innebærer ikke en overføring av liknende funn for hver enkelt av primærstudie, men heller å skape nye konsept på tvers av studier (Doyle, 2003).

Når kryssanalysen var gjennomført, var rådataene fra primærstudiene redusert til fem kategorier, som er en forklaring på hvordan ergoterapeuter som arbeider på sykehus beskriver sin kliniske resonnering. Ved å se disse fem kategoriene på tvers av hverandre i kryssanalysen, var det mulig å tolke innholdet videre og forstå en sammenheng mellom de fem primærstudiene utover hva som var beskrevet i disse studiene. Dette førte til at det var mulig å utvikle en syntese. Den bestod av fire kategorier, som er forklaringer på hvordan ergoterapeuter som arbeider på sykehus beskriver sin kliniske resonnering. De fire kategoriene ble presentert slik: 1) Ulike resonneringsprosesser, 2) Anvendelse av kunnskap, 3) Hvordan konteksten påvirker resonneringen og 4) Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv. Dette er ikke ord benyttet i primærstudiene og er dermed tolkninger som er oppstått ved å se rådataene på tvers. Disse fire kategoriene er forklaringer på hvordan ergoterapeuter på sykehus beskriver sin kliniske resonnering. Når syntesen og kategoriene var utviklet, ble det avgjørende å gå tilbake til rådataene og finne frem til de vesentlige punktene som kunne beskrive hver enkelt kategori. Fremdeles ble den interaktive modellen benyttet aktivt, for å sikre at resultatene var grunnlagt ut fra rådataene (figur 2) (Miles & Huberman, 1994). Resultatene blir presentert og utdypet under punkt 3.0: Resultater.

2.7 Etiske aspekter

I kvalitative studier blir etiske aspekt ivaretatt blant annet ved at deltakerne samtykker til å delta i studien og at deres anonymitet ivaretas (Polit & Beck, 2008). I en metasyntese benytter en funnene fra primærartiklene som rådata til syntesen. Det vil derfor være naturlig å undersøke om primærartiklene, som er valgt ut til metasyntesen, har ivaretatt etiske problemstillinger i sine studier. To av studiene har skrevet at de hadde skaffet etisk godkjenning og informert samtykke fra deltakerne (Copley et al., 2008; Unsworth, 2005). De tre andre studiene har ikke skrevet noe knyttet til etikk ved sine studier (Crabtree & Lyons, 1997; Roberts, 1996; Creighton et al., 1995). Alle disse

tre studiene er fra midten av 1990-tallet. Tydelige krav til at også etikk skal rapporteres i studiene er kommet mer og mer de siste årene. Det er derfor mye mulig at også disse studiene i alle fall har fått informert samtykke fra sine deltakere, selv om dette ikke er rapportert i artiklene. Selv om dette ikke var rapportert i tre av studiene, ble disse studiene likevel inkludert i metasyntesen.

Denne studien innebærer å gjennomføre en syntese av kvalitative primærstudier, en metasyntese. Dette vil si at det oppstår en analyse av resultatene fra primærstudiene, noe som innebærer tolkning og vurdering (Pope, Popay & Mays, 2007). Ofte når mennesker skal fortolke andres metaforer, finner man det en allerede kjenner til og vet på forhånd (Thorne et al., 2004). Når en summerer opp resultater fra kvalitativ forskning kan en også ende opp med å tynne ut og ødelegge integriteten i primærstudiene (Sandelowski, Docherty & Emden, 1997). Metasyntesen må derfor fremheve alternative erfaringer og tolkninger, hvor metoder som får frem forskjeller må benyttes (Thorne et al., 2004). Selv om det ikke er mennesker i direkte forstand som benyttes som data til metasyntesen, er det likevel personer som har beskrevet sine refleksjoner og tolkninger i primærartiklene, og det mest etisk forsvarlige vil være å gjengi resultatene fra primærartiklene konsist og korrekt, samtidig som resultatene tolkes og forklares ut i fra forskningsspørsmål til metasyntesen (Doyle, 2003). Ved å vise tydelig hele veien i studien hvordan analysen har foregått, vil en både kunne oppnå troverdighet fra leseren, men det vil også bidra til at analysen kan ivareta resultatene fra primærartiklene på en best mulig måte (Miles & Huberman, 1994).

Hvor nyttig denne studien er og i hvilken grad den kan bidra med ny kunnskap, er også en viktig etisk vurdering som må tas tidlig i oppstarten av studien (Miles & Huberman, 1994). Ved å klargjøre formålet med studien og ha en tydelig plan for hvordan resultatene skal publiseres, vil en kunne imøtekomme og ivareta viktigheten av studien.

Det er også avgjørende at en innehar gode kunnskaper innen kvalitativ forskning, slik at funnene og resultatene blir bearbeidet og behandlet på en god nok måte. Det skal vurderes nøye om det er etisk forsvarlig å gjennomføre en slik studie, ut fra de

ferdighetene og ressursene som er tilgjengelig (Miles & Huberman, 1994). Siden dette er en masterstudie, vil det være store begrensninger knyttet til dette punktet. Det var derfor avgjørende at veileder og biveileder hadde gode kunnskaper knyttet til det å gjennomføre kvalitativ forskning og en metasyntese. I tillegg er kollokvier og diskusjoner med medstudent benyttet jevnlig, for å utvikle en forståelse for fremgangsmåter, metoden og hvordan resultatene skulle utarbeides.

3.0 Resultater

Resultatene i meta-etnografien er en forklaring på hvordan ergoterapeuter som arbeider på sykehus beskriver sin kliniske resonnering. Under punktet 3.1: Beskrivelse av inkluderte studier, blir det gitt en grundig presentasjon av alle de fem inkluderte primærstudiene. Videre under punkt 3.2: Beskrivelse av resultatene fra syntesen, vil sammenhenger og begrunnelse for resultatene i syntesen presenteres og utdypes.

Resultatene er kommet gjennom en systematisk analyse av rådata fra primærstudiene. Kryssanalyse, beskrevet av Miles & Huberman (1994), er benyttet og en syntese er utviklet. Dette har gitt fire kategorier; 1) Ulike resonneringsprosesser, 2) Anvendelse av kunnskap, 3) Hvordan konteksten påvirker resonneringen og 4) Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv. En kort oppsummering og beskrivelse av kategoriene blir her presentert.

1) Ulike resonneringsprosesser

Ergoterapeutene benyttet ulike former for resonnering. Noen ganger en bestemt form for resonnering, andre ganger resonnering på en hierarkisk, trinnvis måte og andre ganger igjen ble de ulike formene for resonnering brukt om hverandre og samtidig.

2) Anvendelse av kunnskap

For å forstå et problem som klienten har, anvender ergoterapeuten sin tidligere erfaring og kunnskap. Dette ble sett i relasjon til andre former for resonnering og var ikke en egen form for resonnering.

3) Hvordan konteksten påvirker resonneringen

Konteksten og omgivelsene der terapien ble utøvd, hadde også en påvirkning på resonneringen til ergoterapeutene. Slik som tilgjengelig utstyr, tidsbegrensninger og legers bestillinger var eksempler på hvordan konteksten kunne påvirke resonneringen til ergoterapeutene og dermed deres behandling.

4) Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv.

Ergoterapeutene var opptatt av å danne en helhetlig forståelse av klientens situasjon, slik at de kunne foreslå intervensjoner som sannsynligvis ville fungere best for hver enkelt klient. Det var viktig å involvere klienten i behandlingen, slik at et best mulig resultat kunne oppnås. Dette ble gjort ved å gi en del av ansvaret for behandlingen til klienten, ved å dele informasjon og øke klientens kunnskaper om eget problem. På den måten kunne klientene bli aktive i eget liv.

3.1 Beskrivelse av inkluderte primærstudier

Det var totalt fem kvalitative primærstudier som ble inkludert i meta-etnografien. De samlede resultatene er utarbeidet fra et utvalg på til sammen 57 ergoterapeuter, fra Australia, England og USA. Ergoterapeutene arbeidet alle i tilknytning til sykehus, men på ulike avdelinger. Pasientgruppene ergoterapeutene arbeidet mot var blant annet rettet mot mennesker med hypertensitet i øvre ekstremitet, slag, hodeskade, plastikkirurgi og ryggmargsskade. I studien fra Roberts (1996) ble ikke arbeidssted beskrevet, men spørreskjema som ble sendt deltakerne var relatert til fysisk, sosial og mental helse. Studiene er publisert mellom 1995 og 2008. Karakteristikk knyttet til hver enkelt studie er presentert i tabell 7, hvor formål, utvalg og kontekst, datainnsamling og analyse er presentert i relasjon til hver enkelt primærstudie.

Primærstudier	Copley et.al., 2008	Unsworth, 2005	Crabtree & Lyons, 1997	Roberts, 1996	Creighton et.al., 1995
Formål	Å beskrive prosessen brukt av en erfaren ergoterapeut for å lage individualiserte intervensjonsavgjørelser til å støtte funksjonell måloppnåelse for mennesker med øvre ekstremitet hypertensitet.	Benytter et hodefestet videokamera for å undersøke nåværende forestilling av klinisk resonnering i ergoterapi.	Utforske terapeutens kliniske resonnering. De ulike formene for klinisk resonnering brukt av en erfaren ergoterapeut, sammen med faktorer som påvirket terapeutens bruk av de ulike resonneringsformene.	Å undersøke innholdet og prosessen av ergoterapeutisk resonneringsstrategier når de er engasjert i oppgaver for deres profesjon.	Utforske klinisk resonnering hos fire erfarne ergoterapeuter når de presenterte og modifiserte terapeutiske aktiviteter for å behandle pasienter med ryggmargsskade.
Utvalg og kontekst	1 ergoterapeut og 5 klienter Universitetsbasert klinikk i Australia	13 ergoterapeuter Tre rehabiliteringssenter i en stor by i Australia	1 ergoterapeut Plastisk kirurgi, på et offentlig sykehus i Australia	38 ergoterapeuter Ikke beskrevet hvor de arbeider, men i England	4 ergoterapeuter Rehabiliteringssenter i Michigan, USA
Data-innsamlings	Kvalitativ "case study". Deltakende observasjon og semistrukturert intervju med klienter og ergoterapeut. Retrospektiv fokus.	Fokusert etnografi. Retrospektiv fokus.	"Single case study", fenomenologisk tilnærming. Retrospektiv fokus.	Kvalitativ. Spørreskjema, tre ulike brev sendt i posten, inkludert svarkonvolutt.	Kvalitativ metodologi. Observasjon av terapitimer og opptak av intervju. Retrospektiv fokus.
Analyse	Induktiv tematisk analyse av intervju og notater. To forskere kodet uavhengig av hverandre. Triangulering.	Intervju direkte etter gjennomført terapitime, hvor terapeuten forklarte terapitimen og sin resonnering. Deretter skrev forskeren notater fra observasjonen. Triangulering	Semistrukturert intervju og deltakende observasjon i behandling og i avdelingen der ergoterapeuten arbeidet. Triangulering.	Kodet studiene og hadde ingen predefinerte kategorier. Kodene ble validert av en uavhengig forsker på 20% av svarene. Tema som ble nevnt av flere enn 10% av deltakerne ble rapportert.	19 terapitimer; hvor 15 semistrukturerte intervju ble tatt opp på kassett og transkribert. Intervjuene ble utført ved oppstart og avslutning av studiet, i tillegg til etter hver observasjon.

Tabell 7: Karakteristikk ved inkluderte primærstudier

Hver enkelt primærstudie blir nå presentert i lys av perspektivene, sammenhenger som blir trukket og forfatterens konklusjoner. Dette blir gjort for å vise hvor resultatene til metasyntesen er utviklet fra og vise en åpenhet til hvordan studiene er tolket.

3.1.1 Første studie (Copley et al., 2008).

I denne studien er det forsøkt å beskrive prosessen som en erfaren ergoterapeut benytter når hun skal utvikle individuelle intervensjoner for klientene. Studien har intervjuet en ergoterapeut og fem klienter. Det var kun utsagn fra ergoterapeuten som ble inkludert i denne metasyntesen. Det er flere ulike intervensjonsstrategier som har vist seg effektive ved behandling av mennesker med hyperten overkropp. Utfordringen for ergoterapeuten er å avgjøre hvilke av disse intervensjonene som vil være best for hver enkelt klient. Det ble derfor undersøkt nærmere hvilke prosesser ergoterapeuten brukte for å kunne ta individuelle avgjørelser knyttet til aktuelle intervensjoner.

