



MEDICINSKA FAKULTETEN  
Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

# **Elrullstolens betydelse för aktivitet och hälsa**

Författare: Cecilia Pettersson

Handledare: Dennis Persson

Maj 2006

Kandidatuppsats

Adress: Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund



**MEDICINSKA FAKULTETEN**  
Lunds universitet

**Sektionen för arbetsterapi**

Maj 2006

## Elrullstolens betydelse för aktivitet och hälsa

Cecilia Pettersson

Förskrivning av elrullstol är en intervention av betydelse för ökat aktivitetsutförande och förbättrad hälsa för personer med nedsatt förflyttningsförmåga. Syftet med denna studie var att studera brukares uppfattning om elrullstolens betydelse för aktivitet och hälsa. Studien är kvalitativ med narrativa intervjuer som metod för datainsamling. Författaren har intervjuat sex personer som använder elrullstol för utomhusbruk. Dataanalysen resulterade i fem kategorier och tio subkategorier. Resultaten visade att personerna upplevde att de hade fått ett bättre liv och ökad livskvalitet samt en bättre hälsa, både fysiskt och psykiskt. Personerna ansåg också att elrullstolen inger trygghet och medför ökad delaktighet i samhällslivet. En del negativa aspekter framkom, vilka begränsade körning med elrullstolen såsom miljöfaktorer, klimat och utsatthet. Elrullstolen upplevs ha betydelse för delaktighet i samhällslivet vilket även kan belysas ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. En studie med detta perspektiv anser jag hade varit intressant och av betydelse.

Nyckelord: Elrullstol, aktivitet, delaktighet, hälsa, narratives.

Kandidatuppsats

Sektionen för arbetsterapi, box 157, S-221 00 Lund

## **Förord**

Jag riktar ett stort tack till min handledare Dennis Persson för värdefulla synpunkter och kommentarer på mitt arbete.

Jag vill också tacka alla deltagare i studien som ställt upp så att studien kunde genomföras samt de arbetsterapeuter som hjälpt mig att nå deltagarna.

Slutligen vill jag också tacka alla i min familj som stöttat mig i arbetet med studien trots att de fått stå ut med mycket.

Innehållsförteckning .....	3
1. Introduktion .....	5
<b>1.1 Elrullstol som förflyttningshjälpmedel</b> .....	5
<b>1.2 Funktionsnedsättning, delaktighet och tillgänglighet</b> .....	6
<b>1.3 Aktivitetsperspektivet</b> .....	6
<b>1.4 Hälsa</b> .....	7
1.4.1 Aktivitetshälsa .....	8
1.4.2 Aktivitetshälsa och elrullstol .....	8
2. Syfte .....	9
<b>2.1 Frågeställningar:</b> .....	9
3. Metod.....	9
<b>3.1 Design</b> .....	10
<b>3.2 Urvalsförfarande</b> .....	10
<b>3.3 Beskrivning av undersökningsgrupp</b> .....	10
<b>3.4 Metod för datainsamling</b> .....	11
<b>3.5 Procedur</b> .....	12
<b>3.6 Bearbetning av den insamlade informationen</b> .....	12
<b>3.7 Etiska överväganden</b> .....	13
<b>4. Resultat</b> .....	13
<b>4.1 Bättre liv/välbefinnande</b> .....	14
4.1.1 Oberoende .....	14
4.1.2 Frihet .....	15
<b>4.2 Bättre hälsa</b> .....	16
4.2.1 Fysisk hälsa .....	16
4.2.2 Psykisk hälsa .....	16
<b>4.3 Trygghet</b> .....	17
4.3.1 Säker förflyttning .....	17

4.3.2 Att själv kunna bestämma .....	17
<b>4.4 Begränsningar/hinder .....</b>	<b>18</b>
4.4.1 Miljöfaktorer .....	18
4.4.2 Klimat .....	18
4.4.3 Utsatthet .....	19
<b>4.5 Delaktighet i samhällslivet .....</b>	<b>19</b>
4.5.1 Social gemenskap .....	19
<b>5. Diskussion .....</b>	<b>20</b>
<b>5.1 Resultatdiskussion .....</b>	<b>20</b>
<b>5.2 Metoddiskussion .....</b>	<b>26</b>
<b>5.3 Konklusion .....</b>	<b>28</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>29</b>

# 1. Introduktion

## 1.1 Elrullstol som förflyttningshjälpmedel

För en person med nedsatt förflyttning förmåga kan förskrivning av tekniskt hjälpmedel såsom elrullstol vara en lämplig intervention, för att möjliggöra deltagande i meningsfulla aktiviteter. Det primära syftet med tekniska hjälpmedel är att minimera missförhållandet mellan personens förmågor och levnadsförhållandenas krav på att försöka utföra aktiviteter som personlig vård, arbete och rekreation (Christiansen & Baum, 1997; Reed & Sanderson, 1999). Hjälpmedel ersätter nedsatt funktion och möjliggör för individen att utföra en aktivitet mer självständigt (Christiansen & Baum, 1997). Hjälpmedel som används för att kunna förflytta sig är en medicinteknisk produkt och ska bl a användas för att kompensera ett funktionshinder (Blomquist & Nicolaou, 2000). Hjälpmedel kallas i klassifikationen för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) för produkt och ingår i kategorin omgivningsfaktor (Socialstyrelsen, 2003).

Elrullstol kan ordinerars om brukarens förflyttning behov inte kan tillgodoses med manuell rullstol eller annat förflyttningshjälpmedel (Region Skåne, 2003). Det finns elrullstol för inomhus- och utomhusanvändning eller kombinerad elrullstol för både inomhus- och utomhusbruk. Beroende på elrullstolens styrsätt delas denna in i manuell eller motoriserad styrning. Elrullstol med manuell styrning har styre och kallas elmoppe eller scooter, medan elrullstol med motoriserad styrning styrs med joystick (Hjälpmedelsinstitutet, 2006). Ordinatören, dvs. läkare i samråd med arbetsterapeut eller sjukgymnast, har ansvar för att brukaren funktionellt klarar av att hantera elrullstolen. Elrullstolen bör provas i den miljö och under de förhållanden den ska användas. Körträning med elrullstolen är viktig för att brukaren ska kunna uppvisa tillräcklig körförmåga och omdöme (Region Skåne, 2003).

## **1.2 Funktionsnedsättning, delaktighet och tillgänglighet**

Termen funktionsnedsättning används då det handlar om individen och handikapp, när det gäller konsekvenser som personen möter i sin dagliga omgivning. Funktionsnedsättning kan uppkomma på grund av sjukdom eller skada (Sisus, 2003). Vid dysfunktion ser arbetsterapeuten inte till de specifika begränsningarna i kognition, rörelse, styrka, känsel eller motivation i sig, utan till de sammanbrott i aktivitetsbeteendet som är en följd av dessa problem. Dysfunktion i aktivitet är inte specifik för sjukdomen utan specifik för personen (Kielhofner, 1997). Avgörande för hur handikappande en funktionsnedsättning blir är dels omgivningen, dels hur tillgänglig miljön är (Sisus, 2003). En klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) godkändes av WHO 2001 (ICF, 2003) och med målet att med ett gemensamt språk beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. ICF består av två delar; funktionstillstånd och funktionshinder (kroppsfunktioner respektive struktur samt aktiviteter och delaktighet) och kontextuella faktorer (omgivningsfaktorer och personliga faktorer). ICF klassificerar människors hälsoegenskaper inom den kontext som deras personliga livssituationer och omgivning skapar. Det är interaktionen mellan hälsokarakteristika och de kontextuella faktorerna som ger funktionshinder. Aktivitet definieras som en persons genomförande av en uppgift eller handling, medan delaktighet är en persons engagemang i en livssituation (ICF, 2003). Kielhofner definierar delaktighet på ett likvärdigt sätt; som engagemang i arbete, lek eller i dagliga livets aktiviteter som är en del av människans sociokulturella kontext, vilka är nödvändiga för människans välmående (Kielhofner, 1997). För att kunna vara delaktig krävs tillgänglighet, vilket dels handlar om att kunna röra sig fritt utomhus och ta del av det som händer, dels om att kunna ta del av information (Sisus, 2003). Vidare kan tillgänglighet delas in i olika dimensioner såsom tillgänglighet till miljö, information eller till sociala aktiviteter och service. Olika dimensioner gällande tillgänglighet kan också avse olika miljöer såsom hem, grannskap, kommun eller i sociala termer såsom mikro-, meso- eller makronivå (Iwarsson och Ståhl, 2003).

