



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper

Arbetsterapeutprogrammet

# Kommunala arbetsterapeuters upplevelse av Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

## En intervjustudie

Författare: Anneli Flink

Handledare: Ulrika Bejerholm

November 2014

Kandidatuppsats

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapeutprogrammet, Box 157, S-221 00  
Lund



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper

Arbetsterapeutprogrammet

2014-11-17

## Kommunala arbetsterapeuters upplevelse av Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

En intervjustudie

Anneli Flink

Abstrakt

I samband med Ädelreformen öppnades möjligheter att införa Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i den kommunala hälso- och sjukvården. Kunskapen om hur MAR påverkade arbetsterapeuter i deras arbete var outforskad. Syftet med denna studie var att undersöka hur arbetsterapeuter upplevde att MAR påverkade deras arbete och yrkesroll. Studien hade en kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med fem arbetsterapeuter. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i ett övergripande tema: *En professionellare kommunal arbetsterapeut* och nio kategorier: *Tydliggör ansvarsfördelning, Ger rådgivning och stöd, Utgör en trygghet i arbetet, Tydliggör de yttre ramar som finns, Tydliggör arbetsterapeutens yrkesroll, Profilerar rehabiliteringsarbetet utåt, Uppmärksammar beprövad erfarenhet, vetenskap och utbildningsbehov, Bidrar till utvecklingsarbete samt Utgör en sammanhållande länk.* Kommunala arbetsterapeuter upplevde tillgången till MAR i arbetet och utvecklingen av yrkesrollen som övervägande positiv och beskrev att deras arbete blev professionellare.

Nyckelord: Professionell, rehabilitering, Medicinskt ansvarig för rehabilitering, Ädelreformen, kommun, kvalitativ innehållsanalys

Kandidatuppsats Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapeutprogrammet, Box 157, S-221 00 Lund



**LUND UNIVERSITY**  
Faculty of Medicine

Institutionen för Hälsovetenskaper

Arbeterapeutprogrammet

2014-11-17

## Municipal occupational therapists' experiences of Local Authority Senior Rehabilitation Advisor

An interview study

Anneli Flink

Abstract

The Elderly Reform opened opportunities to introduce Local Authority Senior Rehabilitation Advisor in the municipal health service. Knowledge about how this affected the occupational therapists in their work was unexplored. The aim of this study was to examine how occupational therapists' experienced that Local Authority Senior Rehabilitation Advisor affected their work and professional role. The study had a qualitative design. Semi-structured interviews were conducted with five occupational therapists. The interviews were analyzed by using qualitative content analysis. The analysis resulted in an overall theme; *A more professional municipal occupational therapist* and nine categories: *Clarifies responsibilities, Provides advice and support, Constitute a safety when working, Clarifies the external framework, Clarifies the occupational therapists' professional role, Profiles rehabilitation work outwards, Paid attention to empirical experiences, science and need of education, Contribute to the development work and Constitute as a connecting link*. Municipal occupational therapists' experienced availability of Local Authority Senior Rehabilitation Advisor in the work and development of the professional role as mainly positive and described that their work became more professional.

Keywords: Professional, rehabilitation, Local Authority Senior Rehabilitation Advisor, The Elderly Reform, municipality, qualitative content analysis.

Bachelor thesis

Department of Health Sciences, Occupational Therapy Programme, Box 157, S-221 00 Lund

*Jag vill tacka alla deltagare som gjorde denna studie möjlig genom att dela med sig av sina upplevelser.*

*Jag vill också tacka min handledare, Ulrika Bejerholm, för hennes stöd och hjälp i arbetet med denna uppsats.*

*Tack!*

# Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
Bakgrund.....	1
Ädelreformen.....	1
<b>Rehabilitering och habilitering i kommunen</b> .....	3
<b>Arbetsterapi och aktivitet</b> .....	4
<b>Den kommunala arbetsterapeutens arbete</b> .....	5
Syfte.....	7
Metod.....	7
<b>Design</b> .....	7
<b>Urval</b> .....	7
<b>Undersökningsgrupp</b> .....	7
<b>Datainsamling</b> .....	8
<b>Procedur</b> .....	8
<b>Dataanalys</b> .....	9
<b>Etiska överväganden</b> .....	11
Resultat.....	11
<b>En professionellare kommunal arbetsterapeut</b> .....	13
<b>Tydliggör ansvarsfördelning</b> .....	13
<b>Ger rådgivning och stöd</b> .....	13
<b>Utgör en trygghet i arbetet</b> .....	14
<b>Tydliggör de yttre ramar som finns</b> .....	14
<b>Tydliggör arbetsterapeutens yrkesroll</b> .....	15
<b>Profilerar rehabiliteringsarbetet utåt</b> .....	16
<b>Uppmärksammar beprövad erfarenhet, vetenskap och utbildningsbehov</b> .....	17
<b>Bidrar till utvecklingsarbete</b> .....	17
<b>Utgör en sammanhållande länk</b> .....	17
Diskussion.....	18
<b>Resultatdiskussion</b> .....	18
<i>Tydliggöra arbetsterapeutens profession</i> .....	18
<i>Professionellare kommunal arbetsterapeut</i> .....	19
<i>Krav på arbetsterapeuten</i> .....	21

<i>Hemrehabilitering och teamarbete</i> .....	21
<b>Metoddiskussion</b> .....	22
<i>Design och metod för datainsamling</i> .....	22
<i>Förförståelse</i> .....	23
<i>Urval</i> .....	23
<i>Analysmetod</i> .....	24
<i>Trovärdighet</i> .....	24
<b>Slutsats</b> .....	25
<b>Referenser</b> .....	26
<b>Bilaga 1</b> .....	29

## Introduktion

Ädelreformens genomförande i Sverige innebar att kommunerna fick ett hälso- och sjukvårdsansvar, inklusive ansvar för rehabilitering och hjälpmedel till äldre och personer med en funktionsnedsättning. För att tillgodose en god kvalitet i den kommunala hälso- och sjukvården infördes i samband med Ädelreformen ett krav på en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och inom rehabiliteringsområdet öppnades möjligheter för en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Författaren har arbetat inom den kommunala rehabiliteringsverksamheten sedan 1994, som arbetsterapeut, rehabiliteringschef och de sista tre åren som MAR. MAR-uppdraget innebär ett nära samarbete med arbetsterapeuter och fysioterapeuter för att säkerställa patientsäkerheten och att den kommunala rehabiliteringen är evidensbaserad. Samarbetet väckte mitt intresse att vilja belysa hur arbetsterapeuter upplever att ha tillgång till en MAR i sitt arbete. Få studier har behandlat området och avsikten med denna studie är att ge en ökad förståelse för hur MAR påverkar arbetsterapeutens arbete.

## Bakgrund

### **Ädelreformen**

Den första januari 1992 genomfördes Ädelreformen i Sverige (Regeringens proposition 1990/91:14, 1990). Syftet med Ädelreformen var att skapa mer ändamålsenliga förutsättningar för att utveckla samhällsinsatserna inom äldreomsorgen och möjliggöra en helhetssyn på äldre människor. Kommunerna gavs ekonomiska och organisatoriska förutsättningar att frångå den gällande uppdelningen i social och medicinsk kompetens som utgjorde grunden för uppgiftsfördelningen inom äldreomsorgen. Genom att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade skulle den enskildes rätt till ett eget boende med en flexibel service och vård i hemmet sättas i förgrunden. De lagändringar som antogs utifrån propositionen innebar i praktiken att kommunerna övertog sjukhem och somatiska långvårdsinrättningar från landstingen och kommunerna fick en skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad av äldre samt inrätta bostäder med särskild service för handikappade. Ett kommunalt

betalningsansvar för vård av medicinskt färdigbehandlade infördes och kommunernas ansvar att inrätta dagverksamheter för personer med behov att detta stöd förtydligades.

Lagändringarna innebar också att kommunerna blev skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård, som innefattade insatser av arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt sjuksköterskor i ovanstående boendeformer och dagverksamheter, i den omfattning som den enskilde hade behov av. Kommunerna fick också befogenheter att, efter överenskommelse med landstinget, erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende. Regleringen av den kommunala hälso- och sjukvården infördes i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och innebär åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador utifrån målet en god hälsa och lika villkor för hela befolkningen.