I studien ble det benyttet en kvalitativ undersøkelse, hvor det sies at en slik undersøkelse er en induktiv og interaktiv prosess som har som mål å beskrive et fenomen heller enn å avgjøre årsakssammenhenger. Metoden var en "case study", som kan beskrives som en grundig analyse av en person, gruppe eller en sosial enhet (Polit & Beck, 2008). Bruken av en kvalitativ "case- study" ble ansett som egnet til denne studien, fordi den gir mulighet til å komme med rike beskrivelser av et komplekst fenomen som klinisk problemløsning er. I denne studien ble en ergoterapeut som hadde praktisert i 18 år og som var ansett som ekspert på sitt område, deltaker i studien. I tillegg var fem klienter undersøkt, men utsagn og kommentarer fra disse personene er ikke inkludert i metasyntesen. Informert samtykke fra alle deltakerne ble innhentet og det var søkt etisk komité for godkjenning.

Data ble samlet ved hjelp av ulike metoder, hvor disse var deltakende observasjon i behandlingstimer, gjennomlesing av aktuelle dokumenter knyttet til behandlingstimer og semistrukturerte intervju. Siden data ble samlet på ulikt vis, gav det muligheter for triangulering av resultatene. Triangulering kan beskrives som bruken av flere metoder til å samle og forstå data om et fenomen, slik at en oppnår en større forståelse og

representasjon av virkeligheten (Polit & Beck, 2008). De deltakende observasjonene ble tatt opp på video og det ble skrevet feltnotater i tilknytning til observasjonene som ble gjort. Dette bidro til å gi forskeren en dypere forståelse av arbeidsfeltet til ergoterapeuten som ble studert og det bidro til å lage tema for diskusjon i intervjuene. Dokumentene var relatert til klientens situasjon og innholdet ledet til spørsmål som ble benyttet i intervjuene. De semistrukturerte intervjuene ble gjennomført innen en måned etter første oppstart med klienten. De var alle knyttet opp mot behandlingen av de fem klientene og det ble benyttet brede spørsmål og stikkord. Det ble gjennomført totalt fem intervju og intervjuene ble tatt opp på kassett for analyse. Siden intervjuene ble utført i etterkant, og opptil en måned etter behandlingstimen, er dette en retrospektiv tilnærming til data. En retrospektiv tilnærming undersøker og får forklaringer på hvorfor ting ble som de ble, noe som kan redusere troverdigheten til funnene med tanke på nedsatt hukommelse hos den som undersøkes (Polit & Beck, 2008).

Analysen ble gjennomført ved å benytte resultatene fra intervjuene og feltnotater. Det ble benyttet et dataprogram til organisering av dataene. Sjekklisten CASP ble benyttet for å vurdere kvaliteten på studien, hvor det ble fokusert på hvor troverdige, pålitelige, overførbare resultatene var og om resultatene kunne bekreftes i innsamlet data. Resultatene ble presentert gjennom tre hovedkategorier. Disse var ”det blir opprettet et terapeutisk forhold og terapeuten søker etter informasjon om klientens historie, nåværende situasjon og fremtid”; ”terapeuten utformer et globalt bilde av hele situasjonen”; ”terapeuten bruker et samarbeidende partnerskap med klienten for å utvikle en felles forståelse som styrer intervensjonsbestemmelsene”. Studien hadde gode beskrivelser av sin analyse og hvordan resultatene var utviklet, noe som bidro til at studien ble vurdert til å ha god kvalitet.

3.1.2 Andre studie (Unsworth, 2005).

Studien fokuserer på utforskning av nåværende begrepsforklaring på klinisk resonnering i ergoterapi. Løs bruk av terminologi fører til fragmentering av kunnskapen knyttet til klinisk resonnering (Unsworth, 2005 ; Crabtree, 1998). Denne studien ønsket derfor å undersøke bruken av de fire formene for resonnering som ble beskrevet av Mattingly & Fleming (1994); Prosedyre resonnering, samhandlingsresonnering,

situasjonsresonnering og narrativ resonnering. I tillegg forsøkte studien å avgjøre om det var andre former for resonnering som kunne utfylle disse fire formene.

Det påstås at en faktor som har begrenset teoriutviklingen på klinisk resonnering i ergoterapi, har vært den utilstrekkelige bruken av datainnsamlingsmetoder. Unsworth (2005) har forsøkt å unngå dette problemet ved å feste et hodeholdt kamera til sine deltakere når de utførte behandlingen. Direkte etter behandlingstimen, reflekterte ergoterapeuten over det hun så på videoen. Dette gir kort tid fra resonneringen har foregått til en skal beskrive sine tanker, og er derfor ansett som den beste retrospektive metoden å benytte for å fange opp resonneringen og tankene som foregikk under behandling (Unsworth, 2005).

Det var 13 kvinnelige ergoterapeuter, med flere års erfaring innen rehabiliteringsarbeid, som var deltakere til studien. Etisk godkjenning var søkt og mottatt fra forskerens universitet og deltakernes arbeidssted. Informert samtykke ble innhentet, både fra deltakende ergoterapeuter og klientene.

Datainnsamlingen ble gjort ved bruk av videoassistert minne. Terapitimene ble derfor utført uten forsker til stede og gjorde det mulig å filme situasjonen fra ergoterapeutens synsfelt. Ulempen med et slikt kamera, kan være at ergoterapeuten ser litt rar ut når hun bruker kameraet som er festet til hodet. Rett etter hver terapitime, ble videoen sett på og ergoterapeuten ble instruert til å forklare terapitimen og resonneringen som hadde foregått. Kort tid etter debriefingen, skrev forskeren feltnotater knyttet til observasjoner gjort av terapitimen og praksisomgivelsene. Trettini debriefinger ble tatt opp på kassett og transkribert for analyse.

Analysen ble gjennomført ved at forskeren og studenter kodet transkriberingen hver for seg, ved å bruke fargekoder relatert til tidligere beskrivelser av klinisk resonnering. Narrativ resonnering ble sett på som en måte å uttrykke de andre formene for resonnering, og ble derfor ikke kodet for seg. Resultatene ble oppsummert ved bruk av

tre hovedkategorier. Den første var ”prosedyre, samhandlings- og situasjonsresonnering: enkle, trinnvise og miksede metoder”. Den andre var ”pragmatisk resonnering” og den tredje var ”generaliseringsresonnering”. Studien hadde gode og tydelige forklaringer på hvordan data var samlet, transkribert og analysert. Studien ble derfor vurdert som av god kvalitet.

3.1.3 Tredje studie (Crabtree & Lyons, 1997).

Målet for den tredje studien var å undersøke de ulike former for klinisk resonnering som ble brukt av en erfaren ergoterapeut. I tillegg ble det sett nærmere på hvilke faktorer som så ut til å påvirke ergoterapeutens bruk av de bestemte formene for resonnering. Ergoterapeuten som ble valgt til å delta i studien hadde nesten 10 års erfaring som ergoterapeut.

Metoden hadde en fenomenologisk tilnærming, som fokuserer på de levde erfaringene til mennesker (Polit & Beck, 2008). Fem semistrukturerte intervju ble gjennomført og tatt opp på kassett. Intervjuene ble gjennomført kort tid etter at ergoterapeuten hadde vært i kontakt med pasientene, hvor refleksjon på praksis var hovedfokus. I tillegg ble det gjennomført deltakende observasjon av terapitimene. Det ble også gjennomført observasjoner i ergoterapiavdelingen, hvor informanten arbeidet. Det ble utført triangulering av datamaterialet som var innsamlet, noe som øker troverdigheten til resultatene fra studien.

I studien ble det fokusert på hvordan en ergoterapeut som arbeider på plastikkirurgisk avdeling resonnerer. Resultatene ble presentert gjennom tre hovedkategorier. Den første kategorien var ”Informantens oppfatning av ansvar, makt og kontroll”. Studien har sett nærmere på hvordan ergoterapeuten tenkte i samarbeid med andre mennesker, det være seg leger, andre ergoterapeuter og pasienter. Fokuset for den kliniske resonneringen var dermed hovedsakelig rettet mot hvordan ergoterapeuten løste ulike former for samarbeid. Den andre kategorien handlet om ”Terapeutisk relasjon” og den tredje beskrev ”Myrlendt terreng”. Ved plastikkirurgiske avdelinger er valg og utforming av ortoser ofte en viktig del av opptreningen etter håndskader. Den kliniske resonneringen

var derfor mye knyttet opp mot valg av ortoser, sett i relasjon til hvilke aktiviteter pasientene hadde behov for og lyst til å utføre. Studien hadde gode og utfyllende beskrivelser for hvordan datainnsamlingen, analysen og resultatene var kommet frem, noe som bidro til at studien ble vurdert til å være av god kvalitet.

3.1.4 Fjerde studie (Roberts, 1996).

Denne studien har undersøkt innholdet og prosessen av ergoterapeutisk resonneringsstrategier som blir brukt av ergoterapeuter når de er engasjert i oppgaver for deres profesjon. Det var totalt 54 ergoterapeuter som ble invitert til å delta i studien, hvorav totalt 38 ergoterapeuter takket ja til å delta. Alle deltakerne var utdannede ergoterapeuter og hadde minimum to års erfaring.

Det ble benyttet spørreskjema for å undersøke den kliniske resonneringen brukt av ergoterapeuter. Tre forskjellige brev ble sendt, hvor det ble fokusert på fysisk helse, sosialtjenesten og mental helse. Det ble presentert pasienthistorier i brevene og disse skulle representere, så godt som mulig, en gjengivelse av en klinisk oppgave. Ergoterapeutene ble spurt om å gi en beskrivelse av sine tanker knyttet til pasienthistorien som ble presentert for dem.

Totalt ble 76 skrevne tilbakemeldinger benyttet for analysen. Det ble ikke brukt noen predefinerte kategorier. Kun kategorier som ble nevnt av flere enn 10% av deltakerne ble rapportert. Det ble benyttet koder for alle tilbakemeldingene og disse ble organisert i relasjon til hverandre. Svarene ble lest opptil flere ganger, hvor et tentativt kodeverk ble utviklet etter at ti svar var kodet. Resultatene er presentert som to hovedkategorier, med fokus på innholdet og prosessen av tenkningen. Hovedsakelig virket det som ergoterapeutene var opptatt av å samle mer informasjon om klienten og foreslå intervensjoner. Det er gitt forklaringer for hvordan data er samlet inn og hvordan analysen er utført. Men det er ikke presentert gode koblinger mellom presentasjonen av resultatene og deltakernes forklaringer. Det er også benyttet spørreskjema, med presentasjon av en ikke reell pasient, og det er ikke beskrevet hvor ergoterapeutene

arbeider. Studien er derfor vurdert til å være av lav metodisk kvalitet, men resultatene ble vurdert til å ha muligheter for å kunne tilføre syntesen viktige momenter.

3.1.5 Femte studie (Creighton et al., 1995).

I den siste og eldste studie ble klinisk resonnering sett i sammenheng til hvordan ergoterapeutene presenterte og modifiserte terapeutiske aktiviteter. Når en arbeider med rehabilitering, er ulike aktiviteter et ofte brukt middel for å oppnå funksjonsbedring hos pasientene. Det var derfor naturlig at resonneringen ble sett på i sammenheng med den terapeutiske aktivitet. Det har ført til at studien ikke har et like stort fokus på andre arbeidsoppgaver til ergoterapeutene, hvor de kunne beskrevet sin kliniske resonnering.

Creighton et.al. (1995) har intervjuet og observert fire ergoterapeuter som arbeidet på et rehabiliteringssenter i USA. Hver av deltakerne ble observert når de arbeidet med en pasient, på totalt 19 terapitimer. Observasjonene ble notert ned ved hjelp av feltnotater, hvor fire av terapitimene i tillegg ble tatt opp på video. Hver av ergoterapeutene ble intervjuet i starten og ved slutten av studien. Spørsmål til intervjuene var relatert til observasjonene, hvor det både var deskriptive, strukturerte og resonneringss spørsmål. Femten av intervjuene ble tatt opp på kassett og transkribert.

I analysen ble det benyttet koder, som var satt sammen til felles kategorier og forståelser. Disse kodene ble kodet av forskjellige forfattere, og de endelige kodene ble analysert ved hjelp av et dataprogram. Resultatene ble presentert i relasjon til terapeutisk aktivitet og hadde fire hovedkategorier. Den første handlet om ”å starte intervensjonen”. Den neste omhandlet ”å gradere aktiviteter”. De to siste var ”å motivere pasienter til å delta i aktiviteter” og ”undervise og lære faget”. Studien hadde gode beskrivelser av hvordan data var samlet, gjennomføringen av analysen og hvordan innsamlet data var sett i relasjon til resultatene. Dette gjorde at studien ble vurdert til å være av god kvalitet.