## **1.3 Aktivitetsperspektivet**

Inom arbetsterapi är aktivitet ett centralt begrepp. Människan ses som en aktiv varelse och varje människa är unik. Vidare kan människor göra val i livet och har förmåga att delta i aktivitet (Kielhofner, 1997; Reed & Sanderson, 1999; Townsend, 2002). Deltagande i aktiviteter ger tillfredsställelse och utvecklar kapaciteter samt är nödvändiga för fysiskt och psykiskt välbefinnande (Kielhofner, 1997; Townsend, 2002). En inom arbetsterapi vedertagen

indelning av aktiviteter är; dagliga aktiviteter, lek/fritid och arbete/produktivitet. Aktivitet utvecklas och förändras under livet samt ger livet mening och har betydelse för hälsa och välbefinnande (Kielhofner, 1997; Townsend, 2002). Crabtree (1998) fastställer att det ligger i människans natur att ge livet mening genom aktivitet.

Aktivitetsutförande sker i samspel mellan aktivitet, person och miljö (Christiansen & Baum, 1997; Reed & Sanderson, 1999; Townsend, 2002). Människan har olika förmågor såsom; motivation/inre drivkrafter samt fysiska, kognitiva och affektiva förmågor. Miljön beskrivs som bestående av kulturella, fysiska, sociala och institutionella komponenter (Townsend, 2002). Begreppsmodellen Value, Meaning and Occupations model (ValMO) beskriver det vi gör i våra aktiviteter genom tre olika triader vilka ses som dynamiska och samverkande samt bildar tillsammans en helhet. De tre triaderna är; aktivitetstriaden vilken består av personen, uppgiften och omgivningen, värdetriaden som beskriver konkreta, symboliska och självbelönande värden och slutligen perspektivtriaden som innefattar makro-, meso- och mikroperspektiven. ValMO synliggör olika obalansförhållanden i vardagsaktiviteter, vilka kan utgöra en ohälsorisk (Erlandsson och Persson, 2005).

#### **1.4 Hälsa**

WHO definierade 1948 hälsa som; "Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 1948).

Hälsodefinitionen utvecklades 1991 till följande definition; "Health itself should be seen as a resource and an essential prerequisite of human life and social development rather than the ultimate aim of life. It is not a fixed end-point, a "product" we can acquire, but rather something ever changing, always in the process of becoming" (Haglund, Pettersson, Finer, Tillgren, 1993). Inom arbetsterapi ses hälsa som mer än avsaknad av sjukdom. Hälsa är influerat av att kunna välja och ha kontroll i vardagliga aktiviteter (Townsend, 2002). Wilcock (1998) definierar hälsa ur ett aktivitetsperspektiv och beskriver hälsa som; "The absence of illness, but not necessarily disability; A balance of physical, mental and social well-being attained through socially valued and individually meaningful occupation; Enhancement of capacities and opportunity to strive for individual potential; Community cohesion and opportunity; Social integration, support and justice, all within and as a part of a sustainable ecology". I etisk kod för arbetsterapeuter (FSA, 2005) ges definitionen av hälsa såsom; Att människan har hälsa när hon fungerar väl och i sitt sociala och kulturella sammanhang kan



realisera sina vitala livsmål. Definitionen har sitt ursprung i ett holistiskt synsätt, där Lennart Nordenfelts sätt att karakterisera hälsa betonar individens handlingsförmåga och där man ser till hur individen kan förverkliga sina vitala mål (Medin och Alexanderson, 2000). Vilken betydelse aktivitet har för hälsa, är beroende av förhållandet mellan personen, miljön, aktivitet och individens balans i personlig vård, arbete och fritid. Det är viktigt att arbetsterapeuten tar reda på vilka aktiviteter som är av betydelse för klientens hälsa och välbefinnande. Likaså hur nuvarande problem hindrar utförandet av dessa betydelsefulla aktiviteter (Law et al., 1998).

#### *1.4.1 Aktivitetshälsa*

Aktivitetshälsa beskrivs av Cynkin och Robnsson (1990) som; ”Number and variety of activities of everyday living that are appropriate; Number and variety of activities of everyday living that are balanced; Overall feeling of comfort with the activities of everyday living; Overall feeling of satisfaction with the activities of everyday living”. Innebörden i Wilcocks (Wilcock, 1998) beskrivning av aktivitetshälsa är likvärdig, då hon beskriver det som ett tillstånd då individen har möjlighet att utföra det hon vill, så som hon önskar i den miljö hon befinner sig. Vidare beskrivs tre olika ohälsotillstånd som kan orsaka aktivitetshälsa; aktivitetsobalans, aktivitetsförlust/förvägran och aktivitetsutanförskap. Aktivitetsobalans är alltid ett individuellt tillstånd, då kapacitet, intressen, ansvar och skyldigheter varierar från individ till individ. Aktivitetsobalans uppstår när människans delaktighet i aktiviteter inte motsvarar hennes unika fysiska, sociala, mentala eller vilobehov. Likaså kan aktivitetsobalans uppstå när människans delaktighet i aktiviteter inte ger utrymme för hennes egna behov av att utvecklas och växa i sitt aktivitetsutförande. Aktivitetsobalans kan också uppstå då deltagande i aktiviteter inte ger utrymme för de aktiviteter som människan känner sig tvungen att utföra för att leva upp till familjens, sociala samt samhälleliga förväntningar.

Aktivitetsförlust/förvägran uppstår då yttre krafter eller omständigheter hindrar en person att utforska, använda eller uppskatta någonting. Aktivitetsutanförskap uppstår då de aktiviteter som utförs är alltmer otillfredsställande, artificiella eller har förlorat sitt ursprungliga syfte.

#### *1.4.2 Aktivitetshälsa och elrullstol*

I litteratursökningen inför denna studie fann jag att flera studier med olika syften om elrullstol har utförts (Brandt, 2003; Hardy, 2004; Scherer, 2004). Hardy fastställer i sin studie att förskrivning av elrullstol är en effektiv arbetsterapeutisk intervention att ta under övervägande betraktad i kontexten av aktivitetsutförande. En elrullstol möjliggör mänskligt utförande och förbättrar personens deltagande i värderade aktiviteter (Hardy, 2004). Brandt belyser i sin

avhandling gällande elrullstol bl.a. brukarens tillfredsställelse med elrullstol ett år efter förskrivning, användning av elrullstol för delaktighet samt användningsfrekvens av elrullstol. Resultaten visar att användningsfrekvensen var hög samt att de mest frekventa delaktighetsaspekterna som elrullstolen användes till var att ta en åktur, shopping samt att besöka familj och vänner. Vidare visar resultaten att förskrivning av elrullstol är en relevant åtgärd för att möjliggöra aktivitet och delaktighet (Brandt, 2003). Scherer framhåller i sin artikel betydelsen av att utprovare bedömer och dokumenterar resultaten av nyttjande av elrullstol i termer av social delaktighet och livskvalitet (Scherer, 2004).

Jag anser att förskrivning av elrullstol, är en intervention av stor betydelse för ett förändrat aktivitetsutförande och förbättrad hälsa. Eftersom jag i tidigare studier inte funnit att elrullstolens betydelse för aktivitetsutförande och hälsa har belysts, är jag intresserad av att tydliggöra elrullstolens betydelse med fokus på detta.

Mot bakgrund av ovan beskrivna perspektiv på aktivitet och hälsa samt utifrån min kliniska erfarenhet av utprovning av elrullstolar, har jag för avsikt att studera brukarens upplevelse av elrullstolens betydelse för aktivitetshälsa.

## 2. Syfte

Syftet med studien är att studera hur brukare upplever elrullstolens betydelse för aktivitet och hälsa.

### 2.1 Frågeställningar:

Vilken betydelse upplever brukare att elrullstolen har för utförande och deltagande i önskvärda aktiviteter?

Upplever brukare att nyttjande av elrullstol har inneburit ett förändrat aktivitetsutförande och har detta i så fall någon betydelse för hälsan?

## 3. Metod

### **3.1 Design**

Studien är en retrospektiv kvalitativ studie med narrativ metod för datainsamling. Studien är retrospektiv i den meningen att personerna har intervjuats både om sin situation innan de fick elrullstol samt om sin situation i nuläget då de använt elrullstol en tid.