För att uppfylla kravet på en god vård i den kommunala hälso- och sjukvården infördes i samband med Ädelreformen kravet på en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). MAS ansvar regleras i 24§ hälso- och sjukvårdslagen och innebär ett ansvar för upprättande av rutiner vid kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd fodrar det, för att delegeringar är förenliga med patientsäkerheten samt att anmälan görs till ansvarig nämnd då en patient i samband med vård eller behandling drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig sjukdom eller skada. Vidare framgår i Patientsäkerhetsförordningen (SFS 2010:1369) att MAS ska ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet, att journaler förs i lagstadgad omfattning samt att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare beslutat om. MAS ska också arbeta med patientsäkerhetsfrågor, upprätta behövliga direktiv och instruktioner, arbeta för att samverka inom och utom den egna verksamheten fungerar på ett tillfredsställande sätt för patienterna, utreda och bedöma avvikelser samt delta i kvalitetsarbetet (SOSFS 1997:10).

I § 24 hälso- och sjukvårdslagen tydliggörs att om ett verksamhetsområde huvudsakligen omfattar rehabilitering får en arbetsterapeut eller fysioterapeut fullgöra samma uppgifter som MAS och de kallas då för Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR). MAR-uppdraget är till skillnad från MAS-uppdraget inte lagstadgat. I uppdraget som MAR kan även habiliterings- och hjälpmedelsområdet ingå. Månsson (2007) beskrev att MAR hade kompetens att möta arbetsterapeutens och fysioterapeutens frågor och tydliggjorde och lyfte fram deras ansvar och roll. Enligt Socialstyrelsen (2014) bestod en del av en MAR:s arbete att utforma och införa rutiner och riktlinjer. I samma rapport framgick att förutom legitimation som arbetsterapeut eller fysioterapeut var det vanligt att MAR hade en vidareutbildning inom



juridik, statistik och ledarskap. I Sverige fanns cirka 60 MAR:ar anställda år 2014, främst i Mellansverige (MAR-nätverket, 2014). Inom den skånska kommunala hälso- och sjukvården fanns länge endast en MAR anställd, men från år 2011 hade ytterligare tre skånska kommuner infört en MAR.

### **Rehabilitering och habilitering i kommunen**

Det kommunala ansvaret för rehabilitering och habilitering finns reglerat i Hälso- och sjukvårdslagen §18b. Rehabilitering definieras enligt Socialstyrelsens termbank som ”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet” medan habilitering definieras enligt samma källa som ” insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”.

Socialstyrelsen (2003) beskrev att den kommunala rehabiliteringspersonalen upplevde ett utanförskap i sitt arbete. Det handlade om frånvaron av någon som högre upp i organisationen drev på rehabiliteringsfrågorna samt svårigheten att leda rehabiliteringsarbetet utan befogenheter. Men sedan Ädelreformens genomförande ökade trots allt insikten i kommunerna om rehabiliteringsinsatsernas betydelse som ett komplement till omsorgen om den enskilde och fokus mot ett rehabiliterande förhållningssätt blev tydligare (Socialstyrelsen, 2007a), men för personer med insatser enligt LSS var tillgången till habilitering och rehabilitering otillräcklig (Socialstyrelsen, 2007b). I en tidigare publicerad rapport (Weurlander, 2009) beskrevs hur Stockholms stad inrättade två MAR- tjänster på försök under åren 2008-2009 i syfte att utveckla det medicinska rehabiliteringsarbetet och säkerställa en fortsatt hög kvalitet och säkerhet. Försöket visade ett behov av att lyfta fram rehabilitering i äldreomsorgen. Både den enskildes behov av åtgärder och vikten av att utveckla rutiner och styrdokument poängterades. I rapporten framgick att effekten för den enskilde förväntades uppkomma långsiktigt då MAR bidrog till en förtydligad ansvars- och rollfördelning samt utvecklad säkerhet och kvalitet inom rehabiliteringsområdet.

Gustafsson, Gunnarsson, Sjöstrand och Grahn (2010) konstaterade att den kommunala rehabiliteringen oftast skedde i den enskildes hemmiljö och utfördes av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Effekter av dessa rehabiliteringsinsatser visade ett minskat behov av beviljade promenader, mindre hjälpbehov samt en ökad självständighet. Ett begrepp som ofta användes inom den kommunala rehabiliteringen var hemrehabilitering. Månsson (2007) definierade hemrehabilitering som insatser och verksamhet som bedrevs i patientens hem och närmiljö i syfte att patienten skulle kunna utveckla, återvinna, bibehålla alternativt fördröja försämring av funktioner och förmågor.

I början av år 2014 hade kommunerna i alla län i Sverige utom ett övertagit hemsjukvården inklusive rehabiliterings- habiliterings- samt hjälpmedelsansvaret (Regeringens kommittédirektiv, 2014:27). De skånska kommunerna övertog ansvaret för hemsjukvård inklusive rehabilitering år 1997 (Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne, 2009) och därmed hade arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom kommunal rehabilitering i Skåne ansvar för insatser i både ordinärt och särskilt boende. Inom habiliteringsområdet gjorde de skånska kommunerna och Region Skåne en överenskommelse år 2009 som innebar att kommunerna ansvarade för habilitering i vardagen medan Region Skånes ansvar var tvärprofessionella habiliteringsinsatser till barn, ungdomar och vuxna oberoende av boendeform och sysselsättning (Överenskommelse om habilitering i Skåne, 2009).

### **Arbetsterapi och aktivitet**

Den arbetsterapeutiska modellen Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) beskriver att aktivitet är ett grundläggande mänskligt behov som främjar hälsa, välbefinnande och ger livet en mening. Aktivitet är kärnan i arbetsterapi och innefattar allt som människor sysselsätter sig med vilket inbegriper personlig vård, fritid och produktivitet. Mellan aktiviteterna, individen och omgivningen finns ett ömsesidigt beroende som påverkar individens aktivitetsutförande. En förändring i ett av områdena påverkar de andra. Med individen i centrum förmedlar modellen arbetsterapeutens klientcentrerade syn på den enskilda individens aktivitetsbehov i hans/hennes speciella omgivning (Townsend och Polatajko, 2007).

En arbetsterapeuts uppgifter är bland annat att utreda förmåga till aktivitet och delaktighet, bedöma behov och skapa förutsättningar för arbetsterapeutiska åtgärder, främja förmåga till aktivitet och delaktighet samt förbättra, vidmakthålla eller kompensera nedsatt förmåga till

aktivitet och delaktighet. För att genomföra dessa uppgifter med en god kvalitet ska arbetsterapeuten upprätthålla och utveckla sin professionella kompetens, respektera gränsen för den egna kompetensen, utvärdera och utveckla arbetsterapeutiska metoder samt bidra eller delta i forsknings- och utvecklingsarbete. Därutöver ska arbetsterapeuten handleda och vara konsult inom sitt professionsområde (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA], 2012). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska arbetsterapeuten utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienten en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som utformas i samråd med patienten.

En studie av Guidetti och Tham (2002) visade att arbetsterapeuters patientarbete i första hand fokuserade på att skapa en relation byggd på tillit, att hitta rätt sätt att motivera patienten, ge stöd i arbetet med mål samt använda arbetsterapeutisk erfarenhet och anpassa träningen efter patientens behov. Detta i syfte att hjälpa patienten att återta kontrollen över sitt liv. Genom att arbetsterapeuten förstod varje individs unika situation kunde han/hon variera strategierna och anpassa dem då individerna hade vitt skilda behov och deras kapacitet, mål och omgivning förändrades över tiden.

### **Den kommunala arbetsterapeutens arbete**

Aas och Grotle (2007) beskrev att inom kommunal rehabilitering och habilitering arbetade arbetsterapeuter med äldre och personer med en funktionsnedsättning, patienterna var i olika åldrar och deras funktionsnedsättning och sjukdomar var av många olika slag exempelvis neurologiska, muskuloskeletala eller kognitiva. Vidare framgick att de arbetsterapeutiska interventionerna oftast utfördes i den enskildes hemmiljö och/eller närmiljö. De kommunala arbetsterapeuternas interventioner kunde enligt Lilja och Borell (2001) handla om att träna funktioner inom exempelvis personlig vård, lära ut nya tekniker, anpassa miljön eller förskriva hjälpmedel för att öka individens självständighet. Furåker och Nilsson (2011) menade att i arbetsterapeutens konsultativa roll ingick handledning och rådgivning till patienter, närstående, vårdpersonal och kollegor. Lilja och Borell (2001) framhöll att möjliggöra aktivitet för äldre och funktionsnedsatta personer i deras hemmiljö innebar en konstant anpassning till den aktuella situationen då klientens kapacitet, mål och omgivning förändrades över tid. Därför behövde arbetsterapeuter en klientcentrerad strategi när de arbetade med patienter i kommunal hälso- och sjukvård.

