



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap

# **Arbetsterapeutiska interventioner inom äldreården**

## **Klienternas och arbetsterapeuternas uppfattningar om dessa**

Författare: Victoria Perman  
Sara Holmslykke

Handledare: Birgitta Wästberg

April, 2013

**Kandidatuppsats**

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap

4 april 2013

## Arbetsterapeutiska interventioner inom äldreården

Arbetsterapeuternas och klienternas uppfattningar om dessa

Victoria Perman & Sara Holmslykke

Abstrakt

För många äldre är det viktigt att kunna bo kvar hemma så länge som möjligt, då det innebär en trygghet och känsla av självständighet. Däremot är det vanligt att man med åldern drabbas av åldersrelaterade sjukdomar eller funktionsnedsättningar, vilket kan leda till att hjälp av arbetsterapeut krävs. Syftet med studien är att undersöka äldre klienters och arbetsterapeutens uppfattningar av vilka aktivitetsproblem som låg till grund för den arbetsterapeutiska interventionen, vilka interventioner som gjordes, samt resultatet av interventionerna. Uppfattningarna jämfördes sedan för att hitta eventuella likheter och skillnader. I studien deltog sju klienter och fyra arbetsterapeuter. Semistrukturerade intervjuer av både arbetsterapeuter och klienter användes och intervjuerna analyserades med innehållsanalys. Resultatet visar att samtliga interventioner har uppfattats lika av klient och arbetsterapeut och främjat ett fortsatt aktivt och självständigt liv hos klienterna. Resultatet kan dock inte generaliseras och det kan vara av värde att göra fler liknande studier för att få en större bild av hur arbetsterapeuter och klienter uppfattar de arbetsterapeutiska interventionerna.

Nyckelord: participation, activity, elderly people, intervention, occupational therapy

Kandidatuppsats

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

## Abstract

For many elderly people it is important to be able to live at home for as long as possible, because it provides a sense of security and independence. However, it is common that with age suffer from age-related diseases or disabilities, which may lead to that interventions from an occupational therapist is required. The aim of the study was to examine older clients and occupational therapists perceptions of the activity problems which formed the basis of the occupational therapy intervention, which interventions were made and the results of the interventions. The perceptions were then compared to find any similarities or differences. The study involved seven clients and four occupational therapists. Semi-structured interviews of both therapists and clients were used and the interviews were analyzed by content analysis. The result shows that all interventions have been perceived similar of both client and occupational therapist and helped to maintain an active and independent life of the clients. The results cannot be generalized and it may be useful to do similar studies to get a better picture of how occupational therapists and clients perceive the occupational therapy interventions.

Keywords: participation, activity, elderly people, intervention, occupational therapy

Vi vill tacka alla deltagare, klienterna och arbetsterapeuterna, som ställt upp. Det är ni som har gjort den här studien möjlig att genomföra.

Vi vill även tacka enhetschefen som lät oss uppehålla arbetsterapeuterna i deras arbete.

Ett stort tack till vår underbara handledare Birgitta Wästberg för all din tid och hjälp, samt engagemang de stunder vi har stått och stampat på samma ställe.

Vi tackar även våra familjer som har stått ut med oss under våra mest intensiva skivrarperioder, då humöret inte alltid varit på topp!

# Innehåll

<b>1. Bakgrund .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Syfte.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Metod .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Design.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2 Urvalsförfarande .....</b>	<b>9</b>
<b>3.4 Datainsamling .....</b>	<b>11</b>
<b>3.4 Procedur .....</b>	<b>11</b>
<b>3.5 Dataanalys .....</b>	<b>12</b>
<b>3.6 Etiska överväganden .....</b>	<b>14</b>
<b>4 Resultat .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 Aktivitetsproblem som låg till grund för den arbetsterapeutiska interventionen</b>	<b>15</b>
<b>4.2 Interventioner som gjordes.....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 Resultatet av interventionen/interventionerna .....</b>	<b>16</b>
<b>4.4 Likheter och skillnader i klienters och arbetsterapeuters uppfattningar av de aktivitetsproblem som låg till grund för interventionen/interventionerna .....</b>	<b>18</b>
<b>5 Diskussion .....</b>	<b>19</b>
<b>5.1 Metoddiskussion .....</b>	<b>19</b>
<b>5.2 Resultatdiskussion .....</b>	<b>22</b>
<b>6 Konklusion.....</b>	<b>24</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>25</b>
<b>Bilaga 1.....</b>	<b>28</b>
<b>Bilaga 2.....</b>	<b>29</b>
<b>Bilaga 3.....</b>	<b>30</b>
<b>Bilaga 4.....</b>	<b>33</b>
<b>Bilaga 5.....</b>	<b>36</b>

# 1. Bakgrund

I Sverige blir vi idag allt äldre (Statistiska Centralbyrån, 2009). I takt med att medellivslängden ökar förändras befolkningens åldersstruktur och de äldre ökar i både antal och andel. Om 50 år beräknas var fjärde person i Sverige vara pensionstagare, förutsatt att pensionsåldern ligger kvar på 65 år. Detta gör att kraven på sjukvården kommer att öka och så även på arbetsterapi, då fler får åldersrelaterade sjukdomar (Andersson, 2006). Dessa kan i sin tur leda till funktionsnedsättningar hos personerna, vilket gör att de får svårt att utföra sina vardagliga aktiviteter. Aktiviteter i det dagliga livet (ADL) är aktiviteter och sysslor som är allt från att klä på sig och äta till att duscha (Kielhofner, 2012). Aktiviteter i dagliga livet kan i sin tur delas upp i personliga aktiviteter i dagliga livet (P-ADL) och instrumentella aktiviteter i dagliga livet (I-ADL), där I-ADL till exempel innebär att handla, laga mat och städa (Törnqvist, 1995).

Inom arbetsterapi är grundantagandet att människan är en aktiv varelse med allt vad det innebär och att delaktighet i meningsfulla aktiviteter främjar hälsa och välbefinnande (Kielhofner, 2012). Delaktighet avser en persons engagemang i sin livssituation (World Health Organization, 2008). Enligt Model of Human Occupation (MoHO) består människan av tre komponenter: viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet. Viljekraft syftar på den motivation människan har till aktivitet, vanebildning syftar på de rutiner och mönster som utgör processen inom vilken aktiviteten sker och utförandekapaciteten syftar på de fysiska och mentala förmågorna som ligger till grund för ett effektivt utförande. Även miljön där aktiviteterna utförs påverkar människans utförande (Kielhofner, 2012). I en otillgänglig miljö blir aktivitetsrepertoaren begränsad (Hovbrandt, Fridlund & Carlsson, 2007). Bara för att man blir äldre innebär det inte att aktiviteterna i ens liv betyder mindre för en, äldre människor vill ofta bibehålla sina vanor och rutiner och kunna utföra de aktiviteter de alltid har gjort. Däremot kan det vara så att de på grund av åldersrelaterad sjukdom eller hinder i miljön inte kan utföra dem, och då kan arbetsterapeutens kompetens komma till nytta. Arbetsterapeuter arbetar med att identifiera aktivitetsproblem och som struktur och stöd i sitt arbete använder arbetsterapeuten en arbetsprocessmodell, till exempel Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM). Den ger en struktur och knyter på ett tydligt sätt an till arbetsterapiens unika fokus på meningsfulla aktiviteter. I OTIPM arbetar man utifrån ett ”top-down-perspektiv”, vilket innebär att man hela tiden har klienten och dennes behov i fokus, till skillnad från ”bottom-up-perspektivet” där man fokuserar på klientens funktionsnedsättning

(Fisher & Nyman, 2007). Arbetsterapeutens arbetsprocess genomsyras hela tiden av klientcentrering, vilket är ett välkänt begrepp inom arbetsterapi. Ett klientcentrerat fokus innebär att det skapas en relation mellan arbetsterapeut och klient, där klienten är expert på sin egen situation och arbetsterapeuten kan erbjuda sin professionella kunskap (AOTA, 2002). Klientcentrerat arbete har visat sig vara effektivt och forskning visar att det ger bättre resultat inom arbetsterapin och klienter blir mer motiverade att delta i processen (Tickle-Degnen, 2002).

