



MEDICINSKA FAKULTETEN  
Lunds universitet

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

# **Tankar om behov av framtida kompetens för arbetsterapeuter inom reumatologi**

En kartläggning av vilken typ av  
kompetensutveckling arbetsterapeuter inom  
reumatologi behöver för att möta framtidens  
patienter

Författare: Ann-Christin Thorell

Handledare: Elisabeth Jernryd

Januari 2007

Magisteruppsats

Adress: avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

Till Elisabeth

- för att du med din tålmodighet och vishet lyckades få  
allting att äntligen bli värt besväret.



## MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

### **Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi**

12 januari 2007

# **Tankar om behov av framtida kompetens för arbetsterapeuter inom reumatologi**

En kartläggning av vilken typ av kompetensutveckling arbetsterapeuter  
inom reumatologi behöver för att möta framtidens patienter

## **Författare: Ann-Christin Thorell**

Handledare: Elisabeth Jernryd

### SAMMANFATTNING

Den snabba utvecklingen inom medicinsk forskning har resulterat i nya effektiva läkemedel för de personer som drabbats reumatoid artrit (RA). Organisations- och samhällsförändringar samt en ny generation patienter har betydelse för arbetsterapeutens framtida kompetens.

Syftet var att undersöka behov av kompetens för arbetsterapeuter inom reumatologisk specialistvård. Studien är deskriptiv och prospektiv. Tolv personer, vara tre reumatologer, fem patienter med RA samt fyra arbetsterapeuter deltog i undersökningen. Datasamlingen gjordes genom en semistrukturerad intervju. För intervjun hade utarbetats intervjuguide. Materialet bearbetades med innehållsanalys. Resultatet visade att framtida yrkesteknisk kompetens behövs inom handens rehabilitering, ergonomi, datateknik, hjälpmedel, arbetsbedömningar samt stresshantering. Strategisk kompetensutveckling behövs för utveckling av rutiner och samarbete i verksamheten. Funktionell kompetensutveckling behövs för förbättring av teamarbete och patientinformation. Personlig kompetensutveckling behövs för att hjälpa patienten få balans i livet.

Nyckelord: kunskapsutveckling, reumatoid artrit, innehållsanalys, arbetsterapi

Magisteruppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

# Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b>	1
<b>Rheumatoid artrit</b>	
<b>Medicinsk utveckling</b>	
<b>Arbetsterapeutisk utveckling</b>	
<b>Profession</b>	
<b>Kompetens</b>	
<b>Syfte</b>	7
<b>Metod</b>	7
<b>Design</b>	7
<b>Etiska överväganden</b>	7
<b>Urval</b>	7
<b>Undersökningsgruppen</b>	9
<b>Datainsamling</b>	9
<b>Procedur</b>	10
<b>Databearbetning</b>	10
<b>Resultat</b>	11
<b>Diskussion</b>	25
<b>Metoddiskussion</b>	25
<b>Resultatdiskussion</b>	29
<b>Konklusion</b>	35
<b>Referenslitteratur</b>	

# Inledning

Personer som insjuknar i en reumatisk sjukdom är i behov av en allsidig och integrerad analys av sin medicinska, funktionella och psykosociala situation. Detta görs bäst av reumateamets samlade kompetens (Dahlqvist & Jacobsson, 2005). Reumateam finns vid specialistenheterna för reumatologi. Detta team består av reumatologer, sjuksköterskor, kuratorer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Vid behov kan andra specialister som ortopedier, handkirurger och tandläkare konsulteras. Det är lagarbete som krävs för att vården av dessa patienter ska bli effektiv (Lindström & Ålund, 1996).

För arbetsterapeuten innebär i dagsläget arbetet främst rådgivning om tekniska hjälpmedel, utprovning av tum- och handledsbandage samt tillverkning av ortoser till händerna. Därutöver kartlägger arbetsterapeuten hur patienten fungerar i sin bostad och på sin arbetsplats. Enligt Nived & Geborek (2005) är arbetsterapeuten den i reumateamet som anses vara expert på hur patienten bäst klarar sig i sin fysiska miljö.

Författaren har själv varit verksam vid reumatologmottagning i sexton år och sett den snabba utvecklingen inom sjukvården, tillkomst av nya mediciner för personer med reumatoid arthrit (RA) samt utvecklingen inom arbetsterapi. Utvecklingen har betydelse för arbetsterapeutens kunskap och färdigheter för att bedöma och behandla framtidens generation av patienter. Därför känns det angeläget att kartlägga framtida behov av kompetens för arbetsterapeuter inom reumatologi.

## Bakgrund

Ledsjukdomar tillhör en av vår tids folksjukdomar (Lindström & Ålund, 1996; Nitelius, 1999). Bland de inflammatoriska ledsjukdomarna är den vanligast förekommande diagnosen reumatoid arthrit. Sjukdomssymptomen är smärta, stelhet, rodnad, svullnad, värmeökning och rörelseinskränkningar i lederna. Personer med RA får svårigheter i dagliga aktiviteter (Lindström & Ålund, 1996; Nitelius, 1999). Dessutom lider de av kronisk trötthet som kan vara mycket hämmande på aktivitetsutförandet (Lindström & Ålund, 1996; Nitelius, 1999). Hos vissa uppkommer felställningar i drabbade leder. Sjukdomen är kronisk, kan debutera i alla åldrar och drabbar 2 -3 gånger så många kvinnor som män (Lindström & Ålund, 1996; Nitelius, 1999). Sjukdomen finns i hela världen befolkning om än i varierande utsträckning. I Skandinavien visar de senaste undersökningarna på en prevalens på 0,5 % (Dahlqvist & Jacobsson, 2005).

Kriterier för att fastställa diagnosen reumatoid arthrit innebär att minst fyra av sju nedanstående punkter ska vara uppfyllda:

- morgonstel mer än en timme
- minst tre inflammerade leder samtidigt under minst tre veckor
- inflammation i händernas leder
- symmetriskt engagemang
- förekomst av reumatiska noduli
- positiv reumatoid faktortest
- typiska röntgenförändringar Nitelius (1999, s. 27).

Innan behandling sätts in utreds patienternas medicinska, psykologiska, funktionella och sociala situation. Den medicinska delen bedöms av läkaren, den funktionella av arbetsterapeut och sjukgymnast och den sociala situationen av kurator. Den psykologiska situationen kan ha betydelse för samtliga bedömningar (Dahlqvist & Jacobsson, 2005).

Den medicinska behandlingen av personer med RA har sedan 1980-talet blivit betydligt aktivare med bland annat cytotostatika i syfte att häva sjukdomsaktiviteten (SBU-rapport, 1995). Tack vare ett genombrott i den medicinska forskningen kan sjukvården idag erbjuda patienter med diagnosen RA en ny typ av mediciner som alternativ till de antiinflammatoriska medicinerna.

Behandlingen består i dagsläget av två delar. Den ena delen är farmakologisk behandling som innebär att patienten får smärtstillande och inflammationsdämpande medel i kombination med Diseases Modifying Anti Rheumatic Drug (DMARD) eller biologiska läkemedel (Lindqvist, Saxne & Eberhardt, 2003; Dahlqvist & Jacobsson, 2005). Den andra delen består av ickefarmakologisk behandling som innefattar reumatologisk rehabilitering av reumateam. I vissa fall förekommer även reumakirurgi (Dahlqvist & Jacobsson, 2005).

Personer med reumatoid artrit kan idag skötas såväl av primärvården som vid specialistmottagningar (Lindström & Ålund, 1996). Nitelius (1999) samt även Nived och Geborek (2005) skriver att det behövs insatser från reumateam för att på bästa sätt hjälpa patienten hantera de problem som sjukdomen för med sig. Dessutom är det enligt Brattström (1980) viktigt att de som behandlar alltid utgår från patientens behov, det vill säga att patienten själv prioriterar med vad och i vilken ordning hon/han vill ha hjälp.

Flera studier pekar på vikten av att snabbt ställa diagnos och sätta in behandling eftersom skador uppkommer tidigt. Sjukdomen är progredierande och spontan remission är sällsynt (Aletaha, Eberl, Nell, Machold, Smolen, 2004; Jarrett, Quinn & Emery, 2003). Jarretts et al. (2003) studie visar att snabbt ställd diagnos och snabbt insatt behandling ger en bättre förutsättning för personen än om inflammationen får pågå ohämmat vilket leder till försämrad funktion och leddestruktion hos personen.

Tidigare användes antiinflammatoriska mediciner i kombination med cortison tills signifikanta leddestruktioner uppstod. Först då sattes mediciner av typ DMARD in (Lindqvist, 2003). Numera framhålls vikten av att behandla nysjuknade personer med DMARD så tidigt som möjligt och på så sätt förhindra sjukdomens framfart.

En långtidsstudie av Lindqvist (2003) där personer med nupptäckt RA följdes under 10 år visade att den farmakologiska behandlingen av personer med RA successivt har förändrats och att allt fler behandlas med den nyligen framtagna medicinen Methotrexate. I studien framkom att trots behandling med denna medicin uppstod tidigt typiska ledsador i ben och brosk hos nästan alla patienter. Skadorna utvecklades snabbt under de tre första åren och efter 10 år var det bland annat handlederna som oftast visade förändringar på röntgen (Lindqvist, 2003).

En ökning har skett då det gäller kirurgisk behandling med proteser som ersättning för förstörda leder (SBU-rapport, 1995). Det är dock viktigt att upptäcka förändringar tidigt så att kirurgisk behandling

inte behövs sättas in eller åtminstone fördröjas. Nya interventioner kan därför behöva utvecklas av såväl reumateamet men framförallt av arbetsterapeuten.

Från att ha handlat om sysselsättning kom arbetsterapeutisk bedömning och behandling att fokusera på funktionsförbättrande åtgärder (Björklund, 2000). Utvecklingen pågår ständigt och arbetsterapi inom reumatologi fokuserade fram till mitten av 1990-talet på förbättring av ledrörlighet, muskelstyrka, kondition och rörelseförmåga hos patienterna (Nordenskiöld, 1996). Alltså var arbetsterapeuten funktionsinriktad i sitt sätt att bedöma och behandla patienter med RA.

Under de senaste åren har arbetsterapi etablerat egen forskning och arbetsterapeutiska modeller har utvecklats (CAOT, 2002). Härigenom har arbetsterapi successivt ändrat fokus och ser numera interaktionen mellan individen, omgivningen och utförande av aktiviteten som sitt speciella område. En betydelsefull modell för såväl arbetsterapeutisk forskning som praxis har varit och är den canadensiska modellen Canadian Model of Occupational Performance (CMOP). Den betonar ett klientcentrerat arbetssätt för att individen skall kunna påverka sin hälsa genom aktivitet. Enligt modellen är en individs förmåga att utföra en uppgift beroende av den kapacitet individen innehar av fysiska, mentala, sociokulturella och andliga/själsliga komponenter. Vidare beskriver modellen utvecklingen som dynamisk, vilket innebär att under en persons livstid sker ständiga förändringar som gör att hon/han måste ompröva sin syn på sig själv och sina roller (CAOT, 2002). Modellen beskriver hur samspelet mellan individ, aktivitet och omgivning påverkar en persons aktivitetsutförande. I detta ska även innefattas personens motivation och intresse att utföra uppgiften. Även miljöns utformning har stor betydelse för en persons aktivitetsutförande (CAOT, 2002). Således kan modellen CMOP vara en hjälp till arbetsterapeuten att hitta alternativa strategier i behandlingsarbetet för att personer som drabbats av RA.

En person som drabbas av en kronisk sjukdom som RA måste försöka anpassa sig till sin nya situation. Effekten av de nya medicinerna innebär mindre smärta och färre felställningar i bl. a händerna vilket påverkar patientens aktivitetsförmåga i en positiv riktning (Lindqvist, 2003). Patienternas behov av arbetsterapeutisk behandling kan därmed ha förändrats. Men hur har den i så fall förändrats och vad har detta för betydelse för arbetsterapeutens agerande i dagsläget? Vilken kompetens behöver arbetsterapeuter inom reumatologi ha i framtiden för att fungera professionellt i sin yrkesutövning? Enligt FSA (2005) bör den professionella arbetsterapeuten inneha en viss kompetens för att kunna utöva yrket. En kompetens som dessutom ständigt behöver vidareutvecklas.