3.2 Beskrivelse av resultatene fra syntesen

I syntesematriksen er fire kategorier identifisert fra primærstudiene (tabell 8). Disse var:

1) Ulike resonneringsprosesser, 2) Anvendelse av kunnskap, 3) Hvordan konteksten påvirker resonneringen og 4) Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv. Disse fire kategoriene bidrar til å forklare hvordan ergoterapeuter som arbeider på sykehus beskriver sin kliniske resonnering.

Kategorier	Copley et.al., 2008	Unsworth, 2005	Crabtree & Lyons, 1997	Roberts, 1996	Creighton et.al., 1995
1) Ulike resonneringsprosesser	Resonneringen var en frem og tilbake prosess og ble ikke nødvendigvis utført på en lineær måte.	Ergoterapeutene brukte noen ganger en bestemt form for resonnering, andre ganger ulike former for resonnering i rask rekkefølge og noen ganger ble de ulike formene for resonnering brukt samtidig.	Som en fotograf som bruker en fotolinse, endrer ergoterapeuten fokus for å inkorporere ulike perspektiv i det kliniske bildet.	Ergoterapeutene brukte flere modeller for resonnering. Resonneringene innebar at de flyttet raskt mellom fokusområder, men ikke nødvendigvis på en sekvensiell måte.	Ergoterapeutene skiftet ofte og lett mellom resonneringsstrategier.
2) Anvendelse av kunnskap		Ergoterapeutene trakk tråder fra deres erfarings- og kunnskapsbase. Dette virket som en underkategori av andre former for resonnering.	Ergoterapeutens medisinske kompetanse tillater henne å hente informasjon om skaden generelt, fra hukommelsen.	Ergoterapeutene forsøkte å forstå problemet til klienten og relaterte til hva de kjente til fra før.	
3) Hvordan konteksten påvirker resonneringen		Ergoterapeutenes resonnering virket relatert til omgivelsene, den terapeutiske konteksten og til barrierer og begrensninger. Terapeutens tid og terapiferdigheter påvirket også resonneringen.	Den organisatoriske konteksten ble brukt for å løse problemer når hun arbeidet sammen med leger.		Konteksten påvirket terapeutisk aktivitet. Tilgjengelig utstyr, tidsbegrensninger og legers bestillinger var andre kontekstuelle faktorer.
4) Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv	Ergoterapeuten oppnådde en holistisk forståelse for klienten ved å samle data om klienten i fortid, nåtid og fremtid. Klienten trengte kunnskap om intervensjonen for å øke klientens eierskap og forpliktelse til terapien.	Ergoterapeutene resonnererte mot klienten på tre nivå; det fysiske nivå, klienten som en person og klient som et sosialt vesen fungerende i konteksten av deres kultur, omgivelser og familie.	Ergoterapeuten hadde et samarbeidende forhold til sine pasienter, hvor makt og ansvar til en viss grad ble delt med pasienten.	Ergoterapeutene var holistisk i deres interesse for klienten. De laget hypoteser og evaluerte, og hadde fokus på å takle problemet til klienten.	Ergoterapeutene var opptatt av at pasientene trengte å erfare suksess og gjenoppnå følelse av kontroll.

Tabell 8: Syntesematrise

De tre første kategoriene er beskrivelser og forklaringer på at ergoterapeuter har behov for å benytte ulike former for resonneringer i forskjellige situasjoner. Det krever sammensatte og kompliserte ferdigheter hos ergoterapeuten, noe som førte til at det var nødvendig å presentere dette i form av tre kategorier. Den fjerde kategorien handler om bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv. Å styrke klientens eierskap til behandlingen ble gjort ved at ergoterapeuten utviklet en helhetlig forståelse av klientens situasjon og involverte klienten i behandlingen. Sammen anses disse fire kategoriene som en felles forklaring på hvordan ergoterapeuter som arbeider på sykehus beskriver sin resonnering. Hver og en av de fire kategoriene vil nå bli beskrevet og utdypet, gjort ved hjelp av eksempler fra primærstudiene.

3.2.1 Ulike resonneringsprosesser

Beskrivelser og forklaringer for den første kategorien finner vi igjen i alle de fem inkluderte primærstudiene. Klinisk resonnering er en kompleks prosess hvor den kliniske resonneringen til ergoterapeuten handler om interaksjonen mellom terapeuten og omgivelsene (Crabtree & Lyons, 1997). Ergoterapeutene fra primærstudiene var opptatt av både de fysiske aspektene ved klienten, hvordan situasjonen påvirket klienten og fremtiden for klienten. For å dekke alle de områdene av en klients liv, var ergoterapeutene avhengig av å benytte ulike resonneringsprosesser. Det ble fremhevet at ergoterapeutene brukte forskjellige former for resonnering (Unsworth, 2005). Disse formene ble brukt med syv ulike kombinasjoner, både en bestemt form for resonnering, trinnvis resonnering og en mikset form for resonnering, hvor flere former ble brukt samtidig (Unsworth, 2005).

Ergoterapeuten resonnererte ulikt ut fra hvordan hun oppfattet sitt ansvar, sin makt og kontroll i ulike situasjoner (Crabtree & Lyons, 1997). Når hun veiledet andre ergoterapeuter var oppfattelsen at ansvaret for klienten lå hos den andre ergoterapeuten. Det førte til at ergoterapeuten konsentrerte seg i hovedsak om skaden til klienten, altså at ergoterapeuten kun konsentrerte seg om en bestemt form for resonnering (Crabtree & Lyons, 1997). Ergoterapeuten samlet informasjon angående klientens medisinske - eller skadehistorie og klientens nedsatte funksjonsevne (Copley et al., 2008). Noen ganger fokuserte ergoterapeutene bare på et problem hos klienten, hvor de enten fokuserte på

prosedyre resonneringen, situasjonsresonneringen eller samhandlingsresonneringen (Unsworth, 2005).

Andre ganger benyttet ergoterapeutene en hierarkisk strukturering og hypotesetesting i sin resonnering (Creighton et al., 1995). Dette ble blant annet gjort når ergoterapeutene skulle starte en bestemt aktivitet, ved valg av behandlingsoppgaver og hvilket terapimateriale de skulle velge. Ergoterapeutene hadde et stort fokus på logisk tenkning, hvor hierarkisk strukturering av kunnskap og hypotesetesting var tema i avgjørelsene som ergoterapeutene gjorde omkring den terapeutiske bruken av aktivitet. Dette kom for eksempel til syne når ergoterapeuten presenterte en aktivitet på aktuell vanskelighetsgrad, hvor hun vurdert raskt om hun skulle fortsette på dette nivået eller om hun måtte gjøre endringer (Creighton et al., 1995). Det kunne virke som ergoterapeutene brukte de forskjellige formene for resonnering på raske, trinnvise måter (Unsworth, 2005).

Noen ganger igjen benyttet ergoterapeutene ulike formene for resonnering samtidig (Unsworth, 2005). Et eksempel på dette kan være når ergoterapeuten veiledet noviser (Crabtree & Lyons, 1997). Ansvar for klienten ble plassert hos novisen, for novisen til å følge opp behandlingen av klienten. Likevel var det nødvendig for ergoterapeuten å benytte et bredt syn på situasjonen for å kunne veilede på en god måte. Det brede synet ble gjort ved å resonnerer over klientens og novisens situasjon og se dette i relasjon til sykehusets kontekst (Crabtree & Lyons, 1997). Det kunne virke som ergoterapeuten blandet de ulike formene for resonnering sammen, brukte de i sammenheng med hverandre (Unsworth, 2005).

Det ble understreket og fremhevet at ergoterapeutene ikke resonnererte på en sekvensiell måte, men heller flyttet raskt mellom områdene de undersøkte (Roberts, 1996). Dette ble også fremhevet i den første studien, at resonneringen ikke ble utført på en lineær måte (Copley et al., 2008). Ergoterapeutene demonstrerte at de brukte en flerlagstenking, hvor ergoterapeutene skiftet raskt og lett mellom forskjellige resonneringsstrategier (Creighton et al., 1995). Unsworth (2005) beskrev dette ved at ergoterapeutene benyttet

ulike former for resonnering i rask rekkefølge. Den kliniske resonneringen til ergoterapeuter kan sammenlignes med en fotograf som bruker en fotolinse, hvor ergoterapeuten må endre fokus og ta inn over seg de ulike perspektivene i det kliniske bildet (Crabtree & Lyons, 1997 ; Unsworth, 2005).

I den første studien ble det forklart at ergoterapeutene beskrev sin resonnering som en frem og tilbake prosess (Copley et al., 2008). For å kunne utføre en god behandling, søkte ergoterapeuten informasjon om klientens historie, nåværende status og fremtid. Ergoterapeuten hentet frem informasjon knyttet til tidligere forsøkte intervensjoner, brukerens sosiale status og holdninger og hvilke mål og forventninger brukeren hadde til nye intervensjoner. Denne prosessen var ikke nødvendigvis utført på en lineær måte (Copley et al., 2008). I den fjerde studien innebar prosessen rundt tenkingen at ergoterapeutene sanset problemet og søkte etter mer informasjon ved å stille spørsmål (Roberts, 1996). Problemer ble formulert og løsninger foreslått for å kunne håndtere problemet. Det var hovedsaklig to tema som var i fokus for ergoterapeutene: de samlet mer informasjon om brukerne ved å hente historien, vurderinger og forbindelser og de foreslo intervensjoner. Formuleringer av problemer kom ikke nødvendigvis til slutt i resonneringen, de ble laget når som helst i resonneringsprosessen (Roberts, 1996).

I vanskelige avgjørelser, hvor det var usikkert hvor behandlingen skulle gå videre, ble behandlingen diskutert med andre ergoterapeuter (Crabtree & Lyons, 1997). Dette krever ulike resonneringsprosesser samtidig og setter store krav til at ergoterapeuten er i stand til å beskrive hvordan hun eller han har tenkt i en gitt situasjon. Ergoterapeuten demonstrerte rekkevidden av klinisk resonneringsstrategier, som noen ganger ble drevet av harmoni og andre ganger drevet av konflikt (Crabtree & Lyons, 1997). Når terapien var i konflikt og det oppstod vanskelige avgjørelser, var det avgjørende å diskutere resonneringen og valgene knyttet til ulike prioriteringer (Crabtree & Lyons, 1997).

3.2.2 Anvendelse av kunnskap

Tre av studiene beskrev hvordan ergoterapeutene anvender sin kunnskap og erfaring når de resonnerer over klientens problem (Unsworth, 2005; Crabtree & Lyons, 1997;

Roberts, 1996). Ergoterapeutene var i stand til å trekke tråder fra deres erfarings- og kunnskapsbase (Unsworth, 2005). Ergoterapeutene resonnererte innledningsvis over et bestemt problem med en klient, deretter reflekterte de over sin generelle erfarings- og kunnskapsbase relatert til situasjonen, og fokuserte deretter på resonneringen knyttet til den aktuelle klient (Unsworth, 2005). Ergoterapeutene startet gjerne med å relatere problemene hos brukeren til hva de kjente til fra før (Roberts, 1996). Refleksjonen over informasjonen som var gitt i spørreskjemaene var noen ganger referert til tidligere erfaringer, teori og personlig kunnskap. Det ble satt en ramme rundt problemet og dette ble relatert til hva ergoterapeutene allerede kjente til fra før (Roberts, 1996).

Den medisinske kompetansen til ergoterapeut tillot henne å hente informasjon om skaden generelt, fra hukommelsen (Crabtree & Lyons, 1997). Det virket som denne formen for resonnering var en underkategori av de andre formene for resonnering som ergoterapeutene brukte og ikke en egen form for resonnering (Unsworth, 2005).

To av studiene fokuserte ikke på hvordan ergoterapeuten anvendte tidligere kunnskap (Copley et al., 2008 ; Creighton et al., 1995). De to studiene har derfor ikke bidratt til denne kategorien.

3.2.3 Hvordan konteksten påvirker resonneringen

Det var tre av studiene som beskrev hvordan konteksten påvirket resonneringen (Unsworth, 2005 ; Crabtree & Lyons, 1997 ; Creighton et al., 1995). Ergoterapeutens resonnering virket relatert til barrierer og begrensninger og var påvirket av den terapeutiske konteksten (Unsworth, 2005). Hva som var realistisk å få gjennomført var ofte knyttet til begrunnelsene for valg og modifisering av aktiviteter (Creighton et al., 1995). Ergoterapeuten diskuterte avgjørelser for presentasjon og tilpasning av aktiviteter i relasjon til kontekstuelle problemstillinger, slik som tilgjengelig utstyr og tidsbegrensninger (Creighton et al., 1995). Resonneringen knyttet til konteksten ble brukt i samsvar med de andre formene for resonnering (Unsworth, 2005). Dette ble for eksempel sett når ergoterapeutene resonnererte i forhold til valg av ADL utstyr. Det innebar at de vurderte brukerens funksjon og overveielse av hvordan brukeren ville

respondere på å bruke utstyret, hvor de i tillegg kunne resonnerer over tilgjengelighet av utstyret (Unsworth, 2005).