### **3.2 Urvalsförfarande**

Vid urvalet av deltagare till intervjuerna utgick jag ifrån ”purposeful sample”. Patton (2000) beskriver att styrkan med denna urvalsmetod är att välja informationsrika deltagare. Ett antal inklusionskriterier ställdes upp för att säkerställa en urvalsgrupp som självständigt nyttjar elrullstol för utomhusbruk. Inklusionskriterierna var; deltagarna skulle ha nyttjat elrullstol för utomhusbruk minst ett år, skulle självständigt klara förflyttning i och ur elrullstol, skulle vara över tjugo år samt inte ha kognitiv nedsättning eller kommunikationsproblem utan skulle klara en intervju. Anledningen till att deltagaren skulle ha använt elrullstol för utomhusbruk samt ha använt den minst ett år, är dels för att elrullstolens betydelse för delaktighet i samhället ska kunna belysas, dels för att brukaren ska ha hunnit upptäcka elrullstolens olika användningsmöjligheter. Kriteriet att självständigt klara förflyttning i och ur elrullstol formulerades för att deltagaren inte skulle vara beroende av annan person för att kunna använda sin elrullstol, vilket i sin tur har betydelse för deltagarens självständighet. Anledningen till att en lägsta ålder på deltagare som fick ingå sattes till 20 år, var för att underlätta urvalsförfarandet och därigenom vinna tid. Primärvården ansvarar för elrullstolar för personer över 20 år och därigenom krävdes tillstånd för att genomföra studien av verksamhetschefen för respektive område. För personer under 20 år ansvarar annan instans och därmed hade flera tillstånd krävts, vilket hade tagit ytterligare tid. Urvalet gjordes av tre distriktsarbetsterapeuter på tre olika vårdcentraler i primärvården Skåne. Mot bakgrund av ovanstående inklusionskriterier, valde de ut två deltagare var, totalt sex deltagare.

### **3.3 Beskrivning av undersökningsgrupp**

Undersökningsgruppen bestod av sex personer, tre kvinnor och tre män och medelåldern var 66 år med variationsvidd 51-81 år. Personerna hade olika sjukdomar såsom astma, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), multipel skleros (MS), neurologisk sjukdom, postpolio samt reumatisk sjukdom. Gemensamt för alla personer var att de hade en begränsad gångförmåga utomhus, vilken varierade mellan 10-200 meter. Samtliga personer använde under

sommarhalvåret dagligen sin elrullstol och i mindre utsträckning under vinterhalvåret. Samtliga elrullstolar var avsedda för utomhusbruk med en körsträcka på cirka 30 kilometer samt förekom både elrullstol med manuell och elrullstol med motoriserad styrning. Ytterligare information om deltagarna presenteras i tabell 1.

*Tabell 1 Demografiska data av deltagarna (n=6)*

<b>Pseudonym</b>	<b>Ålder</b>	<b>Funktionsnedsättning</b>	<b>Tid som elrullstol har använts</b>
Karin	51	KOL, astma	5 år
Rolf	54	MS	4 år
Göran	55	Neurologisk sjukdom	3 år
Ingrid	76	Reumatisk sjukdom	6 år
Eva	80	Postpolio	10 år
Sven	81	KOL	2 år

### **3.4 Metod för datainsamling**

Datainsamlingen skedde genom intervjuer, vilka utfördes enligt narrativ metod. I narrativ teori skapar människor berättelser om livshändelser och erfarenheter, som ett sätt att ge dessa händelser och erfarenheter mening (Hasselkus, 2002). Enligt Malterud (1998) får den intervjuade då berätta om hur den åtgärd som ska utvärderas, innebar en skillnad i en bestämd situation. "Narratives" förklarar de komplexa motiv som driver individer att agera på ett visst sätt och avslöjar också hinder i miljö, kropp och social kontext som begränsar en persons möjlighet till handling (Mattingly & Lawlor, 2000). Mishler (1986) anser att i narrativa intervjuer då personer får berätta om sig själva, så ger det värdefull insyn hur de uppfattar sig själva, interaktion med miljön samt adaptionsnivån till ett nytt liv.

Intervjuerna, vilka var ostrukturerade, inleddes samtliga med frågan "Skulle du vilja berätta för mig hur ditt liv har förändrats sedan du fick elrullstol"? Syftet med frågan var att få deltagarna att beskriva dels hur de upplevde sin situation innan de nyttjade elrullstol, dels att beskriva upplevelsen av sin situation i nuläget. Ytterligare en fråga ställdes; "Har elrullstolen betydelse för din hälsa"? Deltagarna besvarade frågan utifrån sin egen definition av hälsa och skattade hälsan utifrån elrullstolens betydelse. Enligt Medin (2000) kan man mäta hälsa genom att låta personer själva skatta sin hälsa oberoende av definitioner. Under intervjun

inflikades kommentarer för att förtydliga aspekter berörande tre teman; aktivitet, hälsa och delaktighet. Frågorna formulerades med syftet att fungera som riktlinjer så att de önskvärda temana täcktes in. För att förstärka validiteten av intervjufrågorna har jag diskuterat dessa med en för studien oberoende person som är väl insatt i kvalitativ metod, med avsikt att belysa huruvida de är relevanta utifrån min frågeställning. Kvale (1997) rekommenderar att tillförlitligheten i intervjun bör beaktas. Detta gjordes genom att jag under intervjuerna ställde uppföljningsfrågor och därmed kontrollerade meningen i det som sades. En pilotintervju med en person som använder elrullstol utfördes. I denna ombads personen att skatta sin hälsa i nuläget jämfört med tiden innan personen nyttjade elrullstol. Då personen skattade hälsan var det med hänsyn till flera faktorer än elrullstolen. För att tydliggöra elrullstolens betydelse för hälsan, omformulerades frågan om hälsa till: ”Har elrullstolen betydelse för din hälsa?”

### **3.5 Procedur**

Informationsbrev angående studien skickades ut till de tre berörda verksamhetscheferna för det valda primärvårdsområdet i Skåne. Efter inkommet godkännande togs kontakt med tre distriktsarbetsterapeuter på respektive vårdcentral, vilka efter muntlig information om studien och godkännande även fick informationsbrev. Två av distriktsarbetsterapeuterna kontaktade två deltagare var för muntlig information och därefter utskick av informationsbrev inklusive medgivandeblankett. En distriktsarbetsterapeut gav mig pga. tidsbrist förslag på intervjupersoner, vilka jag själv kontaktade och skickade informationsbrev till. Samtliga tillfrågade personer var villiga att ställa upp på intervju. När medgivandeblanketterna inkommit togs kontakt med intervjupersonerna och tid bokades för intervju, vilka skedde på vårdcentral eller hemma hos deltagaren enligt dennes önskemål. Intervjuerna varade mellan 45-60 minuter och spelades in på band. Kvale (1997) rekommenderar att intervjuer spelas in på band för att intervjuaren ska kunna koncentrera sig på ämnet. Efter att varje intervju avslutats skrev jag ut en ordagrann utskrift. Enligt Malterud (1998) bör den som intervjuat själv utföra transkriberingen.

### **3.6 Bearbetning av den insamlade informationen**

Intervjuerna analyserades enligt en analys som Malterud (1998) beskriver, vilken är inspirerad av Giorgis fenomenologiska analys (Giorgi, 1985). Malterud anser att denna är lämplig för utveckling av nya beskrivningar och begrepp, vilket svarade mot studiens syfte. Malterud

(1998) beskriver analysprocessen på detaljnivå, vilken genomfördes i enlighet med Giorgis (1985) rekommenderade fyra faser. Nyckelorden i dessa faser är helhetsintryck, att identifiera meningsbildande enheter, att abstrahera innehållet i de enskilda meningsbildande enheterna och att sammanfatta innebörden i detta innehåll (Malterud, 1998). Alla intervjuerna lästes igenom flera gånger för att få ett helhetsintryck, intrycket sammanfattades och teman togs fram för en första organisering av materialet. Därefter lästes hela materialet igenom återigen för att få fram meningsbärande enheter, vilka bar med sig kunskap om de teman som tagits fram. De meningsbärande enheterna systematiserades under olika grupper som gick under de olika temana. Dessa markerades, klipptes ut ur texten samt systematiserades (kodning). Utifrån sitt innehåll sorterades de meningsbildande enheterna i grupper enligt koderna för att därefter sorteras ytterligare till subgrupper. Under denna del av analysen diskuterade jag mina tolkningar med en utomstående person väl bevandrad i kvalitativ metodik, för att inte låsa mig vid min egen tolkning av materialet. Därefter abstraherades innehållet i de meningsbildande enheterna genom att innehållet kondenserades. De nya subgrupperna analyserades och en innehållsbeskrivning för varje kodgrupp utformades samt valdes lämpliga citat ut. Slutligen namngavs de framarbetade och slutliga kategorierna och subkategorierna.