Vad som menas med professionell yrkesgrupp varierar (Söderström, 1991). Enligt Söderström (1991) hör det samman med individens utvecklingsmöjligheter och är nära förknippat med begreppet kompetens, vilket är fokus i denna studie. Forsberg, Lundberg och Wåglund (1989) ser på begreppet kompetens så här;

1. ”Kompetens är ett *vidare begrepp* än de traditionella begreppen kunskap, färdigheter och attityder. Samtidigt råder ingen tvekan om att kunskap, i detta begrepps vidare mening, utgör *kärnan* i alla de kompetensdefinitioner som förekommer i litteraturen.”

2. ”Kompetens är ett *dynamiskt* begrepp; det är något som kan användas, utvecklas och förändras över tid.”
3. ”Kompetens är ett *villkorligt* begrepp i så motto att det för att bli relevant måste relateras till en verksamhet eller ett mål.”
4. ”Kompetens är ett *kvalitativt* begrepp som inte alltid självklart kan beskrivas, mätas eller avgränsas i traditionella kvantitativa termer.” (Forsberg et al., 1989, s 8).

I en undersökning om betydelsen av professionell kompetens hos privatpraktiserande arbetsterapeuter framkom att de arbetsterapeuter som var ensamma i sin profession på arbetsplatsen hade få möjligheter till egen professionell kompetensutveckling. Det var också brist på tid och finansiering som hindrade utvecklingen (Courtney & Farnworth, 2004).

Enligt Söderström (1991) är profession relaterat till kompetens då båda begreppen omfattar kunskap, förhållningssätt, värderingar och kontaktnät, som tillskrivs en specifik innebörd av en viss profession. Författarna Lundmark (1998) respektive Forsberg et al. (1989) beskriver olika aspekter av kompetens. Författarna tar upp funktionell, yrkesteknisk, strategisk, och personlig kompetens.

Funktionell kompetens kan ses som pedagogisk förmåga, organisatorisk förmåga och samarbetsförmåga (Forsberg et al., 1989). För arbetsterapeuter inom reumatologi betyder funktionell kompetens att arbetsterapeuten bl. a behöver ha ”psykologisk blick” för att kunna bedöma vilka interventioner som ska göras för personer med reumatiska sjukdomar, anpassa sig till förändringar och kunna samarbeta. I en studie av Gahnström-Strandqvist, Tham, Josephsson och Borell (2000) framkom att arbetsterapeuten kände sig kompetent då hon tillsammans med patienten i rehabiliteringsprocessen uppnådde resultat som båda var nöjda med.

Den yrkestekniska kompetensen innebär att arbetsuppgifter utförs på ett riktigt sätt (Forsberg et al., 1989) och att en person innehar grundläggande kunskaper inom det område hon/han är verksam i (Lundmark, 1998). För arbetsterapeuter inom reumatologi kan detta innebära kunskap om handens funktion, om hjälpmedel och om reumatiska sjukdomar.

**Den strategiska kompetensen beskrivs av Forsberg et al. (1989) som de kunskaper en person har för att kunna arbeta i enlighet med en verksamhets riktlinjer. Personen ska kunna förstå vad och varför vissa insatser görs och vara bekant med vad verksamheten har att erbjuda. Som arbetsterapeut vid reumatologmottagning innebär detta att arbetsterapeuten är införstådd med uppdraget och vilka riktlinjer som gäller för bedömning och behandling av de patienter som hon/han träffar. Den strategiska kompetensen innebär också att arbetsterapeuten klarar av att göra rätt prioriteringar mellan olika handlingsalternativ av betydelse för verksamheten (Forsberg et al., 1989).**

Den personliga kompetensen innefattar det förhållningssätt och den förståelse som arbetsterapeuten behöver ha i ett arbetsterapeutisk bedömnings- och behandlingsarbete. Såväl Forsberg et al. (1989) som Lundmark (1998) menar att etik, ansvar och kreativitet ingår i personlig kompetens. I en studie av Unsworth (2001) framkom att erfarna arbetsterapeuter på ett tidigt stadium i



behandlingsituationen kunde förutse patientens handlande och då avbryta, ändra och anpassa sin pågående behandlingsstrategi utan att för den skull störa patientens uppmärksamhet i träningen. Den personliga kompetensen hos arbetsterapeuter inom reumatologi kan vara att de har förmåga att aktivt lyssna på sina patienter, visa respekt och att inneha en vilja att stödja patienten utifrån dennes behov. Förutom de fyra redovisade aspekterna på kompetens tar Lundmark (1998) även upp aspekten social kompetens. Social kompetens innefattar förmågan samarbete och smidighet i olika situationer samt att visa hänsyn och respekt. Den sociala kompetensen innebär även att aktivt lyssna på vad patienten berättar.

Både Keen (1987) och Granberg (2004) men även Sandberg (1987) och Forsberg et al. (1989) menar att kunskap är kärnan i begreppet kompetens och att färdighet är en praktisk kunskapsform. Keen (1987) menar att såväl fakta- som metodkunskaper krävs för att kunna handla. En annan förutsättning är förmåga till reflektion och kritisk analys och inte minst att medvetet använda sig själv i behandlingen vilket även FSA (2005) påpekar.

Forsberg et al. (1989) utgår från ett individperspektiv då hon menar att kompetens alltid ska relateras till någon form av verksamhet, aktivitet eller uppgift och på så sätt förklaras så att kompetens gäller hur en person fungerar i en viss krav- eller användningssituation. Enligt arbetsterapeuternas etiska kod skall arbetsterapeuter inneha relevanta kunskaper och färdigheter såsom förmåga till vad som bör, får och ska göras i behandlingssituationen, vara kreativ, ha intuition och empati (FSA, 2005) för att vara kompetent.

Även Granberg (2004) betonar att kompetens är förmågan att klara av en situation. Eftersom kompetens då det används, måste utvecklas och förändras över tid kan det sägas att det är ett dynamiskt och ett villkorligt begrepp som alltid måste sättas i relation till en verksamhet eller ett mål (Forsberg et al., 1989).

I de snabba förändringar som kännetecknar dagens arbetsliv och samhälle är det nödvändigt med kompetensutveckling för att tillgodose bedömnings- och behandlingsbehov hos patienter med RA. Författarna till regionala riktlinjer för reumatiska sjukdomar (Jacobsson, 2001) menar att behov av kompetensutveckling för arbetsterapeuter inom reumatologi i framtiden är nödvändig då utvecklingen av behandling vid RA beskrivs som mycket snabb och i ständig förändring. Därför känns det angeläget att göra en kartläggning av vilken typ av kompetens arbetsterapeuter inom reumatologisk specialistvård behöver.

## Syfte

Syftet med studien är att beskriva vilken kompetens arbetsterapeuter inom reumatologisk specialistvård innehar idag och vilken typ av kompetens det finns behov av i framtiden.

## Metod

## **Design**

Undersökningen är deskriptiv och prospektiv.

## **Etiska överväganden**

Studien är 2005-05-17 godkänd av vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Medicinska fakulteten, Lunds Universitet, VEN A44-05, och av verksamhetschefer vid respektive klinik

## **Urval**

Vilken kompetens arbetsterapeuter behöver kan förväntas variera beroende på vem som svarar och dennes perspektiv. Därför användes ett strategiskt urvalsförfarande (Patton, 1990) för att få ett så variationsrikt och nyanserat material som möjligt. Dessutom var utgångspunkterna att urvalet skulle kunna ge så relevant information som möjligt. Respondenterna valdes ur tre olika grupper; arbetsterapeuter, patienter och reumatologer. Jag bestämde i förväg hur många som skulle intervjuas och ansåg att 3-5 respondenter i varje grupp var tillräckligt. Enligt Kvale (1997) ska så många personer intervjuas som det krävs för att ta reda på det man vill veta. I kvalitativa studier är det vanligt att antalet informanter är 15 + - 10 (Kvale, 1997). Såväl tid som resurser är avgörande för antalet informanter (Kvale, 1997). Med beaktande av den tid jag hade till förfogande kom det att bli 5 respondenter per grupp av arbetsterapeuter och patienter. Då reumatologer skulle inkluderas ansågs 3 stycken vara ett tillräckligt antal eftersom antalet tillgängliga reumatologer som kunde tänkas ingå i studien var begränsat. Antalet informanter beror även på hur intervjun är utformad. I den egna studien som ju skulle genomföras med en semistrukturerad intervju hämtades därför inspirationen bäst från Kvales synsätt som lyfter fram just detta.

Gemensamma kriterier för urvalet var att de var verksamma arbetsterapeuter eller reumatologer eller patienter vid annan specialistklinik än den klinik författaren själv var verksam vid under år 2004. Ytterligare inklusionskriterier för arbetsterapeuter och reumatologer var att de ingick i reumateam. Ytterligare inklusionskriterier för personer med RA var att sjukdomsdurationen efter diagnosen reumatoid artrit ställts var som längst två år.

Respondenterna valdes från såväl landsbygd som storstadsområde. Arbetsterapeuter, reumatologer samt patienter som var verksamma eller behandlades på reumatologmottagningar vid specialistkliniker i södra Sverige 2004 kom att ingå i studien. Med specialistklinik jämföras i denna studie privatpraktiserande reumatolog som samarbetar med reumateam vid specialistmottagning i närheten.

Arbetsterapeuter och reumatologer vid specialistkliniker bedömer och behandlar patienter med reumatiska sjukdomar och förutsattes därför vara väl insatta i vad som krävs och vad som kommer att krävas inom reumatologi. Patienter som haft sin sjukdom i mindre än två år bedöms på reumatologmottagningar som nydiagnostiserade och benämns allmänt i nutida litteratur som tidig RA. Författaren valde patienter ur denna grupp då de ansågs representera framtidens patienter. Tretton personer varav fem arbetsterapeuter, fem personer med nydiagnostiserad RA samt tre reumatologer som uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut.

Verksamhetschefer vid fem specialistkliniker informerades skriftligt (Bilaga 1) om studiens syfte och ombads att ge sitt samtycke till studiens genomförande. Efter verksamhetschefernas skriftliga samtycke (Bilaga 2) gjordes ett utskick (Bilaga 3) med en förfrågan till fem arbetsterapeuter samt tre reumatologer (Bilaga 4) om de ville delta i studien. Fem arbetsterapeuter som inte själv deltog i undersökningen ombads i ett utskick (Bilaga 5) att välja varsin lämplig patient med tidig RA som kunde tänkas vilja delta i studien och då vidarebefordra ett brev till den utvalda patienten. Brevet (Bilaga 6) till patienten innehöll en förfrågan om hon/han ville delta i studien samt information om studiens syfte, att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst samt tillåtelse att spela in intervjun. Samtliga tillfrågade ombads att svara inom en vecka. Så snart de tillfrågade hade gett sitt skriftliga samtycke (Bilaga 7) kontaktade författaren var och en per telefon och bestämde tid för intervjun.

### **Undersökningsgruppen**

Arbetsterapeuterna hade minst fem års klinisk erfarenhet av arbete inom reumatologi. Samtliga arbetsterapeuter var kvinnor. Förutom de kunskaper i reumatologi som ingick i arbetsterapeuternas grundutbildning hade ingen av dem specialistutbildning i reumatologi. Reumatologerna var verksamma på reumatologmottagning vid specialistklinik eller som privatpraktiserande reumatolog. Samtliga reumatologer var kvinnor och hade specialistutbildning i reumatologi. Av patienterna var fyra kvinnor och en man. Två av patienterna var sjukskrivna, två var yrkesverksamma och en var ålderspensionär. På grund av tekniskt missöde kunde en av inspelningarna med en arbetsterapeut inte användas varför denna får räknas som externt bortfall.

### **Datainsamling**

En intervjuguide med frågor och stödord (bilaga 8) utarbetades av författaren. Som grund för utformning av stödorden användes Forsberg et al. (1989) modell för kompetensanalys.

Fokus riktades på arbetsterapeutens nuvarande kompetens och vilket behov det fanns av framtida kompetensutveckling. Frågorna och stödorden gällde verksamhetens resurser, rutiner, förändringar och visioner. Andra frågor och stödord var angående de krav arbetet ställde på arbetsterapeuten i fråga om kunskaper, färdigheter samt egenskaper och förmågor.

Intervjufrågor fokuserade på arbetsterapeutisk behandling, arbetsterapeutens kompetens idag och vilken kompetens respondenterna ansåg behövde utvecklas. Under intervjun efterfrågade författaren en djupare förklaring emellanåt t ex ”vilken betydelse har detta för arbetsterapeuten”? Berg & Hallberg (2000) skriver att under intervjun kan tillägsfrågor ställas för att ge mer djup i ett svar och intervjuaren kan då be respondenten att klargöra eller utveckla svaret genom att fråga ”vill du ge mig ett exempel” eller ”kan du förklara det lite mer”? Var och en av respondenterna intervjuades en gång av författaren.