Konteksten påvirket også ergoterapeutens resonnering når hun arbeidet sammen med leger. Legene hadde overordnet ansvar for behandlingen, hvor legens bestilling derfor styrte hva slags behandling ergoterapeuten skulle tilby (Crabtree & Lyons, 1997 ; Creighton et al., 1995). Det var likevel slik at selv om det var legen som hadde overordnet ansvar for behandlingen, tok likevel ergoterapeuten ansvar for egne behandlingsvalg og handlinger (Crabtree & Lyons, 1997).

Ved vanskelige avgjørelser ble det også sett at det ofte var begrensninger i konteksten som styrte avgjørelsene og ikke andre former for resonnering (Crabtree & Lyons, 1997). Det ble også beskrevet i den femte artikkelen, ved at det ofte var realismen som påvirket avgjørelsene, hva som er realistisk å klare å få til i en gitt kontekst (Creighton et al., 1995). Så selv om ergoterapeuten vurderte at brukeren ville ha mest nytte av en bestemt form for behandling, ville begrensninger i konteksten være styrende for hvilke intervensjoner som ble valgt (Crabtree & Lyons, 1997). Dette kunne foregå til tross for at ergoterapeuten visste at den behandlingen som ble tilbudt ikke var den beste for brukeren i den gitte situasjonen (Crabtree & Lyons, 1997).

Det ble fremhevet at resonnering knyttet til praksiskonteksten var mindre til stede i dataene enn resonnering relatert til teori eller pasientens fysiske status (Creighton et al., 1995). Hverken Copley et.al. (2008) eller Roberts (1996) har nevnt hvordan konteksten påvirker ergoterapeutens resonnering. Disse to studiene har derfor ikke bidratt til denne kategorien.

3.2.4 Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv

Alle fem primærstudien bidro til beskrivelsen av denne kategorien. For å bidra til gjøre klienten aktiv i eget liv, virker det som at det var avgjørende å oppnå en holistisk forståelse for klientens situasjon. Prosessen med å oppnå en holistisk forståelse for

klientens situasjon var ikke-lineær, noe som vil si at ergoterapeuten går frem og tilbake mellom å samle inn informasjon om brukeren, til å foreslå mulige intervensjoner og starte med tiltakene (Copley et al., 2008). Ergoterapeutene resonnererte mot klienten på tre nivå; det fysiske nivå, klienten som en person og klienten som et sosialt vesen fungerende i konteksten av deres kultur, omgivelser og familie (Unsworth, 2005). Ergoterapeutene var holistisk i sin interesse av klienten, ved at deres vurderinger omfattet fysiske, psykologiske og sosiale faktorer hos klientene (Roberts, 1996). En holistisk tilnærming til klienten krever at ergoterapeuten benytter ulike resonneringsformer for å tilnærme seg problemene. Ergoterapeuten oppnådde en holistisk forståelse for klienten ved å samle data om klienten i fortid, nåtid og fremtid. Denne kunnskapen ble brukt til å gi informasjon om intervensjoner knyttet til klientens mål og forventninger (Copley et al., 2008).

Det kan i tillegg virke som utvikling av terapeutisk relasjon har en avgjørende betydning når ergoterapeuten forsøke å bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv. To av studiene fremhevet viktigheten av å utvikle en terapeutisk relasjon mellom ergoterapeut og klient (Copley et al., 2008; Crabtree & Lyons, 1997). Ergoterapeuten benyttet samarbeid og utvikling av en terapeutisk relasjon for å overvinne ubalanse av makt mellom terapeut og bruker (Copley et al., 2008). Ergoterapeuten oppmuntrer pasienten til selv å ta ansvar for egen behandling, hvor overføring av eierskap, ansvar og makt var en del av den prosessen (Crabtree & Lyons, 1997). Informanten forsøkte å oppmuntre brukerens opplevelse av involvering i egen terapi. Ergoterapeuten ønsket å overføre noe av kontrollen av egen tilstand til brukeren, som en forberedelse til utskrivningen fra sykehuset. I eget hjem vil brukeren bli ansvarlig for sin egen omsorg, det var derfor nødvendig å involvere brukeren i behandlingen (Crabtree & Lyons, 1997). En utvikling av felles forståelse for behandlingen og terapeutisk relasjon førte til at klienten fikk en vedvarende og langvarig forvaltning av sin skade (Copley et al., 2008). Det var avgjørende for behandlingen at terapeuten lyttet grundig til klienten og formet et samarbeidende partnerskap. Partnerskap ble oppnådd ved å styrke (empower) klienten, gjennom å dele informasjon (Copley et al., 2008). Den terapeutiske relasjonen ble utviklet gjennom en prosess av å forstå og forhandle med klienten (Copley et al., 2008). Ergoterapeuten brukte en narrativ form for resonnering når hun overført terapien til et bredere perspektiv av brukerens liv. På den måten oppnådde ergoterapeuten å lage

mening for brukeren gjennom ord (Crabtree & Lyons, 1997). Ergoterapeuten uttrykte empati gjennom håndlaget sitt (Crabtree & Lyons, 1997). Det kan også virke som empati er en viktig egenskap i tilknytning til å utvikle terapeutiske relasjoner mellom ergoterapeut og klient.

Et annet moment som virker viktig i relasjon til å bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv, er motivering av klientene. Ergoterapeutene løste vansker i behandlingen med utgangspunkt i at de tolket situasjonen innenfor klientens egen historie, ved å lytte og forstå personen (Creighton et al., 1995). Ergoterapeutenes avgjørelser innen dette området reflekterte en narrativ resonnering (Creighton et al., 1995). For å få klientene engasjert i egen behandling, er det avgjørende at de blir motivert og aktive. Siden klientene hadde opplevd en stor forandring i eget liv på grunn av sykdommen, var det avgjørende at de opplevde suksess og fikk gjenoppnå en følelse av kontroll (Creighton et al., 1995). Dette kan ses i relasjon til fokuseringen på overføring av makt fra ergoterapeuten til klienten, som beskrevet av Copley et.al. (2008) og Crabtree & Lyons (1997).

3.2.5 Resultatene sett i sammenheng til hverandre

Å arbeide med mennesker krever en stor evne til omstilling og relasjonsbygging i hver enkelt situasjon. Ergoterapeutene løste dette ved å benytte ulike former for resonnering ut fra hva situasjonen krevde. De hadde både fokus på klientens sykdom, de hentet frem tidligere erfaringer og de forsøkte å se klientens skade i et større perspektiv, utover sykehusets kontekst. I tillegg måtte de vurdere kontekstens begrensninger i den gitte situasjonen, noe som også ble relatert til klientens kontekst og liv utenfor sykehuset. Ergoterapeutene byttet raskt mellom de ulike formene for resonnering som hver enkelt situasjon krevde, noe som setter store krav til ergoterapeutene som problemløsere. Altså, ergoterapeutene brukte ulike resonneringsprosesser, de anvendte kunnskap og konteksten påvirket resonneringen. Ulike situasjoner krevde forskjellig tilnærming, noe ergoterapeutene håndterte ut i fra hver enkelt situasjon.

Det var også viktig at ergoterapeutene fokuserte på klientens selvbestemmelse og autonomi. For å kunne tilby den beste behandlingen, var det avgjørende å bygge terapeutiske relasjoner og jobbe mot at klienten selv tok ansvar for sin behandling. Det ble arbeidet for å overvinne ubalanse av makt mellom ergoterapeut og klient, slik at klienten kunne bli bedre i stand til å bli aktiv i eget liv. Klienten ble oppmuntret til å ta ansvar og bli involvert i egen behandling, slik at dette kunne overføres klientens liv etter endt behandling på sykehuset.

Det ble presisert at den kliniske resonneringsprosessen var samarbeidende av natur (Copley et al., 2008). Dette ses godt igjen i resultatene til metasyntesen, uttrykt gjennom de fire kategoriene. Selv om resonneringen til ergoterapeutene er forklart gjennom fire kategorier, må disse ses i sammenheng med hverandre. De er gjensidig avhengig av hverandre og ble brukt av ergoterapeutene i tilknytning til forskjellige situasjoner.

4.0 Diskusjon

Resultatene som er funnet i denne meta-etnografien vil nå bli diskutert. Resultatene blir sett i lys av styrker og svakheter ved meta-etnografien som er gjennomført. Resultatene blir også knyttet opp mot teori som ble presentert i innledningen av denne masterstudien. De etiske aspektene ved studien diskuteres, hvilken relevans studien kan ha for praksis blir utdypet og det blir pekt på forslag til videre forskning på klinisk resonnering i ergoterapi.

4.1 Styrker og svakheter ved meta-etnografien

Styrker og svakheter ved meta-etnografien blir diskutert i lys av utvelgelse av aktuelle studier, hvor stor overførbarhet resultatene kan ha, hvordan analysen er gjennomført og hvordan dette har påvirket resultatene. Resultatene blir deretter diskutert i lys av primærstudiene og teori om klinisk resonnering i ergoterapi.

4.1.1 Utvalgelse av aktuelle studier

I denne meta-etnografien er fem primærstudier benyttet som utgangspunkt for rådataene til analysen. Når en gjennomfører en systematisk oppsummering, er det av avgjørende betydning at utvelgelsen av inkluderte studier er utført på en systematisk og god måte. Dette ble gjort ved at søkestrategien ble utarbeidet i samarbeid med bibliotekar og medstudent. Det ble også gjennomført tre forskjellige søkestrategier i databasen Cinahl, for å finne frem til den beste søkestrategien. Søket ble laget med størst fokus på spesifisitet fremfor sensitivitet (Sandelowski & Barroso, 2007). Dette førte til at flere av treffene ikke var relevante, men aktuelle artikler hadde derfor større sjans for å bli inkludert i søket. Det var likevel slik at det bare var en person som gjennomførte søkene, noe som kan bety at viktige og aktuelle studier ikke er blitt oppdaget. For å sikre en god utvalgelse av aktuelle studier, ville det beste vært å være to eller flere personer som hadde gjennomført søket, uavhengig av hverandre. I tillegg skulle utvelgelsen av studiene vært gjort uavhengig av hverandre, for deretter å sammenligne og bli enig om hvilke studier som skulle vært valgt ut. Det samme ville vært aktuelt å gjøre ved kritisk vurdering av studiene. Dette er til en viss grad kompensert for, ved at søket er gjennomført flere ganger og utvelgelsen av aktuelle studier har foregått flere ganger. En slik strategi har bidratt med å sikre for at søket og utvelgelsen ble utført på en grundig måte. I tillegg er det utarbeidet et flytdiagram (tabell 3), som gir en god oversikt over de ulike fasene i utvelgelsen av aktuelle studier. Det er også utarbeidet en oversikt over i hvilke databaser de enkelte studiene er funnet (tabell 4). Dette gir en god oversikt over prosessen og kan bidra til å øke troverdigheten av utvelgelsen på aktuelle studier (Walsh & Downe, 2005). Egen forforståelse av tema vil også prege utvelgelsen av aktuelle studier. Særlig i relasjon til utvelgelsen som skjer på bakgrunn av titler og oppsummeringer til artikler. Dette ble det forsøkt kompensert for, ved at medstudent også gikk gjennom det første søket. Enkelte studier som var utelatt ble da stilt spørsmålstegn ved, og disse måtte vurderes nøyere enn først antatt.

Det ble søkt etter aktuelle artikler i syv ulike databaser. Databasene ble valgt ut fra forskjellige kriterier; at databasene hadde kvalitative studier i sine registre, at de hadde fokus på ergoterapifaglige artikler og at de kunne utfylle hverandre. Siden det er søkt i så mange som syv databaser, sikrer dette et bredt og fyldig søk. I tillegg ble endelig utarbeidet søk gjennomført flere ganger i alle syv databasene, slik at utvelgelsen ble

sjekket og gjennomgått flere ganger. Det er ikke søkt etter ”grå” litteratur, bøker og det er heller ikke sendt forespørsler til eksperter på tema. Det kan ha medført at aktuelle artikler og forskning ikke er inkludert i meta-etnografien. Forskning som er presentert i bøker, kan være vanskelig å overføre til en syntese. ”Grå” litteratur kan være problematisk å finne og mye av den kvalitative forskningen blir nå publisert (Barroso et al., 2003). Det er heller ikke søkt etter forskning utført før 1994. Det finnes aktuelle studier som er gjennomført før 1994 og disse resultatene er derfor ikke inkludert i meta-etnografien. Siden forståelsene av klinisk resonnering i ergoterapi er tett knyttet opp til forskningen utført av Mattingly & Fleming (1994) anses likevel denne tidsbegrensningen som en naturlig avgrensning. Totalt ble fem primærartikler inkludert i meta-etnografien, og det er forskere som har hevdet at et for stort antall primærartikler kan bidra til at resultatene i syntesen blir for lite relatert og forankret i resultatene fra primærstudiene (Sandelowski, Docherty & Emden, 1997). Studien er også utført av en novise på feltet, det ville derfor vært vanskelig å trekke trådene på tvers av primærartiklene hvis flere artikler var blitt inkludert.