### **3.7 Etiska överväganden**

Innan studien påbörjades skickades ansökan till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) som godkände genomförandet av studien. Informationsbrev med information om studien skickades till berörda verksamhetschefer, distriktsarbetsterapeuter samt intervjudeltagare.

Intervjudeltagarna informerades även om att deltagandet var frivilligt, möjligheten att avbryta utan konsekvenser för behandling samt garanterades konfidentialitet.

## **4. Resultat**

Efter att intervjuerna analyserats enligt ovanstående beskrivna metod, resulterade detta i fem kategorier och tio subkategorier. Dessa redovisas i tabell 2 samt beskrivs mer utförligt i texten och illustreras med citat ur intervjuerna.

*Tabell 2 Översikt av kategorier och subkategorier*

Kategori	Subkategori
Bättre liv/välbefinnande	Oberoende Frihet
Bättre hälsa	Fysisk hälsa Psykisk hälsa
Trygghet	Säker förflyttning Att själv kunna bestämma
Begränsningar /hinder	Miljöfaktorer Klimat Utsatthet
Delaktighet i samhällslivet	Social gemenskap

#### 4.1 Bättre liv/välbefinnande

Samtliga deltagare beskriver tiden innan de fick elrullstol som en besvärlig tid då de inte självständigt kunde ta sig utanför bostaden utan var beroende av andra. Eva berättade att hon inte själv kunde ta sig ut, utan att hennes man fick köra henne i manuell rullstol. De beskrev alla att deras livssituation förändrats sedan de fått elrullstol och att den gett dem möjlighet till ett bättre liv. Göran beskrev detta på följande sätt:

*När jag fick den så blev det en radikal förändring för innan så satt jag bara hemma och gjorde i stort sett ingenting, utan bara satt och sjönk ihop mer och mer och sen fick jag den här stolen och då började jag kunna röra mig och vara med ungarna.*

##### 4.1.1 Oberoende

Att vara oberoende av andra beskriver alla deltagarna som mycket betydelsefullt, Eva sa: *Ja man vill ju klara sig själv, det vill man ju, vill inte vara beroende av någon. Så tack vare elrullstolen så klarar jag mig ju med nästan allt.*

Många olika exempel på aktiviteter ges som deltagarna klarar att utföra idag men som var omöjliga att kunna utföra innan de hade elrullstol. De aktiviteter som nämndes är dels att kunna utträta ärenden såsom inköp, bank- och postärenden dels att kunna besöka sjukhus, vårdcentral och apotek men även kyrkogård, dagcentral och skola. Eva beskrev sin situation så här:

*Inköp behöver jag inte alls hjälp med, utan jag kan komma ut som jag vill och när jag vill så att jag har en fördel, det är faktiskt det bästa som har hänt mig. Innan jag fick elrullstolen så skötte min man inköpen och jag satt kvar i bilen och väntade, det saknade jag att inte kunna gå med in.*

Andra exempel på aktiviteter som beskrevs är skötsel av hem och trädgård, vilket Göran berättade om:

*Jag kör ut i trädgården till tvättställningen och sitter på elrullstolen och hänger tvätten, jag orkar inte stå och hänga. Ja då vågar man också, det går hur bra som helst.*

*Det var många som skulle hjälpa mig med häcken men det blev aldrig, så jag klippte häcken själv. Så klippte jag lite och så kunde jag sitta och vila lite, så det gick jättebra.*

Samtliga deltagare berättade målande om när de kör ut i naturen och likaså att de kör ut för att träffa vänner och bekanta som de inte tidigare hade möjlighet att träffa. Karin sammanfattade det så här:

*Jag har tidigare varit utemänniska och varit mycket ute i naturen, nu kan jag ut och köra på landet och plocka blommor. Tänk att bara komma ut, jag som älskar barrskogdofter och komma ut ah!*

Två deltagare som tidigare kört bil, berättade om hur de nu när de kör elrullstol ser mycket mer som t ex blommor, som de inte såg när de körde bil. Med elrullstolen ges också möjlighet att komma nära intill och att komma ända fram dit man ska, vilket inte var fallet då de körde bil. Karin berättade:

*Och det kan man ju säga är positivt, att man ser så mycket mer när man kör elrullstol än vad man gjorde när man körde bil, det tänker jag på när jag är ute och kör på landet. Det tycker jag är roligt.*

#### *4.1.2 Frihet*

Friheten att kunna komma ut när och vart man vill framställde deltagarna som mycket värdefullt. Tidigare kunde de inte komma ut som de ville utan fick vara hemma. Rolf sammanfattade detta och sa:



*Tänk att kunna köra ut när man vill. Jo det blir helt annat man känner sig ja jag vet inte hur jag ska säga, man blir en helt annan människa när man kan komma ut och känna sig fri. Okej det finns färdtjänst, men då måste jag planera och det blir en stress och det tycker jag inte om riktigt. Så det här är jättebra, man kan köra så länge man vill och när man är trött på det så kan man vända och köra hem.*

## **4.2 Bättre hälsa**

Deltagarnas olika diagnoser speglar sig i hur de beskrev vilken betydelse elrullstolen har för hälsan. De använde både fysisk och psykisk hälsa, välbefinnande och livskvalitet för att uttrycka elrullstolens påverkan på deras hälsa.

### *4.2.1 Fysisk hälsa*

Ingrid berättade att hon blir friskare från astman om hon kan vara ute i friska luften, medan Rolf beskrev hur elrullstolen hjälper honom att hushålla med sina begränsade krafter och sa: *Man behöver inte ta ut sig så mycket som man gjorde tidigare, för då får jag bakslag och det tar för lång tid innan jag kommer tillbaka.*

### *4.2.2 Psykisk hälsa*

Flera deltagare beskrev hur de skingrar tankar kring sjukdomen genom att köra ut med elrullstolen. Likaså framställdes hur humöret påverkas av att kunna komma ut. Karin skildrade detta och sa:

*... de sjukdomarna jag har de är ju rätt så deprimerande och när man då kommer ut så kommer man liksom bort från det kan man väl säga, så att man mår mycket bättre. Jag var supernere innan jag fick den, kunde inte åka med ungarna ingenting, jag bara satt helt enkelt. Jag är jätte nöjd med den, skulle de ta ifrån mig den nu så skulle jag rasa direkt ner i backen.*

Karin som har en son i skolåldern berättade att hon innan hon fick elrullstolen inte kunde göra så mycket tillsammans med sin son och sa:

*Jätteroligt att jag kan göra något nu, att jag kan komma ut med honom, det tycker jag är värt mycket och det är också väldigt bra för hälsan och psyket. Så nu i somras var vi ute, jag körde*

*och han cyklade och ja han var också med och plockade blommor och han tyckte det var jätteroligt, så det är värt mycket.*

### **4.3 Trygghet**

Två deltagare körde tidigare bil men eftersom sjukdomen numera inte tillåter det, finner de elrullstolen vara en utmärkt ersättning för bilen. De redogjorde för olika svårigheter som hur farligt det kan vara att köra bil och att de inte längre vågar pga. sin sjukdom samt svårighet med att klara förflyttning i och ur bilen. Vidare framkom det att bilen inte är till någon hjälp eftersom de inte kommer ända fram dit de ska, att de inte kan gå från bilen och att de t ex inte kan förflytta sig i en affär. Eva förklarade:

*... man kommer ju ingenstans med en bil egentligen mer än sträckan, ska man in i någon lokal så är det omöjligt för mig, jag orkar ju inte gå.*

#### *4.3.1 Säker förflyttning*

Några av deltagarna framställde elrullstolen som ett säkert förflyttningshjälpmedel eftersom den stannar direkt vid behov. Sven berättade:

*... nä, man vet inte när man får sån 't anfall ju, för den är inte farlig, den går ju inte mer än femton och stannar själv när man släpper allting.*

Deltagarna uttryckte också att det känns säkert att de kan sätta sig ner och vila när de behöver det.