Patienternas kontakt med kommunala arbetsterapeuter kan ske genom att patienten själv, närstående eller andra professioner exempelvis fysioterapeut, sjuksköterska, vårdpersonal, läkare eller biståndshandläggare tar kontakt. Ramsay (2011) beskrev att den kommunala arbetsterapeuten hade ett självständigt arbete och det fanns stora möjligheter för individuell kreativitet, men arbetsterapeuten kunde också känna sig isolerad i sin yrkesroll då han/hon ofta var den enda arbetsterapeuten i sitt område/team. Teamarbete är en viktig del i den kommunala arbetsterapeutens arbete. Enligt Thylefors, Persson och Hellström, (2005) innebar teamarbete bland annat att olika professioners utbyte av kunskap och färdigheter gav en helhetsbild av klienten, teamarbete var ett kostnadseffektivt arbets sätt samt gav en större arbetstillfredsställelse för teammedlemmarna. Månsson, (2007) beskrev att arbetsterapeuten fanns i teamet med sin unika kompetens och därmed hade ett ansvar för att leda rehabiliteringsarbetet i den kommunala hälso- och sjukvården. I studier av Atwal (2002) samt Kinn och Aas (2009) framkom att arbetsterapeuter som arbetade i team upplevde att övriga teammedlemmar inte förstod arbetsterapeutens profession och roll utan såg dem som förskrivare av hjälpmedel och deras roll undervärderades av andra professioner i teamet, främst sjuksköterskor.

Kommunala arbetsterapeuters arbete är komplext och det ställs stora krav på den enskilda arbetsterapeuten. Månsson (2007) menade att det krävdes bland annat ett tydligt uppdrag samt riktlinjer och rutiner inom exempelvis områdena dokumentation, delegering och utbildning av personal samt organiserade stödfunktioner såsom MAR, mentorskap och utvecklingsansvarig ledare för att klara arbetet. I Bergströms och Hallströms (2013) studie av hur MAR upplevde att de kunde påverka sjukgymnastik inom kommunal rehabilitering framkom att MAR på flera olika sätt försökte påverka och tydliggöra fysioterapeutens roll. Detta skedde bland annat genom att marknadsföra fysioterapeutens kompetens, framhålla vikten av att fysioterapeuten hade möjlighet att behandla/träna patienten själv samt visa på både den behandlande och handledande rollen som fysioterapeuten hade. Motsvarande forskning om hur MAR upplevde att de kunde påverka arbetsterapi inom kommunal rehabilitering fanns inte. Det fanns inte heller forskning som beskrev hur arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom kommunal hälso- och sjukvård upplevde att MAR påverkade dem i deras arbete. Därför kunde denna studie bidra till en ökad kunskap inom detta område.

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur arbetsterapeuter i den kommunala hälso- och sjukvården upplevde att MAR påverkade deras arbete och yrkesroll.

## Metod

### Design

Studien hade en kvalitativ design och var en intervjustudie med en induktiv ansats, vilket enligt Malterud (2009) innebär att kunskap från enskilda fall används för att utveckla svar på en allmän nivå. Den kvalitativa metoden valdes då den var lämplig att använda för att utforska meningsinnehållet i fenomen så som informanterna själva upplevde det och användes för att få veta mer om informanternas erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder (Malterud, 2009).

### Urval

Ett strategiskt urval gjordes, det vill säga urvalet var sammansatt utifrån målet att materialet skulle belysa problemställningen (Malterud, 2009). Tre kommuner i Skåne valdes ut utifrån kriterierna att de hade haft en MAR i två år och arbetsterapeuter som varit verksamma i kommunen i minst fem år. Det fanns ytterligare en kommun som uppfyllde kriterierna, den där författaren verkade och som därför exkluderades då intervjuer med bekanta personer inte bör ingå i det egentliga datamaterialet (Trost, 2005). Informanterna skulle ha arbetat i sin kommun i minst fem år så att de i sin beskrivning av upplevelsen av MAR även kunde relatera till tiden då den aktuella kommunen inte hade någon MAR.

Med avseende på studiens storlek och tidsåtgång begränsades antalet informanter för att materialet inte skulle bli ohanterligt och svårt att analysera (Trost, 2005). Urvalet i studien kom att bestå av fem personer.

### Undersökningsgrupp

Utgångspunkten för studien var att intervjua två informanter från varje kommun, totalt sex stycken. En av kommunerna hade vid tiden för intervjuernas genomförande endast möjlighet att delta med en informant som uppfyllde de uppställda kriterierna. Detta innebar att totalt genomfördes fem intervjuer. De fem informanterna var alla kvinnor mellan 35 år och 60 år. Deras erfarenhet som arbetsterapeut varierade mellan 10 år och 34 år och de hade arbetat i sin kommun mellan sju år och 22 år.

## **Datainsamling**

I studien användes intervjuer som datainsamlingsmetod, vilka genomfördes med informanterna individuellt. Så kallade semistrukturerade intervjuer användes. Intervjun som metod är lämplig att använda för att ta reda på människors upplevelser, erfarenheter, tankar och attityder, öppna upp för nya frågor om problemställningen (Malterud, 2009) eller förstå ämnen från informantens levda vardagsvärld ur hans/hennes eget perspektiv (Kvale och Brinkmann, 2009).

Inför intervjuerna utvecklades en intervjuguide, (bilaga 1), som innehöll en översikt av de ämnen som skulle diskuteras samt förslag till frågor (Kvale och Brinkmann, 2009). För att informanten skulle kunna prata fritt under intervjun anpassades ordningsföljden av frågorna vid varje intervju. Intervjufrågorna formulerades utifrån beskrivningar av arbetsterapeutens arbete (FSA, 2012 & SFS 2010:659), teorier om hur MAR påverkar rehabiliteringsarbetet (Weurlander, 2009; Bergström & Hallström, 2013) samt arbetsterapeutens arbete och roll i den kommunala verksamheten (Ramsay, 2011; Furåker & Nilsson, 2011; Atwal, 2002 samt Kinn & Aas, 2009).

En provintervju med en arbetsterapeut från författarens arbetsplats genomfördes för att få respons på frågor och formuleringar samt för att få en uppfattning om tidsåtgången. Efter den genomförda provintervjun begränsades intervjuguidens frågor till färre och mer öppna frågeställningar och tidsåtgången uppskattades till cirka 45 minuter. Området habilitering lades till i intervjuguiden efter att den första intervjun med en informant genomförts.

Intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplatser och spelades in på band vid intervjutillfällena. Författaren ställde fortlöpande under intervjuerna frågor såsom ”Har jag uppfattat dig rätt...” eller ”Är det så här du menar...”. På detta sätt gavs en möjlighet att validera innehållet i intervjuerna (Malterud, 2009). Intervjutiden för de fem intervjuerna varierade mellan 43 minuter och 55 minuter.

## **Procedur**

Ansvariga chefer inom respektive kommun kontaktades via telefon och e-post. De fick information om syftet med studien liksom kriterierna för urvalet av informanter. Efter chefernas godkännande skickades ett informationsbrev ut via e-post. De informanter som cheferna ansåg stämde överens med urvalet kontaktades via telefon eller e-post för en första information om studien och dess syfte samt bokning av tid och plats för intervjun. Därefter

skickades ett skriftligt informations- och samtyckesbrev via e-post till informanterna där undersökningen och dess syfte förklarades.

### **Dataanalys**

I denna studie användes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats då detta är en lämplig metod för en förutsättningslös analys av texter baserade på människors berättelser om sina upplevelser. Den kvalitativa innehållsanalysen innebär att meningsbärande delar av texten som svarar mot syftet kondenseras, kortas ner för att bli mer lätthanterlig. Därefter abstraheras texten, det vill säga innehållet lyfts till en högre logisk nivå och förses med en kod som beskriver meningsenhetens innehåll. Koder med liknande innehåll sorteras i underkategorier och därefter i kategorier. Benämningen av en kategori svarar på frågan ”Vad?”. Av kategorier skapas ett tema, det vill säga meningen eller den röda tråden som återkommer i alla kategorierna (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008).