De inkluderte studiene er vurdert ved bruk av sjekklisten CASP. Det har vært en diskusjon vedrørende om det er nødvendig å gjennomføre kvalitetssikring på inkluderte studier i en systematisk oppsummering på kvalitativ forskning. Siden det er en novise som har gjennomført denne meta-etnografien og andre publiserte meta-etnografier har benyttet sjekklister, ble det vurdert til å være aktuelt å gjøre dette også for denne studien for å styrke troverdigheten til studien. Det kan også være slik at studier av lav kvalitet, kan bidra mindre til syntesen (Noblit & Hare, 1988). Nå var det faktisk slik at en studie vurdert til å være av lav kvalitet ble inkludert i meta-etnografien (Roberts, 1996). Studien til Roberts (1996) benyttet spørreskjema for å finne svar på hvordan ergoterapeuter resonnerer. Dette vil ikke være ”ekte” pasienter som ergoterapeutene selv har truffet, og ergoterapeutene kan dermed relatere seg mindre til problemstillingene og personene som blir presentert for dem, noe som kan føre til lav miljøbetingsvaliditet (Unsworth, 2005). Det var også få beskrivelser og forklaringer på resultatene knyttet opp mot utsagn fra deltakerne (Roberts, 1996). Studien til Roberts (1996) bidro til syntesen på noen av kategoriene i resultatene, men ikke på alle. Det kan ha sammenheng med at den var av lav kvalitet og at det var benyttet spørreskjema som undersøkelsesmetode. I tillegg ble kun kategorier som ble nevnt av flere enn 10% av

deltakerne rapportert i studien til Roberts (1996). Det kan gi begrenset verdi av resultatene, fordi det faktisk kan være slik at noe av det viktigste som kommer frem, kun er nevnt av en eller få av deltakerne.

4.1.2 Resultatene og overførbarhet

Matrisen over inkluderte studier gir en oversikt over hvilke land studiene kommer fra, som var Australia, England og USA (tabell 7). Siden dette ikke er studier som er utført i Norge, kan det gi redusert overføringsverdi for ergoterapeuter som er utdannet og arbeider i Norge. Likevel er det slik at ergoterapeuter i alle land fokuserer på viktigheten av aktivitet for mennesker (Borg, 2007). Studier som er gjort på klinisk resonnering kommer også opprinnelig fra USA, så ergoterapeuter i Norge bør ha kjennskap til tema med bakgrunn fra disse landene hvor studiene er gjennomført. Det vil derfor være sannsynlig at også ergoterapeuter i Norge kan kjenne seg igjen i resultatene og relateres seg til disse.

Til sammen var det kun 57 informanter som totalt ble benyttet i de fem primærstudiene, hvor to av de inkluderte primærstudiene kun hadde en ergoterapeut i sine utvalg. Det gjør det vanskeligere å generalisere resultatene. En av fordelene med å utføre en meta-etnografi og kryssanalyse, er at man til en viss grad kan generalisere ut fra funnene (Miles & Huberman, 1994). Siden det er såpass få ergoterapeuter som er undersøkt i primærstudiene, vil det likevel gi en begrenset mulighet til å kunne generalisere resultatene. Resultatene kan likevel gi en pekepinn på hvordan ergoterapeuter på sykehus beskriver sin resonnering, særlig siden kategoriene er utviklet på tvers av resultatene fra fem primærstudier. Funn fra primærartiklene er tolket og brukt til å utvikle en syntese, med et resultat beskrevet gjennom fire kategorier. Kvalitative studier inneholder en stor mengde ord som beskriver temaet de har undersøkt, noe som har gitt utfordringer i å redusere og tolke disse resultatene på tvers av de inkluderte studiene (Polit & Beck, 2008). For å imøtekomme disse vanskene, er ordene fra primærstudiene bevart så lenge som mulig gjennom analysen. Det var helt mot slutten av kryssanalysen at det var nødvendig å starte med egne tolkninger, hvor disse tolkningene fremdeles var forankret i ordene og forklaringene benyttet av primærstudiene.

Tolkningene og syntesen er ikke sendt til forfatterne av primærstudiene, noe som kan være en begrensning til mete-etnografien. Resultatene fra syntesen trenger ikke likevel å være presentert galt, siden disse er resultater og tolkninger på tvers av flere studier og er dermed ikke kun et resultat med utgangspunkt i en enkelt primærstudie (Pope, Popay & Mays, 2007). I tillegg er syntesen diskutert med veileder og medstudent, slik at ivaretagelsen av analysen er gjort i samarbeid med dem.

Fire av studiene har hatt en retrospektiv tilnærming i sine undersøkelser (Copley et al., 2008; Unsworth, 2005; Crabtree & Lyons, 1997; Creighton et al., 1995). Ved å studere hvordan ergoterapeutene resonnerer i etterkant av terapitimene, måtte terapeutene tenke tilbake på hvordan de vurderte situasjonen. Det vil si at de skulle reflektere på gjennomført behandling i ettertid. I studien på klinisk resonnering blant ergoterapeuter som arbeidet i kommuner, ble det påpekt at beslutninger ergoterapeuter tar skjer når de er i aktiviteten og mer sjelden i etterkant (Munroe, 1996). Siden ergoterapeutene i primærstudiene hadde en retrospektiv tilnærming til refleksjonene sine, kan det innebære at enkelte viktige vurderinger kan ha blitt glemt og den spontane og raske tenkningen som oppstår i ulike situasjoner ikke ble fanget opp. På den andre side har alle fire studiene benyttet reelle og opplevde erfaringer, noe som sannsynligvis gir en god relasjon og tilknytning til erfaringene for de undersøkte ergoterapeutene.

4.1.3 Analysen og utviklingen av resultatene

Resultatene ble utviklet gjennom en grundig og systematisk metode, hvor fremgangsmåten for analysen er beskrevet. Resultatene og funnene fra primærstudiene ble valgt ut og oversatt fra engelsk til norsk. Oversettelsen ble gjort ved å oversette ord for ord og setning for setning. Denne fasen var likevel selektiv, fordi alt som var beskrevet i primærartiklene ikke ble inkludert som rådata til syntesen (Miles & Huberman, 1994). Hovedfokus har vært på å ta ut resultater og beskrivelser gjort av forskerne av primærstudiene og ikke utsagn som kom direkte fra deltakende ergoterapeuter. Aktuelle tema ble trukket ut i relasjon til forskningsspørsmålet og studiene ble lest mange ganger for å sikre at alle vesentlig tema var inkludert i rådata. Dette kan sammenlignes med hvordan tema og kategorier blir identifisert i kvalitative primærstudier (Carlsen, Glenton & Pope, 2007).

Det er beskrevet i en artikkel, at i en meta-etnografi så kan oversettelsen være idiomatisk, som betyr at en oversetter meningen av teksten (Britten et al., 2002). Det ble ikke gjort i denne studien, i alle fall ikke i første uttak av resultatene fra primærstudien. Fordelen med at hvert ord fra resultatene i primærartiklene ble valgt ut kan være at en da ivaretar innholdet fra primærstudiene lengst mulig, noe som er et av målene med en meta-etnografi (Doyle, 2003). Etter at rådataene var plukket ut fra alle primærstudiene, ble det gjennomført en reduksjon av disse resultatene. Grunnen til det var at rådataene utgjorde en stor mengde ord og forklaringer for hvordan ergoterapeutene hadde beskrevet sin resonnering. Det var derfor nødvendig å redusere dette til mer håndterlig tekst. Hver eneste setning ble understreket for det viktigste innholdet, hvor så dette ble tatt ut til reduksjonen. En beskrivelse for dette er vist for den første artikkelen, med dens første hovedkategori og underkategori (tabell 5). Her kunne det nok vært mulig å benytte seg av en idiomatisk oversettelse, slik at en hadde redusert rådataene ved å trekke ut meningen under hver underkategori. Fremdeles ble det valgt å benytte ordene fra primærstudiene, noe som sannsynligvis har ført til en god relasjon mellom syntesen og primærartiklene.

Deretter fikk hver setning en kode knyttet til seg, hvor kodene ble utviklet empirisk, ut fra innholdet i setningene. Totalt ble det dannet atten koder i denne innledende fasen. En slik koding bør helst være utført av flere enn en person, for å sikre troverdigheten av kodingen og dermed også analysen og resultatene (Miles & Huberman, 1994). Det ble ikke gjort i denne studien, slik at egen forforståelse for temaet dermed kan ha preget kodingen. Selv om studiene ikke ble analysert uten forhåndsdefinerte koder, kan det likevel være at teorigrunnlaget om klinisk resonnering påvirket kodingen. Siden egen forforståelse er relatert til en ikke alt for god erfaring og kunnskap til teorien om klinisk resonnering, så er det sannsynlig at dette ikke har preget koding i alt for stor grad. I tillegg kan det være en fordel om noe av teorien blir gjenspeilet i resultatene, slik at en kan oppnå en videre utvikling av teorigrunnlaget og forståelsen for klinisk resonnering i ergoterapi. Tabell 6: Utarbeidelse av koder, ble også knyttet til beskrivelsene gjort i teksten, slik at denne fasen skulle være åpen for leseren. Dette er gjort for å imøtekomme problemet knyttet til at kodingen kun er utført av en person.

Analysen ble videre gjennomført ved å benytte beskrivelser fra Miles & Huberman (1994) for kryssanalyse. De atten kodene som først var utviklet, ble sett i sammenheng til hverandre og koblet sammen der det virket naturlig. Det ble også gjennomført en videre redusering av innholdet under hver kategori, for å øke muligheten til å forstå kategoriene på tvers. Det er under dette punktet at det ble utført en idiomatisk oversettelse av innholdet, hvor meningen av teksten likevel ble ivaretatt. På den måten var det mulig å utvikle en syntese av resultatene, som var grunnlagt i resultatene fra primærstudiene. Beskrivelsene for hvordan dette har blitt gjort, er forsøkt å være så tydelig og oversiktlig for leser som mulig. Beskrivelsene er presentert ved en grundig forklaring knyttet til hver reduksjon og ved at det er presentert tabeller over de aktuelle reduksjonene. Analysen har oppstått gjennom en tolkning og egen forståelse for hvordan analysen skulle bli utført, noe som kan ha ført til at viktige kategorier eller beskrivelser er blitt oversett i løpet av prosessen. Reduksjonen har foregått ved at lag for lag forsiktig er tatt bort fra rådataene, og ordbruken fra primærstudiene ble benyttet helt frem til syntesen. Det bidrar til at de viktigste punktene og beskrivelsene sannsynligvis er ivaretatt gjennom hele prosessen og at det er de viktigste kategoriene som er valgt ut. De fire kategoriene forklarer alle hvordan ergoterapeuter beskriver sin kliniske resonnering.

I matrisen over inkluderte studier, ble det gitt en oversikt over formålet for hver studie, gjennomført analyse og hvordan resultatene var utviklet (tabell 7). Primærstudiene har ulike formål og ved første øyekast kan det kanskje se ut som studiene ikke kan relateres til hverandre. Det ble likevel mulig å se relasjoner og kategorier på tvers av studiene, når disse ble lest grundig og mange ganger. En ”reciprocal” tilnærming til studiene ble derfor benyttet i kryssanalysen og syntesen, hvor sammenlignbare studier blir sett i relasjon til hverandre (Noblit & Hare, 1988). Både kategori en ”ulike resonneringsprosesser” og kategori fire ”hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv”, ble beskrevet gjennom bidrag fra alle fem primærstudier. Disse to kategoriene er derfor støttet av utsagn fra alle fem primærstudiene.

4.1.4 Resultatene sett i lys av primærstudiene og teori

Syntesen førte til fire kategorier som er: 1) Ulike resonneringsprosesser, 2) Anvendelse av kunnskap, 3) Hvordan konteksten påvirker resonneringen og 4) Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv.