Ytterligare en faktor av betydelse gällande säker förflyttning är att deltagarna känner sig säkra på att komma hem igen. Säker har här en annan betydelse nämligen vetskapen om att ifall orken tar slut, så kan de ändå ta sig hem eftersom de har elrullstolen. Karin sa:

*Jag vet att då kommer jag hem för annars hade jag inte vågat ge mig utanför dörrarna, för man måste ju liksom räkna att man ska hem också inte bara dit. Att inte behöva vara rädd utan att komma hem igen.*

#### *4.3.2 Att själv kunna bestämma*

Två deltagare framställde möjligheten att kunna komma ut som en trygghet. Med trygghet avses i detta fall att om personen vid behov måste kunna komma ut, t ex. för att kunna ta sig till sjukvård eller apotek, så upplevs detta som en trygghet. Om detta sa Eva:

*Trygghet är att kunna komma ut varje dag.*

#### **4.4 Begränsningar/hinder**

Som motsats till allt positivt som framkom om elrullstolen, så framkom också en del negativt som begränsningar i körningen med elrullstolen. Hindren beskrevs dels som konkreta såsom miljöfaktorer och klimat, dels handlade det om inre känslor som upplevdes såsom en känsla av att vara utsatt.

##### *4.4.1 Miljöfaktorer*

Samtliga deltagare redogjorde för svårigheter med framkomlighet i miljön och gav exempel på detta såsom; höga trottoarkanter, avsaknad av ramper, smala hissar, tunga dörrar, bankomat och varor i affärer som är för högt placerade samt utrymmesbrist i affärer. Göran berättade:

*På vissa ställen funkar det att komma in med elrullstolen men det är många ställen det inte gör det på, det får man ta med i beräkningen.*

Ingrid tyckte det var hemskt och sa:

*Förfärligt att det inte är handikappanpassat, det är kommunerna som inte håller sina löften men det är jag van vid och det tycker jag är jättedåligt.*

Rolf berättade om hur tungt det är att montera isär elrullstolen och ta med sig den i bilen och sa:

*Nackdelen är att jag får jobba för mycket när jag ska ta in den i bilen, första gången fick jag gå in och lägga mig igen, då tog jag slut rent. Jag skulle ha haft en kombi så hade jag kunnat köra in i bilen.*

##### *4.4.2 Klimat*

Klimatet har betydelse för hur mycket elrullstolen används. Samtliga deltagare talade om att de kör mindre på vintern och en deltagare att hon vintertid inte kör alls. När det är snö är det svårt att köra ut, om detta berättade Ingrid:

*Nu när vi hade snö och jag inte kunde komma ut på en vecka det var tungt, det var hemskt, där ser man så van man är vid att ha den.*

Ingrid berättade också att det är svårt att ta på sig för mycket kläder och sa:

*... det är så klumpigt tycker jag så får man svårt att röra sig, det blir ju varmt om jag kör in nånstans.*

Det framkom också synpunkter på att elrullstolen samlar grus och smuts likaså att det skvätter upp när man kör i dåligt väder.

#### *4.4.3 Utsatthet*

Ingrid berättade att hon blivit hotad då hon satt i elrullstolen och tycker att man måste vara försiktig. Hon sa:

*Nej jag kör aldrig ut en kväll nu det gör jag inte, men nu har jag ju larmet men man får vara försiktig.*

Flera av deltagarna berättade att de alltid har telefon med sig när de är ute och kör.

### **4.5 Delaktighet i samhällslivet**

Elrullstolen har också betydelse för att kunna ”komma ut” och träffa andra människor.

Delaktighet i samhällslivet innebär att få känna social gemenskap och få känna sig som en del av samhället.

#### *4.5.1 Social gemenskap*

Deltagarna skildrade hur de kör ut för att se sig omkring och även för att träffa bekanta. Sven berättade:

*Jo elrullstolen har jag mycket nytta av, jag använder den varje dag. Jag kan ju inte gå upp till dagcentralen däruppe, där vi dricker kaffe och sånt, jag kan inte gå så långt. Jo jag kan, men det tar en vecka innan jag kommer fram.*

Ingrid berättade om hur hon fått nya bekanta som sitter i elrullstol som hon inte träffat annars och sa:

*... och sen är det så roligt för vi är flera här i stan som har elrullstol och det blir det att vi snackas vid, hej säger dom och så träffas man och pratas och vi har aldrig känt varandra så detta är så roligt.*

Ingrid skildrade hur hon tack vare elrullstolen nu kan ta tillvara möjligheter som ges i stan såsom; konserter, restaurangbesök och olika kulturella evenemang. Vidare berättade Ingrid att hon ibland träffar barn när hon är ute och kör och sa:

*... då stannar jag för de är ju så nyfikna och så börjar jag prata med henne och visar hur man kör och förklarar varför jag sitter där.*

Karin som har en son i skolåldern berättade att hon ofta kör upp till skolan och hälsar på. Vidare berättade hon att hon numera kan ta sig till skolan för att träffa barn och lärare och att hon nu kan vara med på föräldramöten mm. och sa:

*Just som smågrejor som att man kör till skolan och sånt, det verkar enkelt för många människor men betyder väldigt mycket egentligen.*

Rolf berättade hur han kör ut en runda för att se sig om och snacka med folk och sa:

*... och då kan jag stanna och snacka, då kan jag sitta ner för annars får man stå upp och det orkar jag inte.*

## 5. Diskussion

### 5.1 Resultatdiskussion

Studiens resultat visar att elrullstolen upplevs ha stor betydelse för att personer med nedsatt gångförmåga självständigt ska kunna utföra de aktiviteter som de önskar. Likaså visar resultaten att elrullstolen upplevs ha stor betydelse för delaktighet och hälsa. Samtliga deltagare i studien beskriver hur de tack vare elrullstolen numera kan utöva aktiviteter utanför hemmet som tidigare var omöjliga. Resultaten stämmer väl överens med de studier om elrullstolar som jag tagit del av. Buning et. al., (2001) och Hardy (2004) har i sina studier visat att elrullstolen möjliggör aktivitetsutförande genom ökad förmåga att ta på sig eller återuppta ansvar, intressen och roller som är värdefulla för personen. Brandt (2005) och Scherer (2002) visar i sina studier om elrullstol på dess betydelse för delaktighet och livskvalitet. Deltagarna i studien beskriver också vilken stor betydelse det har för hälsan att kunna ta sig till platser utanför bostaden. I en studie utförd av Björklund och Svensson (2000) där arbetsterapeuters syn på hälsa belyses, rankas "Hälsa som förmåga att handla" högt. Ur denna beskrivning kunde tre underteman utläsas; att kunna välja själv, att kunna utöva

kontroll över sitt eget liv samt att aktivt kunna delta i aktiviteter, i såväl arbets- som fritidsdomäner där den sociala dimensionen av hälsa betonas. Beskrivningen av elrullstolens betydelse för både fysisk och psykisk hälsa som intervjudeltagarna ger i min studie, tycker jag stämmer väl överens med ovanstående beskrivning av hälsa. Vidare tycker jag den stämmer väl överens med den definition av hälsa som ges i arbetsterapeuters etiska kod (FSA, 2005) nämligen; En människa har hälsa när hon som helhet fungerar väl och i sitt sociala och kulturella sammanhang kan realisera sina vitala mål. Jag tycker också att deltagarnas beskrivning av elrullstolens betydelse för aktivitet och hälsa, stämmer väl överens med min kliniska erfarenhet av att förskrivning av elrullstol leder till förändrat aktivitetsutförande och förbättrad hälsa.