För många äldre är det av stor betydelse att kunna bo kvar i sitt hem så länge som möjligt, det innebär trygghet och en känsla av självständighet. Hemmet och den närliggande miljön innehåller vardagliga saker som är knutna till ens identitet och det är även miljön som väcker ens vanor och beteenden. Hemmet kan även vara en symbol för frihet och den plats där de dagliga aktiviteterna kan utföras efter individens egna önskemål och vilja (Dahlin-Ivanoff, Haak, Fänge & Iwarsson, 2007). Arbetsterapeutiska interventioner syftar till att individen ska kunna vara delaktig och så självständig som möjligt i sin situation. Att kunna vara delaktig i sitt eget liv leder till en känsla av livstillfredsställelse och är viktigt för att kunna bibehålla sina egna förmågor (Law, 2002). En studie gjord av Haak, Fänge, Iwarsson och Dahlin-Ivanoff (2007) visar att äldre är måna om att själva få bestämma hur och när aktiviteter ska göras, precis som de alltid har gjort. Genom att behålla sina rutiner kring aktivitet och dess utformning bidrog detta till att de äldre kunde fortsätta känna sig självständiga. Studien visade också att det viktigaste för de äldre personerna inte var att kunna utföra aktiviteter, men däremot att själva fatta besluten kring dem. Därför kan man anta att även om hjälpbehovet ökar med åldern, är det viktigt att de äldre får känna att det är de själva som bestämmer över sin vardag (Haak et al., 2007). Det finns ett flertal interventioner man som arbetsterapeut kan använda sig av för att möjliggöra för de äldre att fortsätta vara självständiga och delaktiga. Ett exempel är genom att ordinera hjälpmedel i syfte att förbättra och vidmakthålla aktivitetsförmågan, samt kompensera förlust/nedsättning av förmågor inom vissa områden eller aktiviteter (Hjälpmiddelsinstitutet, 2002). Värt att nämna är att författarna under sina tidigare arbeten har uppmärksammat att hjälpmedelsutbudet varierar från kommun till kommun. Det innebär rent praktiskt att i en kommun kan man behöva köpa ett visst hjälpmedel själv, medan det i en annan kommun ordineras av arbetsterapeuten. Det är också en viktig del i det klientcentrerade arbetet att komma ihåg att inte alla äldre vill använda hjälpmedel, då det har framkommit i studier att hjälpmedlet upplevs vara en ständig påminnelse om funktionshindret (Gosman-Hedström, 2002). En annan åtgärd man som

arbetsterapeut kan hjälpa till med för att underlätta för den äldre att bo kvar och klara sig själv hemma, är att bostadsanpassa hemmet och/eller den närliggande miljön. En anpassning kan också vara det som behövs för att möjliggöra ett fortsatt socialt och aktivt liv för den äldre. En studie gjord av Petersson, Hammel och Kottorp (2008) undersökte hur äldre personer upplevde sin vardag före och efter en bostadsanpassning. Studiens resultat visade att de äldres möjligheter till att utföra sina vardagliga sysslor och aktiviteter ökade efter en bostadsanpassning. Detta då svårigheterna i miljön minskade och säkerheten istället ökade (Petersson et al, 2008). Oavsett vilken/vilka interventioner som väljs är det viktigt att den äldre får vara med och bestämma vilken intervention som kan vara lämplig, det ökar chansen att klienten är nöjd med den arbetsterapeutiska interventionen (Hedberg-Kristensson, Dahlin-Ivanoff, Iwarsson, 2006). Att kunna utföra olika aktiviteter dagligen medför att människan känner sig autonom och då de flesta vill leva i sitt eget hem så länge som möjligt är det viktigt att miljön i hemmet underlättar för dagliga aktiviteter (Kielhofner, 2012).

Ibland är inte hjälpmedel eller anpassningar tillräckligt för att kunna bo kvar. Många äldre klarar sig inte självständigt hemma och det är därför vanligt att de har hjälp av hemtjänst. Det är en tillgång för de äldre, då hemtjänsten hjälper till med många ADL-aktiviteter. Det kan dock vara lätt att hjälpa till ”för mycket”, vilket gör personen inaktiv. Författarna har även erfarenhet att ha hemtjänst inte alltid innebär att äldre upplever tillfredsställelse. Vissa äldre ser tvärtom hemtjänsten som en påminnelse om att de inte längre klarar av vissa saker.

Båda författarna har arbetat i vården och våra erfarenheter visar att uppfattningen av orsaken till en intervention kan skilja sig mellan klienter och arbetsterapeuter. Ett exempel på detta är ett fall med en klient där behovet av hjälpmedel var uttalat och flera yrkeskategorier, såsom arbetsterapeut och hemtjänstpersonal, var ense om detta. Klienten själv ansåg sig däremot inte vara i behov av någon hjälp egentligen, men gick med på att ta emot hjälpmedlet. Författaren såg sedan i sitt arbete att klienten inte använde hjälpmedlet i sitt rätta syfte, utan det fick fylla en annan funktion.

I Palmadottirs (2003) studie framgår det även att många klienter inte vet vad man kan förvänta sig av arbetsterapi och vet därför inte vad de kan fråga efter vid mötet med arbetsterapeuten. Enligt Josefsson (2010) kommer troligen arbetsterapeutiska insatser i hemmet öka, då allt fler äldre bor kvar hemma. Hemmet som vårdplats kommer att få allt större betydelse då de flesta äldre bor kvar hemma så länge de kan. För att de äldre ska kunna



bo kvar hemma och leva ett så aktivt och självständigt liv som möjligt, är det viktigt med individuellt anpassade insatser (Josefsson, 2010).

Då både studier och egna erfarenheter talar för att uppfattningen om arbetsterapeutiska interventioner kan vara otydlig samtidigt som de kommer att öka, anser vi ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv att det skulle vara intressant att ta reda på om uppfattningen om vad som är aktivitetsproblemet skiljer sig mellan klienten och arbetsterapeuten. Vidare skulle det vara intressant att undersöka om de insatta åtgärderna avhjälpt aktivitetsproblemet.

## **2. Syfte**

Syftet var att undersöka och beskriva likheter och skillnader mellan äldre klienters och arbetsterapeuters uppfattningar av de aktivitetsproblem som låg till grund för interventionen/interventionerna.

- Vilka aktivitetsproblem som låg till grund för den arbetsterapeutiska interventionen
- Vilken/vilka interventioner som gjordes
- Resultatet av interventionen/interventionerna

## **3. Metod**

### **3.1 Design**

Kvalitativ ansats valdes. En kvalitativ struktur syftar till att ge beskrivande information för att få veta mer om mänskliga fenomen som uppfattningar, erfarenheter, upplevelser, tankar och attityder (Malterud, 2009). Semistrukturerad intervju där det fanns utrymme för deltagarna att utveckla sina svar (Denscombe, 2009), användes.

### **3.2 Urvalsförfarande**

För att få svar på syftet intervjuades både arbetsterapeuter i kommunal hälso- och sjukvård i en kommun i Skåne och deras klienter. Arbetsterapeuterna valdes ut genom ett bekvämlighetsurval. Ett bekvämlighetsurval är en typ av icke-sannolikhets urval och det

innebär att man väljer ut personer som finns till hands i ens närhet och som är lätta att nå (Deacon, 1999). I detta fall valdes de arbetsterapeuter vi hade fått kontakt med genom praktikperioder och även genom tidigare arbeten.