1) Ulike resonneringsprosesser

Den første kategorien, ”ulike resonneringsprosesser” blir forklart ut fra alle fem primærartiklene. I studien til Unsworth (2005) ble resonneringen sett på og analysert i relasjon til beskrivelsene om klinisk resonnering gitt av Mattingly & Fleming (1994). Det ble fremhevet at ergoterapeuter brukte prosedyre resonnering, samhandlingsresonnering og situasjonsresonnering, og at disse resonneringsformene virket som å omhandle de fleste måtene ergoterapeutene resonnererte på (Unsworth, 2005). I studien gjort av Creighton et al. (1995) ble det funnet at ergoterapeutene brukte alle formene for resonnering som beskrevet i studien til Mattingly & Fleming (1994). I den studien ble det fremhevet at ergoterapeutens tenkning knyttet seg til ”de tre tankesporene” (Mattingly & Fleming, 1994). Det ble beskrevet som at ergoterapeutene både hadde fokus på prosedyre resonnering, samhandlingsresonnering og situasjonsresonnering (Mattingly & Fleming, 1994). I prosedyreresonneringen fokuserer ergoterapeuten på de fysiske vanskene som klienten har. I samhandlingsresonneringen har ergoterapeuten fokus på hvordan hun best skal samhandle og utvikle en relasjon til klienten. I situasjonsresonneringen vurderes klientens situasjon, relatert til klientens liv i en større kontekst. ”De tre tankesporene” ser ut til å bli bekreftet i denne studien og da beskrevet under den første kategorien ”ulike resonneringsprosesser”. Ergoterapeutene bruker ulike resonneringsprosesser fordi forskjellige situasjoner krever ulike resonneringsstrategier hos ergoterapeuten. Noen ganger fokuseres det på enkle former for resonnering, andre ganger skjer resonneringen på en hierarkisk, trinnvis måte og andre ganger igjen foregår resonneringen som en miks av alle formene for resonnering.

Ergoterapeutene benyttet ulike resonneringsprosesser avhengig av behov og krav knyttet til hver enkelt situasjon. Denne prosessen er ikke lineær. Det vil si at ergoterapeuten går frem og tilbake mellom å samle informasjon om klienten, til å foreslå mulige intervensjoner og starte med tiltakene (Copley et al., 2008). En slik

tilnærming krever at ergoterapeuten benytter ulike resonneringsformer for å tilnærme seg problemene.

2) Anvendelse av kunnskap

I den andre kategorien, ”anvendelse av kunnskap”, var det tre av studiene som beskrev dette (Unsworth, 2005; Crabtree & Lyons, 1997; Roberts, 1996). Denne kategorien er en forklaring på at ergoterapeutene var i stand til å trekke tråder fra deres erfarings- og kunnskapsbase (Unsworth, 2005). I denne kategorien var det derfor to av studiene som ikke bidro til syntesen, fordi studiene ikke fokuserte på hvordan ergoterapeuten anvendte tidligere kunnskap gjennom sine resultater (Copley et al., 2008; Creighton et al., 1995). Det kan ha en sammenheng med hvordan disse to studiene har undersøkt klinisk resonnering, fordi de har fokusert mer på hva ergoterapeutene gjør direkte i behandlingen, gjennom intervensjonsbestemmelsene og terapeutisk aktivitet. Det er ikke sikkert at kunnskapsnivået kommer like mye til syne når en er opptatt av selve intervensjonene som ergoterapeutene benytter i sin behandling. Intervensjonen er selve tiltakene i behandlingen, mens for eksempel Roberts (1996) fremhevet at det gjerne var i oppstarten av å forstå klientens problem, at ergoterapeuten trakk trådene til sin tidligere kunnskapsbase. Det kan derfor virke som at ergoterapeutene anvender kunnskap kanskje særlig i oppstarten av behandlingen og ved kartleggingen av problemene knyttet til sine klienter. Det ser også ut som dette er en aktiv del av resonneringsformer og resonneringsprosesser, men at det ikke er en egen form for resonnering. Dette fordi for eksempel det å hente informasjon om skaden generelt fra hukommelsen, er tett knyttet til å forstå klientens fysiske problem. Det å forstå klientens fysiske problem var beskrevet som en av måtene ergoterapeuten hentet informasjon om klienten på, altså en bestemt form for resonnering (Unsworth, 2005).

3) Hvordan konteksten påvirker resonneringen

Det var tre av studiene som beskrev hvordan konteksten påvirket resonneringen (Unsworth, 2005; Crabtree & Lyons, 1997; Creighton et al., 1995). Det kunne blant annet være tilgjengelig utstyr, tidsbegrensninger og legers bestillinger som var med på å bestemme hvilken behandling ergoterapeuten kunne tilby sine klienter. Konteksten, der

terapien ble utøvd, hadde altså en påvirkning på resonneringen til ergoterapeutene. I denne kategorien var det derfor to studier som ikke bidro til resultatet (Copley et al., 2008; Roberts 1996). Det ble fremhevet i en av de andre studiene, at resonnering knyttet til praksiskonteksten var mindre til stede i dataene enn resonnering relatert til teori eller pasientens fysiske status (Creighton et al., 1995). Roberts (1996) har undersøkt resonneringen til ergoterapeutene ved å bruke spørreskjema med en fiktiv person, noe som sannsynligvis betyr at ergoterapeutene ikke har knyttet resonneringen sin til begrensninger i konteksten. Denne formen for resonnering vil derfor sannsynligvis ikke være til stede i svarene ergoterapeutene gir og er derfor ikke rapportert i den studien. I studien gjort av Copley et al. (2008), hvor det er undersøkt hvordan ergoterapeuten tar avgjørelser og resonnerer knyttet opp mot ulike intervensjonene, virker det rart at dette ikke har blitt nevnt. Selv om dette ikke er nevnt i denne studien, trenger det likevel ikke bety at dette ikke ble sett i studien. Ergoterapeuten som blir undersøkt, har 18 års erfaring som ergoterapeut. Det kan derfor være grunnen til at begrensninger i konteksten ikke er blitt rapportert, fordi hun ubevisst tar hensyn til dette når hun foreslår aktuelle intervensjoner. Hun er sannsynligvis ubevisst klar over disse begrensningene og styrer dermed unna forslag på intervensjoner som ikke vil være mulige å gjennomføre i hennes kontekst. Resonnering knyttet til konteksten er derfor ikke noe ergoterapeuten er bevisst og blir derfor heller ikke rapportert og fremhevet i studien til Copley et al. (2008). Det er også presisert i en litteraturoversikt hvis resonnering knyttet til konteksten tar hovedfokus ved resonneringen til ergoterapeuter, kan det gå ut over ergoterapeutens mulighet til å individualisere behandlingen og møte behovene hos hver enkelt klient (Leicht & Dickerson, 2001).

4) Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv.

Den fjerde kategorien, "Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv", kan kanskje relateres og sammenlignes både med samhandlingsresonnering og situasjonsresonnering, som er beskrevet av Mattingly & Fleming (1994).

Samhandlingsresonnering handler om å danne terapeutisk relasjon og samhandle med klientene (Mattingly & Fleming, 1994). Situasjonsresonnering er kompleks og brukes for å forstå "hele personen" (Mattingly & Fleming, 1994). Situasjonsresonnering brukes når ergoterapeuten forsøker for å hjelpe klienten til å delta i den vanskelige prosessen

det er å rekonstruere livet etter en permanent skade (Leicht & Dickerson, 2001; Mattingly & Fleming, 1994). Ergoterapeutene brukte denne resonneringen for å opprette et holistisk perspektiv på personens tilstand (Leicht & Dickerson, 2001). Den fjerde kategorien er beskrevet gjennom at ergoterapeutene dannet seg en holistisk forståelse av klientens situasjon, gjennom å samle informasjon på ulikt vis (Copley et al., 2008; Unsworth, 2005; Roberts, 1996). I arbeidet med klienten var det også avgjørende at klienten opplevde suksess og begynte å utvikle en følelse av kontroll over eget liv (Creighton et al., 1995). Det ble arbeidet for å oppnå terapeutisk relasjon til klienten og det var avgjørende å overføre en del av ergoterapeutens makt til klienten (Copley et al., 2008; Crabtree & Lyons, 1997). Disse beskrivelsene ble koblet sammen og presentert som ”hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv”, som kanskje kan ses i relasjon til samhandlings- og situasjonsresonnering.

I doktorgradsarbeidet til Alve (2006) fremhevet hun at samhandling var avgjørende for behandlingen og at samhandlingen omkranset alle formene for resonnering brukt av ergoterapeutene. I studien til Mattingly & Fleming (1994) ble samhandling definert som en egen form for resonnering. I denne meta-etnografien virker resultatene å støtte påstanden fra Alve (2006), om at samhandling er av avgjørende betydning for behandlingen. Det er likevel usikkert om samhandling ikke kan defineres som en egen form for resonnering, slik som Mattingly & Fleming (1994) har gjort. To av primærstudiene til denne meta-syntesen har presisert at de kunne finne igjen alle formene for resonnering som ble beskrevet av Mattingly & Fleming (1994) (Copley et al., 2008 ; Creighton et al., 1995). Det kom frem fra resultatene til meta-etnografien at det var av avgjørende betydning for resonneringen til ergoterapeutene å bidra til å gjøre klientene aktiv i eget liv. Det kan virke som dette er en sammenkobling av samhandlings- og situasjonsresonnering definert av Mattingly & Fleming (1994), og kan derfor anses som en form for resonnering ergoterapeutene benytter.

5) Resultatene sett i sammenheng til hverandre

Det virker som ergoterapeutene resonnererte mot klientene på fire måter, beskrevet gjennom fire kategorier. De tre første kategoriene, som handler om å bruke ”ulike

resonneringsprosesser”, ”anvendelse av kunnskap” og ” hvordan konteksten påvirker resonneringen”, er forklaringer på hvilke former for resonnering som ergoterapeuten bruker når de tilbyr behandling. Dette ser ut til å kunne relateres til beskrivelsene gjort gjennom visualiseringen av et hode (Unsworth, 2004). Øverste del av hodet handler om hvem ergoterapeuten er som person, deretter presenteres resonneringen som tre ulike former, hvor generaliseringer eller anvendelse av kunnskap er en del av disse. Nederst finner en pragmatisk resonnering, eller hvordan konteksten påvirker resonneringen (Unsworth, 2004).

I tillegg ser det ut som, ut fra resultatene til meta-etnografien, at det er avgjørende å overføre makt og ansvar til klienten for at han/hun kan bli aktiv i eget liv. Hvis ikke det oppnås, kan det ha negativ innvirkning på resonneringen og behandlingen. En god relasjon og overføring av ansvar virker avgjørende for at resonneringen kan brukes mot gode behandlingsvalg. Med denne forklaringen, er den siste kategorien vurdert som en avgjørende faktor for vellykket behandling og resonnering. Hvis en legger til grunn beskrivelsene fra Mattingly & Fleming (1994) knyttet til samhandlings- og situasjonsresonnering, kan denne kategorien bli sett på som en egen form for resonnering. I meta-etnografien virker kategorien avgjørende for behandlingen, og den virker derfor omkringliggende for all form for resonnering som ergoterapeutene benytter seg av. Det kan likevel være at den er en form for resonnering, på lik linje med de andre formene for resonnering. Det er uansett slik at innen klinisk resonnering anses helheten til å være mer enn summen av delene (Crabtree & Lyons, 1997). Det stemmer godt overens med resultatene fra meta-etnografien, hvor alle fire kategoriene er forklaringer for hvordan ergoterapeuter som arbeider på sykehus beskriver sin kliniske resonnering. Ingen av kategoriene kan utelates, fordi de er gjensidig avhengig av hverandre. Det er sannsynligvis derfor det også har vært vanskelig å utvikle en syntese ut fra rådataene. Rådataene fra primærstudiene på hvordan ergoterapeutene beskriver sin kliniske resonnering, henger tett sammen og har vært vanskelig å adskille. Det har nok også en sammenheng med at det kan være vanskelig å beskrive hvordan ergoterapeutene har tenkt i hver enkelt situasjon. Hvordan et menneske tenker er sammensatt og komplisert, og det kan være vanskelig å sette ord på resonneringen og tankene som er knyttet til behandlingen ergoterapeutene utfører (Crabtree, 1998).