En provintervju genomfördes med en arbetsterapeut verksam vid reumatologienheten. Med vid intervjutillfället fanns ytterligare en arbetsterapeut närvarande. Intervjun följdes av en diskussion kring intervjufrågorna tillsammans med de båda arbetsterapeuterna. Diskussionen gav viktig

information till författaren att intervjuguiden var alltför omfattande, att vissa frågor kunde utvecklas, omarbetas eller tas bort. Det framkom också att författaren ställt oklara frågor och flera frågor samtidigt. Därefter ändrade författaren intervjuguiden och lät de båda arbetsterapeuterna granska den. Inga fler synpunkter framkom.

### **Procedur**

Intervjuerna genomfördes på de platser respondenterna valde. Samtliga intervjuer genomfördes av författaren själv. En personal och tre patienter valde att intervjuas i sitt hem medan övriga deltagare valde den reumatologmottagning de var knutna till. Respondenterna hade före intervjutillfället möjlighet att ta del av intervjuguidens stödord och kunde därmed se vilka områden intervjun skulle handla om. Intervjuerna genomfördes utifrån intervjuguidens frågor och stödord. Samtliga intervjuer bandades och efter varje genomförd intervju gjordes korta fältanteckningar. Intervjuerna varade mellan 30 till 45 min. Utskrifterna av de bandade intervjuerna gjordes, alla utom en, av en erfaren läkarsekreterare. Hon skrev ordagrant ut varje intervju och markerade pauser, hmmm, djupa suckar och skratt. Författaren skrev själv ut en av intervjuerna och det gav en inblick i hur det är att få förståelse för materialet i samband med att utskriften görs. Enligt såväl Kvale (2002) som Malterud (1998) syftar transkriberingen till att göra materialet mer tillgängligt för analys.

### **Databearbetning**

Manifest innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004) valdes för att bearbeta materialet. Metoden ger möjlighet att beskriva det tydliga, uppenbara i texten. Analysen startade med att intervjuerna lästes ett flertal gånger av författaren så att en övergripande förståelse av helheten i materialet framkom. I samband med genomläsningen lyssnade författaren dessutom på varje bandinspelad intervju minst en gång. Som en kontroll av den egna subjektiviteten i tolkningen av materialet diskuterades tre intervjuer i sin helhet med en person som var insatt i metoden manifest innehållsanalys, från att bryta ner materialet i meningsbärande enheter till att koda dem. Den fortsatta analysen med indelning i subkategorier, kategorier och tema diskuterades med nämnda person och reviderades kontinuerligt. All text som hade att göra med studiens syfte sorterades ut och kom att utgöra den enhet som skulle analyseras. Det var exempelvis text som hade att göra med arbetsterapi, reumatologi, utveckling, förändringar, kunskap och kompetens. Graneheim & Lundman (2004) menar att ett grundläggande beslut när innehållsanalys ska användas är att sortera ut den text som ska behandlas. Uttalanden som sorterades bort var t ex de som handlade om hur bassängträning gick till eller om det fanns möjlighet att få färdtjänst.

Uttalanden som enligt ovan valts ut att ingå i det fortsatta analysarbetet delades in i meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet kännetecknas av att ord och meningar hör ihop med varandra genom sitt innehåll och sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsbärande enheter var t ex uttalanden från respondenterna om att arbetsterapeuten måste få tid över för utvecklingsarbete, eller att det behövdes utbildning och kurser för att arbetsterapeuten ska kunna hålla sig á jour med vad som händer inom hjälpmedelsområdet.

Därefter gjordes en kondensering av innehållet i var och en av dessa meningsbärande enheter.

Kondensering innebär att texten kortas ned men kärnan behålls (Graneheim & Lundman, 2004). Ett uttalande som "... när jag gick på reumaskolan kändes det som om de var ganska kunniga om vad jag

*kommer att behöva i framtiden*” kondenserades till *”personalen innehar en viss kunskap om mitt framtida behov av rehabilitering”*. Samtliga kondenserade meningsbärande enheterna försågs sedan med en kod. En kod är ett eller flera ord som utgör ett slags kännetecken för gruppen. Genom att benämna alla kondenserade meningsbärande enheterna med en kod kan informationen ses på ett nytt, annorlunda sätt (Graneheim & Lundman, 2004). Samtliga koder sorterades därefter in i subkategorier och kategorier, jämfördes med varandra och i förhållande till innehållet i hela texten. Ambitionen är enligt Graneheim och Lundman (2004) att inga data får uteslutas för att de inte passar in i någon kategori. Inga data får hamna mellan två kategorier eller inte passa in i mer än en kategori. Även Patton (1987) delar denna uppfattning och skriver att en kategori är ”homogen i sig själv och externt olikartad”. Slutligen identifierades ett övergripande tema; *Organisatorisk och medicinsk utveckling leder till förändrade krav på arbetsterapeutisk kompetens i framtiden*. Subkategorier och kategorier redovisas i tabell 1.

## Resultat

Tabell 1 Tema, kategorier och subkategorier

TEMA	Organisatorisk och medicinsk utveckling leder till förändrade krav på arbetsterapeutisk kompetens i framtiden	
KATEGORI	SUBKATEGORI	
<i>Strukturella förutsättningar</i>	Vårdnivå Teamarbete Lokaler Tillgänglighet Arbetsterapeutens roll	
<i>Medicinsk och samhällelig utveckling</i>	Ny generation patienter Patientens egenansvar Annorlunda krav på patientinformation	
<i>Framtida arbetsterapeutisk kompetens</i>	Förändrat fokus Krav på vidareutveckling	

Resultatet redovisas i ett övergripande tema, *Organisatorisk och medicinsk utveckling leder till förändrade krav på arbetsterapeutisk kompetens och intervention i framtiden*. Kategorier och subkategorier presenteras i tabell 1 så som de beskrivs av respondenterna i intervjuerna.

Resultatredovisningen inleds med vad som framkom i intervjuerna om strukturella förutsättningar, medicinsk och samhällelig utveckling samt konsekvenser av dessa förändringar och hur de ligger till grund för hur den framtida arbetsterapeutiska kompetensen. Som en kontroll på att resultatredovisningen bygger på vad som framkommit i det totala materialet återges respondenternas uttalande i citat, vilka är hämtade från samtliga respondenter i studien.

### *Strukturella förutsättningar*

Det framkom i intervjuerna att organisatoriska förändringar hade medfört förändringar i arbetsterapeutens arbetsuppgifter. Förändringarna innebar bl.a. att det numera är arbetsterapeuterna i kommunen som gör hembesök och har ansvar för att patienten får hjälpmedel. Möjligheten att ha helhetsgrepp på patienten har försvunnit för arbetsterapeuter vid reumatologmottagningarna.

*”Det är väl..., vi kan inte göra så mycket... för kommunen sitter ju på alla hjälpmedel och det är ju de som gör bostadsanpassningar...”*

### **Vårdnivå**

Det framkom i intervjumaterialet att det fanns planer på att mindre reumatologmottagningar kommer att läggas ner. Konsekvenserna skulle bli att arbetsterapeutens kompetens inom reumatologi går förlorad när arbetsuppgifterna radikalt förändras för arbetsterapeuterna.

*”... tyvärr är det nog så att verksamheten har svårt att leva vidare... det är ju att vi får andra arbetsuppgifter helt enkelt...”*

Det rådde stor samstämmighet hos respondenterna att patienter med RA behövde specialistvård. Dagens brist på reumatologer bidrog dock till att allt fler patienter med lättare besvär numera sköts av primärvården. En respondent hävdade att patienter med RA ska behandlas av specialister:

*”... de hör inte hemma i primärvården, för de förstår inte deras problem...”*

Det framkom att man från specialistvårdens sida menade att primärvårdens personal inte hade specialkunskaper inom reumatologi och därmed hade svårt att förstå vilka problem patienter med RA har. För arbetsterapeutens del kan det i framtiden komma att handla om att utveckla samarbetet med kollegor i primärvård och kommun.

*... att man har ett fungerande samarbete... och säga att här gäller det patienten...”*

### **Teamarbete**

Det framkom i intervjuerna att alla nydebuterade patienter med diagnosen RA erbjöds delta i ”Tidig RA program”. Rutinen var att patienterna snabbt sattes in på medicinsk behandling och att de snabbt fick träffa arbetsterapeuten och övriga yrkeskategorier i teamet. I intervjumaterialet framkom att reumateamets syfte var att ge patienterna så bra förutsättningar som möjligt att leva med sin sjukdom.

*”... det är patienten som är i centrum, inte arbetsterapeuten, inte doktorn.”*

Det framkom i intervjuerna att det gemensamma arbetet i reumateamet var gränsöverskridande mellan de olika yrkesgrupperna. Detta menade respondenterna ställde

krav på arbetsterapeuten att vara införstådd med vilka de andra yrkeskategoriernas uppgifter var och kunna samarbeta med alla i teamet.

*”... man behöver inte kunna allting, för är man i team kan man hjälpas åt, och man kan fråga...”*

och det framkom tydligt att teamarbetet skulle gagna patienten:

*”... samarbete är ju teamets grej... för att det ska bli bra för patienten”*

I intervjumaterialet framkom att traditionen med reumateam sedan länge var inarbetad vid reumatologmottagningar. Det framkom även att den nya generationen reumatologer inte hade samma ambition att arbeta i team som den äldre generationens läkare. Dessa läkare, menade respondenterna, var mer inriktade på de medicinska interventionerna och kommenterades så här av en respondent:

*”... de yngre kollegorna, de har inte den traditionen som vi har och jobba i team... de ser sig lite granna mer som doktorer som ger medicin...”*

Om teamets arbete urholkats kan konsekvenserna bli minskad efterfrågan på arbetsterapeutiska interventioner vilket en respondent uttryckte så här:

*”... jag tror vi behöver färre arbetsterapeuter inom reumatologi...”*

Vidare framkom i intervjuerna att risken fanns att revirtänkande skulle uppstå i teamarbetet. Sådant ansågs leda till destruktivt arbete i teamet. En respondent menade att det fortfarande fanns de som vill ha en hierarkisk ordning vilket kunde leda till att arbetsterapeutens åsikter inte alltid blev tagna på allvar. Så här menade en respondent att det kunde vara:

*”... om arbetsterapeuten säger... jag har läst i en studie... det är inte säkert att det tas emot bra...”*

I intervjuerna framkom att respondenterna hade svårt att veta hur de nya medicinerna påverkade patienternas aktivitetsförmåga i framtiden och därmed i vilken omfattning arbetsterapeuten behövdes i framtiden. Dels framkom att i de fall patienter inte kunde skötas optimalt med medicinering kom det i framtiden att finnas behov av arbetsterapi. Dels framkom att när de nya medicinerna var effektiva för patientens behandling ansåg respondenterna att det i framtiden inte behövdes någon arbetsterapi. Om framtida behov av arbetsterapi var en kommentar:

*”... nu har de så bra behandlingar så nu behövs inte paramedicinarna...”*

Såväl patienter som personal delgav under intervjuerna tankar om att det måste finnas respekt för varandra och varandras yrkesroller.

*”Alla i reumateamet har sin egen yrkesroll, är självständiga inom sitt område samtidigt som de fungerar samstämt med varandra i hur de är i förhållande till oss patienter.”*

Det framkom även olika åsikter hos yrkeskategorierna i teamet om hur patienten skulle erbjudas hjälp med sin fysiska träning. En del tyckte att patienterna skulle träna i sjukvårdens regi medan andra tyckte att patienterna kunde utföra träningen hemma. Detta påverkade samarbetet negativt och verkade hindrande för utveckling av teamarbetet. Så här uttryckte en av de intervjuade sig:

*”... vi har väl lite olika syn på det hela... och där står vi då i diskussioner och tycker att man ska ha olika program...”*

Det framkom i intervjuerna att teamen varje vecka avsatte cirka en timme för teamkonferens. Intervjupersonerna ansåg att den avsatta tiden var alltför kort och inte främjade något utvecklingsarbete. Bl. a. framfördes önskemål om djupare diskussioner på teamkonferenserna för att fastställa rehabiliteringsplaner för patienterna. Så här uttryckte en av de intervjuade det:

*”... att vi arbetar tillsammans... för att få utveckla bättre vårdprogram...”*

### **Lokaler**

Respondenterna beskrev vikten av lokalmässig fysisk närhet mellan de olika yrkeskategorierna i teamet. Det framkom att direktkontakten mellan arbetsterapeut och övrig personal försvårades i de fall arbetsterapeutens lokaler inte låg i anslutning till reumatologmottagningen. Det framhölls i intervjuerna att långt avstånd var ett hinder för att snabbt kunde gå in till någon och få hjälp med bedömning av vilka fortsatta interventioner som skulle göras. Konsekvensen kunde bli att arbetsterapeuten inte brydde sig om att gå iväg till en annan yrkeskategori och därmed missade de informella kontakterna.