Författaren transkriberade ordagrant de genomförda intervjuerna från inspelning till skriftligt material då den kvalitativa analysen förutsätter att materialet sammanfattas till text på ett tillgängligt och hanterbart sätt. Fördelarna med att den som deltog i samtalet själv gjorde detta var att oklarheter kunde klargöras samt att författaren fick tillgång till materialet direkt (Malterud, 2009). De transkriberade intervjuerna utgjorde studiens analysenhet. Denna lästes noggrant igenom flera gånger för att få en helhetsbild av materialet. Därefter identifierades meningsbärande enheter, det vill säga de meningsbärande delar av texten som svarade mot syftet. Dessa kondenserades, kortades ner till en mer lätthanterlig text, samtidigt som det centrala innehållet bevarades. Den kondenserade texten abstraherades, de viktigaste beståndsdelarna tolkades och dessa benämndes med en kod. För att minimera feltolkningar jämfördes koderna mot sammanhanget i meningsenheterna och den kondenserade texten. I tabell 1 visas exempel på genomförande av den kvalitativa innehållsanalysen. Koderna jämfördes avseende likheter och skillnader och sorterades in i kategorier utifrån frågeställningen ”Vad?” relaterat till innehållet. Detta arbete resulterade i nio kategorier som sammanbands i ett tema. De olika analysmomenten genomfördes tillsammans med studiens handledare.

**TABELL 1** Exempel på meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori samt kategori

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
”Det blir ju i och för sig tydliga roller när jag tänker på det här med ansvar kring lyft och lyftutbildning, det är ett sätt att tydliggöra så det är klart det har hon gjort egentligen om man tänker efter. Det här är arbetsterapeutens ansvar eller sjukgymnastens ansvar och det här är enhetschefens ansvar. Så hon har ju tydliggjort roller och det har hon ju i skydds- och begränsnings-åtgärder också.”	MAR:en har förtydligt arbetsterapeutens och sjukgymnastens ansvar gentemot enhetschefens ansvar ex. kring ansvar med lyft och lyftutbildning och skyddsåtgärder.	Förtydligt ansvar mellan professioner.	Ansvarsfördelning mellan professioner.	Tydliggör ansvarsfördelning.
//”ett av de viktigaste områdena är ju att det som MAR:en jobbar med ger ju oss en möjlighet att profilera oss och det vi gör. Det blir likvärdigt som vilken ordination som, för så tror jag inte att folk tänker”	Ger arbetsterapeuter möjlighet att profilera sig och sitt arbete för att få det likvärdigt med vilken ordination som helst.	Tydliggör arbetsterapeutens arbete.	Känna sig profilerad.	Tydliggör arbetsterapeutens yrkesroll.



## Etiska övervägande

Studien omfattade inte några patientdata och krävde därför ingen ansökan till VEN. De informanter som deltog fick information om syftet med studien både genom ett skriftligt informationsbrev som skickades ut innan intervjun samt muntlig information i samband med intervjuerna. Detta innebar att informanterna hade möjlighet att överväga risken med att delta, exempelvis ställa ett eventuellt obehag att bli intervjuad eller den tänkta tidsåtgången mot att delta och därigenom bidra med sin kunskap och erfarenhet. Informanterna informerades även om att deltagandet i studien var frivilligt och om rätten att avbryta sitt deltagande när som helst utan att ange något skäl. Ett skriftligt samtycke till inspelning av intervjuerna inhämtades i samband med att intervjuerna genomfördes. Det insamlade materialet, källdatan, behandlades i enlighet med Personuppgiftslagen. I denna studie innebar detta att informanterna i studien avidentifierades för att ingen enskild individs svar skulle vara möjligt att identifiera i resultatet. Materialet förvarades inlåst så att ingen obehörig kunde ta del av det. Uppgifter som erhöles genom intervjuerna användes endast i forskningssammanhang och i resultatet i denna studie (Vetenskapsrådet, 2011).

## Resultat

Analysen resulterade i ett övergripande tema kallat *En professionellare kommunal arbetsterapeut*. Detta övergripande tema bestod av nio kategorier som genererades från den kvalitativa innehållsanalysen. Dessa var: *Tydliggör ansvarsfördelning, Ger rådgivning och stöd, Utgör en trygghet i arbetet, Tydliggör de yttre ramar som finns, Tydliggör arbetsterapeutens yrkesroll, Profilerar rehabiliteringsarbetet utåt, Uppmärksammar beprövad erfarenhet, vetenskap och utbildningsbehov, Bidrar till utvecklingsarbete samt Utgör en sammanhållande länk*. I tabell 2 finns en sammanställning av underkategorier, kategorier samt det övergripande temat. I texten nedan beskrivs det övergripande temat och kategorierna.

**TABELL 2** Underkategorier, kategorier och tema utifrån den kvalitativa innehållsanalysen

<b>Underkategorier</b>	<b>Kategorier</b>	<b>Tema</b>
Ansvarfördelning mellan professioner	Tydliggör ansvarsfördelning	En professionellare kommunal arbetsterapeut
Rådgivning Handledning Praktiskt stöd	Ger rådgivning och stöd	
Känna trygghet vid osäkerhet eller kluriga ärenden Känna trygghet genom tydlighet Känna trygghet genom enhetlig inriktning Känna trygghet genom tillgänglighet	Utgör en trygghet i arbetet	
Tydlighet genom riktlinjer och rutiner Lagtolkning Dignitet Tydliggjort ansvaret	Tydliggör de yttre ramar som finns	
Känna sig profilerad Känna sig professionell Känna minskat svängrum	Tydliggör arbetsterapeutens yrkesroll	
Känna ett fokus på rehabiliteringsarbete Länk till ledningen	Profilerar rehabiliteringsarbetet utåt	
Vetenskap och beprövad erfarenhet Utbildningsbehov	Uppmärksammar beprövad erfarenhet, vetenskap och utbildningsbehov	
Känna delaktighet i utvecklingsarbete Pågående utvecklingsområden	Bidrar till utvecklingsarbete	
Känna ökad samverkan	Utgör en sammanhållande länk	

## **En professionellare kommunal arbetsterapeut**

Det övergripande temat *En professionellare kommunal arbetsterapeut* löpte som en röd tråd genom informanternas berättelser. Informanterna beskrev att de upplevde sig som professionellare arbetsterapeuter genom att MAR tydliggjorde vad som förväntades av dem i deras arbete, tydliggjorde för andra vad arbetsterapeutens profession innebar samt genom att MAR fanns tillgänglig för rådgivning, men också genom att tillgången till MAR kunde innebära en press att göra rätt.

## **Tydliggör ansvarsfördelning**

Enligt informanterna förenklades arbetet genom en tydligare *Ansvarsfördelning mellan professioner*. Förtydligandet innebar framförallt vad arbetsterapeut, fysioterapeut och enhetschef förväntades göra i förhållande till varandra och informanterna upplevde att det var främst i förhållande till enhetschefer som arbetet blivit lättare. Detta genom att det blivit tydligt vem som ansvarade för vad i exempelvis arbetet med förflyttningar eller skyddsåtgärder.

*”...tydligare än tidigare ut till enhetscheferna för vad som gäller kring lyftinstruktioner, det är enhetschefen som har ansvar för att personalen har den utbildning dom ska ha...”*

## **Ger rådgivning och stöd**

*Rådgivning* förekom inom flera arbetsområden. Informanterna beskrev hur de genom rådgivning kunde få hjälp med frågor som rörde avvikelser, gränsdragningsfrågor, dokumentation i patientjournal i enskilda ärenden samt hur beslutsstöd skulle användas. De berättade också att vid bedömningar i patientärenden kunde de vända sig till MAR och få rådgivning hur de skulle förhålla sig utifrån resultatet i bedömningen.

*”...jag tycker att man pratar med vår MAR ofta för att få stöttning och för att bolla dom ärenden där man känner sig tveksam//...att man har tänkt rätt i sin bedömning utifrån våra riktlinjer...”*

*Praktiskt stöd* innebar enligt informanterna hjälp med att ta reda på om en person tillhörde kommunen och hade rätt att få hjälp eller inom hjälpmedelsområdet exempelvis med felleveranser och felfaktureringar. Flera informanter beskrev också att de kunde få *Handledning*. Det kunde vara i enskilda patientärenden, vid förskrivning av hjälpmedel och i användning av olika verksamhetssystem, men även att MAR gav handledning i hur de kunde

använda återkoppling som metod för att förvissa sig om att patienter verkligen förstått den information som arbetsterapeuten gett.