Inklusionskriterierna för urvalet av klienter var att de skulle vara över 65 år, kunna förstå och uttrycka sig på svenska, samt vara ensamboende eftersom det annars lätt blir så att den samboende utför de moment klienten kan ha svårigheter med. Då personliga erfarenheter också talar för att uppfattningarna av åtgärden kan skilja sig mellan arbetsterapeuter och klienter, var det ur den synpunkten också viktigt med ensamboende klienter. Fanns det någon annan i hemmet som hjälpte till med de sysslor kring vilka problem uppstod kunde det bli svårare att se om ett eventuellt hjälpmedel eller annan intervention fyllde sitt planerade syfte eller användes på annat sätt. Interventionen skulle ha inneburit en åtgärd riktad mot ett aktivitetsproblem, exempelvis träning, hjälpmedel eller anpassning och inte enbart en bedömning eller liknande. Vidare skulle deltagarna ha tillräcklig kognitiv förmåga för att självständigt kunna delta i studien, det vill säga de skulle vara helt medvetna om sin situation och inte ha betydande minnesvårigheter. Ytterligare kriterier var att det skulle vara den senast avslutade interventionen. Detta för att minimera risken att arbetsterapeuterna valde ut två klienter som de själva ansåg är bäst för studien, men också för att det skulle ligga färskt i minnet hos både arbetsterapeut och klient. Det fanns ingen strävan efter ett bestämt kön eller att det skulle vara lika många deltagare av varje kön.

Arbetsterapeuterna valde klienter utifrån ovanstående kriterier. Målsättningen var att bland fem arbetsterapeuter nå minst 10 deltagare. Detta strategiska urval avsågs ge ett fylligare material än om endast en arbetsterapeut och dennes klienter hade deltagit. Ett strategiskt urval är att föredra i en kvalitativ studie, då syftet är att förstå snarare än förklara (Malterud, 2009). Dock ville en av de tillfrågade arbetsterapeuterna inte delta i studien och en av de arbetsterapeuter som deltog hade bara en klient som ville ställa upp, vilket gjorde att fyra arbetsterapeuter och sju klienter deltog.

Arbetsterapeuterna hade arbetat under olika lång tid, vilket gjorde att vi fick en spridning på allt från 8 till 39 år som aktiv arbetsterapeut. Av klienterna var den yngsta 68 år och den äldsta var 94 år. Klienternas medelålder var 83,4 år och fem var kvinnor och två män. Av dessa hade endast två personer hemtjänst, detta i form av städ eller matdistribution. Många av dem hade trygghetslarm som en säkerhet, men inte några andra insatser. Det var av värde att

ta reda på om klienterna hade hemtjänst för att se om de uppfattade sig som självständiga trots detta.

### **3.4 Datainsamling**

Frågor till klienten (bilaga 1) och till arbetsterapeuten (bilaga 2) utformades för att fungera som stöd under intervjun. MOHO användes som grund för frågorna, med särskilt fokus på utförandekapacitet (Kielhofner, 2012). Frågorna skulle vara öppna och så enkla och okomplicerade som möjligt för att undvika missförstånd och för att ge så utförliga svar som möjligt. Ordningsföljden ändrades under intervjun då detta ansågs lämpligt för att intervjupersonen skulle kunna prata fritt, vilket också gav möjlighet att ställa följdfrågor. Att ställa relevanta följdfrågor vid behov är något som ökar studiens validitet och reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Samtliga intervjuer spelades in efter respondentens godkännande. Genom att spela in intervjuerna går man inte miste om någonting personen har sagt, eller viktiga uttryck. Detta höjer också studiens tillförlitlighet. Enligt Kvale & Brinkmann (2009) är det fördelaktigt att spela in, eftersom intervjuaren slipper anteckna och samtalet får större frihet. En inspelning visar också tydligt om respondenten blivit påverkad av ledande frågor eller liknande, samt avslöjar pauser och mummel (Kihlström, 2006).

En pilotintervju för att se om frågorna fungerade i praktiken genomfördes i förväg med en äldre i vår närhet som har hjälp av arbetsterapeut, samt en yrkesverksam arbetsterapeut. Pilotintervjun visade att frågorna fungerade i praktiken, efter mindre justeringar.

### **3.4 Procedur**

Ett informationsbrev skickades ut till ansvarig chef i den aktuella kommunen, tillsammans med en samtyckesblankett som skulle signeras (bilaga 3) och skickas tillbaka. Efter chefens godkännande skickades informationsbrev till arbetsterapeuterna där dessa informerades och tillfrågades om deltagande (bilaga 4). När han/hon gett sitt samtycke, bestämde vi en personlig träff för att tydligare förklara syftet med studien, samt hur den skulle gå till för att undvika eventuella missförstånd. Slutligen fick alla klienter ett informationsbrev via arbetsterapeuten där undersökningen och dess syfte presenterades (bilaga 5). Det framgick även att det var frivilligt att delta och att man när som helst kunde avbryta studien utan att ange något skäl, samt att klientens kontakt med vården inte skulle komma att påverkas på något sätt av detta. Vid tiden för intervjuerna informerades deltagarna om att ingen obehörig person skulle få tillgång till materialet och de garanterades fullständig konfidentialitet. Då det

var tänkt att varje arbetsterapeut skulle bidra med två klienter innebar detta att han/hon skulle komma att intervjuas två gånger, en gång per klient.

Efter godkännande av enhetschefen påbörjades intervjuerna hösten 2012. Författarna intervjuade klienter och arbetsterapeuter för att få möta båda parter i studien. Dock intervjuade vi endast en part i samma par, det vill säga att en av författarna intervjuade arbetsterapeuten och den andra författaren intervjuade klienterna till denna arbetsterapeut. Detta för att intervjuaren vid intervjutillfället inte redan skulle ha en uppfattning om situationen och därmed låta det påverka intervjun, vilket ökar studiens reliabilitet. Det här innebar att författarna gjorde intervjuerna var för sig. Innan intervjuerna påbörjades hölls ett inledande samtal där syftet med studien förklarades ytterligare och respondenten fick möjlighet att ställa frågor. Samtliga intervjuer hölls i klienternas hem. Intervjuaren sammanfattade även sin uppfattning av intervjutillfället för att bekräfta att hennes bild överensstämde med respondentens. Detta ökar studiens validitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Då intervjun avslutades gav intervjuaren respondenten möjlighet att tillägga något om denne önskade, samt frågade hur han/hon upplevt intervjun, då det ofta kan kännas oroligt eller tomt för den som lämnat ut mycket av sitt liv utan att få något tillbaka (Kvale & Brinkmann, 2009).

En av författarna kontaktades efter att intervjuerna gjorts av en av respondenterna för att denne känt sig orolig över att ha förmedlat fel information vid intervjutillfället. Respondenten ville förtydliga sina svar, men då det som sades inte skiljde sig nämnvärt från den ursprungliga intervjun var det inget som påverkade resultatet. Därmed har heller inga ändringar gjorts.

### **3.5 Dataanalys**

I huvudsak har en manifest innehållsanalys genomförts, enligt Graneheim och Lundman (2008). Detta är en metod som ger möjlighet att beskriva data genom att dra slutsatser genom skrivet, verbalt eller visuellt material (Graneheim & Lundman, 2008). Intervjuerna skrevs ut ordagrant med eventuella pauser och mummel inkluderade och varje författare avidentifierade de intervjuer hon genomfört. Därefter läste författarna igenom varandras intervjuer för att säkerställa att ingen identifierbar information fanns kvar. Båda författarna läste igenom varje intervju för att få en helhetsbild av innehållet. Meningsbärande enheter togs ut för att endast de viktigaste beståndsdelarna skulle finnas med i resultatet. Detta gjorde författarna tillsammans i varje intervju. Med meningsbärande enhet menas de ord eller fraser som har

mening och betydelse och är viktiga för resultatet. Enheterna kondenserades, vilket innebar att onödig text togs bort och gjordes mer hanterbart (Graneheim & Lundman, 2008). Därefter kodades texten. Koderna fungerar som en etikett på meningsenheten, vilket betyder att texten abstraheras något utan att förlora innehållet. Abstrahering innebär att textens viktigaste beståndsdelar tolkas och tas ut. Därefter delades koderna in i kategorier. Flera av koderna hamnade i samma kategori, då de hade liknande innehåll. Syftet med kategorierna är att koder täcks in och ingen kod ska finnas i mer än en kategori. Kategorierna är även till för att inga data som svarar mot studiens syfte på något sätt exkluderas, vilket också ökar studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2008). Tabell 1 visar två exempel på gjorda analyser. När kategorierna var framtagna gick författarna tillbaka till ursprungstexten för att säkerställa att ingen information hade tagits ur sitt sammanhang och att materialet fortfarande hade samma innebörd.