4.2 Ethiske aspekter

Styrken og verdien av meta-etnografien avhenger av begripeligheten for leserne (Doyle, 2003). Meta-etnografien presenteres skriftlig i form av en monografi, men andre former for presentasjon kunne også vært nyttig (Noblit & Hare, 1988). For å bidra til en troverdig meta-etnografi har det vært viktig å vise koblingen mellom data og analysen i teksten (Doyle, 2003). Dette er også en viktig etisk vurdering, å vurdere i hvilken grad ”stemmen” og resultatene fra primærstudiene er ivaretatt i syntesen. En syntese vil si at en tolker rådataene, slik at de danner en ny og felles forståelse. Spørsmålet blir derfor, er resultatene fra primærstudiene ivaretatt i meta-etnografien og hvordan er de eventuelt ivaretatt? En endelig vurdering av dette må tas av eventuelle lesere, som kan vurdere dette med nye øyne. Likevel anses resultatene fra primærstudiene å være ivaretatt ved at utsagn og beskrivelser fra disse studiene er benyttet langt frem i analysen. Det var først mot slutten av kryssanalysen at kortere beskrivelser og tolkninger av innholdet ble nødvendig å utføre. På den måten var det mulig å opprettholde en forståelse av primærstudiene lenge og dermed vurderes resultatene til å være godt forankret i rådataene som ble benyttet i denne meta-etnografien.

4.3 Relevans for praksis

Forskning på klinisk resonnering i ergoterapi er viktig fordi det kan bidra til et økt fokus på refleksjon, som kan gi bedre behandling. Det kan også bidra til å gi ergoterapeuter beskrivelser på egen tenkning, som kan gjøre det enklere for dem å beskrive begrunnelsene for behandlingen (Unsworth, 2005). Ved at ergoterapeuter er bevisst sin egen tenkning i praksis, kan de på den måten være reflekterende og i stadig utvikling for brukernes beste. Ved å være klar over de ulike formene for resonnering, kan det være mulig å tenke mer igjennom egne tanker og vurdering som blir gjort i praksis. Dermed kan en som ergoterapeut utvikle seg som yrkesutøver.

Relevansen for praksis vil også kunne vurderes opp mot formålet med studien (Miles & Huberman, 1994). Formålet har vært å utvikle en systematisk oversikt på klinisk resonnering i ergoterapi for å tydeliggjøre hva som allerede eksisterer av forskning på temaet, men gå mer i dybden på temaet. Slik kan klinisk resonnering bli mer tilgjengelig og lettere anvendelig for ergoterapeuter. Resultatene er presentert ved bruk av fire

kategorier, som forhåpentligvis vil være oversiktlig og forståelig for eventuelle lesere. I tillegg vil det være viktig å publisere resultatene, for at flest mulig ergoterapeuter skal kunne få mulighet til ta del i resultatene som er oppnådd. Oppsummert forskning er også en viktig del av kunnskapsbasert praksis, fordi det kan bidra til å gjøre forskning lettere og mer anvendelig for praksisfeltet (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005).

4.4 Forslag til fremtidig forskning

Denne meta-etnografien konkluderer med at ergoterapeuter på sykehus bruker forskjellige former for resonnering, og at det er en sammensatt og komplisert prosess det kan være vanskelig å sette ord på. Det hadde vært lærerikt om liknende studier kunne blitt utført. Blant annet ville det vært interessant å se nærmere på hvordan ergoterapeuter resonnerer på tvers av arbeidsfelt. Er det forskjell mellom resonneringen som benyttes hos ergoterapeuter som for eksempel arbeider i kommune og på sykehus? Det kunne gitt en enda dypere forståelse for ulike resonneringsstrategier brukt av ergoterapeuter. I tillegg kunne det vært spennende å se om liknende kategorier som er blitt presentert i denne studien, også hadde vært sett igjen på tvers av ergoterapeutens arbeidsfelt. Ergoterapeuter er opptatt av hvordan mennesker med funksjonsnedsettelse har vansker med å delta i ønskede aktiviteter, på tvers av arbeidssted (Borg, 2007). Det er derfor sannsynlig at en del av de samme kategoriene kan bli gjenkjent av ergoterapeuter, uavhengig av hvor de arbeider. Det kan også være at ergoterapeuter som arbeider i kommunen, i tilknytning til klienters hjem, har et større fokus på å relatere behandlingen opp mot hvordan klientene skal kunne leve med sin sykdom. Studien gjort av Alnervik og Svidén (1996) fant ut at ergoterapeuter som arbeidet på sykehus hadde størst fokus på sykdom og mindre fokus på hvordan sykdommen påvirket klienten som menneske. Det hadde derfor i tillegg vært interessant å se om det var forskjeller, både kvalitativt og kvantitativt, mellom ergoterapeuter som arbeider på sykehus og i kommune.

Den andre kategorien, ”anvendelse av kunnskap”, virket brukt av ergoterapeutene. Dette gjaldt særlig ved oppstarten av å bli kjent med en klient. Spesielt ved vanskelige saker eller i situasjoner hvor behandlingen ikke er så tydelig definert, kan det være at

ergoterapeuten er avhengig av å anvende eller søke ny kunnskap. I hvilken grad ergoterapeuter gjør dette kunne vært interessant å finne mer ut av.

I tillegg ble det antydnet i masterstudien at ergoterapeuter som er eksperter og har arbeidet på samme sted i mange år, kanskje ikke er så opptatt av hvordan konteksten påvirker deres resonnering. Det ville derfor vært naturlig å undersøke nærmere hvordan novise ergoterapeuter resonnerer, fordi de ikke har så lang erfaring med hvilke begrensninger som er knyttet til arbeidsplassen. Hvordan konteksten påvirker resonneringen kommer kanskje mer til syne hos noviser. Det ville kanskje vært tydeligere hos novisen, i hvor stor grad konteksten påvirker resonneringen og behandlingen til ergoterapeuter.

5.0 Konklusjon

For dette masterstudiet har det vært arbeidet ut fra forskningsspørsmålet: *”Hvordan beskriver ergoterapeuter som arbeider på sykehus sin kliniske resonnering?”*. Metoden som er benyttet for å finne svar på dette, har vært en metasyntese. Selve tilnærmingen var meta-etnografi, som er beskrevet gjennom syv trinn. En meta-etnografi benytter kvalitative primærstudier som grunnlag for sin undersøkelse. I denne masterstudien er det benyttet fem kvalitative primærstudier som har undersøkt hvordan ergoterapeuter som arbeider på sykehus beskriver sin resonnering. For å kunne analysere resultatene fra disse fem studiene, var det nødvendig å benytte en kryssanalyse. Rådataene fra primærstudiene ble da analysert på tvers av hver enkelt primærstudie. Resultatene anses derfor som en tolking av hva alle fem primærstudier har funnet frem til i sine studier. Resultatene gir ikke en større ”sannhet” enn det primærstudiene gjør, men resultatene kan ses på som et bidrag til utdypning av temaet klinisk resonnering i ergoterapi. Resultatene fra meta-etnografien er presentert gjennom fire kategorier: 1) Ulike resonneringsprosesser, 2) Anvendelse av kunnskap, 3) Hvordan konteksten påvirker resonneringen og 4) Hvordan bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv. Til sammen anses disse fire kategoriene å være en forklaring på hvordan ergoterapeuter som arbeider på

sykehus beskriver sin kliniske resonnering. Ergoterapeutene benyttet ulike former for resonnering i sitt arbeid. Noen ganger en bestemt form for resonnering, andre ganger resonnering på en hierarkisk måte og andre ganger igjen ble de ulike formene for resonnering brukt om hverandre og samtidig. For å forstå problemer til klienten, anvender ergoterapeuten sin tidligere erfaring og kunnskap. Konteksten hadde også en påvirkning på resonneringen til ergoterapeutene, hvor tilgjengelig utstyr, tidsbegrensninger og legers bestillinger var eksempler på dette. Et avgjørende punkt i resonneringen til ergoterapeutene, var hvorvidt de var i stand til å bidra til å gjøre klienten aktiv i eget liv. Det var viktig å involvere klienten i behandlingen, slik at et best mulig resultat kunne oppnås. Dette ble gjort ved å gi en del av ansvaret for behandlingen til klienten, ved å dele informasjon og øke klientens kunnskaper om eget problem. På den måten kunne klienten bli aktiv i eget liv.

Litteraturliste

Alnervik, A. & Svidén, G. (1996) On clinical reasoning: patterns of reflection on practice. *Occupational Therapy Journal of Research*, 16 (2), s. 98-110.

Alve, G. (2006) *Terapeutrollen i samhandling : en studie av ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte med pasienter*. [Oslo], Faculty of Medicine Unipub.

Barnett-Page, E. & Thomas, J. (2009) Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9, s. 59.

Barroso, J., Gollop, C. J., Sandelowski, M., Meynell, J., Pearce, P. F. & Collins, L. J. (2003) The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. *Western Journal of Nursing Research*, 25 (2), s. 153-78.

Borg, T. (2007) *Basisbog i ergoterapi : aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 2. utg. København, Munksgaard.

Britten, N., Campbell, R., Pope, C., Donovan, J., Morgan, M. & Pill, R. (2002) Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7 (4), s. 209-215.

Campbell, R., Pound, P., Pope, C., Britten, N., Pill, R., Morgan, M. & Donovan, J. (2003) Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Social Science & Medicine*, 56 (4), s. 671-684.

Carlsen, B., Glenton, C. & Pope, C. (2007) Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *British Journal of General Practice*, 57 (545), s. 971-8.

Chapparo, C. & Ranka, J. (2000) Clinical reasoning in occupational therapy. I: Higgs, J. & Jones, M. red. *Clinical reasoning in the health professions*. 2. utg. Oxford, Butterworth Heinemann.

Copley, J., Turpin, M., Brosnan, J. & Nelson, A. (2008) Understanding and negotiating: Reasoning processes used by an occupational therapist to individualize intervention decisions for people with upper limb hypertonicity. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 30 (19), s. 1486-1498.

Crabtree, M. (1998) Images of reasoning: a literature review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 45 (4), s. 113-123.

Crabtree, M. & Lyons, M. (1997) Focal points and relationships: a study of clinical reasoning. *British Journal of Occupational Therapy*, 60 (2), s. 57-64.

Creighton, C., Dijkers, M., Bennett, N. & Brown, K. (1995) Reasoning and the art of therapy for spinal cord injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 49 (4), s. 311-317.

DiCenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2005) *Evidence-based nursing: a guide to clinical practice*. St. Louis, Elsevier Mosby.

Dixon-Woods, M., Shaw, R. L., Agarwal, S. & Smith, J. A. (2004) The problem of appraising qualitative research. *Qualitative Safe Health Care*, 13 (3), s. 223-225.

Doyle, L. H. (2003) Synthesis through meta-ethnography: paradoxes, enhancements, and possibilities. *Qualitative Research*, 3 (3), s. 321-344.

Elstein, A. S. & Schwartz, A. (2000) Clinical reasoning in medicine. I: Higgs, J. & Jones, M. red. *Clinical reasoning in the health professions*. 2. utg. Oxford, Butterworth Heinemann.

Finfgeld, D. L. (2003) Metasynthesis: the state of the art-so far. *Qualitative Health Research*, 13 (7), s. 893-904.

Finlayson, K. W. & Dixon, A. (2008) Qualitative meta-synthesis: a guide for the novice. *Nurse Researcher*, 15 (2), s. 59-71.

Gewurtz, R., Stergiou-Kita, M., Shaw, L., Kirsh, B. & Rappolt, S. (2008) Qualitative meta-synthesis: reflections on the utility and challenges in occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy - Revue Canadienne d'Ergotherapie*, 75 (5), s. 301-8.

Greenhalgh, T. (2010) *How to read a paper: the basics of evidence-based medicine*. Chichester, UK, Wiley-Blackwell.

Hagedorn, R. (1996) Clinical decision making in familiar cases: a model of the process and implications for practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 59 (5), s. 217-222.

Higgs, J. & Jones, M. (2000) *Clinical reasoning in the health professions*. 2. utg. Oxford, Butterworth-Heinemann.