*”... det är ju en våning och sedan ganska många meter... så att man springer ju inte i onödan så att säga...”*

En annan aspekt som framkom i intervjumaterialet var att när lokalerna låg i anslutning till varandra hade alla lättare att se vad de andra gör, eller som en respondent uttryckte det:

*”... man förstår bättre varandras yrkesområden...”*

### **Tillgänglighet**

Respondenterna beskrev att det ständigt pågick utvecklingsarbete för att förbättra mottagningsverksamheten. För arbetsterapeuten och övriga yrkeskategorier i teamet kan det i framtiden bli aktuellt att ta emot patienter på kvällsmottagning. I intervjuerna framkom också att vid



brist på reumatologer bör teamets ställning stärkas och ta över en del av mottagningen i stället för att patienterna ska remitteras till primärvården.

*”... får vi väldigt ont om reumatologer då är min uppfattning att man egentligen inte ska remittera ut i primärvården utan i så fall... istället för att lägga ut det i primärvården så ska man lägga ut det i teamet... stärka teamets ställning.”*

En annan synpunkt som framkom var att paramedicinarna i framtiden kan komma att ha egna mottagningar och rådfrågar doktorn vid behov. Om detta sa en respondent:

*”... vad jag funderar på i framtiden är ju om man skulle kunna ha något där patienterna vänder sig kanske i första hand till arbetsterapeut eller sjukgymnast om de känner sig sämre...”*

I intervjuerna framkom dessutom att dagens patienter vill ha omedelbar och professionell hjälp.

*”Sedan skulle jag då gärna vilja att jag fick komma ganska omgående.”*

En annan förändring som togs upp under intervjuerna var att de så kallade teammottagningar där patienterna kommer på rutinbesök är på väg att försvinna. Anledningen till detta var att det i stället hade införts att patienten i större utsträckning själv ringde den yrkeskategori i teamet som de vill få behandling av. Detta menade respondenterna i intervjuerna kunde vara svårt för patienten att förstå. Dessutom fanns en risk att patienterna därför inte tog kontakt när de behövde. En respondent kommenterade detta så här:

*”... då inbillar vi oss att patienterna vet att det finns paramedicinare och att de kan kontakta vid behov...”*

Konsekvenserna av denna organisationsförändring, menade respondenterna, hade hittills lett till minskad efterfrågan på arbetsterapi vilket kommenterades så här:

*”Samtidigt så tappar, jag tror vi tappar väl en del av patienterna kanske.”*

### **Arbetsterapeutens roll**

I intervjuerna framkom att det av tradition var arbetsterapeutens uppgift i reumateamet att se till hur patienten använder sina händer och att regelbundet kontrollera handfunktionen. Det framkom tydligt i respondenternas uttalanden att det i första hand var arbetsterapeuten som kontaktades när patienterna upplevde svårigheter att utföra aktiviteter med händerna.

*”Ja, det är ju mycket det där med händerna, att de inte kan hålla i saker...”*

Det framkom att det var arbetsterapeuten som hade till uppgift att sköta det postoperativa arbetet i samband med handoperationer. Detta menade respondenterna innebar att arbetsterapeuten innehade en viss kompetens om hur handoperationen påverkade patientens aktivitetsförmåga. Om detta nämnde en av de intervjuade, som är arbetsterapeut, följande:

*”... jag är en viktig kugg i det hela... för det ska ju fungera efteråt också, under operationstiden eller efterbehandlingen... det är många faktorer så det är viktigt att jag är med.”*

Andra åsikter i intervjuerna om vad effekten av de nya medicinerna kom att innebära för arbetsterapeutens arbetsinsatser var att ett större antal patienter i framtiden kan komma att behöva kortare och snabbare insatser från arbetsterapeuten. Om detta sa en respondent:

*”... jag tror ju egentligen inte att kraven blir så annorlunda, men att man får en större genomströmning av antalet patienter...”*

Intervjumaterialet visade att dålig struktur i organisationen påverkade arbetsterapeutens yrkesutövning. Då det oftast var stor genomströmning av patienter hade arbetsterapeuten svårt att se helheten i bedömningen av patienten. Konsekvensen kunde bli att arbetsterapeuten tyckte att kvaliteten på arbetsinsatserna försämrades.

*... jag känner att det är ingen riktig kvalitet alltid på det jag gör...”*

En annan aspekt på kvalitet var att det ibland saknades enhetliga rutiner för alla de patienter som varit sjuka en längre tid och inte längre ingick i ”tidig RA programmet”. Detta ledde till att arbetsterapeuten inom en och samma klinik inte hade enhetliga regler utan var och en gjorde som de själva ansåg bli bäst för patienten.

*”... vi jobbar nog inte likadant...”*

Det framkom i intervjumaterialet att personal på vårdavdelningar inte var klara över arbetsterapeutens roll. Detta resulterade i att de inte kontaktade arbetsterapeuten i de fall patienten behövde hennes hjälp. Så här tyckte en arbetsterapeut att det var:

*”... det är sällan vi blir efterfrågade... jag tror inte sköterskorna ser riktigt när patienterna behöver oss...”*

Det framkom i intervjuerna att vid de tillfällen annan personal än de i reumateamet träffat arbetsterapeuten på konferenser lättare kom ihåg att ta kontakt vid nästa tillfälle en patient hade behov av arbetsterapi.

*”... på den här utbildningen... hade vi mycket diskussioner... då blev jag mer inkopplad på patienter när vi kom hem...”*

Vidare framkom att mycket i samtalet mellan patient och arbetsterapeut handlade om hur det fungerade i vardagen. Intervjupersonerna påpekade dock att det mesta av aktivitetsutredningen handlade om personlig vård och boende, mera sällan om arbete och fritidssysslor. Mer och mer tycktes patienternas svårigheter i vardagen vara det som patienterna vill ha hjälp av arbetsterapeuten att lösa.

*”... det kommer att bli ännu tydligare just det här att man pratar om dagliga aktiviteter...”*

Det rådde osäkerhet hos patienterna om vad de kunde begära av arbetsterapeuten. Ett uttalande visar på detta:

*”... jag känner ju en viss tveksamhet inför framtiden... när det gäller arbetsterapeuten... vad har hon för möjligheter att hjälpa mig...”*

Respondenterna menade att det var arbetsterapeuten som gav patienten tips och råd om ledskonande arbetssätt och hjälpmedel. I intervjuerna framkom även att arbetsterapeuterna upplevde att de mer och mer informerade patienten om vikten av att hitta balans mellan aktivitet och vila. Som en respondent sa:

*”... jo, att få en syn på livet och känna det så bra i livet efter att ha fått en kronisk sjukdom det kan arbetsterapeuten hjälpa mig med...”*

Samtliga respondenter påpekade att arbetsterapeuten i arbetet med kroniskt sjuka måste ha ett stort tålamod, tycka om att arbeta med människor och kunna lyssna på deras berättelser med inlevelse. Så här uttryckte en av respondenterna det:

*”... de liksom fanns tillhands när de behövdes.”*

En annan sak som kom fram i intervjuerna var att arbetsterapeuten måste ha förmåga att få patienten förstå sin nya situation. Av betydelse var att patienten fick möjlighet att ”prata av sig” vilket betonades av en av de intervjuade:

*”... då hjälper hon mig genom att jag får prata och prata om hur jag känner det och hon stöttar...”*

Att vara praktiskt lagd och att hitta lösningar på de problem patienten har i vardagen ansågs av en del av de intervjuade som viktigt. En arbetsterapeut sa:

*”... om man själv är praktiskt lagd ... så har man ju det med sig att man vet vad som krävs i utförandet av olika aktiviteter...”*

### **Medicinsk och samhällslig utveckling**

#### **Ny generation patienter**

Det framkom att svårigheten för arbetsterapeuten i framtiden kan komma att bli i arbetet med den nya generationen patienter. Dessa patienter menade man i intervjuerna är mycket mer välinformerade och ställer annorlunda krav på arbetsterapeutiska interventioner. Detta blir en utmaning för arbetsterapeuten och ställer därmed förändrade krav på kompetensen i framtiden.

*”... de ställer väldigt höga krav... men vi får akta oss så inte patienterna tar över...”*

I intervjuerna framkom att arbetsterapeuterna upplevde att patienternas bekymmer idag alltmer handlar om att kunna hantera situationen som kroniskt sjuk, mindre om smärtan i lederna.

*”... när det gäller nydebuterade så är det ju väldigt mycket det här runtom kring deras nya roll att hantera det, både när det gäller arbetslivet och hemma...”*

Patienterna i studien gav uttryck åt att deras största problem förutom smärtan var funktionsnedsättningar i händerna. Detta var den mesta orsaken till varför patienterna kontaktade arbetsterapeuten. Vissa patienter hade svårt att acceptera smärtan. Samtidigt påtalade de att de hade svårt att använda sina handledsstöd, vilka arbetsterapeuten provat ut för att lindra smärtan och verka stödjande i aktivitet. I stället för att använda handledsstöden undvek patienterna att utföra vissa aktiviteter. En patient uttryckte detta på följande sätt:

*”... alltså jag får ganska ont, får jag faktiskt, så det är att ta på sig de här stöden och så... det känns lite motigt... då blir det gärna att jag hoppar över städningen...”*

#### **Patientens egenansvar**

I intervjumaterialet framkom att arbetsterapeuten strävade efter att få en självständig patient och ställde krav på att de själva kunde ta mer ansvar för att leva med en kronisk sjukdom. Under intervjuerna framkom att det fanns indikation på att patienterna belastar sina leder mer när de känner sig bättre vilket påverkar sjukdomsutvecklingen negativt. Samtidigt fanns det patienter som slutade att träna när de kände sig bra och blev på sikt sämre. Detta menade man blir en utmaning för

arbetsterapeuten att motivera patienten att själv ta mer ansvar och göra handträning hemma mellan besöken hos arbetsterapeuten. Respondenterna menade därför att arbetsterapeuten även i framtiden bör göra regelbunden uppföljning av patientens egen träning.

*”... patienter blir så bra nu på nya behandlingar så då struntar de i och träna och så stelnar dom.”*

I intervjuerna framfördes åsikter om hur arbetsterapeuten och patienten förstod varandra. Samtidigt framkom att det rådde delade meningar hos olika yrkeskategorier om hur delaktig och självständig patienten ska tillåtas vara. Resultatet kan bli att vårdpersonalen styr för mycket och inte tänker på att det är viktigt att patientens egen målsättning kommer fram. Detta var ett problem som lyfts fram av följande citat:

*”... det är det som så många gånger är så svårt i vården... man tillåts inte ta sig tid att efterfråga om vad patienten innerst inne vill... utan att vi tror de vill så mycket...”*

Dels framkom att en del patienter kände så stort egenansvar att de inte trodde arbetsterapeuten kunde hjälpa dem och av den anledningen inte berättade om sina problem för arbetsterapeuten. Detta ledde till att patienten kände osäkerhet inför framtiden, hur sjukdomen kommer att påverka livet. Som en patient uttryckte:

*”... känner ju en viss tveksamhet i förhållande till framtiden... hur länge kan detta hålla på... att jag inte blir sämre...”*

### **Annorlunda krav på patientinformation**

I intervjuerna framkom att framtidens patienter kommer att ställa högre krav på att arbetsterapeuten ska vara en god förmedlare av kunskap. Detta för att framtidens patienter kräver alltmer vetenskapligt grundad fakta om sin sjukdom.