*”...ta upp exempel hur kan vi tänka i patientkontakter det här med att vi ber om återkoppling så dom verkligen har förstått”*

### **Utgör en trygghet i arbetet**

MAR utgjorde en trygghet i arbetet enligt informanterna. Att *Känna trygghet vid osäkerhet eller i kluriga ärenden* innebar att MAR fanns som en trygghet i bakgrunden om informanten skulle behöva hjälp i frågor som de kände sig osäkra på. En annan aspekt som informanterna lyfte fram var *Känna trygghet genom tydlighet*. Genom en klarhet i vad som gällde i olika ärenden, bland annat genom tydligare nedskrivna riktlinjer påverkades tryggheten i arbetet på ett positivt sätt. Informanterna beskrev att det kändes som en trygghet att kunna hänvisa patienter och anhöriga till MAR för att de skulle få tydliga besked.

*”...att man kan berätta det för patient och anhöriga att vi har en MAR som är ansvarig för detta och att man skulle kunna kontakta där för att få klara besked...”*

Då var och en inte längre hittade på olika saker utifrån sin egen uppfattning beskrev informanterna att de kunde *Känna trygghet genom en enhetlig inriktning*. Informanterna beskrev också att då det var enkelt att nå MAR på olika sätt, exempelvis genom personligt besök, e-post eller telefon kunde de *Känna trygghet genom tillgänglighet*. Det var viktigt att de kunde vara öppna, inte känna sig rädda för att fråga och vara lite jobbiga. Det framgick av informanternas berättelser att de kunde lägga fram sina ärenden på olika sätt beroende på hur tillåtande MAR:s attityd var.

*”Jag tycker att det är en viktig del att man vågar öppna, öppen och inte känna sej rädd för att fråga och vara lite jobbig som ...alltså som sökande av hjälp till MAR:en eller vad man ska säga// Ah, så att det, för mej var det verkligen en trygghet och så...”*

### **Tydliggör de yttre ramar som finns**

MAR tydliggjorde de yttre ramar som fanns. Några av informanterna beskrev att under den tid det endast fanns en MAS upplevde de att det enbart var sjuksköterskorna som hade tydliga rutiner, men att nu pågick detta arbete även inom rehabiliteringsområdet.

*”...Innan hade vi en MAS enbart ju... då var det inte så, det blev ju inte så mycket stöd för vår del. Jag tror att det var mer stöd för sjuksköterskorna då än det var för vår del som arbetsterapeuter och sjukgymnaster.”*

Informanterna upplevde en större *Tydlighet genom riktlinjer och rutiner* inom förskrivningsområdet och patientsäkerhetsområdet. Riktlinjerna och rutinerna förmedlades ut till hela verksamheten och informanterna menade att de på detta sätt var bättre rustade att möta den ökade medvetenheten hos kommuninvånarna. Flera informanter beskrev att förtydligandet av de yttre ramarna hade medfört en större likhet och likvärdighet i arbetet, då möjligheten till egentolkning minskade. En annan aspekt som framkom var *Tydliggörandet av ansvaret* där en av informanterna menade att det nu var mycket tydligare vilka arbetsuppgifter som måste prioriteras utifrån vad som faktiskt gällde i lagar och författningar.

*”...det låter ju hemskt att säga att man känner hur, vilket ansvar man har...både det här med det man gör fysiskt när man träffar sin patient och sen ska man tillbaka på kammaren och skriva och har man mycket att göra så skriver man kanske inte inom den tiden man ska göra, det samlas på hög för att man har mycket att göra...”*

Det var en fördel, menade informanterna, att det fanns någon utanför gruppen som arbetade med *Lagtolkning*, både till arbetsterapeuterna men även till chefer i olika verksamheter. Fördelen var att lösningar i olika ärenden inte längre byggde på det egna tyckandet utan på svar som ingen behövde tvivla på. Informanterna upplevde också att riktlinjer, rutiner och svar som kom från MAR fick större *Dignitet* än om arbetsterapeuterna uppgav samma sak exempelvis till chefer.

*”...och att någon annan verkligen vet och där ligger lite mer tyngd bakom det hon säger på något vis...”*

### **Tydliggör arbetsterapeutens yrkesroll**

Informanterna upplevde ett tydliggörande av arbetsterapeutens yrkesroll. *Känna sig profilerad* innebar att någon med specifik rehabiliteringskunskap (MAR) tydliggjort för andra i verksamheten samt patienter och närstående vad arbetsterapeutens arbete innebar och vad en arbetsterapeut kunde göra i patientarbetet. Numera likställdes en ordination från en arbetsterapeut med ordinationer från andra yrkesprofessioner enligt informanterna. Tidigare kom annan personal och beställde hjälpmedel och förstod inte att arbetsterapeuten arbetar utifrån vissa instrument och måste göra bedömningar utifrån vissa kriterier. Även dokumentationen hade förtydligats utifrån yrkesrollen.

*”...dom tänker liksom inte att vi går in och gör en bedömning utan dom kommer till oss och beställer en sak och förstår inte riktigt vad vi har att förhålla oss till när vi ska förskriva ett hjälpmedel...”*

*Känna sig professionell* handlade om att genom tillgång till riktlinjer och rutiner samt instrument att använda i bedömningar blev arbetet mer professionellt. Några informanter tog upp aspekten att nu ställdes det krav på att arbeta professionellt och att sättet att förhålla sig till ärenden och åtaganden måste förändras. Det innebar att informanterna behövde ändra sig och sitt agerande i patientarbetet exempelvis genom att skriva journaler inom rätt tidsram, en arbetsuppgift som tidigare nedprioriterats. Informanterna beskrev att det kunde vara stressande med nya riktlinjer som inte stämde överens med det tidigare arbetssättet och patienter kunde bli irriterade och förargade när det inte längre fungerade som tidigare. Men trots detta upplevde informanterna att de tydligare riktlinjerna bidrog till att de kände sig säkrare och professionellare i sitt arbete och därigenom kunde kommuninvånarna känna sig tryggare och veta att de fick rätt hjälp. Tydliggörandet av yrkesrollen upplevdes som positivt, men hos någon informant framkom det även upplevelser av att *Känna ett minskat svängrum*, det vill säga minskat utrymme för diskussion kring alternativa åtgärder eller en minskad möjlighet till en friare syn gällande vissa rutiner.

*”...det här med skyddsåtgärder har vi också diskuterat mycket, för det har vi en rutin som har varit ett antal år och den har vi också diskuterat ganska mycket men inte kommit så långt på egentligen, för där skulle vi väl också vilja diskutera lite mera och ha kanske lite friare syn på det...”*

### **Profilerar rehabiliteringsarbetet utåt**

Informanterna beskrev att de kunde *Känna ett fokus på rehabiliteringsarbete* sedan MAR infördes. Det fanns numera ett helhetsperspektiv på vilka förändringar och förbättringar som behövde göras inom rehabiliteringsområdet för att föra utvecklingen framåt. De beskrev att tillgången till ett språkrör som fanns med i sammanhang där beslut fattades hade inneburit att rehabiliteringsfrågor drevs på ett annat sätt. Denna *Länk till ledningen* beskrevs som mycket viktig då informanterna upplevde att vikten av rehabilitering gick i vågor.

*”... hon är en länk i att få fram saker uppåt, alltså hur fungerar det här egentligen, hur drivs detta, hur är det med detta? Det är ju där hon egentligen är den som kan föra det vidare...”*

## **Uppmärksammar beprövad erfarenhet, vetenskap och utbildningsbehov**

Enligt informanterna lades mer fokus på att bedriva arbetet utifrån *Vetenskap och beprövad erfarenhet* och även saker som varit eftersatta utifrån professionen, såsom *Utbildningsbehov* och vidareutveckling uppmärksammades.

*”...det trycker ju vår MAR jättemycket på, vetenskap och beprövad erfarenhet...”*

## **Bidrar till utvecklingsarbete**

Informanterna beskrev att med stöd och hjälp av MAR flyttades fokus från det vardagliga arbetet till att *Känna en delaktighet i utvecklingsarbetet*. Delaktigheten uppstod exempelvis genom att vara med i arbetsgrupper, lämna synpunkter på olika förslag, diskussionsforum på olika möten eller genom att få individuella uppdrag inom något utvecklingsområde. De *Pågående utvecklingsområden* som nämndes var hantering av avvikelser, dokumentation, delegering, förflyttning, bildbanksprogram, medicinteknisk handbok, skyddsåtgärder samt NPÖ (Nationell Patientöversikt). I flera fall handlade det om att utveckla nya processer eller tydligare arbetssätt inom dessa områden, ibland med inspiration från omvärldsbevakning.