Intervjuerna analyserades klient för sig och arbetsterapeut för sig och därefter parvis, det vill säga klienten och den behandlande arbetsterapeuten ihop. Därefter jämfördes arbetsterapeutens och hans/hennes klients uppfattningar av vilka aktivitetsproblem som föranlett aktuell intervention.

Tabell 1. *Exempel på hur texten kondenserats, kodats och kategoriserats.*

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategori</b>
Ja, jag kan inte stå, jag har ont i ryggen så jag kan inte stå så länge, ibland när jag håller på att diska så får jag stå ett tag sen sätta mig och sen hålla på så...så tänkte jag att det hade varit hemskt bra om jag kunde få en sådan stol	Kan inte stå får ont i ryggen, får göra aktivitet i omgångar, hade varit bra med stol	Problem i aktivitet	Förflyttningsproblematik
Oja, det funkar jättebra, jag kan ju både diska och sen kan jag ju förflytta mig till handduken och torka och sen till skåpet	Det funkar bra, kan fullfölja aktivitet	Kan fullfölja aktivitet	Avhjälpt aktivitetsproblem

### **3.6 Etiska överväganden**

Innan studien genomfördes skickades en ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för yttrande och godkännande. Klienterna och arbetsterapeuterna utlovades konfidentialitet och informerat samtycke användes för deltagande i intervjuerna och för klienternas del också till att arbetsterapeuterna uttalade sig om deras problematik. Materialet förvarades på en lösenordsskyddad dator under hela studien. Utskrivet material försvarades inlåst i säkerhetsskåp. Resultatet presenteras på gruppnivå och i intervjuerna har personliga uppgifter som nämnts tagits bort så att ingen enskild deltagare kan identifieras. Klienterna informerades även om att de när som helst kunde välja att avsluta sin medverkan utan att uppge något skäl eller oroa sig för att det skulle komma att påverka deras fortsatta vård. Arbetsterapeuterna kunde avsluta sin medverkan på samma preferenser. Deltagarna erbjöds även att få ta del av den färdiga uppsatsen om de önskade. Det insamlade materialet användes enbart för att besvara studiens syfte och kommer att raderas när uppsatsen godkänts.

## **4 Resultat**

För att underlätta för läsaren kommer resultatet att redovisas under samma rubriker som frågeställningarna i syftet. Tabell 2 visar rubrikerna, samt hur kategorierna är fördelade under dessa för att ge läsaren en överblick. Vidare kommer de att presenteras under respektive rubrik i löpande text. Kategorierna belyses med citat för att ytterligare stödja vårt resultat och för att ge läsaren möjlighet att värdera analysprocessen.

Kategorierna som framkom var förflyttningsproblematik, problem i P-ADL och I-ADL, anpassad aktivitet, avhjälp aktivitetsproblem, självständig, nöjd och undviker aktivitet.

Tabell 2. *Frågeställningarna och de kategorier som kommit fram.*

<b>Frågeställning</b>	<b>Kategorier</b>
Aktivitetsproblem som låg till grund för den arbetsterapeutiska interventionen	Förflyttningsproblematik Problem i P-ADL och I-ADL
Interventioner som gjordes	Anpassning av miljö Anpassning av aktivitet
Resultat av interventionen/interventionerna	Avhjälpt aktivitetsproblem Nöjd Självständig Undviker aktivitet

#### **4.1 Aktivitetsproblem som låg till grund för den arbetsterapeutiska interventionen**

Under denna frågeställning framkom två kategorier, den första var ”förflyttningsproblematik”. Denna kategori innefattar allt som klienterna uttryckt som innefattar förflyttning, det vill säga nedsatt gångförmåga, rörelseförmåga och svårigheter att resa sig från låga höjder.

*”Anledningen till att jag var där var för att X var nedsatt i sin gångförmåga och hade svårt att resa sig från lägre höjder”*

Den andra kategorin som framkom var ”aktivitetsproblem i P-ADL och I-ADL”. Denna kategori innefattar de problem som uttryckts gällande i problem vid påklädning, vid matsituationer, personlig hygien och att sköta hemmet.

*”Jag har fått dessa här besticken...så med de greppen blir det mycket lättare för mig att äta, de är ju mycket större”.*

Dessa kategorier innefattar de aktivitetsproblem som framkommit vid intervjuerna. Då de har varit väldigt varierande i både grad och omfattning, valdes det att belysa vissa av dem med citat.

#### **4.2 Interventioner som gjordes**

Även under denna frågeställning framkom två kategorier. Den första var ”anpassning av aktivitet”. Denna kategori innefattar de interventioner där aktiviteten har anpassats för att

klienten ska kunna fortsätta utföra den självständigt. Exempelvis har aktiviteter delats upp i moment i energibesparande syfte.

*”Ja, jag kan inte stå, jag har ont i ryggen så jag kan inte stå så länge, ibland när jag håller på att diska så får jag stå ett tag sen sätta mig och sen hålla på så... Men nu tar jag pauser med jämna mellanrum när jag känner att det behövs. Då orkar jag längre”.*

Den andra kategorin som framkom var ”anpassning av miljö”. Kategorin innefattar de interventioner där klientens miljö har anpassats för att främja aktivitetsutförandet. De vanligast förekommande interventionerna i denna kategori var ordination av hjälpmedel i badrum och kök, samt vissa enklare bostadsanpassningar. Andra interventioner var ordination av hjälpmedel vid personlig vård. I flera fall var det arbetsstol och griptång som hade förskrivits för att underlätta utförandet av aktiviteter för dem som exempelvis hade nedsatt rörelseförmåga. I de fall då klienten hade svårigheter att resa sig från lägre höjder förekom ordination av toalettstolsförhöjning och/eller förhöjning av sittmöbler med hjälp av antingen dyna eller klossar. Bostadsanpassning hade gjorts för att avhjälpa mindre tillgänglighetsproblem. Exempel på förekommande anpassningar var att sätta ramp och räcke utanför dörren. Även mindre, ”formella” anpassningar gjordes i ett fall, där omgivningen i det egna hemmet anpassades för att optimera aktivitetsutförandet så mycket som möjligt, exempelvis i form av omstrukturering i skåp. Klienternas aktivitetsproblem inom personlig vård resulterade i ordination av hjälpmedel som strumppådragare och i ett par fall duschhjälpmedel, såsom duschbräda eller duschstol.

*”Sen fick han då en arbetsstol med elfunktion och vi höjde hans soffa. Det var det sista vi gjorde nu”.*

#### **4.3 Resultatet av interventionen/interventionerna**

Samtliga respondenter har uppgett tillfredsställelse med interventionen, samt uttryckt att kontakten med arbetsterapeuten varit enbart positiv och underlättat deras vardag. Studien visar också att den insatta interventionen har avhjälpt de aktuella aktivitetsproblemen i samtliga fall.



Under denna frågeställning framkom fyra kategorier. Den första kategorin blev ”avhjälppt aktivitetsproblem”. Alla klienter upplevde att deras aktivitetsproblem avhjälppts efter att den arbetsterapeutiska interventionen satts in. Flera av dem uttryckte tydligt att aktiviteten blivit mycket lättare och att de nu kunde utföra den med mindre besvär. Ett exempel på det var en klient med kronisk värk som före interventionen haft mycket problem med detta i samband med att sätta/resa sig från låga höjder. Klienten uttryckte att det nu var mycket enklare och att värken inte var ett problem längre, efter att de aktuella hjälpmedlen förskrivits.

*”Ja, det var ju när jag fick den här...vad heter det? Ja, toaförhöjningen. Då blev det mycket lättare för mig och jag slipper den där fördömda värken!”*

Nästa kategori blev ”nöjd”. Flertalet klienter har också uttryckt tillfredsställelse med livet och att de fått den hjälp de behövt och velat ha.