*”Vi måste ha mer på fötterna och vi måste förstå att ibland måste vi kunna säga, berätta rent vetenskapligt... att det här finns...”*

Respondenterna framhöll att tankeutbytet mellan nyinsjuknade var till stor hjälp för dem i processen att ta till sig vetskapen om att ha drabbats av en kronisk sjukdom. Bland annat säger en respondent så här:

*”... det här med reumaskolan... att jag träffade lite mer människor där med samma sjukdom... i samma situation och med egna erfarenheter...”*

I resonemanget kring framtida utveckling av patientinformation om arbetsterapeutiska interventioner menade respondenterna att behovet ökar att bilda grupper där patienterna kan utbyta erfarenheter och hämta kraft från varandra. I sådana grupper blir det bl.a. arbetsterapeutens roll att vara den som sätter igång diskussionerna. Om detta blev en kommentar:

*”... se vad patienterna sins emellan kan ge varandra... alltså få igång samtalet och styra lite grand...”*

### **Framtida arbetsterapeutisk kompetens**

#### **Förändrat fokus**

I intervjumaterialet framkom att det kan vara så att bl.a. arbetsterapeuten tycker att dagens patienter mår bra och därför ställer för låga krav på vad patienten ska klara av. Konsekvensen kan då bli att det i framtiden ställs förändrade krav på arbetsterapeutens kompetens. Som en respondent sa:

*”... patienterna är ju friskare nu... så de mår ju oftast mycket bättre så blir det ju en utmaning för arbetsterapeuten, för de fortsätter ju ofta med aktiviteter som man kanske för tio år sedan slutade med i och med man fick en ledsjukdom, så det ställer ju andra krav på uppfinningsrikedom...”*

Under intervjuerna framkom att patienterna hade annorlunda aktivitetsproblem idag än tidigare. Många patienter ville fortsätta utöva fysiskt krävande sporter. Detta menade respondenterna ställer annorlunda krav på arbetsterapeutens kompetens för att möta framtidens krav från patienter som vill fortsätta utöva krävande aktiviteter.

*”... patienten har en fritid som varit otroligt aktiv med mycket alltså fysisk aktivitet, som blir väldigt svår att hantera...”*

I intervjuerna framkom tankar kring vilka arbetsområden som blir arbetsterapeutens framtid. Respondenterna ansåg att då fler patienter stannar kvar i arbetslivet ställs annorlunda krav på arbetsterapeutens kompetens för att analysera vad patienten behöver för att återgå i arbete. Dels fanns synpunkter på hur arbetsterapeuten i framtiden kan hjälpa de patienter som är sjukskrivna eller har förtidspension kommenterade en respondent så här:

*”... alla de här patienterna som man tycker borde kunna arbeta men inte gör det av olika anledningar, där kan väl, jag menar där är ju också arbetsterapeuten ... att pusha på lite mer”*

Dels fanns åsikter om arbetsterapeutisk intervention för de patienter som redan var yrkesverksamma:

*”... att arbetsterapeuterna även tittar på det här med ergonomi... och alltså hur det fungerar på jobbet för patienten...”*

Det framkom i intervjumaterialet att dagens patienter i större utsträckning fortsätter att vara yrkesverksamma. Detta ansåg respondenterna ställer annorlunda krav på arbetsterapeutens framtida kompetens. Bl.a. föreslogs att arbetsterapeuten i framtiden skulle kunna bedöma patientens arbetsförmåga. Inom detta område menade man kunde finnas ett framtida behov av arbetsterapi. En respondent uttryckte det så här:

*... jag skulle mycket väl kunna tänka mig att försäkringskassan hade varit intresserad...”*

I intervjuerna menade respondenterna att i framtiden kommer det att vara viktigt för arbetsterapeuten att förstå vilka roller människan har. Tidigare låg fokus på ortoser och hjälpmedel. I framtiden trodde respondenterna att ett av arbetsterapeutens fokus blir patientens svårigheter att hantera stress. Ett annat fokus för arbetsterapeuten blir att hjälpa patienten hitta sin nya roll, att fungera i vardagen trots sin sjukdom.

*”Vi kanske mer trycker på det här med dagliga aktiviteter, det är inte bara själva utförandet utan kanske beröra balansen mellan aktiviteterna... att man liksom pratar med personen ifråga om det kan gå att tänka i nya banor...”*

### **Krav på vidareutveckling**

Det framkom i intervjuerna att framtida fördjupade arbetsterapeutiska kunskaper kommer att krävas i samband med handoperation. Redan på grundutbildningen bör arbetsterapeutstuderande auskultera hos en handkirurg och närvara vid handoperationer. Detta för att det tar tid att lära sig det speciella i hur man undersöker händerna. I intervjuerna ansågs att även kliniskt verksamma arbetsterapeuter som behandlar patienten efter handoperationer behöver fördjupad kunskap om operationsteknik och postoperativ träning.

*”Detta kan arbetsterapeuten skaffa sig erfarenhet av genom att auskultera på en handkirurgisk avdelning.”*

Vidare framkom krav på att arbetsterapeuten skulle vara uppdaterad och kunna visa nyheter inom hjälpmedelsområdet. Det framhölls att detta behövdes för att patienten med arbetsterapeutens hjälp skulle kunna lära sig bedöma vilket behov av hjälpmedel och anpassning hon/han behöver. Som en patient sa om detta:

*” ... får hon inte åka runt och titta på sådana saker så kan hon ju inte hjälpa mig...”*

För att få inspiration till egen utveckling kunde arbetsterapeuten göra studiebesök på andra kliniker där det pågår verksamhetsutveckling.

*”... borta på... har de ju utvecklat ett väldigt fint program...”*

I intervjuerna framkom att i nätverk för arbetsterapeuter inom reumatologi fanns möjlighet att utveckla arbetsterapeutiska bedömnings- och behandlingsmetoder. Nätverket ansågs vara ett bra forum för kunskaps- och metodutveckling. Som en respondent uttrycker det:

*”... så att man inte sitter var och en på sin klinik utan att alla hjälps åt...”*

Det framkom även i intervjuerna att det fanns bristande kunskaper i datateknik hos arbetsterapeuterna. Sådana kunskaper menade respondenterna bland annat behövdes för att hjälpa patienten söka information på webben.

*”... där känner jag att jag behöver vidareutveckla mig... för jag är inte lika duktig som andra kollegor är, som är händiga på detta med att sig ut på nätet och söka information.”*

Det gjordes uttalanden i intervjumaterialet att det saknades tydliga planer för arbetsterapeuters kompetensutveckling. Detta är ju oerhört betydelsefullt för de förändringar som sker. För närvarande var det inte heller självklart med kompetensutveckling samtidigt visade studien att det var oerhört viktigt. En av de intervjuade arbetsterapeuterna påpekade detta genom att säga.

*”... en arbetsterapeut inom reumatologi kan ju syssla med väldigt olika saker... det kräver mer vidareutbildning ...”*

## Diskussion

### Metoddiskussion

En kvalitativ ansats med semistrukturerad intervju valdes för denna studie. Metoden används för att få en djupare förståelse för det fenomen som ska studeras i detta fall vilket framtida behov det fanns av kompetensutveckling för arbetsterapeuter inom reumatologi. Enligt Kvale (1997) används den kvalitativa intervjun när forskaren vill få informanternas egna beskrivningar.

Den kvalitativa intervjun har utförts på många olika sätt och varierar enligt Kvale (1997) beroende på hur standardiserad och strukturerad den är. I denna studie har jag utgått från en intervjuguide omfattande teman och stödord som skulle täckas under intervjun och ge en ram åt den. Temat i denna studie var kompetens idag samt framtida behov av kompetensutveckling.



Att välja intervju för att samla in data är en krävande metod som förutsätter att intervjuaren har förmåga att sätta sig in i den intervjuades situation. I denna studie var förutsättningarna olika för författaren att sätta sig in i de intervjuades situation. I de tre grupperna av informanter var det enklast för författaren att identifiera sig med arbetsterapeuterna och till viss del reumatologerna, som båda var personal inom reumatologisk specialistvård. Däremot var det svårare för författaren att identifiera sig med patienterna. Dock underlättades förståelsen en del av att författaren själv har lång erfarenhet av behandlingsarbete av denna diagnosgrupp.

Intervjusituationen kan påverkas av den relation författaren och den intervjuade har sedan tidigare (Holme & Solvang, 1997). Vid särskilt ett par tillfällen uppfattade författaren det som att intervjupersonerna var nervösa och rädda för att inte svara rätt. Holme & Solvang (1997) men även Kvale (2002) menar att intervjusituationen innebär ett maktförhållande som kan leda till att intervjupersonen tror att svaren måste vara på ett visst vis eller "rätt". Om jag i framtida studier ska genomföra intervjuer ser jag det som viktigt att förbereda personen som ska intervjuas bättre. Jag skulle då som intervjuare ta mig tid att prata lite allmänt, göra mig bekant med personen som ska intervjuas innan själva intervjun sätts igång. På så sätt tror jag att anspänningen inför intervjusituationen skulle elimineras.

Tanken var från början att endast arbetsterapeuter och patienter med RA skulle ingå i studien men för att skapa djup och bredd kom även reumatologer att ingå. Valet av respondenter överensstämmer med hur Malterud (1998) beskriver det strategiska urvalet i kvalitativa studier, som han anser ger ett rikare material än om gruppen varit homogen. För min del kändes intressant att få synpunkter på patienternas och reumatologernas tankar om arbetsterapeutisk kompetens. Själv är jag ju närmre mina arbetsterapeutkollegors tankegångar om vad vi kan behöva i framtiden. Nu fick jag istället möjlighet att få synpunkter på kompetens ur tre olika infallsvinklar. Dock hade jag förväntat mig att det skulle framkomma vissa skillnader i fråga om arbetsterapeutens kompetens mellan grupperna. Det visade sig emellertid att respondenternas åsikter var i stort sett likartade.

Samtliga respondenter fick själv bestämma var intervjuerna skulle äga rum. Enligt Holme och Solvang (1997) har det betydelse för att individen ska känna sig trygg. Innan intervjun började berättade författaren mycket kort om sin egen bakgrund, studiens syfte och gav intervjupersonen möjlighet att ställa frågor. På så sätt anser författaren att en högre grad av trygghet infann sig i intervjusituationen. De av intervjupersonerna som önskat få intervjuguiden i förväg hade tittat på denna innan vi träffades. Fördelen med detta var att de hade möjlighet att sätta sig in i vad vi skulle prata om. Några av dessa intervjupersoner tyckte att det kändes bra att ha fått ta del av tankarna innan. Samtidigt kände jag att de respondenter som valt att inte ta del av intervjuguiden i förväg inte heller verkade ha tänkt igenom frågorna ordentligt. Detta kunde bero på att det fanns brister i utformningen av intervjuguiden

som gjorde att den var svåra att förstå. I framtida studier ställer jag mig tveksam till att skicka ut intervjuguiden i förväg.

Under intervjutillfällena ombads t ex patienterna att berätta fritt om t ex vad som hände vid besöket hos arbetsterapeuten. Detta sätt att fråga ger enligt Malterud (1998) de rikaste kunskaperna om hur den intervjuade upplever en speciell företeelse. Denna form av öppna frågor förespråkas i kvalitativa forskningsintervjuer där det specifika ska beskrivas (Kvale, 1997). Nackdelen i denna studie blev att patienten pratade väldigt mycket om vilka hjälpmedel de fått och hur väl de blivit bemötta av arbetsterapeuten och övriga i reumateamet. I samtalen blev det dessutom många upprepningar och mycket rundgång i svaren. Speciellt vid intervjutillfällena med patienterna kändes det svårt att bryta in och ta upp tråden igen då det kunde uppfattas som att jag inte var intresserad av vad de berättade. I efterhand förstår jag att det krävs att man som intervjuare gör detta ändå för att på så sätt få ut mer av intervjun.

När samtalen kom att bli alltför mångtydiga är det intervjuarens uppgift att försöka klargöra om detta beror på dålig kommunikation eller om det verkligen är reella motsägelser hos den intervjuade (Kvale, 1997). I denna studie kan det bero på att intervjuguiden med stödord och frågor i sig själv hade alltför dåligt fokus på ämnet. I framtida studier skulle jag kunna tänka mig att ha ännu bättre fokus på det ämne jag tänkt studera, och därmed ha lättare för att markera vad jag vill att intervjupersonen ska tala om.

Författaren läste intervjuerna flera gånger och lyssnade samtidigt på bandupptagningen. En kontroll av subjektiviteten i min egen tolkning av materialet gjordes genom att en annan person samt författaren bearbetade tre av intervjuerna och sedan jämförde sina resultat. Denne person kände till hur metoden manifest innehållsanalys används vid bearbetning av intervjuer. När mer än en person bedömer materialet på liknade sätt tyder det på att det finns en interbedömarreabilitet (Cavanagh, 1997). Detta tyckte författaren ledde till en djupare förståelse för materialet. Författaren upplevde arbetet tidskrävande. Samtidigt förstår jag nu efteråt att det ger en annan förståelse för hur metoden verkligen kan utnyttjas. Min ambition var att analysera materialet så att inga data hamnade i samma kategori. Det visade sig dock innebära stor svårighet att göra detta renodlat.