*”...någonting som har arbetats väldigt mycket med nu där MAR:en också har varit involverad är att särskilja de olika begreppen, alltså vardagsrehabilitering, vad är delegering och vad är instruktion, handledning och sånt.”*

## **Utgör en sammanhållande länk**

Några informanter berättade att genom att information som var kommunövergripande gavs på gemensamma forum kunde de *Känna en ökad samverkan*. Dessa forum innebar en möjlighet att träffa kollegor inom andra verksamheter och på så sätt hade samverkan mellan olika verksamheter, exempelvis äldreomsorg och LSS-verksamhet ökat.

*”...övergripande i kommunen tycker jag också att det är till stor hjälp att det blir mer lika mellan äldreomsorg och LSS verksamhet och att man ändå har lite koll på vad dom andra gör och träffas...”*

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva hur arbetsterapeuter inom kommunal hälso- och sjukvård upplevde att MAR påverkade deras arbete och yrkesroll. Resultatet i studien beskriver att informanternas upplevelse till övervägande del är positiv, de känner sig som professionellare arbetsterapeuter. Detta kan till stor del relateras till informanternas upplevelse av att MAR tydliggör deras arbete och yrkesroll och finns som ett stöd för professionen. Resultatet pekar på att stödet behöver komma från en person med specifik kunskap inom rehabiliteringsområdet och som finns med i sammanhang där beslut fattas. Det som inte framkommer i studien är om arbetsterapeuter upplever en skillnad i hur MAR påverkar arbetet och yrkesrollen om det finns en chef som kan ge det stöd som beskrivs ovan. Detta beror på att frågorna i studien inte ställts utifrån det syftet. I studien framgår också att informanterna upplever att kraven på den enskilda arbetsterapeuten ökar och att diskussionsutrymmet minskar i vissa frågor genom tillgången till MAR. Nedan väljer författaren att fördjupa diskussionen kring några av resultaten.

#### *Tydliggöra arbetsterapeutens profession*

Studiens resultat indikerar att det finns ett behov av att tydliggöra arbetsterapeutens profession och arbete i den kommunala hälso- och sjukvården. Ädelreformen, 1992, Handikappreformen, 1994 och kommunaliseringen av hemsjukvården (i Skåne), 1997 innebär att arbetsterapeuter finns i denna verksamhet sedan många år tillbaka. Ändå beskriver informanterna att de blir sedda som hjälpmedelsförmedlare och att deras ordinationer inte likställs med andra professioners. I samband med skatteväxlingen 1997 växladet det över betydligt fler arbetsterapeuttjänster än fysioterapeuttjänster av den anledningen att arbetsterapeuterna vid den tidpunkten var de huvudsakliga hjälpmedelsförskrivarna. På informanternas berättelser verkar det som om detta synsätt ännu lever kvar. Kinn och Aas (2008) beskriver att andra professioners syn på arbetsterapeuter är ”handarbetsdamen”, ”köksträningssdamen” eller ”hjälpmedelsexperten”. (s.116) En av anledningarna till detta är att arbetsterapeuter har svårt att beskriva sina terapeutiska verktyg och det finns ett gap mellan hur arbetsterapeuter presenterar sin verksamhet och åtgärder och hur de implementerar dem. Behovet av att konstruera professionella gränser som är relevanta för arbetsterapeuternas arbetsuppgifter betonas. Kinn och Aas (2008) konstaterar att arbetsterapeuter står inför



ideologiska dilemman i sitt praktiska arbete och då de arbetar tillsammans med andra professioner krävs att de kan försvara sina handlingar. Ett sätt att förtydliga den kommunala arbetsterapeutens arbete är att i det praktiska arbetet använda sig av arbetsterapeutiska modeller, exempelvis CMOP-E. Boniface et al. (2008) visar att om arbetsterapeuter öppet använder de teorier som denna modell beskriver ökar bevisen för det praktiska arbetet eftersom modellen visar hur arbetsterapeuten tänker och inte bara hans eller hennes agerande. Informanterna i studien beskriver att MAR tydliggjort deras profession utifrån vad arbetsterapeutens arbete innebär, vad en arbetsterapeut kan göra i patientarbetet samt i termer av tillgång till riktlinjer, rutiner och bedömningsinstrument. Ingen av informanterna tar upp att tydliggörandet har skett utifrån en arbetsterapeutisk modell. En anledning skulle kunna vara den som Boniface et al. (2008) beskriver i sin studie, att arbetsterapeuter som tidigare använt modellen i sitt arbete har låtit pappersarbetet ta överhand och bli modell istället och det teoretiska stödet har hamnat i skymundan. Eftersom riktlinjer och rutiner utformas utifrån lagar och författningar är det inte otänkbart att informanterna har påverkats utifrån detta i sitt arbete.

I Bergströms och Hallströms (2013) studie beskriver MAR att de genom sitt uppdrag har en möjlighet att skapa förutsättningar för sjukgymnasten att utöva sitt arbete. De marknadsför sjukgymnastens kompetens och genom denna markering skapas en förbättrad kunskap kring sjukgymnastens arbete vilket leder till högre status för professionen. Även Weurlander (2009) framhåller att en effekt för en verksamhet som har en MAR är en förtydligad ansvars- och rollfördelning. Enligt författarens uppfattning ger informanterna i studien uttryck för att även de behöver och får denna hjälp av MAR i arbetet med att tydliggöra gränser mellan den egna professionen och andras. Genom att MAR är en länk till ledningen och driver dessa frågor på ledningsnivå har kunskapen om arbetsterapeuternas arbete ökat.

### *Professionellare kommunal arbetsterapeut*

Den kommunala arbetsterapeuten har ett komplext arbete med många krav som ska uppfyllas. Månsson (2007) beskriver att arbetsterapeuten behöver stöd i sitt arbete genom att få ett tydligt uppdrag, tillgång till tydliga riktlinjer och rutiner och handledning i sitt arbete. Informanterna berättar i flera sammanhang att de upplever sig som professionellare arbetsterapeuter och de beskriver det exempelvis i termer av tillgång till tydligare riktlinjer, rådgivning och handledning, enhetlig inriktning, utvecklingsarbete och arbete med vetenskap och beprövad erfarenhet. Författaren tolkar detta som att informanterna ger uttryck för att

denna typ av initiativ och åtgärder behövs för att arbetsterapeuter ska uppleva känslan av att utföra sitt arbete på ett professionellt sätt. Denna aspekt kan jämföras med när arbetsterapeuter upplever sig vara kompetenta i sitt arbete. Ofta relateras detta till det direkta patientarbetet. Gahnström-Strandqvist, Tham, Josephsson och Borell (2000) visar att känslan av att vara kompetent som arbetsterapeut uppstår när ett resultat nås i rehabiliteringsarbetet och resultatet tillfredsställer båda parter, men även när arbetsterapeuten upplever att han/hon kan använda förmågan och kunskapen för att utforma och framgångsrikt använda strategier och interventioner som är anpassade till klientens perspektiv. Författaren menar att det är två olika upplevelser att vara en kompetent arbetsterapeut och en professionell arbetsterapeut. Studien antyder att det krävs både de åtgärder som informanterna i studien beskriver och de parameterar som Gahnström-Strandqvist et al. (2000) tar upp för att arbetsterapeuter ska känna sig både kompetenta och professionella i sitt arbete.

Informanterna beskriver hur de som professionellare arbetsterapeuter bedriver ett mer patientsäkert arbete där patienten kan känna sig trygg i att få rätt vård. Flera av informanterna berättar under intervjuerna att de upplever en skillnad i arbetet från tiden när verksamheten enbart har en MAS. Denna tid beskrivs i termer av avsaknad av rutiner och avsaknad av stöd och att det inte är lätt för MAS att sätta sig in i rehabiliteringsområdet. Frågan som kan ställas utifrån detta är om MAS kan tillgodose att kommunal rehabilitering bedrivs på ett patientsäkert sätt? Enligt hälso- och sjukvårdslagen 24§ ska den kommunala hälso- och sjukvården ha en MAS medan MAR inte är lagstadgat. Finns ingen MAR är det MAS uppgift att bedriva patientsäkerhetsarbetet inom rehabiliteringsområdet. MAS är alltid sjuksköterska till sin profession och har därmed ingen utbildning inom rehabiliteringsområdet i sin grundprofession. I Socialstyrelsens (2014) kartläggning framgår att MAS måste ha relevant kompetens för att klara sitt uppdrag. MAR ses som ett komplement och en tillgång till MAS i arbete som är specifikt riktat mot rehabiliteringsinsatser, då MAS uppger att detta kompetensområde kan de inte själva axla tillfredsställande. Författaren har inte funnit någon studie som undersöker likheter och skillnader i kommuner med och utan MAR och hur detta påverkar arbetsterapeuternas arbete eller rehabiliteringsarbetet. Resultatet i denna studie pekar på att det finns en skillnad och en fråga som kan ställas är hur kommuner med enbart MAS säkerställer patientsäkerheten i rehabiliteringsarbetet?