Eftersom Wilcock (1998) menar att aktivitetshälsa har betydelse för hälsan finner jag det intressant att belysa deltagarnas beskrivningar ur detta perspektiv, för att få en tydligare bild av deltagarnas förändrade aktivitetsutförande. I Wilcocks (1998) beskrivning av aktivitetshälsa nämns tre ohälsotillstånd som kan orsaka aktivitetsohälsa nämligen; aktivitetsobalans, aktivitetsförlust/förvägran samt aktivitetsutanförskap. Samtliga ohälsotillstånd tycker jag kan kännas igen i intervjudeltagarnas beskrivning av sin livssituation innan de fick elrullstol. Eftersom deltagarna tidigare inte självständigt kunde utföra önskvärda aktiviteter som motsvarade personens fysiska, sociala, mentala eller vilobehov, uppstod aktivitetsobalans. Ett tydligt exempel på detta är en deltagare som beskriver hur han innan han fick elrullstol, bara satt hemma och gjorde ingenting. Vidare fick deltagarna inte heller möjlighet att utvecklas fullt ut och växa i sitt aktivitetsutförande. De kunde inte heller ges utrymme att utföra de aktiviteter som upplevs som nödvändiga för att leva upp till familjens, sociala samt samhälleliga förväntningar. Här tänker jag på den mamma och pappa, som berättade att de inte kunde utföra några aktiviteter tillsammans med sina barn. Aktivitetsförlust/förvägran kan även det tydligt utläsas bland deltagarna bl a i deras berättelser, om hur de tidigare inte kunde komma ut i naturen och hur mycket de uppskattar att komma ut i naturen. Aktivitetsutanförskap anser jag också kan utläsas ur deltagarnas berättelser. Eftersom de inte tidigare kunde ta sig dit de önskade, hade de heller inte fullt inflytande över egna aktiviteter. De beskriver t ex hur de inte kunde klara inköp och bankärenden, utan antingen var de beroende av att någon annan utförde detta eller så fick de sitta kvar i bilen och vänta. Utifrån deltagarnas beskrivning av sin livssituation nu när de har elrullstol, anser jag att de erhållit en förbättrad aktivitetshälsa. Deltagarnas berättelser visar på att deras aktivitetsbalans har förbättrats. Tack vare elrullstolen har de numera möjlighet att

utföra önskvärda aktiviteter och kan utveckla sina förmågor i olika aktiviteter. De behöver inte längre stanna hemma utan kan välja att åka ut med elrullstolen om de önskar.

Aktivitetsförlust förkommer i mindre utsträckning nu när de har elrullstol, eftersom den möjliggör utförande av för individen viktiga aktiviteter. Likaså har nyttjande av elrullstol inneburit att deltagarnas aktivitetsutanförskap minskat, då de nu självständigt t ex kan handla och uträtta ärenden.

Utrymme och plats är aspekter i människors miljö som påverkar meningen och val av aktivitet som människor engagerar sig i. Hasselkus betonar betydelsen av att utgå från klientens miljö eller önskan att kunna ta sig till meningsfulla miljöer (Hasselkus, 2002). Elrullstolen anser jag ger personer med nedsatt gångförmåga möjlighet att ta sig till för dem betydelsefulla platser och därigenom ge aktiviteten mening. Deltagarna i studien berättade om hur värdefullt det är att kunna ta sig ut i naturen för att kunna njuta av den. Likaså berättade en deltagare hur hon blir mycket bättre från sin astma när hon får frisk luft. Att tack vare elrullstolen kunna ta sig till betydelsefulla platser vilka ger personen mening, kan även belysas ur ett annat perspektiv.

I ValMO-modellen (Erlandsson och Persson, 2005) tydliggörs eventuella obalansförhållanden i personers aktivitetsutförande genom att arbetsterapeuten analyserar personers aktivitetsmönster och aktiviteternas värden, vilka är konkreta, symboliska och självbelönande. Deltagarna i studien berättar om hur betydelsefullt det är att kunna komma ut i naturen, vilket beskrivs ha ett stort självbelönande värde. Att komma ut i naturen anser jag också har ett symboliskt värde, då det kan vara kanalisering, som kan ge en tillfällig inre lättnad (Erlandsson och Persson, 2005). En deltagare i studien ger ett tydligt exempel på detta då hon berättar hur hon "glömmer" sin sjukdom då hon får komma ut i naturen och plocka blommor. Flera av deltagarna i studien berättar hur de genom att köra ut med elrullstolen skingrar tankar från sjukdomen. Detta tycker jag är en mycket intressant och betydelsefull aspekt som jag inte reflekterat över tidigare. Detta symboliska värde anser jag har minst lika stort värde som de konkreta värden, som också kan också utläsas ur de berättelser deltagarna gav. Som exempel på detta kan nämnas att de tack vare elrullstolen har möjlighet att självständigt kunna utföra inköp och andra ärenden. Utifrån ICF: s definition av delaktighet som engagemang i livssituation (ICF; 2003) eller som engagemang i aktiviteter (Kielhofner, 1997) anser jag att samtliga ur dataanalysen framarbetade kategorier har betydelse för delaktighet. Kielhofner (2002) anser att delaktighet i aktivitet avser engagemang i arbete, lek eller dagliga livets aktiviteter, som en del av individens sociokulturella kontext och som är önskvärda och/eller

nödvändiga för ens välbefinnande. Engagemanget avser både utförande och subjektiv upplevelse.

Deltagarna beskriver alla hur nyttjande av elrullstol inneburit ett oberoende och en frihet vilket jag anser leder till ett bättre liv och välbefinnande samt ser detta som en aspekt av hälsa. Nutbeam (1986) definierar välbefinnande som ”a subjective assessment of health which is less concerned with biological function than with feelings such as self-esteem and a sense of belonging through social integration”. Denna definition finner jag stämma väl överens med vad deltagarna i studien berättar då de numera själva tack vare elrullstolen själva kan bestämma när och vart de vill köra ut. De berättar om t ex hur de kan köra ut för att träffa vänner, utföra ärenden eller besöker olika evenemang. Wilcock (1998) beskriver socialt välbefinnande som resultatet av tillfredsställande förhållanden mellan personer vilket är beroende av förmågan att samspela med människor inom kulturella och sociala parametrar. Vidare anser hon att sett ur ett aktivitetsperspektiv så förekommer socialt välbefinnande när individens aktiviteter och roller möjliggör upprätthållande och utveckling av sociala förhållanden mellan familjemedlemmar och när aktivitet är i balans mellan sociala situationer och tid för reflektion. Hasselkus (2002) anser att ett bra liv, positiv mänsklig hälsa, ett aktivt liv och en känsla av sammanhang representerar välbefinnande i västvärlden. Den känsla av oberoende och frihet som deltagarna beskriver att de upplever tack vare elrullstolen, anser jag stämmer väl överens med denna syn på välbefinnande.

I dataanalysen har jag valt att se delaktighet i samhället som en egen kategori, med delaktighet ur aspekten sociala relationer och gemenskap. Att tack vare elrullstolen självständigt kunna träffa vänner och bekanta utanför bostaden, beskriver intervjudeltagarna som mycket betydelsefullt. Medin och Alexanderson (2000) anser att sociala relationer är centrala för en individ och kan ses som en värdemätare för individens sociala kapital. Detta definieras som resultatet av de resurser individer, grupper och organisationer investerar för att utveckla goda sociala relationer (Nationella folkhälsokommittén, 1999). Medin och Alexanderson (2000) beskriver hur människan främst umgås med de människor som har liknande normer och värderingar. De anser att man kan se det sociala kapitalet som summan av det sociala nätverkets resurser. Vidare anser de att söka hjälp i form av socialt stöd från sitt sociala nätverk, kan ses som en copingstrategi. Tack vare elrullstolen anser jag att deltagarna i studien har getts ökad möjlighet till detta, eftersom de numera har möjlighet att självständigt kunna träffa vänner och bekanta.



Jag anser att det finns ytterligare en aspekt av delaktighet i samhället, med fokus på sociala relationer och social gemenskap, nämligen att kunna bibehålla roller. Pedretti (1996) definierar aktivitetsroller som de roller som individer har i samhället som t ex förälder, student och vän. Rollerna organiserar aktivitet på tre sätt; de påverkar vårt sätt och innehåll i handlingar, varje roll innebär en rad handlingar som utgör den rollen och slutligen avdelar roller vår vardag i tillfällen när vi innehar särskilda roller (Kielhofner, 2002). Den internaliserade rollen beskriver Kielhofner (2002) som införlivandet av ett socialt och/eller personligt definierad status och en relaterad grupp attityder och handlingar. Rollmanuskript vägleder människor och genom detta vet personen vad hon ska göra och hur hon ska agera i en given roll. Begränsad fysisk kapacitet kan leda till att utförandet av roller avbryts, upphör eller att roller bibehålls med stora förändringar i utförandet. Det finns också en tendens att personer med funktionshinder har färre roller än andra personer som inte har funktionshinder (Kielhofner, 2002). Wilcock (1998) nämner funktionshindrade som en riskgrupp för aktivitetsförlust/förvägran. Detta anser jag i sin tur kan få konsekvenser för utförande och förverkligande av roller. I studien framkommer det tydligt att funktionshinder kan leda till ett förändrat innehav och utförande av roller. En deltagare med en son i skolåldern berättar hur hon numera tack vare elrullstolen kunde besöka sin sons skola och träffa lärare m fl. Hon beskrev detta som mycket betydelsefullt och kunde därigenom uppfylla sin roll som mamma. Ytterligare en deltagare tydliggör detta då han berättar att han numera då han har elrullstol, kan vara med sina barn på ett annat sätt då han kan följa med dem på deras aktiviteter. Detta var tidigare omöjligt för honom och även han beskriver denna förändring som mycket positiv och betydelsefull. Jag anser att elrullstolen ger honom möjlighet att kunna uppfylla sin roll som pappa.