Enligt Burnard (1991) kan även ett annat sätt användas för att öka trovärdigheten i studien. Nämligen att låta respondenterna läsa sina egna utskrift av intervjun och sedan uttala sig om vad de tycker är mest framträdande. För denna form av validering fanns inte tillräckligt med tid, men författaren tror att det kan vara mycket intressant att bearbeta materialet på ett sådant sätt. Om detta förfaringssätt hade använts i denna undersökning hade det kanske varit lämpligt att låta en av varje kategori informanter delta i denna valideringsprocess.

Reliabilitet har inte samma centrala plats i kvalitativa studier som i kvantitativa (Holme & Solvang, 1997). Reliabiliteten bestäms av hur mätningarna är gjorda och hur noggrann bearbetningen av informationen är gjord. Författaren anser att en god reliabilitet uppnåts eftersom liknande uttalande från olika respondenter förekommer i intervjumaterialet. Enligt Cavanagh (1997) uppnås god reliabilitet när fraser och uttalanden återkommer vid flera tillfällen i intervjumaterialet. Författaren ser också vikten av att kontrollera att samtliga respondenters uttalande finns representerade som citat.

I resultatet har citat använts för att exemplifiera respondenternas uppfattningar om kompetensutveckling. Detta kan enligt Holloway & Wheeler (1996) vara ett sätt att öka trovärdigheten i resultatet samt att läsaren själv får ta del av hur respondenterna valt att uttrycka sig. Under intervjuerna ställde författaren frågor av sammanställande karaktär som t.ex. *du sa att... menar du...?* Då frågorna inte ställdes regelbundet under samtliga intervjuer kan dessa enligt Malterud (1998) inte ses som en validering. Ett annat problem med validering är att författaren i denna studie är kollega till en del av dem som intervjuades. I sådana fall kan den som intervjuas se författaren som en kollega, och därmed dela med sig av sina tankar på ett positivt eller negativt sätt. Kanske hade en okänd intervjuare fått fram andra tankar än en känd?

## **Resultatdiskussion**

Syftet med studien var att beskriva vilken kompetens arbetsterapeuter inom reumatologisk specialistvård innehar idag och vilken typ av kompetens det finns behov av i framtiden.

Resultatet visade att medicinsk forskning och utveckling, den nya generationen patienter samt organisatoriska förändringar har betydelse för arbetsterapeutens kompetensutveckling i framtiden. I

arbetsterapeuternas etiska kod (FSA, 2005) framhålls att arbetsterapeuten ska utveckla yrket genom att upprätthålla och utveckla sin professionella kompetens, anpassa sin verksamhet till de förändringar som sker i samhället samt den medicinska och arbetsterapeutiska forskningen. Under intervjuerna märktes det att de intervjuade hade svårt att tala om arbetsterapeutens kompetens. Detta kunde bero på att kompetens är ett komplext begrepp och därmed var svårt att förstå. Problematiken kan jämföras med vad författarna Forsberg, Lundberg och Wåglund (1989) skriver i sin bok om begreppet kompetens; "... att det används, utvecklas och förändras över tid". För de intervjuade var det kanske svårt att dessutom uttala sig om ett sådant dynamiskt begrepp och ge förslag på vilken framtida kompetens arbetsterapeuten behöver.

Tidiga medicinska insatser för nydebuterade framhölls om och om igen av olika respondenter i denna undersökning som det enda rätta. De nya medicinerna har god effekt och patienterna är mycket nöjda. Andra studier visade samma sak. När DMARD tidigt sätts in i behandlingen går de flesta patienter snabbt i remission (Klareskog et al., 2005; Aletaha et al., 2003). I författarens egen studie framkom olika åsikter om hur de nya medicinernas effekt påverkar behovet av arbetsterapeutiska interventioner i framtiden. Den egna studiens resultat och författarens egna erfarenheter av arbete som arbetsterapeut vid en reumatologmottagning tyder på att antalet besök hos arbetsterapeuten har minskat. Den senare tidens genombrott i medicinsk forskning tycks ha lett till minskad efterfrågan på arbetsterapi samtidigt som behovet kvarstår då patienterna successivt utvecklar skador på leder som kan lindras av arbetsterapeutisk intervention.

Alla människor vill leva ett så fullvärdigt liv som möjligt och de som drabbas av en kronisk sjukdom får ofta prioritera vilka aktiviteter de vill göra. Konsekvenserna i framtiden kommer troligtvis att bli att arbetsterapeuten möter patienter som i högre grad är ovilliga att inrätta sig i dagens sjukvård. Dessa patienter vill vara som vanligt, de vill inte vara sjuka. I studien framkom att patienterna hade svårt att acceptera att de var kroniskt sjuka och att de ofta var mer stressade. Liknande resultat återfinns i en studie av Ahlmén et al., (2004) där det framkom att patienter med RA ansåg att det mest viktiga med behandlingen var att leva ett normalt liv och att återfå hälsan. Även patienter i senare stadier av sin sjukdom förväntade sig detta. I Ahlmén et al. (2004) studie framkom även att patienterna ville klara sina sysslor i hemmet och fungera i det sociala umgänget utan att känna några begränsningar.

I en nyligen gjord studie av Karlsson, Berglin & Wällberg-Jonsson (2006) framkom att hälften av patienterna med tidig RA ansåg sig vara nöjda med livet som helhet då de var nyinsjuknade. Efter 24 månader var fortfarande mer än hälften nöjda med sin situation som helhet. Hälften var dock inte nöjda med sin situation. Detta är något som bör förbättras. Det är dessa patienter som vi i sjukvården ska hjälpa så de kan hantera med sin situation. Här finns en utmaning för reumateamet och inte minst för arbetsterapeuten. COPM (CAOT, 2002) ger arbetsterapeuten en teoretisk referensram för att hjälpa patienten att fungera och finna mening med livet trots sin sjukdom. I COPM definieras en persons aktivitetsutförande inte enbart i termer av hans eller hennes förmåga att utföra aktiviteten utan även personens tillfredsställelse med utförandet. Av betydelse är att arbetsterapeuten vid en reumatologklinik får möjlighet att träffa patienten i sin naturliga miljö för att utreda, sätta in åtgärder och utvärdera dessa. Tankar om detta framfördes under intervjuerna när arbetsterapeuterna ansåg att helhetsgreppet på patienten försvinner när kollegorna i kommunen har hand om bostadsanpassning och utprovning av tekniska hjälpmedel. Dels går värdefull kompetens förlorad när arbetsterapeuterna inte medverkar i hela vårdkedjan. Dels kan ny kompetens behövas för att överföra kunskap mellan arbetsterapeuter på specialistmottagningar och kollegor i kommunerna. I studien framkom ett annat område som arbetsterapeuten i framtiden kan komma att utnyttjas med sina specialkunskaper inom, nämligen då patienterna behöver hjälp att återgå till sitt arbete. I framtiden kanske arbetsterapeuten vid specialistklinik vara den som gör en bedömning av reumatikerns arbetsförmåga?

Björvell (2001) skriver i en artikel att patientens egenansvar måste stärkas och att sjukvården i framtiden kommer att kräva mer ansvar från patienten själv. Det innebär att sjukvården ska skapa en tillåtande och öppen miljö som underlättar patientens medbestämmande och kontroll samt även påverka dennes engagemang i sin rehabilitering (Björvell, 2001). Likheter finns med den egna studiens resultat där respondenterna menar att reumateamet ger sitt professionella stöd till patienten för att denne ska klara av att anpassa sig till sin nya situation. Detta professionella stöd till patienten menar författaren kan hänföras till personlig kompetens. Den personliga kompetensen omfattar enligt Forsberg et. al (1989) respekt, etik, ansvar och kreativitet. Den personliga kompetensen enligt Forsberg et al (1989) och Lundmark (1998) är också kopplad till en persons förhållningssätt och hur relationer till andra människor hanteras. Detta kan jämföras med vad Hammond (2004) skriver om att dagens riktlinjer i arbetsterapeutisk bedömning och behandling vid tidig RA. Hammond (2004) menar att det innebär att arbetsterapeuten har ett förhållningssätt till patienten som utvecklar dennes förmåga att leva med sin sjukdom. I intervjuerna framkom att patienterna hade svårighet att hantera sin nya

situation som kroniskt sjuka och var mer stressade. Kanske är det kunskaper som rör dessa områden som arbetsterapeuten behöver mer av i framtiden?

I resultatet framkommer att den lokalmässiga fysiska närheten mellan teamets olika yrkeskategorier har stor betydelse, eftersom denna underlättar kommunikationen dels mellan personal, dels mellan personal och patienter. Vikten av detta framhålls också av Nived och Geborek (2005) som säger att det behövs en fysisk närhet för täta informella kontakter. I denna undersökning framkom att det var bra då arbetsterapeutens lokaler låg i anslutning till reumatologmottagningen. För den arbetsterapeutiska kompetensen är det av stor vikt att dagligen ha informella kontakter med övriga i teamet. Informationen från de andra i teamet ger en kontinuerlig påfyllning av kunskap och vad som är viktigt att fördjupa sig i.

Under det senaste decenniet har en utveckling i arbetsterapeutisk förhållningssätt skett. Fokus har flyttats från pekpinnatänkande till profylaxtänkande. Tidigare handlade arbetsterapeutiska interventioner mer om hjälpmedel och anpassningar numera är arbetsterapeuten mer en slags coach som hjälper patienten att finna lösningar på sina problem i vardagen. I sådant arbete behöver arbetsterapeuten strategisk kompetens. Det kan knytas an till vad Lundmark (1998) och Forsberg et al (1989) menar då de säger att den strategiska kompetensen utgörs av en individs förmåga att ha klart för sig vilka verksamhetens mål är. I detta fall tolkar författaren att verksamhetens mål, och därmed arbetsterapeutens mål, är att få en patient som klarar av att hantera sin nya situation som kroniskt sjuk.

I denna studie tolkar författaren det som att den strategiska kompetensen kan knytas till utveckling av rehabiliteringsplaner. Författarna Lundmark (1998) och Forsberg et al (1989) menar att den strategiska kompetensen utgörs av en individs förmåga att ha klart för sig vilka verksamhetens mål är. Samtidigt är det viktigt, menar dessa författare, att personen förstår sin roll i organisationen. Därutöver ska en person med god strategisk kompetens ha förmåga att med helhetssyn på verksamheten vara följsam vid omorganisationer men samtidigt klara av att vara kritisk (Lundmark, 1998.; Forsberg et al., 1989). Utveckling av den strategiska kompetensen kan vara att delta i utvecklingsarbete som rör den organisation arbetsterapeuten är verksam i. I intervjuerna framkom vikten av fungerande samarbetet över gränserna mellan regionsjukvård och kommunen. Nived och Geborek (2005) påpekar att det måste

finnas ett nära samarbete mellan olika enheter där patienter med RA behandlas (Nived & Geborek, 2005).

I resultatet återfanns delade meningar om patienter med RA ska behandlas vid reumatologmottagningar. Flertalet respondenter var eniga om att så bör vara fallet. Andra respondenter ansåg dock att patienterna numera mår så bra att de kan skötas av primärvården. Nived och Geborek (2005) anser att reumatologisk specialistvård ska ha behandlingsansvar för inflammatoriska led- och systemsjukdomar men att patienterna under lugnare perioder av sjukdomen kan skötas av primärvården. Idag fungerar reumatologerna vid specialistkliniker ofta som konsulter till primärvården. Kanske skulle denna form av samarbete finnas mellan arbetsterapeuterna på de olika enheterna. I så fall, anser författaren, ökar kraven på arbetsterapeuternas kompetens inom informationsteknik och kommunikation. Författaren tolkar också denna studies resultat som att arbetsterapeuten både vill och behöver utveckla den strategiska kompetensen då det framkom att utveckling av rehabiliteringsplaner kändes angeläget att utveckla.

I intervjuerna framkom att kraven på hur arbetsterapeuten ska informera patienten har förändrats med åren. Förut var informationen en mer envägsinriktad kommunikation, arbetsterapeuten informerade och förutsatte att patienten tog till sig den. Numera är det vanligt att patienten mera själv medverkar i en dialog kring sin situation. Detta kan jämföras med det Björvell (2001) skriver i sin artikel om ett förhållningssätt hos sjukvårdspersonalen som en företeelse som kallas ”patient empowerment”. Patientens friska funktioner utnyttjas för att kompensera funktionsnedsättning och detta kan leda till att patienten upplever mindre stress (Björvell, 2001). I den egna studien framkom att dagens patienter ställde krav på vetenskapligt grundad fakta om sin sjukdom. Kanske är det detta nya tänkande, med utgångspunkt i patientens egna undringar, som ska bilda komplement till nuvarande reumaskolan. Då skulle arbetsterapeutens kunskaper i informationsteknik behöva utvecklas.