- Hooper, B. (1997) The relationship between pretheoretical assumptions and clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 51 (5), s. 328-338.
- Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2. utg. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Jones, M., Jensen, G. & Edwards, I. (2000) Clinical reasoning in physiotherapy. I: Higgs, J. & Jones, M. red. *Clinical reasoning in the health professions*. 2. utg. Oxford, Butterworth Heinemann.
- Leicht, S. B. & Dickerson, A. (2001) Clinical reasoning, looking back. *Occupational Therapy in Health Care*, 14 (3-4), s. 105-30.
- Mattingly, C. & Fleming, M. H. (1994) *Clinical reasoning : forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia, F.A. Davis.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994) *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks, California, Sage.
- Munroe, H. (1996) Clinical reasoning in community occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 59 (5), s. 196-202.
- Ness, N. E. (1997) Klinisk resonnering. *Ergoterapeuten*, 40 (13), s. 36-39.
- NHS (2010 2010) *Critical Appraisal Skills Programme* [Internett], Cowley, Oxfordshire Tilgjengelig fra: <<http://www.sph.nhs.uk/what-we-do/public-health-workforce/resources/critical-appraisals-skills-programme/?searchterm=casp>> [Nedlastet 25.10.10].
- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988) *Meta-ethnography : synthesizing qualitative studies*. Newbury Park, Sage Publications.
- Noyes, J., Popay, J., Pearson, A., Hannes, K. & Booth, A. (2008) Qualitative research and Cochrane reviews. I: Pt, H. J. & Sally, G. red. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Chichester: Wiley-Blackwell, The Cochrane Collaboration.
- Paterson, M. & Summerfiel-Mann, L. (2006) Clinical reasoning. I: Duncan, E. A. red. *Foundations for practice in occupational therapy*. 4. utg. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa., Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Pope, C., Popay, J. & Mays, N. (2007) *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence : a guide to methods*. Maidenhead, Open University Press.

Pound, P., Britten, N., Morgan, M., Yardley, L., Pope, C., Daker-White, G. & Campbell, R. (2005) Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking *Social Science & Medicine*, 61, s. 133-155.

Roberts, A. E. (1996) Clinical reasoning in occupational therapy: idiosyncrasies in content and process. *British Journal of Occupational Therapy*, 59 (8), s. 372-376.

Sandelowski, M. & Barroso, J. (2002) Finding the findings in qualitative studies. *Journal of Nursing Scholarship*, 34 (3), s. 213-219.

Sandelowski, M. & Barroso, J. (2007) *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York, Springer Publishing Company.

Sandelowski, M., Docherty, S. & Emden, C. (1997) Focus on qualitative methods. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Research in Nursing & Health*, 20 (4), s. 365-71.

Schell, B. & Cervero, R. (1993) Clinical reasoning in occupational therapy: an integrative review. *American Journal of Occupational Therapy*, 47 (7), s. 605-10.

Thorne, S., Jensen, L., Kearney, M. H., Noblit, G. & Sandelowski, M. (2004) Qualitative metasynthesis: reflections on methodological orientation and ideological agenda. *Qualitative Health Research*, 14 (10), s. 1342-65.

Unsworth, C. A. (2001) The clinical reasoning of novice and expert occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8 (4), s. 163-73.

Unsworth, C. A. (2004) Clinical Reasoning: How do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit? *The British Journal of Occupational Therapy*, 67 (1), s. 10-19.









Unsworth, C. A. (2005) Using a head-mounted video camera to explore current conceptualizations of clinical reasoning in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 59 (1), s. 31-40.















Walsh, D. & Downe, S. (2005) Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (2), s. 204-11.













Zimmer, L. (2006) Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts.
Journal of Advanced Nursing, 53 (3), s. 311-318

Vedlegg 1: Søkelogg Cinahl

Søk i Cinahl – uke 12, 2011

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S17	 S10 and S15	<p>Limiters - Clinical Queries: Qualitative - High Sensitivity, Qualitative - High Specificity, Qualitative - Best Balance</p> <p>Expanders - Also search within the full text of the articles</p> <p>Search modes - Find all my search terms</p>	<p>View Results</p> <p> (163)</p>
S16	 S10 and S15	<p>Expanders - Also search within the full text of the articles</p> <p>Search modes - Find all my search terms</p>	<p>View Results</p> <p> (564)</p>
S15	 S11 or S12 or S13 or S14	<p>Expanders - Also search within the full text of the articles</p> <p>Search modes - Find all my search terms</p>	<p>View Results</p> <p> (13908)</p>
S14	 (MH "Occupational Therapists")	<p>Expanders - Also search within the full text of the articles</p> <p>Search modes - Find all my search terms</p>	<p>View Results</p> <p> (2804)</p>

S13	 (MH "Occupational Therapy Practice, Evidence-Based") OR (MH "Occupational Therapy Practice, Research- Based")	Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Find all my search terms	View Results  (427)
S12	 (MH "Research, Occupational Therapy")	Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Find all my search terms	View Results  (422)
S11	 (MH "Occupational Therapy+")	Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Find all my search terms	View Results  (11212)
S10	 S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6 or S7 or S8 or S9	Expanders - Also search within the full text of the articles Search modes - Find all my search terms	View Results  (29071)
S9	 "interactive reasoning"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results  (9)
S8	 (MH "Decision Making, Clinical")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results  (11373)
S7	 (MH "Clinical Competence+")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results  (15520)

S6	 TX "scientific reasoning"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results  (112)
S5	 TX "ethical reasoning"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results  (531)
S4	 TX "conditional reasoning"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results  (44)
S3	 TX "pragmatic reasoning"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results  (26)
S2	 TX "narrative reasoning"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results  (48)
S1	 TX "clinical reasoning"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results  (2561)

Vedlegg 2: Søkelogg Amed

SØK I AMED – UKE 13 2011

AMED (Allied and Complementary Medicine) 1985 to March 2011

#	Searches	Results	Search Type
1	clinical reasoning.mp.	287	Advanced
2	narrative reasoning.mp.	5	Advanced
3	pragmatic reasoning.mp.	3	Advanced
4	conditional reasoning.mp.	5	Advanced
5	ethical reasoning.mp.	15	Advanced
6	scientific reasoning.mp.	4	Advanced
7	interactive reasoning.mp.	2	Advanced
8	clinical competence/	170	Advanced
9	exp Decision making/	2648	Advanced
10	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9	3053	Advanced
11	Occupational therapy/	5664	Advanced
12	Occupational therapists/	425	Advanced
13	Occupational therapy speciality/	860	Advanced
14	11 or 12 or 13	6889	Advanced
15	10 and 14	325	Advanced

Vedlegg 3: Søkelogg PsycINFO

Søk i PsycINFO uke 13, 2011

PsycINFO 1967 to March Week 3 2011

#	Searches	Results	Search Type
1	clinical reasoning.mp.	489	Advanced
2	narrative reasoning.mp.	17	Advanced
3	pragmatic reasoning.mp.	61	Advanced
4	conditional reasoning.mp.	340	Advanced
5	ethical reasoning.mp.	217	Advanced
6	scientific reasoning.mp.	374	Advanced
7	interactive reasoning.mp.	11	Advanced
8	exp Decision making/	47935	Advanced
9	exp Competence/	11791	Advanced
10	exp Reasoning/	15608	Advanced
11	exp Therapeutic Processes/	51829	Advanced
12	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	125307	Advanced
13	exp Occupational Therapy/	3612	Advanced
14	exp Occupational Therapists/	1355	Advanced
15	13 or 14	4339	Advanced
16	12 and 15	351	Advanced
17	limit 16 to ("qualitative (high sensitivity)" or "qualitative (high specificity)" or "qualitative (min difference)")	163	Advanced

Vedlegg 4: Funn fra første studie

En hovedkategori og tre underkategorier fra første studie (Copley et al., 2008)

Tre **hovedprosesser** var identifisert fra dataene. Den første var **(a) mens det ble opprettet et terapeutisk forhold, søkte terapeuten etter informasjon om klientens historie, nåværende situasjon og fremtid** (s.1489).

* **Terapeuten søker informasjon (underkategori 1)**

Mens innsamling av informasjon om klientens historie og nåværende status, anvendte ergoterapeuten konstant denne informasjonen på intervensjonens fremtidige kontekst. Når hun søkte objektiv informasjon om klientens sosiale situasjon, konteksten til omgivelsene, helsestatus, tidligere og nåværende øvre ekstremitetsstatus og intervensjon som var prøvd tidligere, samlet samtidig terapeuten klientens holdning og forventning i relasjon til hans eller hennes øvre ekstremitet og mulige fremtidige intervensjoner. Denne informasjonen tillot ergoterapeuten til å identifisere mulige mål som klienten måtte ha, den spesifikke øvre ekstremitet funksjon klienten trengte for å nå disse målene, intervensjon som kunne gjøre det mulig å nå disse øvre ekstremitetsfunksjoner, intervensjoner som kanskje kunne bidra til å oppnå disse øvre ekstremitetsfunksjoner, hva klienten kunne forvente av intervensjonen, og hvordan hun/han muligens ville reagere på forskjellige intervensjoner (s.1489).

* **Bruker fortiden til å forutse fremtiden (underkategori 2)**

Informasjon samlet angående klientens medisinske - eller skadehistorie inkluderte hva slags type nevrologisk skade klienten hadde fått, når skaden hadde oppstått og andre relevante medisinske tilstander. Ergoterapeuten mente dette var nyttig når hun skulle forutse forandringen i tonus (s.1489).

Hun vurderte at noen typer skader og tilstander sannsynligvis ville være tettere knyttet opp mot dystoni og rigiditet og terapeutens kliniske erfaring tilsa at disse formene for forstyrrelser i tonus kunne respondere dårligere på intervensjon (s. 1489).

Å vite historien til et individs helbredelsesprosess etter skade var også til hjelp for å vurdere klientens fysiske og emosjonelle status, deres holdning mot deres øvre ekstremitet og deres forventninger eller håp for hva intervensjonene kunne oppnå

(s.1489).

Informasjon samlet om tidligere intervensjoner var spesifikke og inkluderte typer av intervensjon som hadde blitt forsøkt, hvordan intervensjonene var implementert og utfallene av intervensjonene. Hun anså dette som viktig fordi universelle protokoller for behandling av hypertensitet var ikke-eksisterende og små forskjeller i måten intervensjonen var implementert kunne være kritisk for individuelle forskjeller i positive eller negative symptomer (s.1489).

Informasjon om tidligere intervensjoner bidrar til at ergoterapeuten kan forutsi sannsynligheten for suksess med fremtidige intervensjoner og sammen med annen vurderingsinformasjon, assisterte ergoterapeuten til å avgjøre hvilken intervensjon som ville være mest hensiktsmessig for klienten (s.1489).

Ergoterapeuten tenkte også på klientens sannsynlige holdninger til intervensjoner med utgangspunkt i hans eller hennes tidligere erfaringer. Til og med på dette tidlige stadiet av informasjonssamling, så forutså terapeuten hvordan klientens holdning kunne påvirke fremtidige intervensjoner (s.1490).

Informasjon samlet om klientens historie vedrørende øvre ekstremitet status inkluderte endringer i tonus eller positive symptomer og graden av bevegelse og funksjon etter klientens skade. Denne informasjonen assisterte ergoterapeuten til å avgjøre den sannsynlige suksessen av intervensjoner ved å tydeliggjøre signifikansen av hver del av det kliniske bildet (s.1491).

*** Å bruke nåtiden for å forutse fremtiden (underkategori 3)**

Vurderingsinformasjon samlet om nåværende situasjon for klientene inkluderte klientens sosiale situasjon, omgivelsenes kontekst, generelt nivå av funksjon, andre funksjonsnedsettelse som ikke var relatert til klientens overkropp, personlige preferanser og overkroppens karakteristikk. Klientens større sosiale kontekst ble sett på som viktig i planleggingen av behandlingen og intervensjonen, fordi det kunne gi en signifikant effekt på implementeringen av intervensjonen og utfallene av intervensjonen (s.1491).

Ergoterapeuten samlet informasjon vedrørende klientens generelle funksjonsnivå, inkludert hans eller hennes roller i livet, daglige rutiner og hjemmesituasjon. Denne

informasjonen ble sett på som assistanse til ergoterapeuten for å kunne avgjøre den funksjonelle ulempe eller sannsynlige innvirkning av en intervensjon på klientens liv, potensielle mål som klienten måtte ha til behandlingen og intervensjonens særegenhet og design (s.1491).

Informasjon angående klientens andre skader som ikke var relatert til øvre ekstremitet ble også samlet. Kjennskap til denne informasjonen om klientens skader assisterte ergoterapeuten til å forutse den sannsynlige suksessen eller forventninger til intervensjonen (s.1491).

Personlige eller individuelle faktorer relatert til klienten ble også tatt med i vurderingen på grunn av deres potensielle innvirkning på en rekke faktorer slik som implementering av intervensjonene, suksessen til intervensjonen og kommunikasjon med klienten (s.1491).

Hovedkomponentene av den øvre ekstremiteten vurderingen ble identifisert som vurderinger av positive symptom, negative symptom, strukturelle endringer, sansing, grad av øvre ekstremitet funksjon og mønster av strekking og grep benyttet. Denne informasjonen ble brukt av terapeuten til å avgjøre mengden og typen av endring i den øvre ekstremitet karakteristikene som trengtes for å oppnå klientens mål, om disse endringene vil kunne være mulig og hvis så, hvilke intervensjoner som ville kunne oppnå det (s.1492).