För att kunna vara delaktig krävs tillgänglighet. Otillgänglighet innebär att människor blir utestängda och uteslutna, men är också lika med dåligt bemötande och diskriminering. Tillgänglighet handlar bl a om att kunna röra sig fritt utomhus och kunna komma in i byggnader, att kunna ta del av kulturutbud samt att kunna använda allmänna kommunikationer (Sisus, 2003). Samtliga deltagare i studien ger exempel på otillgänglighet i sina berättelser. De berättar om bl a om svårigheter att komma in i vissa affärer och restauranger samt miljöhinder som t ex trottoarkanter och smala hissar. Delaktighet i samhällslivet är ett handikappolitiskt mål. Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken säger att alla hinder som är enkla att åtgärda, ska vara borta senast år 2010

och gäller för personer med nedsatt rörelse- och orienteringsförmåga. För personer med alla slags funktionsnedsättningar ska även kollektivtrafiken vara tillgänglig samma år (Sisus, 2003). Om kommunerna lyckas genomföra dessa förändringar och därigenom anpassa miljön, så att den blir tillgänglig även för personer som använder elrullstol, kan delaktigheten för dessa personer öka ytterligare. Trots de svårigheter som deltagarna beskriver, visar studiens resultat att deltagarna upplever att nyttjande av elrullstol medför ökad tillgänglighet i såväl fysisk miljö som information, sociala aktiviteter och service. Ur deltagarnas berättelser kan utläsas att den ökade tillgängligheten sker på såväl mikro-, meso- och makronivå.

Arbetsterapeuter kan ses som experter på att tillämpa åtgärder som bidrar till ett optimalt aktivitetsutförande, inklusive självständighet, social integrering och förbättrad hälsa hos personer med funktionsnedsättning (Baum och Law, 1996). Detta stämmer överens med två deltagares berättelser om hur värdefullt det var att arbetsterapeuten uppmärksammade deras förflytningsproblem och erbjöd dem möjlighet att prova elrullstol.

I studien framkommer inget missnöje med den modell av elrullstol som deltagarna fått, ej heller med den service av elrullstolen som erbjuds dem. Deltagarna uttrycker heller inget missnöje med förfarandet vid utprovning eller med träningen för att kunna framföra elrullstolen på ett säkert sätt. Detta stämmer delvis överens med resultaten i studien gjord av Wressle och Samuelsson (2004). Studien som belyser tillfredsställelsen med förflytningshjälpmedel däribland elrullstol, visar att brukarna är nöjda med elrullstolen medan servicen av elrullstolen skattas lägre. Vidare visar resultaten att brukarna inte är nöjda med uppföljningen (Wressle och Samuelsson, 2004). I Brandts studie om rollator och elrullstol visar resultaten att brukare av elrullstol var generellt nöjda med åtgärden, men att inte alla var nöjda med vissa tekniska karaktäristika och med uppföljningen (Brandt, 2005). Eftersom det i min studie inte framkommer något missnöje med elrullstolen och service av den eller kring förskrivningsprocessen, kan detta tolkas som att arbetsterapeuten använt ett klientcentrerat arbetssätt. I detta arbetssätt arbetar klient och arbetsterapeut tillsammans för att definiera aktivitetsproblemet, dess fokus och behov av åtgärd. Grundantaganden i ett klientcentrerat synsätt är att klienten känner sig själv bäst, alla klienter är olika och unika samt att ett optimalt klientutförande förekommer inom stöd från familjen och samhällelig kontext (Law et al., 1995). Vid förskrivningsprocessen ingår bl a att bedöma behovet av insatser, utprovning, träning och uppföljning/utvärdering av hjälpmedlet (Blomquist och Nicolaou, 2000). Utifrån de berättelser som deltagarna i studien ger anser jag att de är tillfredsställda med elrullstolen som åtgärd, för att kompensera deras förflytningsproblem. De ger bilden av

att självständigt kunna framföra elrullstolen på ett säkert sätt och till de platser de önskar. Detta är dock en tolkning av deras berättelser som skulle kunna belysas ytterligare genom en studie, vilken skulle fokusera på brukarnas syn på bl a förskrivningsprocessen.

Elrullstol möjliggör att personen blir mer självständig och delaktig, vilket jag anser även kan belysas ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Deltagarna i studien beskriver hur de när de har elrullstol numera själva klarar bl a inköp, bankärenden, sjukhusbesök och att ta del av kulturutbud, vilket de inte klarat utan hjälp tidigare. Utan elrullstol hade de kanske behövt använda färdtjänst, hemtjänst eller annan hjälp, vilket utgör en kostnad för samhället. En studie med ett samhällsekonomiskt perspektiv för att belysa dessa aspekter anser jag hade varit intressant och betydelsefullt.

## **5.2 Metoddiskussion**

Studien belyser elrullstolens betydelse men även dess begränsningar för aktivitet och hälsa. Genom intervjuerna erhöles en djupare förståelse för elrullstolens betydelse, då deltagarna beskrev sitt aktivitetsutförande idag jämfört med tiden innan de hade elrullstol. Mitt val av metod för studien finner jag svara väl mot studiens syfte. Studien har dock utförts med ett litet antal deltagare och kan därför inte generaliseras. Antalet intervjudeltagare tycker jag dock är rimligt dels med tanke på tidsaspekten för studien, dels för att kunna bilda mig en uppfattning om elrullstolens betydelse. Jag tycker att studien har gett en ökad förståelse för elrullstolens betydelse för aktivitet och hälsa, vilket var syftet med studien. Som alternativ till intervjuer enligt narrativ metod kunde jag ha valt enkätundersökning, men min bedömning är att jag då missat den djupare förståelsen. Mattingly & Lawlor (2000) anser att styrkan med "narratives" ligger i att kunna belysa en persons värld av sjukdom och funktionsnedsättning, särskilt på vilket sätt dessa påverkar personens självkänsla. Vidare anser de att narrativa beskrivningar är mer värdefulla än abstrakta generaliseringar och tron på påståenden.

Ett alternativ till mitt val av metod kan vara en studie med följande upplägg. En mätning skulle ske, vilken mäter personens aktivitetsutförande innan personen får elrullstol. Personen skulle då kunna skatta huruvida den nedsatta förflyttningsförmågan påverkar möjligheten att kunna utföra önskvärda aktiviteter, hälsan samt uppfattningen om i vilken grad hon upplever sig känna delaktighet i samhällslivet. Denna mätning skulle utföras ytterligare en gång när personen använt elrullstol en tid, för att kunna utläsa en eventuell skillnad i personens

aktivitetsutförande. Därigenom skulle erhållas en bild av elrullstolens betydelse, för att kunna utföra önskvärda aktiviteter och delaktighet i samhället. En sådan studie skulle tydligare kunna visa på en eventuell skillnad mellan aktivitetsutförande före och efter elrullstol, men är samtidigt mer tidskrävande än den studie som jag gjort. I min studie får deltagarna "blicka tillbaka" och se på sin situation med distans, vilket jag tycker har ett värde i sig. Det jag istället har fått fram är resultat som bygger på att deltagarna själva har fått reflektera över sin situation, dels som den var innan de nyttjade elrullstol, dels över sin situation i nuläget när de använt elrullstolen en tid och hunnit upptäcka dess möjligheter samt därmed elrullstolens betydelse.

Inför urvalet av intervjudeltagare uppställdes inklusionskriterier. Dessa utformades för att i möjligaste mån erhålla data som dels är valid, dels innehållsrik, vilket enligt Patton (2002) har stor betydelse. Urvalet kom att bestå av deltagare som alla dels använde sin elrullstol mycket, dels haft den en tid och hunnit upptäcka dess möjligheter, vilket ledde till informationsrik data vid intervjuerna. Om intervjudeltagarna hade använt elrullstolen i mindre utsträckning och/eller haft den en kortare tid hade kanske datainsamlingen begränsats. Deltagarna hade använt elrullstolen mellan 2-10 år, vilket gjorde att de fortfarande väl kunde minnas hur de begränsades i sitt aktivitetsutförande innan de hade elrullstol. Om de haft elrullstol under betydligt längre tid hade det kanske varit svårare att minnas och kunna berätta om tiden innan elrullstol.