### *Krav på arbetsterapeuten*

I arbetsterapeutens uppgifter ingår att utveckla sin professionella kompetens och bidra eller delta i utvecklingsarbete (FSA, 2012). Ett intressant perspektiv, enligt författarens mening, är hur informanterna reflekterar över att tillgången till MAR ställer krav på den enskilda arbetsterapeuten. MAR ställer krav på en förändring av förhållningssättet till ärenden och åtaganden och svängrummet för en friare tolkning gällande vissa rutiner minskar.

Informanterna beskriver att MAR ger signaler om att det krävs ett förbättringsarbete på individnivå. Detta kan upplevas som jobbigt då det innefattar både att ändra sig själv men också att förklara för patienter varför det blir förändringar i till exempel bedömningsarbetet. En informant tar upp att vissa delar i arbetet nu är så styrda att diskussioner kring alternativa åtgärder eller möjligheter till en friare syn än det som anges i riktlinjer är minimerad. Detta kan vara en konsekvens av att MAR ställer högre krav på patientsäkerhetsarbetet, men författaren menar att det också kan höra samman med hur informanterna upplever MAR:s attityd i olika frågor. Informanterna beskriver att det är viktigt att kunna vara öppna i sina kontakter med MAR och våga vara lite påfrestande i sina frågeställningar. Det är med andra ord viktigt att MAR skapar forum för dialog och diskussion för att få arbetsterapeuternas förtroende.

### *Hemrehabilitering och teamarbete*

Två områden som författaren förväntade sig att informanterna ska lyfta upp var hemrehabilitering och teamarbete då detta är områden som dominerar den kommunala arbetsterapeutens arbete. Att ingen av informanterna tog upp dem kan bero på, som en av informanterna uttryckte det: ”Vi jobbade väldigt mycket ett tag med hemrehabilitering, men nu efterfrågar ingen det och nu är det nya projekt som är i fokus.”. För att rehabilitering ska bli en självklar del i den kommunala vården och omsorgen måste den genomsyra verksamheten och inte betraktas som en speciell insats (Socialstyrelsen, 2003). Rehabiliteringsarbetet måste integreras i det dagliga arbetet och rehabiliteringsfrågor bedrivs på ledningsnivå. Informanterna uttrycker att MAR är en möjlighet att få en långsiktighet i detta arbete genom att vara en länk till ledningen och se till att rehabiliteringsfrågorna alltid är med på agendan.

## **Metoddiskussion**

### *Design och metod för datainsamling*

Syftet med studien var att undersöka arbetsterapeuters upplevelser av hur MAR påverkar deras arbete och yrkesroll. För att studera upplevelser, erfarenheter och attityder valde författaren att genomföra en studie med kvalitativ design och som datainsamlingsmetod användes semistrukturerade intervjuer (Malterud, 2009). Författaren anser att denna design och metod gav möjligheter att få informanterna att utveckla sina svar och att fånga upp nyanser under själva datainsamlingen med målet att förstå informanternas upplevelser (Malterud, 2009). Fokusgrupper var inget alternativ då syftet var att fånga flera arbetsterapeuters upplevelser och vid en fokusgruppsintervju uppstår lätt en situation där man får majoritetssynpunkter (Trost, 2005).

Det är första gången författaren använder sig av semistrukturerade intervjuer, vilket kan påverka resultatet. Forskningsintervjuer är ett hantverk, det vill säga en färdighet man lär sig genom att utföra egna intervjuer, genom att få vara med skickliga intervjuare samt att läsa genomarbetade rapporter (Kvale & Brinkmann, 2009). I författarens förberedelser inför intervjuerna ingick genomgång av litteratur som handlar om kvalitativa intervjuer, utarbeta intervjuguide samt en provintervju med en arbetsterapeut på författarens arbetsplats. Efter provintervjun gjordes förändringar i intervjuguiden, den fick färre och mer öppna frågor. Den förändrade intervjuguiden testades inte innan intervjuerna med informanterna startade, vilket hade kunnat medföra ett mer validerat resultat. Den intervjuade ska känna sig trygg i den miljö som intervjun utförs i (Trost, 2005). I studien fick informanterna välja plats för genomförandet av intervjun och alla informanter valde att vara i en lokal i samband med sin arbetsplats. Intervjuerna genomfördes i avskildhet och utan avbrott av något slag. Varje intervju som genomfördes är i sig ett lärotillfälle och detta innebär att intervju ett och fem inte genomfördes på samma sätt. Vid intervjutillfällena användes den semistrukturerade intervjuens möjligheter att ändra ordningen på frågorna och att ställa följdfrågor. Författaren använde under intervjusituationen sin förförståelse i ämnet för att kunna ställa följdfrågor och följa upp intervjupersonens svar (Kvale & Brinkmann, 2009).

### *Förförståelse*

Författaren är medveten om att studien kunde påverkas av den förförståelse författaren har. Malterud, (2009) beskriver förförståelse som de erfarenheter, hypoteser, yrkesmässiga perspektiv och teoretiska referensramar som är vårt bagage in i studien. I denna studie byggde författarens förförståelse på den egna erfarenheten som MAR och de fakta som inhämtades i den teoretiska referensramen. Författaren har strävat efter att använda förförståelsen på ett positivt sätt för att stimulera berättandet vid genomförandet av intervjuerna, men har i analysarbetet försökt att hålla en neutral inställning till resultatet.

### *Urval*

I studien användes ett strategiskt urval. Strategiska urval används utifrån målsättningen att materialet ska belysa problemställningen. Erfarenhetsbaserad områdeskunskap är en viktig förutsättning för att samla data från relevanta källor vid ett strategiskt urval (Malterud, 2009) och förförståelsen kan här vara en fördel. I två av kommunerna var det informanternas chef som var behjälplig i urvalet medan det i en av kommunerna var MAR som hjälpte till att sprida informationen till tänkbara informanter. Detta berodde på att det inte fanns någon annan person vid studiens genomförande som hade möjlighet att hjälpa till. Förfaringsättet kan påverka urvalet av informanter, men det finns inget i intervjusituationerna som tyder på att så är fallet då informanterna har fått anmäla sig frivilligt till att delta i studien. Författaren ville genomföra intervjuerna genom ett personligt möte med informanterna eftersom detta ger en möjlighet att fånga även icke-språklig information såsom gester och ansiktsuttryck och detta kan tillföra ännu en dimension i tolkningen av materialet (Kvale & Brinkmann, 2009). Detta medförde samtidigt en begränsning i form av att det geografiska avståndet inte fick vara för stort. Därför begränsades studien till kommuner i Skåne. Då skånska kommuner inte har lika lång erfarenhet/tradition av att ha MAR som kommuner i exempelvis Mellansverige kan detta medföra att arbetsterapeuter som har en längre erfarenhet av att ha MAR ger uttryck för andra upplevelser än de som framkommer i denna studie.

Ur ett mycket homogent material kan det vara svårt att få fram data och nyanser som ger ny kunskap vilket innebär att ett urval med tonvikt på variation ger större möjligheter att beskriva fler nyanser av samma fenomen (Malterud, 2009). I studien var de fem informanterna alla kvinnor vilket kan innebära en smalare variation i beskrivningen av upplevelser än om någon av informanterna varit män. Den variationsbredd som finns gäller informanternas ålder (mellan 35 år och 60 år), antal år som färdigutbildade arbetsterapeuter (mellan 10 år och 34

år) och arbetslivserfarenhet inom kommunal hälso- och sjukvård (mellan sju år och 22 år). Kriterierna att informanterna ska ha arbetat i den aktuella kommunen de senaste fem åren samt att kommunen ska ha MAR sedan två år tillbaka innebär att informanterna har haft möjlighet att uppleva hur MAR kan påverka arbetet men ändå har möjlighet att beakta upplevelser från den tid då MAR inte fanns i verksamheten, vilket kan ge en variationsbredd i upplevelserna.