I den egna studien framkom att arbetsterapeuter som är verksamma vid specialistkliniker förknippas med handrehabilitering och förväntas av såväl andra yrkeskategorier som patienter att ta hand om patientens handproblem. Nived & Geborek (2005) hävdar att ett av arbetsterapeutens kompetensområden är just handrehabilitering. Detta anser författaren kan ses som en del av arbetsterapeutens yrkestekniska kompetens. Författarna Forsberg et al. (1989) anger att den yrkestekniska kompetensen är de grundläggande kunskaper och färdigheter en person har för att kunna utföra en uppgift. Resultatet visar att arbetsterapeuten är starkt förknippad med arbetsuppgifter kring handens rehabilitering.

I denna studie framkom att det var arbetsterapeuten som tillfrågades när det gällde problem med handfunktionen hos patienterna. Resultatet kan kopplas till en studie av Malcus-Johnson et.al. (2005) där patienterna gärna ville veta om det blev någon förändring av handfunktionen. Detta visar att kunskaper inom handområdet tillhör arbetsterapeutens framtida kompetensutveckling. I samma studie framkom att patienterna kände oro om det gick för långt mellan besöken, detta kan jämföras med denna studie där patienterna önskade en kontinuitet i besöken hos arbetsterapeuten.

I resultatet framkom att de som insjuknade i RA ofta hade svårigheter att finna ett sätt att hantera sin nya roll som kroniskt sjuk och att arbetsterapeuten skulle kunna vara den som hjälpte dem med detta. Den egna studiens resultat som handlar om att arbetsterapeuten hjälper patienten finna balans i livet efter att ha drabbats av en kronisk sjukdom tycker författaren kan kopplas till personlig kompetens. Nived & Geborek (2005) skriver att arbetsterapeutens kompetensområde är just att ge patienten rådgivning och se till så hon/han fungerar i vardagen. Även Hammond (2004) skriver om att dagens riktlinjer i arbetsterapeutisk bedömning och behandling vid tidig RA är att ha ett förhållningssätt till patienten som utvecklar dennes förmåga att leva med sin sjukdom.

I denna studies resultat framkom att omorganisationer har betydelse för arbetsterapeutens framtida arbetsuppgifter. Med detta följer ett behov av kunskapsutveckling inom flertalet områden. Då patienter i större utsträckning kvarstannar i arbetslivet kan t.ex. ergonomi vara ett sådant område. I resultatet framkom att många av dagens patienter upplevs vara stressade kan ny kompetens komma att behövas inom stresshantering. Det framkom i studien att den nya generationen patienter kräver vetenskapligt grundad information om sin sjukdom varför utveckling av patientinformation är angeläget att utveckla.

Nived & Geborek (2005) menar att det finns belegg för att tätare medicinska kontroller ger bättre prognos och att just läkarbesöket är viktigt. Detta överensstämmer inte helt med resultatet där det framhölls i intervjuerna att allas kompetens i reumateamet bör tillvaratas. Detta, menar respondenterna, skulle kunna ske genom att patienten bedöms och behandlas av respektive yrkeskategori utan att läkarnas bedömning avgör behovet. Så kan t ex en första bedömning göras av arbetsterapeuten när patienten har besvär med händerna och eventuellt spara in ett läkarbesök.

Den yrkestekniska kompetensen beskrivs av författarna Forsberg, Lundmark & Wåglund (1989) som de grundläggande kunskaper och färdigheter som krävs för att utföra en arbetsuppgift. Resultatet i den egna studien visar att arbetsterapeuten idag anses inneha en god yrkesteknisk kompetens att utföra det arbete som förekommer på en reumatologmottagning när respondenterna uttalar sig om hennes kunskap och



färdigheter. Men det framkom även att arbetsterapeuten skulle kunna utveckla den yrkestekniska kompetensen genom att auskultera hos handkirurg. Genom detta skulle arbetsterapeuten kunna få fördjupad kunskap om handens funktion att använda i det postoperativa behandlingsarbetet eller vid tillverkning av ortoser.

Med tanke på den snabba utveckling som sker inom såväl samhälle som sjukvård känns social kompetens viktig. Lundmark (1998) tar i sin bok upp begreppet social kompetens och menar att en person ska kunna samarbeta, lyssna och klara att anpassa sig till olika samarbetspartner. I resultatet framgick att arbetsterapeuten till en stor del redan idag innehar dessa förmågor i teamsamarbetet. Dock framfördes åsikter om att samarbetet skulle kunna utvecklas. T.ex. i de fall då olika yrkeskategorier var oense om vilka interventioner som skulle göras för att patienter med RA skulle känna större egenansvar för sin träning. Sandberg (1987) menar att det krävs någon form av nätverk för att individer ska ha möjlighet att utveckla och att behålla sin kompetens. Liknande tankar framfördes av respondenterna när de konstaterade att det fanns möjligheter för kompetensutveckling vid nätverksträffar för arbetsterapeuter inom reumatologisk specialistvård.

## **Konklusion**

I undersökningen framkom att organisationsförändringar, nya mediciner och en ny generation patienter ställer annorlunda krav på oss arbetsterapeuter i framtiden. Flera av arbetsterapeuterna i undersökningen menade att de var osäkra på hur deras arbetsuppgifter kom att se ut i framtiden. Resultatet i denna studie ger inte några klara indikationer på vad som behöver utvecklas, men det finns vissa tendenser i materialet. Dessa kommer här nedan att redovisas i punktform.

Funktionell kompetensutveckling:

- Fördjupade kunskaper inom reumatologi för att på vetenskaplig grund kunna informera morgondagens patienter.
- Medverka i utvecklingen av patientinformation.

Strategisk kompetensutveckling:

- Medverka till utveckling av gemensamma rehabiliteringsplaner för patienter med RA.

- Utveckla samarbetet med kollegor i primärvård och kommun genom att överföra kunskap om arbetsterapi vid reumatologisk sjukdom
- Bidra till spridning av information kring arbetsterapeutens ansvarsområde. I den meningen att det underlättar för informella kontakter mellan arbetsterapeuter och annan personal.
- Vid omorganisation verka för att själv utveckla arbetsterapeutens roll så det anknyter till verksamhetens mål.
- Medverka så att tillgängligheten för arbetsterapeutiska interventioner underlättas i de fall organisationsförändringar sker.
- Medverka till att utveckla rutiner kring uppföljning av patienters egen träning.
- Kvalitetssäkra rutiner för de patienter som inte längre ingår i tidig RA projekt.
- Medverka till att öka kvalitetstänkandet för arbetsterapeutiska interventioner

#### Personlig kompetensutveckling:

- Fördjupa kunskaper om dagliga aktiviteter och balansen mellan aktiviteter för patienter RA.
- Utveckla förmågan att hjälpa patienten i processen att hantera sin situation som kroniskt sjuk.

#### Yrkesteknisk kompetensutveckling:

- Utveckla fördjupade kunskaper inom handrehabilitering.
- Utveckla kunskap om metoder att bedöma patientens arbetsförmåga.
- Utveckla kunskaper i ergonomi
- Utveckla kunskaper i datateknik.
- Utveckla kunskaper i hjälpmedel.
- Utveckla kunskaper i stresshantering

Slutligen hoppas jag med denna studie kunna bidra till att visa på behovet av arbetsterapeutisk kompetensutveckling. Resultatet kan i valda delar användas vid planering av arbetsterapeutens individuella kunskapsutveckling på dennes arbetsplats. I framtida studier skulle jag vilja vara delaktig i att utveckla planering för hur kompetensutveckling skulle ske i praxis.

## REFERENSLITTERATUR

Ahlmén, M., Nordenskiöld, U., Archenholtz, B., Thyberg, I., Rönnqvist, R., Lindén, L., Andersson, A-K & Mannerkorpi, K. (2005). Rheumatology outcomes: the patient's perspective. A multicentre focus group interview study of Swedish rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology*, *44*, 105-110.

Aletaha, D., Eberl, G., Nell, V. P. K., Machold, K. P., Smolen, J S. (2004). Attitudes to early rheumatic arthritis: changing patterns. Result of a survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *63*, 1269-1275.

Backman, J. (1999). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Berg, A., Rahm Hallberg, I-L. (2000). The meaning and significance of clinical group supervision and supervised individually planned nursing care as narrated by nurses on a general team psychiatric ward. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* *9*, 110-127.

Björklund, A. (2000). *On the Structure and Contents of Occupational Therapist Paradigms. Empirical studies of occupational therapy students' and occupational therapists' views on occupational therapy*. Stockholm: Departement of Clinical Neuro Science, Occupational Therapy and Elderly Care Reseach, Division of Occupational Therapy, Karolinska institutet.

Björvell, H. (2001). Empowerment – en del I ett rehabiliteringsprogram. *Svensk Rehabilitering*, *2*, 48-49.

Brattström, M. (1980). *Ledskydd och rehabilitering vid inflammatorisk ledsjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative reseach. *Nurse education today*, *11*, 461-466.

Canadian Association of Occupational Therapists. (2002). *Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Cavanagh, S. (1997). Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse researcher*, *4*, 3.  
Courtney, M., & Farnworth, L. (2003). Professional competence for private practioners in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, *50*, 234-243.

Dahqvist & Jacobsson. Reumatoid artrit / ledgångsreumatism. I: Klareskog, L., Saxne, T., Enman, Y. (Red.). (2005). *Reumatologi*. 49-74. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, B., Lundmark, A., Wåglund, M. (1989). Behovsanalys efter IPF modellen – en handledning. (IPF rapport, nr 7). Uppsala: Institutet för personal och företagsutveckling i Uppsala.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005) *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Stockholm: Globalt Företagstryck AB.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005). *Modell för kompetensutveckling. Individuell utvecklingsplan avseende patienter/kundrelaterad verksamhet*. [Online]. Tillgänglig: [www.fsa.se](http://www.fsa.se) [2007, januari 15]

Gahnström-Strandqvist, K., Tham, K., Josephsson, S., & Borell, L. (2000). Actions of Competence in Occupational Therapy Practice. A phenomenological study of practice in narrative form. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7, 15-25.

Granberg, O. (2004). *Lära eller läras. Om kompetens och utbildningsplanering i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., Lundman, B. (2003). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Education Today* (2004) 24 (2) 105-112.

Hammond, A. (2004). What is the role of the occupational therapist? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 18, 491-505.

Holme, I.M., Solvang, B.K. (1997). Svensk översättning av Björn Nilsson (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Holloway, I. & Wheller, S. (1998). *Qualitative reseach for nurses*. Oxford: Blackwell Science.

Jacobsson, L., Kristoffersson, E. K., Nived, O., Noltorp, S., Persson, J., Rydholm, U., Sahlberg, D., Teleman, A., Ossian-Nilsson, K. (2001). [Online]. *Regionala riktlinjer för vård av patienter med reumatoid artrit*. Tillgänglig: [www.reum.lu.se](http://www.reum.lu.se) [2007, januari 15]

Jarrett, S., Quinn, M.A. & Emery, P. (2003). The Evidence for Early Intervention in Rheumatoid Arthritis. *International Journal of Advances in Rheumatology*, 1, (2) 42 – 50.

Keen, K. (1987). *Att rekrytera och utveckla kompetens*. Personal: människor och arbete 5, 28-32.

Klareskog, L., van der Heijde, D., de Jager, J P., Gough, A., Kalden, J., Malaise, m., Mola, E M., Pavelka, K., Sany, J., Settas, L., Wajdula, J., Pedersen, R., Fatenejad, S., Sanda, M. (2004). Therapeutic effect of the combination of etanercept and methotrexate compared with each treatment alone in patients with rheumatoid arthritis: double-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 363, (9410). 675-681.

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

Lindqvist, E. (2003). *Rheumatoid arthritis in a 10-Year perspective. Outcome for Patients Followed from Early Disease*. Department of Rheumatology. Lunds Universitet. Lund: Wallin & Dalholm.

Lindström, F., Ålund, M. (1996). *Reumatologi och reumakirurgi*. Lund: Studentlitteratur.

Lundmark, A. (1998). *Utbildning i arbetslivet. Utgångspunkter och principer för planering och genomförande av personalutbildning*. Lund: Studentlitteratur.