Eftersom ingen av deltagarna i studien var yrkesverksam, kunde inte aspekten om elrullstolens betydelse för arbetsutövning och produktivitet belysas.

Min kliniska erfarenhet av elrullstolar tror jag har viss betydelse för insamlingen av data. Ämnet för intervjuerna var bekant och det var lätt att leva sig in i deltagarnas berättelser om sin uppfattning om elrullstolens betydelse. Att använda narrativ metod för datainsamling och låta deltagarna fritt berätta var intressant. Flera av vinsterna respektive begränsningarna med elrullstolen som framkom i berättelserna, var lätta att känna igen. Det var därigenom inte svårt att hålla sig till ämnet och vid behov ställa frågor för en djupare förståelse. Enligt Kvale (1997) är det av betydelse att intervjuaren bl a har kunskap om ämnet för intervjun samt är öppen och tolkande. Min kliniska erfarenhet tror jag också kan ha betydelse för att deltagarna berättade fritt och med många, både positiva och negativa händelser ur vardagslivet. Jag antar att deltagarna bedömde, att jag utifrån min erfarenhet av elrullstolar kanske skulle förstå deras

synpunkter. Deltagarna fick själva välja plats för intervjun. Genom det egna valet ingav platsen förmodligen trygghet, vilket kan ha en bidragande orsak till att samtliga deltagare berättade målande om elrullstolens betydelse. Likaså tror jag att deltagarna kände sig förberedda inför intervjun eftersom de i det utskickade informationsbrevet fick information om de frågor som skulle ställas, vilket tror jag har haft betydelse för deras sätt att berätta.

Vid dataanalysen har jag valt att inte utgå från kategorier definierade utifrån Wilcocks beskrivning av aktivitetshälsa (Wilcock, 1998) för att kunna genomföra analysarbetet på ett mer öppet sätt och inte vara styrd av i förväg bestämda kategorier. Under arbetet med dataanalysen har jag haft stor hjälp av att diskutera mitt val av kategorier med en utomstående person som är väl bevandrad i kvalitativ metodik. Det har dels hjälpt mig att få känslan att vara på rätt spår, dels gavs möjlighet till ytterligare tolkning av materialet. Vid denna diskussion var vi överlag överens om materialets tolkning, vilket medförde att det utöver de tidigare framarbetade kategorierna skapades ytterligare en kategori, nämligen delaktighet i samhällslivet. Genom denna diskussion stärktes min reliabilitet som kodare av intervjuerna. Enligt Kvale (1997) är det önskvärt att flera personer tolkar en intervju för att kunna kontrollera forskarens subjektivitet vid analysen.

### **5.3 Konklusion**

Studien visar att elrullstolen upplevs ha stor betydelse för aktivitet och hälsa. Utifrån de resultat som framkommit i studien anser jag att förskrivning av elrullstol, är en intervention av värde och betydelse för ökat aktivitetsutförande, ökad delaktighet och tillgänglighet samt förbättrad hälsa hos individen. Resultaten visar också att nyttjande av elrullstol möjliggör återupptagande och förverkligande av aktivitetsroller, vilket i sin tur har stor betydelse för hälsan. Hälso- och sjukvårdens uppgift i patientarbetet är att bidra till mindre sjukdom, mindre handikapp men också till ett ökat fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande (Folkhälsoinstitutet, 2002). Förskrivning av hjälpmedel såsom elrullstol, anser jag är förenligt med ett ökat fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och kan även ses som en sjukdomsförebyggande åtgärd. Elrullstolens betydelse som hjälpmedel är också viktig att lyfta fram vid en eventuell förändring av regelverket för hjälpmedel.

## Referenser

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Baum, C., Law, M. (1996). Occupational therapy practice: Focusing on occupational performance. *The American journal of occupational therapy*, 4:277-288.

Björklund, A., Svensson, T. (2000). Health, the body and occupational therapy. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 7:26-32.

Blomquist, U., Nicolaou, I. (2000). *Förskrivningsprocessen för hjälpmedel till personer med funktionshinder*. Hjälpmedelsinstitutet. Växjö: Grafiska Punkten.

Brandt, å. (2003) *Outcomes of rollator and powered wheelchair interventions-user satisfaction and participation*. Lund: Grahn's.

Christiansen, C., Baum, C. (1997). *Occupational therapy: enabling function and wellbeing*(2<sup>nd</sup> ed.). Thorofare: Slack.

Crabtree, J. L. (1998). The end of occupational therapy. *American journal of occupational therapy*, 52:205-214.

Cynkin, S., Robinson, A. (1990). *Occupational therapy and activities helath: Toward health through activities*.(3rd. ed.). Boston: Little, Brown Company.

DePoy, E., Gitlin, E. (1994). *Forskning- en introduktion*.Lund: Studentlitteratur.

Erlandsson, L., Persson, D. (2005). *Aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv/redaktion*  
Hans Jørgen Bendixen. København: FADL's forlag.

FSA (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Giorgi, A. (1985). *Sketch of a psychological phenomenological method*. In Giorgi A, ed.  
*Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne Univ Press.

Haglund, B., Pettersson, B. Finer, D., Tillgren, P. *The Sundsvall Handbook- 'We Can Do  
It' From the 3<sup>rd</sup> WHO Conference on Health Promotion*. Solna: Karolinska Institutet, avd. för  
Socialmedicin, Landstinget I Västernorrland, 1993.

Hardy, P. (2004). Powered wheelchair mobility: an occupational performance evaluation  
perspective. *Australian occupational therapy journal*, 51, 34-42.

Hasselkus, B. (2002). *The meaning of everyday occupation*. Throfare: Slack

*Hjälpmedel HIDA*. Hämtad April, 6, 2006, från Hjälpmedelsinstitutet Web site:  
<http://80.80.24.87/r8x.asp?include=00000&linktype=iso&linkinfo=1221>

Iwarsson, S., Ståhl, A. (2003). Accessibility, usability and universal design-positioning and  
definition of concepts describing person-environment relationships. *Usability and  
rehabilitation*. 25:57-66.

Kielhofner, G. (1997). *Conceptual foundations of occupational therapy*. (2<sup>nd</sup> ed.).  
Philadelphia: Slacks.

Kielhofner, G. (2002). *Model of human occupation* (3<sup>rd</sup> ed.). Baltimore: Lippincott Williams  
& Wilkins

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Law, M., Baptiste, S. & Mills, J. (1995). Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? *Canadian journal of occupational therapy*, 62:250-257.

Law, M., Steinwender, S., Leclair, L. (1998). Occupation, health and wellbeing. *Canadian journal of occupational therapy*, 65:81-91.

Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Mattingly, C., Lawlor, M. (2000). Learning from stories: Narrative interviewing in cross-cultural research. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 7:4-14.

Medin, J., Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande- en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Mishler, E. (1986). *Research interviewing: context and narrative*. Cambridge: Harvard university press.

Nationella folkhälsokommittén. (1999). *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål*. Stockhol: Fritze.

Patton, M. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*(3<sup>rd</sup> ed.) London: SAGE, cop.

Nutbeam, D. (1986) Health promotion glossary. *Health promotion international*. 1(1):113-126.

Pedretti, L. (1996). *Occupational therapy: Practice skills for Physical dysfunction* 4th ed.). St. Louis: Mosby.



Reed, K., Sanderson S. N. ( 1999). *Concepts of occupational therapy*. (4<sup>th</sup> ed.). Lippincott: Williams & Wilkins.

Region Skåne (2003). *Hjälpmedelshandboken*. Kristianstad: Region Skåne.

*Regeringens proposition 2002/03:35*. Mål för folkhälsan. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Scherer, MJ. (2002). The change in emphasis from people to person: introduction to the special issue on assistive technology. *Disability rehabilitation* 24, 1-4.

SISUS (2003). *Om bemötande av människor med funktionshinder- ett nationellt program för att öka kompetensen om bemötande*. Stockholm: Statens institut för särskilt utbildningsstöd (SISUS).

Svensk version av *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (2003). Socialstyrelsen.

<http://www.sos.se/epc/klassifi/FILER/ICF.pdf>

Townsend, E. (2002). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. (rev.ed.). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*(3:e uppl.).Lund:Studentlitteratur

WHO. *Constitution*. New York: WHO, 1948.

Wressle, E., Samuelsson, K. (2004). User satisfaction with mobility assistive devices. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 11:143-150.

Wilcock, A. (1998). *An occupational perspective of health*. Thorofare: Slack.