### *Analysmetod*

I studien användes metoden kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats för att bearbeta det insamlade materialet. Denna metod fokuserar på en förutsättningslös analys av texter, det vill säga det insamlade materialet tolkas (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008). Då författaren inte har någon erfarenhet av att använda denna metod genomfördes analysen tillsammans med studiens handledare. Detta har stärkt resultatet då vi varit två personer som varit delaktiga i analysarbetet. Vid en kvalitativ innehållsanalys ska som huvudregel inga data falla mellan två kategorier eller passa in i två kategorier, vilket kan vara svårt att tillgodose när en text handlar om upplevelser (Graneheim Hällgren & Lundman, 2008). I analysarbetet har uttömmande kategorier försökt att uppnås genom en noggrann jämförelse mellan det analyserade materialet och studiens syfte samt den kontext som omfattar studien.

### *Trovärdighet*

För att validera resultatet, ställa frågor om kunskapens giltighet (Malterud, 2009) kan begreppen trovärdighet, giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet användas i kvalitativa studier (Graneheim Hällgren och Lundman, 2008). Trovärdighet är då ett överordnat begrepp som innefattar de övriga tre. Under intervjuerna ställdes kontinuerligt frågor såsom ”Har jag uppfattat dig rätt...?” eller ”Menar du att...?” ”Kan du utveckla mer kring...?” etcetera. På detta sätt ökar möjligheten för författaren att kontrollera den egna uppfattningen av svaren med informanten, vilket ökar giltigheten i svaren (Malterud, 2009). Ytterligare ett sätt, enligt Malterud (2009) att öka giltigheten är användningen av citat i resultatredovisningen som illustrerar huvudpoängen. Genom att noga beskriva de olika stegen i analysarbetet försöker författaren stärka resultatets tillförlitlighet. Resultatets tillförlitlighet stärks också genom att handledaren varit delaktig i analysarbetet på detaljnivå. Enligt Graneheim Hällgren och Lundman, (2008) är det läsaren som avgör om resultatet är överförbart till andra kontexter. För att underlätta detta ställningstagande är det viktigt att noga beskriva urval, deltagare, datainsamling, analys och studiens kontext och dessa steg i processen beskrivs i studien.

Denna studies överförbarhet ska ses i relation till att den endast omfattar fem intervjuer. Det är också svårt att återskapa samma situationer då människor hela tiden utvecklas och gör nya erfarenheter och bakgrunden för ett svar på en fråga hela tiden förändras (Trost, 2005).

## Slutsats

Resultatet från dessa fem intervjuer talar för att kommunala arbetsterapeuters upplevelse av MAR i sitt arbete och yrkesroll kan sägas vara övervägande positiv. Genom det arbete MAR utför inom olika områden upplever kommunala arbetsterapeuter att deras arbete blir professionellare och patientsäkerheten högre. Utifrån detta kan man fundera över hur kommunala arbetsterapeuter i verksamheter som inte har MAR upplever sitt arbete och ett fördjupningsområde skulle kunna vara att jämföra hur arbetsterapeuter i kommuner med enbart MAS och arbetsterapeuter i kommuner med MAR upplever påverkan i sitt arbete och yrkesroll.

## Referenser

Aas, R. W., & Grotle, M. (2007). Clients using community occupational therapy services: Sociodemographic factors and the occurrence of diseases and disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(3), 150-159.

Atwal, A.(2002). A world apart: how occupational therapists, nurses and care managers perceive each other in acute health care. *British Journal of Occupational Therapy*, 65 (10),446-452.

Bergström, E., & Hallström, R. (2013). *Sjukgymnastik inom kommunal rehabilitering*. (Examensarbete från Fysioterapeutprogrammet). Göteborgs universitet, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, 405 30 Göteborg.

Boniface, G., Fedden, T., Hurst, H., Mason, M., Phelps, C., Reagon, C., & Waygood, S. (2008). Using theory to underpin an integrated occupational therapy service through the Canadian model of occupational performance. *British Journal of Occupational Therapy*, 71 (12), 531-539.

Furåker, C., & Nilsson, K. (2011).The consultative work of occupational therapists working in municipal healthcare. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 101-108. doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/11038121003686179>

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2012). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Gahnström-Stranqvist, 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 (1), 15-25.

Graneheim Hällgren, U., & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (159-171). Lund: Studentlitteratur.

Guidetti, S., & Tham, K. (2002). Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: a qualitative study. *Occupational Therapy International*, 9(4), 257-276.

Gustafsson, U., Gunnarsson, B., Boman-Sjöstrand, Å., & Grahn, B. (2010). *Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner* (FoU-rapport 2010:11). Växjö: FoU Kronoberg.

Kinn, L. & Aas, R. (2009). Occupational therapist´s perception of their practice: A phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(2), 112-121. doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1440-1630.2007.00714.x>



Kommunförbundet Skåne och Region Skåne. (2009). *Överenskommelse om habiliteringen i Skåne*. Hämtad 2014-05-30, från <http://www.kfsk.se/download/18.1e3fc24a12630f2792780006059/1377196015875/%C3%96verenskommelse+om+habilitering+i+Sk%C3%A5ne.pdf>

Kommunförbundet Skåne och Region Skåne. (2009). *Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne*. Hämtad 2014-02-17, från <http://www.kfsk.se/download/18.1e3fc24a12630f2792780006060/1377196015910/%C3%96verenskommelse+som+reglerar+ansvar+och+samverkan+inom+h%C3%A4lso-+och+sjukv%C3%A5rdsomr%C3%A5det+mellan+Region+Sk%C3%A5ne+och+kommunerna+i+Sk%C3%A5ne.pdf>

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

Lilja, M., & Borell, L. (2001). Occupational therapy practice patterns with older swedish persons at home. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 50-59.

Malterud, K. (2009) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning (2 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

MAR nätverket. (2014). *Medicinskt ansvarig rehabilitering*. Hämtad 2014-10-27 från <http://www.mas-ccn.org/mar.htm>

Månsson, M. (2007). *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?*. Solna: Fortbildning i Stockholm AB.

Ramsay, R. (2011). Voices of community-practicing occupational therapists: An exploratory study. *Occupational Therapy in Health Care*, 25 (2/3), 140-149. doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/07380577.2011.569856>

*Regeringens kommittédirektiv 2014:27. Betalningsansvarslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

*Regeringens proposition 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård för äldre och handikappade mm*. Stockholm: Socialdepartementet.

*Regeringens proposition 1992/93:159. Om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2003). *Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2007a). *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2007b). *Tillgången till habilitering och rehabilitering för personer som har insatser enligt LSS*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). *Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitetssäkrande funktioner*. Stockholm: Socialstyrelsen.

*Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) 2007:10*. Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens termbank. (2007). *Term rehabilitering*. Hämtad 2014-02-17, från <http://termbank.socialstyrelsen.se/ViewTerm.aspx?TermID=2431>

Socialstyrelsens termbank. (2007). *Term habilitering*. Hämtad 2014-02-17, från <http://termbank.socialstyrelsen.se/ViewTerm.aspx?TermID=2431>

*Svensk författningssamling(SFS) 1982:763*. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

*Svensk författningssamling(SFS) 2010:1369*. Patientsäkerhetsförordning. Stockholm: Socialdepartementet.

*Svensk författningssamling(SFS) 2010:659*. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet.

*Svensk författningssamling(SFS) 1998:204*. Personuppgiftslag. Stockholm: Justitiedepartementet.

Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 102-114.

Townsend, E. A., & Polatajko, H.J. (Eds.). (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

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

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Weurlander, I. (2009). *Medicinskt ansvarig för rehabilitering. Försök med MAR-funktion i Stockholms stad 2008-2009. Studie 2 (Rapport nr 2009:8)*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.



	många gånger. Upplever du att tillgången till MAR påverkar detta på något sätt?
Rehabiliteringsarbetet/habiliteringsarbetet i kommunen	-På vilket sätt upplever du att MAR påverkar rehabiliteringsarbetet/habiliteringsarbetet i kommunen?
Teamarbetet	-Upplever du att tillgången till MAR skapar förutsättningar för ett teamarbete? På vilket sätt?
Effekt för den enskilde patienten	-På vilket sätt upplever du att MAR ger effekt för den enskilde patienten? Beskriv.
Forskning och utveckling	-Hur upplever du att MARs roll påverkar arbetsterapeutens arbete inom området forskning och utveckling?
Rutiner och riktlinjer	-På vilket sätt upplever du att MAR tar tillvara arbetsterapeuternas kunskap och kompetens i arbetet med rutiner och riktlinjer?