*”Jag har ju fått den hjälp jag behöver. Men...det finns väl inte mycket att tillägga, eftersom allting är så bra som det är nu!”*

Den tredje kategorin som framkom var ”självständig”. Många deltagare beskrev att de tack vare insatsen nu kunde fortsätta vara självständiga i sina aktiviteter, utan att be om hjälp från någon annan eller rentav tvingas sluta utföra önskad aktivitet.

*”Ja, jag vill ju liksom reda mig själv och nu när jag fått denna hjälpen så kan jag ju göra det.”*

*”Efter omständigheterna så är jag tacksam att jag kan klara mig själv eftersom jag är som jag är...så jag kan stiga upp själv och sådär, klä på mig själv. För det vill man ju, det är värdefullt”.*

Den sista kategorin ”undviker aktivitet” framkom i resultatet då det fanns aktiviteter klienterna undvek att utföra på grund av olika anledningar. Däremot var samtliga dessa aktiviteter något som ligger utanför en kommunarbetsterapeuts ansvarsområden, eller som inte föranleder en arbetsterapeutisk intervention överhuvudtaget, varför dessa problem inte heller åtgärdats. Det berodde på kommunala bestämmelser, som skiljer sig från en kommun till en annan när det gäller ansvarsområden och regelverk. De berörda klienterna var införstådda med att arbetsterapeuten inte kan åtgärda aktivitetsproblemet och därför påverkade inte missnöjet över de förlorade aktiviteterna uppfattningen av den insatta

interventionen. Nedan visas ett exempel på en klient som uttryckt sig kring en aktivitet som inte längre kunde utföras:

*”Jag är rätt glad för att baka men det har jag ju inte kunnat eftersom jag har rätt ont i min hand. Den värken lär jag få leva med, jag är van vid det nu.”*

Dessa kategorier kan tyckas gå in i varandra, men vi har valt att ha med dem och delat upp dem då vi anser att även om ett aktivitetsproblem är avhjälpt behöver det inte automatisk innebära att klienterna blivit nöjda eller upplevt självständighet. I vår studie visade det sig att samtliga kände tillfredsställelse och självständighet, men vi väljer att skilja på detta ändå, då kategorierna nöjd och självständig innefattar de som specifikt uttryckt detta.

Resultatet visar vidare att en arbetsterapeutisk intervention kan både avhjälpa aktivitetsproblemet och samtidigt stimulera klienten till att vilja öka sin självständighet inom andra områden han/hon tidigare upplevt bristande förmåga. Det framkom exempel på att en av de arbetsterapeutiska interventionerna även gjort att klienten blivit hjälpt i flera avseenden än det som ursprungligen var tänkt. Den här klienten hade tidigare fått hjälp med tvätten av hemtjänst, men klarar nu av detta själv efter att ha fått hjälpmedel som hon funnit egna användningsområden inom:

*”Ja, idag använder jag ju även griptången till att plocka ut tvätten. Eftersom jag inte kan böja mig ner så är det ju tången som får hjälpa mig när tvätten ska ut för att nå ner dit själv och få ut tvätten går ju inte.”*

#### **4.4 Likheter och skillnader i klienters och arbetsterapeuters uppfattningar av de aktivitetsproblem som låg till grund för interventionen/interventionerna**

I samtliga fall beskrev klient och arbetsterapeut vad aktivitetsproblemet som identifierats var och om vilka interventioner som sattes in för att avhjälpa just detta på liknande sätt. Vid undersökning av klienters och arbetsterapeuters uppfattningar av aktivitetsproblemet såg vi att de vid intervju tillfällena hade nämnt samma orsak till kontakt, samt räknat upp samma faktorer som utgjort aktivitetsproblemet. Vi såg även att båda parter var samstämmiga om vad interventionen innebar och syftade till. Båda parter upplevde även att interventionen gett ett tillfredsställande resultat.

Eftersom resultatet varit entydigt i samtliga fall och inte visat på några som helst skillnader från varandra, redovisas nedan ett par citat för att illustrera samstämmigheten klient och arbetsterapeut emellan.

*”Hon hade svårt att resa sig från lägre höjder. Knä- och höftproblematik har hon också, det är förslitningar som gör att det blir jobbigt för henne. Och hon hade ju framförallt svårt att resa sig från toaletten och även när hon satt i sin fåtölj”. – **Arbetsterapeut 1***

*”Ja, den senaste tiden har jag blivit sämre...fått problem med höften. Det har väl blivit utslitet under alla år, haha... Så jag har ju svårt att resa mig, speciellt från toan och när jag sitter vid TV:n”. – **Klient 1***

*”Det var problem med personlig omvårdnad, i detta senaste fallet var det problem med att klä sig... Påklädning av strumpor var problematiskt”. – **Arbetsterapeut 2***

*”Jag hade svårt att ta på mig strumporna. Jag har ganska hög vrist och är rätt svullen...sen har jag ju ont i det här fingret med. När det ska böjas åt det här hållet gör det så jäkla ont! Eftersom jag har de här krämporna blev det problematiskt.” – **Klient 2***

## **5 Diskussion**

### **5.1 Metoddiskussion**

För att få svar på vårt syfte (att undersöka och jämföra arbetsterapeutens och hans/hennes klienters uppfattningar om vilka aktivitetsproblemen var, vilka interventioner som gjordes, samt uppnått resultat av dessa) valde vi att intervjua både arbetsterapeut och hans/hennes klienter. Vi hade heller inte sett några studier tidigare där man intervjuat eller på annat sätt undersökt mer än en part, och vi tyckte att det skulle vara intressant och givande att möta både arbetsterapeuter och klienter. Detta fick vi även god respons på av de deltagande arbetsterapeuterna, då de uttryckte att de oftast enbart fick agera som mellanhand i studier. Eftersom vårt syfte var att ta reda på respondenternas uppfattningar anser vi att intervju var rätt metod att använda oss av, då det är svårt att fånga uppfattningar via exempelvis enkäter. En pilotintervju genomfördes med en äldre person och en arbetsterapeut i vår närhet för att ta reda på ifall frågorna fungerade i praktiken. Genom att genomföra en pilotintervju ökar det studiens tillförlitlighet. Även det faktum att intervjuerna hölls i klienternas hem måste anses

öka tillförlitligheten, då det egna hemmet innebär en trygghet (Haak et al, 2007).

Semistrukturerade intervjuer gav möjlighet till utförligare svar och eventuella följdfrågor, vilket vi kan se i efterhand var rätt tänkt. I flera intervjuer har vi använt oss av följdfrågor som har visat sig vara betydande för att kunna besvara syftet, då de genererat viktig information för studien. Genom att ställa relevanta följdfrågor uppmärksammar man även det som sägs, vilket ökar studiens validitet (Kvale & Brinkmann, 2009). En svaghet i studien skulle kunna vara att då klienterna var medvetna om att deras arbetsterapeut deltog i studien, fanns risken att de gav en positiv bild av interventionen av oro för att arbetsterapeuten skulle få reda på vad det sagt. Ytterligare en möjlig svaghet är det faktum att intervjuerna gjordes enskilt. Vi ansåg att det skulle vara bra att inte redan ha en uppfattning om situationen, men om intervjuerna gjorts av författarna tillsammans hade fler detaljer kunnat fångas upp då man som intervjuare är uppmärksam på olika saker.

Valet att intervjua flera arbetsterapeuter gjordes då vi ville ha en spridning och det kändes även som att det var en mer tillförlitlig urvals metod att använda. Att endast ha med en arbetsterapeut hade minskat chanserna till att få tag i ett önskvärt antal klienter som passade in på kriterierna, samt gjort att vi endast fått en arbetsterapeuts syn i studien. Även om alla arbetsterapeuter har samma grundutbildning utvecklar var och en ett personligt arbetssätt, något som vi trodde kunde påverka resultatet. Trots att vi delade upp klienterna på flera arbetsterapeuter så var vårt urval fortfarande begränsat, men det gav en variation och enligt Malterud (2009) kan man med få undersökningsspersoner ändå få fram ett fylligt material. Detta då för stora mängder material lätt kan bli ohanterligt. Vi bad att varje arbetsterapeut skulle välja ut två klienter efter angivna kriterier, och trots att en arbetsterapeut avböjde deltagande och att det därmed blev färre klienter fick vi ihop ett tillräckligt antal deltagare i relation till tidsperioden och då intervjuerna, samt arbetet med dem, krävde mer tid än vad vi föreställt oss.