Malcus-Johnson, P., Carlqvist, C., Sturesson, A-L., Eberhardt, K. (2005). Occupational therapy during the first 10 years of rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12, 128-135.

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

Nitelius, E. (1999). *Kronisk ledgångsreumatism. Handbok för reumatiskt sjuka och vårdpersonal*. Förlaget Hagman.

Nived, O. & Geborek, P. (2005). Organisation av reumatologisk vård i Sverige. I: L. Klareskog., T. Saxne., Y. Enman (Red.) *Reumatologi*. ( 385-392). Lund: Studentlitteratur.

Nordenskiöld, U. (1996). Arbetsterapeutyrket. Historik – utbildning och dess inriktning mot reumatologi. I: I. Leden., O. Nived (Red.), *Svensk Reumatologisk Förening. Jubileumsbok* (153-61). Solna: Smith Kline Beecham Pharmaceuticals AB.

Patton, M.Q. (1990). *How to use qualitative methods in evaluation*. Sage Publications Inc., Newsbury Park, London, New Dehli.

Sandberg, J. (1987). Att utveckla och bevara kompetens. *Kompetensutveckling ur ett organisationsperspektiv*. FE-rapport 1987-274

Sandberg, J. Targama, A. (1998). *Ledning och förståelse. Ett kompetensperspektiv på organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

SBU-rapport (1995) *Den medicinska utvecklingen i Sverige 1960 -1992*. SBU-rapport nr 12.

Socialstyrelsen. (2001). Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter.

Söderström, M. (1991). *Det svårfångade kompetensbegreppet*. Uppsala: institutionen för personal- och företagsutveckling i Uppsala AB.

Unsworth, C.A. (2001). The clinical reasoning of novice and expert occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 163-173.

Datum

Bilaga 1

### **Till verksamhetschef vid Reumatologmottagning**

Jag är student på Magisterkursen vid sektionen för Arbetsterapi, Institutionen Hälsa, Vård och Samhälle vid Lunds Universitet som under 2005 ska skriva mitt examensarbete, 10 p.

Syftet med studien är att kartlägga vilket eventuellt behov det finns av kompetensutveckling i framtiden för arbetsterapeuter vid reumatologmottagningar. Frågan är viktig att undersöka för att arbetsterapeuter som arbetar inom reumatologi i framtiden ska inneha rätt kompetens.

Urvalet består av totalt 13 personer varav fem arbetsterapeuter, tre specialistläkare samt fem personer med nydiagnostiserad rheumatoid artrit (RA).

Gemensamma kriterier för urval av de tre undersökningsgrupperna är:

Att de var anställda eller behandlades på en reumamottagning vid specialistklinik för reumatologi under 2004

Att de ej var verksamma eller behandlades vid den klinik författaren själv är verksam Ytterligare inklusionskriterier för arbetsterapeuterna är:

Att de ingick i reumateam.

Att de bedömde och behandlade personer med tidig RA under år 2004.

Ytterligare inklusionskriterier för personer med RA är:

Att deras sjukdomsduration var som längst två år efter att ha diagnostiserats RA

Att de bedömdes eller behandlades av arbetsterapeut år 2004.

Ytterligare inklusionskriterier för reumatologer var:

Att de ingick i reumateam.

Undersökningsspersonerna tillfrågas per brev där de delges information om undersökningens syfte, genomförande och att deltagandet är frivilligt. Samtycke att delta i undersökningen inhämtas skriftligt. Materialet kommer att bearbetas och presenteras i mitt examensarbete på så sätt att ingen individ kan identifieras.

Jag anhåller om att få hjälp av arbetsterapeut vid kliniken för att välja ut patienter enligt ovan angivna urvalskriterier.

Med Din tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att **förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den.**

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för etisk prövning innan den planerade studien genomförs.

Om Du har frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig eller min handledare Elisabeth Jernryd tel 046 – 222 1952 , e-post: [eje@arb.lu.se](mailto:eje@arb.lu.se)

Med vänlig hälsning

Ann-Christin Thorell

Leg arbetsterapeut

Stroke-Reumamottagningen

Lasarettet 231 85 Trelleborg.

Tel: 0410 – 55 331 e-post: [ann-christin.thorell@skane.se](mailto:ann-christin.thorell@skane.se)

## Bilaga 2

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namn



### **Till arbetsterapeut vid Reumatologmottagning**

Jag är student på Magisterkursen vid sektionen för Arbetsterapi, Institutionen Hälsa, Vård och Samhälle vid Lunds Universitet som under år 2005 ska skriva mitt examensarbete, 10 p.

Syftet med studien är att kartlägga vilket eventuellt behov det finns av kompetensutveckling i framtiden för arbetsterapeuter vid reumatologmottagningar. Frågan är viktig att undersöka för att arbetsterapeuter som arbetar inom reumatologi i framtiden ska inneha rätt kompetens och jag vill därför gärna ta del av Din uppfattning om detta.

Med Din tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att **förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den**. Efter genomförd studie förstörs inspelningen och utskriften av denna.

Intervjun beräknas ta cirka 1 timme och genomförs av undertecknad. Du kan själv välja lämplig plats.

Deltagandet är helt **frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak**.

Resultatet av min studie kommer att redovisas så att **Du garanteras anonymitet**.

Om Du accepterar att delta i studie ber jag att Du fyller i talongen och skickar tillbaka den i bifogat svarskuvert inom 1 vecka.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig eller till min handledare Elisabeth Jernryd, tel 046 – 222 19 52.

Med vänlig hälsning

Ann-Christin Thorell  
Leg arbetsterapeut  
Stroke-Reumamottagningen  
Lasarettet  
231 85 TRELLEBORG  
Tel: 0410 – 55 331  
e-post: [ann-christin.thorell@skane.se](mailto:ann-christin.thorell@skane.se)

Datum

**Till reumatolog vid Reumatologmottagning**

Jag är student på Magisterkursen vid sektionen för Arbetsterapi, Institutionen Hälsa, Vård och Samhälle vid Lunds Universitet som under år 2005 ska skriva mitt examensarbete, 10 p.

Syftet med studien är att kartlägga vilket eventuellt behov det finns av kompetensutveckling i framtiden för arbetsterapeuter vid reumatologmottagningar. Frågan är viktig att undersöka för att arbetsterapeuter som arbetar inom reumatologi i framtiden ska inneha rätt kompetens och jag vill därför gärna ta del av Din uppfattning om detta.

Med Din tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att **förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den**. Efter genomförd studie förstörs inspelningen och utskriften av denna.

Intervjun beräknas ta cirka 1 timme och genomförs av undertecknad. Du kan själv välja lämplig plats.

Deltagandet är helt **frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak**.

Resultatet av min studie kommer att redovisas så att **Du garanteras anonymitet**.

Om Du accepterar att delta i studie ber jag att Du fyller i talongen och skickar tillbaka den i bifogat svarskuvert inom 1 vecka.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig eller till min handledare Elisabeth Jernryd, tel 046 – 222 19 52.

Trelleborg, 2005

Med vänlig hälsning

Ann-Christin Thorell  
Leg arbetsterapeut,  
Stroke-Reumamottagningen  
Lasarettet  
231 85 TRELLEBORG  
Tel: 0410 – 55 331  
e-post: [ann-christin.thorell@skane.se](mailto:ann-christin.thorell@skane.se)

Datum

## Till arbetsterapeut NN

Jag är student på Magisterkursen vid sektionen för Arbetsterapi, Institutionen Hälsa, Vård och Samhälle vid Lunds Universitet, som under 2005 ska skriva mitt examensarbete, 10 p.

Syftet med studien är att kartlägga vilket eventuellt behov det finns av kompetensutveckling i framtiden för arbetsterapeuter vid reumatologmottagningar. Undersökningen genomförs med intervjuer efter egen sammansatt intervjuguide. Materialet kommer att bearbetas och presenteras i mitt examensarbete.

Frågan är viktig att undersöka för att arbetsterapeuter som arbetar inom reumatologi i framtiden ska inneha rätt kompetens.

Urvalet består av totalt 13 personer varav fem arbetsterapeuter, tre specialistläkare samt fem personer med nydiagnostiserad reumatoid artrit (RA).

Kriterier för person med RA:

Att de behandlades på en reumamottagning vid specialistklinik för reumatologi under 2004.

Att de ej behandlades vid den klinik författaren själv är verksam.

Att deras sjukdomsduration var som längst två år efter att ha diagnostiserats RA

Att de bedömdes eller behandlades av arbetsterapeut år 2004.

Jag anhåller om hjälp av Dig att välja ut en person med RA enligt mina ovan angivna urvalskriterier.

Dessutom ber jag att Du hjälper mig med att skicka ett brev till den personen med RA Du valt ut med information om studien samt en förfrågan om personen vill delta i studien eller inte. I brevet bifogas dessutom svarstalong och ett svarskuvert adresserat till mig. Stroke-Reuma, Arbetsterapin, Lasarettet Trelleborg, står för kostnaden av kuvert och porto.

Med den utvalda personens tillåtelse spelas intervjun in på band. Inspelningen kommer att **förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den**. Efter genomförd studie förstörs inspelningen och om personen önskar så kan hon/han själv ombesörja detta.

Deltagandet är helt **frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att någon orsak anges** eller med några konsekvenser för annan behandling.

Resultatet av min studie kommer att redovisas så att deltagaren **garanteras anonymitet**.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för etisk prövning innan den planerade studien genomförs.

Om Du har frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare Elisabeth Jernryd tel 046 – 222 1952 , e-post: [eje@arb.lu.se](mailto:eje@arb.lu.se)

Tack för Din medverkan.

Ann-Christin Thorell  
Leg arbetsterapeut  
Stroke-Reumamottagningen  
Lasarettet  
231 85 Trelleborg. Tel: 0410 – 55 331  
e-post: [ann-christin.thorell@skane.se](mailto:ann-christin.thorell@skane.se)

Datum

Till Dig med reumatoid arthrit som behandlas på  
Reumatologmottagningen vid .....

Detta är en information om studien Kartläggning av arbetsterapeuters eventuella  
behov av kompetensutveckling.

Jag är student på Magisterkursen vid sektionen för Arbetsterapi, Institutionen Hälsa,  
Vård och Samhälle vid Lunds Universitet som under år 2005 ska skriva mitt  
examensarbete, 10 p.

Syftet med studien är att kartlägga vilket eventuellt behov det finns av  
kompetensutveckling i framtiden för arbetsterapeuter vid reumatologmottagningar.  
Frågan är viktig att undersöka för att arbetsterapeuter som arbetar inom reumatologi i  
framtiden ska inneha rätt kompetens och jag vill därför gärna ta del av Din  
uppfattning om detta.

Intervjun beräknas ta cirka 1 – 2 timmar och genomförs av undertecknad. Du kan själv välja plats t ex  
i ditt hem eller på annat lämpligt ställe.

Med Din tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att  
**förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den.** Efter att jag har  
examinerats förstör jag inspelningen.

Deltagandet är helt **frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange  
någon orsak** eller med några konsekvenser för annan behandling/kontakt med  
arbetsterapeut på reumatologmottagningen.

Resultatet av min studie kommer att redovisas så att **Du inte kan identifieras.**

Om Du vill delta ber jag Dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i  
bifogade svarskuvert inom en vecka

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig eller till min  
handledare Elisabeth Jernryd, tel 046 – 222 19 52.

Med vänlig hälsning

Ann-Christin Thorell  
Leg arbetsterapeut  
Stroke-Reumamottagningen  
Lasarettet 231 85 TRELLEBORG  
Tel: 0410 – 55 331 e-post: [ann-christin.thorell@skane.se](mailto:ann-christin.thorell@skane.se)

## Bilaga 7

Jag har tagit del av informationen om studien angående Kartläggning av arbetsterapeuters eventuella behov av kompetensutveckling.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

---

Ort, datum

---

Underskrift

---

Telefonnummer

**Jag vill själv förstöra inspelningen    ja            nej**

## INTERVJUGUIDE

Vill du berätta om denna reumatologmottagning?

Vill du berätta om arbetsterapeutens kompetens?

Vad tror du behöver utvecklas?

### **NU och i FRAMTIDEN**

#### **Betydelse för arbetsterapeuten**

Reumatologmottagningen

Reumateamen

Arbetsterapeuten

Resurser: t ex utrustning, tid och ekonomi

Rutiner

Förändringar

Visioner

Krav / Krav i framtiden

Kompetens

Kunskaper och färdigheter

Egenskaper och förmågor