I studien avgränsades begreppet hemtjänstinsatser till sådana insatser som förekommer kontinuerligt och därför räknades inte de som endast har trygghetslarm in i detta begrepp. Detta då vi var intresserade av att få reda på om klienterna var hjälpta av hemtjänst för att klara av sin vardag, eller om de var självständiga. Då en stor andel äldre har hemtjänstinsatser i någon form angavs inga kriterier kring detta.

I kriterierna angavs det att vi ville ha de klienter som var de senast avslutade interventionerna och som passade in på de övriga kriterierna. Detta då risken för att arbetsterapeuterna skulle

välja ut de klienter som han/hon själv tyckte var passande minimerades, men också för att interventionen skulle ligga färskt i minnet hos både klient och arbetsterapeut. Då arbetsterapeuten hade kriterier att följa säkerställdes studiens tillförlitlighet, då de inte själva fick möjlighet att välja ut lättillgängliga klienter som ett bekvämlighetsurval hade tillåtit. Ett strategiskt urval innebär att man genom en urvalsgrupp väljer ur de som kan tänkas bidra med adekvat information för att besvara ens syfte (Malterud, 2009). Självklart kan vi inte garantera att de klienter vi har intervjuat var de allra senaste interventionerna, men under intervjuerna kunde vi se att det ändå var interventioner som nyligen gjorts. Då vi hade flera kriterier, såsom att de skulle vara ensamboende, gör det att risken fanns att interventionen har gjorts en tid tillbaka, vilket vi är medvetna om. Då syftet med studien var att undersöka och beskriva likheter och skillnader mellan klienters och arbetsterapeuters uppfattningar om interventionen, valde vi att inte ta med några kriterier kring könsfördelning. Det ansågs inte ha några betydelser för resultatet. Om man däremot hade velat göra en jämförelse mellan de olika könen uppfattningar hade det varit av intresse att ange könskriterier.

Intervjuerna spelades in, då det var viktigt för att inte gå miste om något och det är enligt Kihlström (2006) att föredra då man använder sig av intervju som metod. Kihlström (2006) nämner vidare att en inspelning visar också tydligt ifall intervjupersonen blivit påverkad av ledande frågor, samt avslöjar eventuella pauser och mummel. Då vi intervjuade var för sig var det också ur den synpunkten fördelaktigt med inspelning, eftersom att det var lättare för den av oss som inte deltagit vid intervjun att förstå innehållet och sammanhanget i den utskrivna och avidentifierade versionen. När intervjuerna skrevs ut var vi noga med att skriva ut eventuella pauser, suckar eller tveksamheter för att på så vis tydligt kunna se om vi som intervjuare hade påverkat personen till ett visst svar eller om det var personens självstyrda uttryck. Att kunna referera till de exakta uttrycken respondenterna förmedlat höjer studiens tillförlitlighet.

Materialet analyserades med Graneheim och Lundmans innehållsanalys (2008), då den ansågs att den var mest passande för studien. Detta då manifest innehållsanalys bland annat används för att tolka innehåll av texter och även då större mängder data ska hanteras. Fokus hålls även vid kvalitativ innehållsanalys på beskrivning av skillnader och likheter i texter. Då syftet var att ta reda på uppfattningar och även jämföra dessa, var valet av analysmetod enkelt. Den har en enkel struktur att följa, vilket vi kände var bra både för oss då vi skulle analysera resultatet,

men också för läsaren som enkelt ska kunna följa det. Då det är en mindre studie var det också av den anledningen vi kände att den här analysmetoden fungerade bäst.

## **5.2 Resultatdiskussion**

Det enbart positiva resultatet överraskade oss något. Vi hade inte räknat med att endast få in positiva upplevelser i studien, då vi som nämnts i bakgrunden tidigare sett att klyftan mellan arbetsterapeut och klient kan vara rätt stor. Många gånger vet inte klienterna vad de kan förvänta sig eller fråga om kring arbetsterapi (Palmadottir, 2003). Dock är detta ett viktigt resultat och självklart även glädjande. Vi har resonerat kring detta och vi tror att det kan bero på att dagens arbetsterapeuter är mer medvetna om vikten av klientcentrering och är allmänt mer lyhörda för klientens behov och önsknings. Ett klientcentrerat arbete har visat sig ge bra resultat (AOTA, 2002). Däremot tror vi också att erfarenhet kan spela en stor roll i hur resultatet av interventionerna blir, speciellt då samtliga arbetsterapeuter i studien hade arbetat länge. Aktivitetsproblemen som låg till grund för interventionerna i denna studie kan tyckas vara förhållandevis små, men resultatet visar att en intervention riktad mot även det till synes minsta aktivitetsproblemet gör stor skillnad i den äldres vardag. De interventioner som gjorts har varit blandade och inneburit förändringar i både aktivitet och miljö. Enligt MoHO består människan av de tre komponenterna viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet. Dessa tre komponenter samverkar med varandra och tillsammans med miljön utförs aktiviteter mer eller mindre effektivt. Är aktiviteten och miljön anpassad efter personens motivation, rutiner och förmågor blir utförandet tillfredsställande och effektivt (Kielhofner, 2012).

Resultatet av interventionerna visar att klienterna fått möjlighet att fortsätta vara självständiga och delaktiga i både hemmet och samhället, något de också själva upplever att de är. Detta är ett viktigt resultat, då det visar på att arbetsterapeutiska interventioner gör nytta och det behöver lyftas fram mer både inom vården och i samhället. Självständighet är också av betydelse för att kunna bo kvar hemma så länge som möjligt, vilket även Dahlin-Ivanoff et al (2007) tar upp. Något som nämndes av samtliga klienter var hur nöjda de var med sin kontakt med arbetsterapeuten, vilket vi som blivande arbetsterapeuter tycker är glädjande. En bra relation underlättar hela processen och är också grunden för ett gott samarbete som främjar bästa resultat av interventionen, vilket även Fisher och Nyman (2007) beskriver. Det faktum att samtliga klienter var nöjda visar även att arbetsterapin är på rätt väg och visar att arbetsterapeuternas arbetssätt är effektivt och ger resultat.

I bakgrunden nämns att olika kommuner har olika hjälpmedelsutbud. Exempelvis kan det skilja sig i kommunerna vilket bistånd man får och ett visst hjälpmedel kan förskrivas i en kommun, medan man i en annan kommun måste köpa samma hjälpmedel på egen hand, då det inte ingår i hjälpmedelsutbudet. Arbetsterapeuten informerar om vilka alternativ som finns, men därefter är det upp till personen själv att ordna. Oavsett hur professionell arbetsterapeuten är eller hur klientcentrerat denne arbetar ligger vissa saker utanför hans/hennes makt. Detta har väckt en fundering om att det kanske kan bidra till att de äldre som bor i kommuner där hjälpmedelsutbudet är tunnare, riskerar att uppleva mindre självständighet och delaktighet. Utan hjälpmedlet kanske de inte längre klarar av att utföra en viss aktivitet och beroende på vad detta är kan även delaktigheten påverkas i olika grad. Det kan i sin tur vara olika faktorer som påverkar varför de äldre inte köper de önskade hjälpmedlet själv, exempelvis ekonomiska faktorer då hjälpmedel är dyra, men också det faktum att hjälpmedelsbutiker ofta ligger lite avsides och det gör det svårt att ta sig dit. Alla äldre har inte anhöriga som kan hjälpa de att komma dit. Ett resultat av detta kan bli att fler äldre får hemtjänst. Även om detta är en tillgång för äldre personer behöver det inte automatiskt betyda att de känner tillfredsställelse. För många kan det tvärtom vara en påminnelse om att man inte längre klarar av vissa saker själv, vilket vi båda har erfarit i våra tidigare arbeten. I den bästa av världar skulle alla kommuner ha samma utbud av hjälpmedel för att undvika den här situationen. Däremot tror vi att det behövs tydliga resultat på att detta inverkar på delaktighet och självständighet för att kunna påverka i kommunerna.

Kvalitativa studier kan inte generaliseras, då det är ett begränsat antal deltagare och det är begränsat till en kommun. Däremot kan studien och dess resultat ge en förståelse och kunskap om hur arbetsterapeutiska interventioner upplevs av både äldre personer och deras arbetsterapeut. Vi ville belysa och bejaka både arbetsterapeutens och hans/hennes klienters upplevelse av interventionen och anledningen till den. Anledningen till att vi valde detta var dels för att vi ansåg att det fanns för få studier som tog med båda parter, men också för att vi upplevde att klyftan mellan klienter och arbetsterapeuter ibland kan vara stor och leda till icke önskvärt resultat av interventionen. Vi har också under vår utbildnings gång stött på en stor oklarhet hos allmänheten om vad en arbetsterapeut egentligen gör, både hos folk i vår närhet men även inom vården och hos vårdtagare. Därför fann vi det intressant att ta reda på om klienterna och arbetsterapeuterna hade upplevt samma orsak till kontakten och delade samma upplevelse av vad som var interventionen och dess resultat.

## 6 Konklusion

Som tidigare nämnt är studien begränsad och man kan därför inte dra några generella slutsatser, men vi tror att det är av värde att göra fler liknande studier för att få en bredare bild av hur arbetsterapeuter och klienter upplever de arbetsterapeutiska interventionerna. Genom att undersöka detta vidare öppnas möjligheterna till att se om upplevelserna är allmänt goda, eller om det finns ett behov av förändring.

Vi tror att man i många studier vill att ens hypotes ska stämma överens med resultatet som framkommer, men i vårt fall är vi stolta över att den inte gjorde det. När vi påbörjade studien trodde vi inte att resultatet skulle bli så positivt som det visade sig, med tanke på våra tidigare erfarenheter. Efter hand som studien fortskred insåg vi att vi skulle motbevisas, och detta med lättnad. Att se vilken fin relation klienterna hade med sin arbetsterapeut var enormt glädjande för oss och motiverade oss till att sträva efter samma sak när vi snart kommer ut i arbetslivet som arbetsterapeuter.



## Referenser

American Occupational Therapy Association (AOTA). (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-636.

Andersson, L. (2006). Åldrandet. I M, Thorslund., & S-E, Wånell (Red.). *Åldrandet och äldreomsorgen*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlin-Ivanoff, S., Haak, M., Fänge, A., & Iwarsson, S. (2007). The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 25-32.

Deacon, D. (red.) (1999). *Researching communications: a practical guide to methods in media and cultural analysis*. London: Arnold.

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Fisher, A.G. & Nyman, A. (2007). *OTIPM: en modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi*. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.

Gosman Hedström, G. (2002). *Elderly people one year after acute stroke: costs and benefits of assistive devices and housing modifications*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Grankär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S., & Dahlin-Ivanoff, S. (2007) Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 16-24.

Hedberg-Kristensson, E., Dahlin Ivanoff, S., & Iwarsson, S. (2006) Participation in the Prescription Process of Mobility Devices: Experiences among older Patients. *British Journal of Occupational Therapy*, (4)169-176.

Hjälpmedelsinstitutet (2002). *Förteckning över bra hjälpmedel*. Vällingby, Hjälpmedelsinstitutet.

Hovbrandt, P., Fridlund, B., & Carlsson, G. (2007). Very old people's experience of occupational performance outside the home. Possibilities and limitations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, (14) 77-85.

Josefsson, K. (2010). *Tio punkter för en god och säker hemsjukvård för äldre personer*. (Rapport skriven på uppdrag av Svenska Sjuksköterskeföreningen & Vårdförbundet). Hämtad 2013-04-15 från <http://www.swenurse.se/Press--Nyheter/Nyheter/Nyhetsrubriker/Tio-punkter-for-en-god-och-saker-hemsjukvard-for-aldre-personer/>

Kielhofner, G. (2012). *Model of human occupation: teori och tillämpning*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kihlström, S. (2006). *Intervju som redskap*. Fenomenografi som forskningsansats. Dimenäs, Jörgen (red). (2006). *Lära till lärare*. Skrifter från Institutionen för pedagogik. Högskolan i Borås.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 640-649.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Palmadottir, G. (2003). Client perspectives on occupational therapy clients in rehabilitation services. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7, 99-106.

Petersson I, Lilja M, Hammel J, Kottorp A. (2008). Impact of home modification services on ability in everyday life for people aging with disabilities. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 40, 253-260.

Statistiska centralbyrån (2009). *Sveriges framtida befolkning 2009-2060*. Stockholm: Statistiska centralbyrån (SCB).

Tickle-Degnen, L. (2002). Client-centered practice, therapeutic relationship, and the use of research evidence. *American Journal of Occupational Therapy*. 56, 470-474.

Törnqvist, E. (1995). *Att fastställa och mäta förmåga till dagliga livets aktiviteter (ADL) – En kritisk granskning av ADL-instrument och arbetsterapipraxis = [Verifying and measuring the ability to perform activities of daily living (ADL): a critical examination of ADL instr.* (Doktorsavhandling Göteborgs universitet).

World Health Organization (2008). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.

**Frågor till intervjuperson i studien ”Arbetsterapeutiska interventioner inom äldrevården – de äldres och arbetsterapeuternas upplevelser om dessa”**

När är du född?

Hur länge har du haft kontakt med arbetsterapeut?

Hur ser en vanlig dag ut nu?

Har du hjälp av hemtjänst?

Om ja, vad hjälper de dig med?

Om nej, har du hjälp av några andra?

Du har haft kontakt med arbetsterapeut....

Av vilken anledning hade du kontakt med honom/henne? (aktivitetsproblem/åtgärd)

Har du fått hjälp med att lösa aktivitetsproblemet (säg vad det gäller) av din arbetsterapeut? I så fall hur?

Har du hittat/kommit på egna lösningar?

Uppfyller åtgärderna dina förväntningar? I så fall på vilket sätt? På vilket sätt hjälper de dig till ett självständigt liv? Om inte, hur skulle du vilja ha det?

Har du svårigheter med någon/några aktiviteter idag? Om ja, vilka? (inomhus/utomhus)

Finns det sysslor som du utfört innan som du slutat med, men som du gärna skulle vilja göra även nu? Om ja, vilka?

Vad är viktigast för dig idag för att du ska må bra?

Något annat du vill tillägga?

**Frågor till arbetsterapeut i studien “Arbetsterapeutiska interventioner inom äldrevården – de äldres och arbetsterapeuternas upplevelser om dessa”**

**Bakgrund**

Hur länge har du arbetat som arbetsterapeut?

Hur länge har du arbetat inom den kommunala hälso- och sjukvården?

Vilka aktivitetsproblem låg bakom de åtgärder som gjordes senast för X?

Vad var målet med åtgärderna?

Valde du mellan olika åtgärder, isåfall vilka?

Hur kommer det sig att du valde det du gjorde?

Finns det andra faktorer som påverkat valet av åtgärd?

Uppfyller åtgärderna det du avsåg?

Upplever du att dessa har hjälpt X att komma närmre sitt mål?

Har X andra aktivitetsproblem? Om ja, vilka? Finns det någon plan för åtgärder?

Något annat du vill tillägga?



## LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

*Till verksamhetschef ...*

*Förfrågan om tillstånd att genomföra studien "Arbetsterapeutiska interventioner inom äldreården – klienternas och arbetsterapeuternas upplevelser om dessa".*

Vi är två arbetsterapeutstudenter vid arbetsterapeutprogrammet på Lunds universitet som avser genomföra en studie vars syfte är att undersöka klientens och arbetsterapeutens upplevelser om vilka aktivitetsproblem som låg till grund för den senaste arbetsterapeutiska interventionen, vilken/vilka interventioner som gjordes, samt om dessa avhjälpade aktivitetsproblemet? Vi tycker att det är viktigt att få med både klientens och arbetsterapeutens synvinkel.

Vi har valt att använda en kvalitativ ansats till vår studie. Vi har tänkt genomföra intervjuer där klienten ska få möjlighet att kunna prata om hur de upplever den hjälp de får idag. Personerna som vi vill intervjua är 65 år eller äldre, ensamboende och har avslutat en arbetsterapeutisk intervention. De ska även ha tillräcklig kognitiv förmåga att självständigt kunna delta i studien, det vill säga inte ha demenssjukdom och vara fullständigt medvetna om sin situation. Undersökningen utförs i Kristianstad kommun. Vi hoppas kunna få din hjälp till att intervjua fem arbetsterapeuter, samt de två klienter som senast fick en intervention av respektive arbetsterapeut.

Intervjupersoner informeras via brev som överlämnas med hjälp av mellanhand (förslagsvis den berörda arbetsterapeuten). Med informationsbrevet kommer det finnas samtyckesblankett som personen får skriva under om de vill ställa upp i studien. Allt insamlat material till studien kommer att förvaras så att ingen förutom författarna samt handledare kan ta del av det. När studien är slutförd raderas allt material och inga personuppgifter eller namn kommer att redovisas.

När som helst under studien kan intervjupersonerna välja att avbryta sin medverkan utan att ange någon anledning.

Vi anhåller om att få hjälp av arbetsterapeut XX, XX, XX, XX och XX för att välja ut undersökningspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier. Om Du önskar att vi tar kontakt med respektive teamchef går det bra att meddela oss detta på medgivandeblanketten.

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

Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapeutprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Namn: Sara Holmslykke

Titel: Student

Tfn:

Namn: Victoria Perman

Titel: Student

Tfn:

Handledares namn: Birgitta Wästberg

Titel: Handledare, leg arbetsterapeut,  
dr.med.vet.

Tfn:

**1. Samtyckesblankett**

**2. Projektplan**

## Blankett för medgivande av verksamhetschef

Titel på studien "Arbetsterapeutiska interventioner inom äldreården – klienternas och arbetsterapeuternas upplevelser utav dessa"

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

---

Ort

---

Datum

---

Underskrift

---

Namnförtydligande och titel

---

Verksamhetsområde





**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

Bilaga 4

INFORMATIONSBREV

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till arbetsterapeut

**Arbetsterapeutiska interventioner inom äldreården – klienternas och arbetsterapeuternas upplevelser om dessa**

Du tillfrågas om hjälp att få kontakt med klienter för deltagande i ovanstående studie.

Syftet med studien är att undersöka klientens och arbetsterapeutens upplevelser om vilka aktivitetsproblem som låg till grund för den senaste arbetsterapeutiska interventionen, vilken/vilka interventioner som gjordes, samt om dessa avhjälpte aktivitetsproblemet.

Vi har tänkt genomföra intervjuer där klienten ska få möjlighet att kunna prata fritt om hur de upplever de insatser de får idag. Personerna som vi vill intervjua är 65 år eller äldre, ensamboende och har avslutat en arbetsterapeutisk intervention för mindre än 2 månader sedan. De ska även ha tillräcklig kognitiv förmåga att självständigt kunna delta i studien, det vill säga inte ha demenssjukdom och vara fullständigt medvetna om sin situation. I klientens brev och på medgivandeblanketten som följer med, ombeds de även att lämna sitt medgivande till att Du som behandlande arbetsterapeut får uttala Dig om deras vård. Undersökningen utförs i Kristianstad kommun. Vi hoppas att med din hjälp kunna få intervjua 2 personer. Vi vill även intervjua dig som arbetsterapeut för att få med din synvinkel. Intervjun sker vid ett tillfälle med varje klient, samt ett tillfälle med arbetsterapeut per klient (det vill säga 2 intervjuer) och beräknas ta ca 30 minuter vardera. Med Ditt tillstånd skulle vi vilja spela in intervjun med Dig.

Vi anhåller om hjälp av Dig att välja ut klienter enligt våra ovan angivna urvalskriterier.

Vi ber att Du hjälper oss med att skicka ett brev till intervjupersonerna med information om studien samt en förfrågan om de vill delta i studien eller inte. I brevet bifogas dessutom svarstalong och ett svarskuvert adresserat till Dig. Vi kommer efter överenskommelse att hämta svarskuverten vid senare tillfälle.

Allt insamlat material till studien kommer att förvaras så att ingen förutom författarna kan ta del utav det. När studien är slutförd raderas allt material och inga personuppgifter eller namn kommer att redovisas. När som helst under studien kan intervjupersonerna välja att avbryta sin medverkan utan att uppge någon anledning. Även Du som arbetsterapeut kan välja att avbryta Din medverkan utan att ange någon anledning.

Ansökan har skickats till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) som godkänt att den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete på arbetsterapeutprogrammet.

Om Du har frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Namn: Victoria Perman

Namn: Sara Holmslykke

Handledare namn: Birgitta Wästberg

Titel: Student

Titel: Student

Titel: Handledare, leg arbetsterapeut,  
dr.med.vet.

Tfn:

Tfn:

Tfn:

## Blankett för medgivande av arbetsterapeut

Titel på studien "Arbetsterapeutiska interventioner inom äldreården – klienternas och arbetsterapeuternas upplevelser utav dessa"

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande och titel



## INFORMATIONSBREV

### LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

### Arbeterapeutiska interventioner inom äldreården – klienternas och arbetsterapeuternas upplevelser om dessa

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Vi är två tjejer som läser till arbetsterapeut på Lunds universitet. Nu har det blivit dags för oss att genomföra vår kandidatuppsats och vi söker deltagare till vår studie.

Syftet med studien är att undersöka Dina och arbetsterapeutens upplevelser om vilka aktivitetsproblem som låg till grund för den senaste arbetsterapeutiska åtgärden Du fått, vilken/vilka åtgärder som gjordes, samt om dessa avhjälpte aktivitetsproblemet? Vi tycker att det är viktigt att få med både Din och arbetsterapeutens perspektiv. Vi vill därför gärna träffa och intervjua Dig. För att Din arbetsterapeut ska kunna intervjuas om Din vård, behövs Ditt medgivande. På medgivandeblanketten som bifogas detta brev kan du lämna medgivande till att Din arbetsterapeut uttalar sig om Din vård. Utan Din tillåtelse får vi inte ta del av den informationen

Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter och genomförs av en utav oss, antingen Victoria eller Sara. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Allt material kommer att avidentifieras innan det används i uppsatsen, vilket innebär att ingen kan spåra informationen till en specifik person. Efter att arbetet med studien har slutförts kommer allt material vi använt att raderas och förstöras på ett säkert sätt.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din behandling/kontakt med arbetsterapeut ... Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Om Du önskar få del av det färdiga resultatet är det bara att meddela oss detta vid vårt möte.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skicka den i bifogat kuvert inom 1 vecka. På denna lämnar Du även ditt medgivande till att Din arbetsterapeut uttalar sig om Din vård.

Studien ingår som ett examensarbete på arbetsterapeutprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Namn: Victoria Perman

Titel: Student

Tfn:

Namn: Sara Holmslykke

Titel: Student

Tfn:

Handledare namn: Birgitta Wästberg

Titel: Handledare, leg arbetsterapeut,  
dr.med.vet

Tfn:

## Samtyckesblankett Klient

Jag har tagit del av informationen om ” Arbetsterapeutiska interventioner inom äldreården Klienternas och arbetsterapeuternas upplevelser om dessa”

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.

Jag ger också mitt medgivande till att min arbetsterapeut uttalar sig om min vård. Jag är medveten om att informationen inte kommer att lämnas till någon obehörig eller går att koppla till mig.

*Underskrift av undersökningsperson*

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

*Underskrift av student*

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

*Underskrift av student*

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer