



**LUNDS UNIVERSITET**

Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper  
Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap

# **Fördomar och okunskap – en kvalitativ studie om arbetsterapeutens roll inom den palliativa vården**

Författare: Sofie Flink  
Christoffer Palm

Handledare: Cecilia Pettersson

Juni 2015

**Kandidatuppsats**

Adress: Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper  
Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap

Juni 2015

## Fördomar och okunskap – en kvalitativ studie om arbetsterapeutens roll inom den palliativa vården

Sofie Flink och Christoffer Palm

### Abstrakt

Sedan 1970-talet har det forskats om hur arbetsterapi bidrar och främjar för individer i livets slutskede. Även om det är vanligt med verksamma arbetsterapeuter inom den palliativa vården måste mer forskning som stödjer professionen utvecklas för att stärka arbetsterapeutens betydelse inom den palliativa vården. Andra professioner inom vården samt verksamma arbetsterapeuter inom andra områden har en vag uppfattning om arbetsterapi inom palliativ vård och användning av aktivitet som intervention samt hur arbetsterapi främjar patienters välbefinnande i livets slutskede. **Syftet:** Att beskriva arbetsterapeutens roll inom palliativ vård och användning av aktivitet som intervention för individer med kort tid kvar i livet. **Metod:** Studien utfördes med en kvalitativ ansats. Nio semistrukturerade intervjuer genomfördes med arbetsterapeuter som jobbar eller har jobbat inom palliativ vård. Analysen genomfördes enligt Graneheim & Lundmans metod - manifest innehållsanalys. I **resultatet** framkom det två huvudkategorier som beskrev arbetsterapeutens roll och interventioner. Den första huvudkategorin *arbetsterapeutens roll inom palliativ vård* beskrev vad som är viktigt att tänka på vid bemötande av svårt sjuka patienter. Den andra huvudkategorin *avsaknad av aktivitetsbaserade interventioner inom palliativ vård* beskrev arbetsterapeutens interventioner som utfördes ute i verksamheterna. **Slutsats:** Studien stärkte den forskning som redan finns och studien visade på att arbetsterapeuter inom palliativ vård upplevde att det finns okunskap och fördomar om arbetsterapi samt att aktivitetsbaserade interventioner inte användes i den utsträckning som önskades.

Nyckelord: klientcentrering, meningsfull aktivitet, livskvalitet, arbetsterapi, avancerad vård i hemmet, i livets slutskede

Kandidatuppsats

Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper  
Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap

June 2015

## Prejudice and ignorance – a qualitative study of the occupational therapist's role in palliative care

Sofie Flink and Christoffer Palm

### Abstract

Scientific research about how occupational therapy has helped and promoted individuals in their final stages of life, has been conducted since the 1970's. Even if palliative care within the profession has not been unusual, more research that supports the care method to strengthen the occupational therapist's role is needed. Other professions within the health care sector and occupational therapists working with other sectors than the palliative care, have a vague idea of occupational therapy in palliative care. This leads to a lack of understanding on how occupational therapy promotes the patients' well-being at their final stage in life. **Purpose:** To investigate the occupational therapist's role in the palliative care and how they use the activity as an intervention for people with limited time left in life. **Method:** The study was conducted using a qualitative approach. Nine semi-structured interviews were conducted with participants who are working, or have worked, in palliative care. The data was analysed using manifest content analysis according to Granheim and Lundman. The **results** revealed two main categories that described the occupational therapist's role and interventions. The first main category was *occupational therapy in palliative care* which described what was important to consider while treating a critically ill patient. The second main category was *lack of activity-based interventions in palliative care* which described the occupational therapist's interventions performed today in the field. **Conclusion:** The study did not generate new knowledge but strengthened the research that already exists. The study showed that occupational therapists in palliative care felt that there was an ignorance and prejudice about occupational therapy and activity-based interventions was not used to the extent desired.

Keywords: client-centered, meaningful occupation, quality of life, occupational therapy, advanced home care, final stages of life

Bachelor thesis

Health Sciences, Occupational therapy and occupational science, Box 157, S-221 00 Lund

# Innehållsförteckning

1.1 Inledning .....	5
2.1 Bakgrund .....	6
2.2 Arbetsterapi inom palliativ vård .....	6
2.3 Palliativ vård.....	6
2.4 Vårdformer inom palliativ vård .....	7
2.4.1 Avancerad vård i hemmet .....	7
2.4.2 Specialiserad palliativ slutenvård .....	7
2.5 Arbetsterapi.....	7
2.6 Aktivitet som arbetsterapeutisk intervention .....	8
2.7 Okunskapen kring vikten av arbetsterapi .....	8
3.1 Syfte .....	9
4.1 Metod.....	9
4.2 Design.....	9
4.3 Urval .....	9
4.4 Datainsamling .....	10
4.5 Procedur.....	10
4.6 Dataanalys .....	11
4.7 Etiska övervägande.....	13
5.1 Resultat.....	13
5.2 Arbetsterapeutens roll inom palliativ vård.....	14
5.2.1 Förhållningssätt inom palliativ vård .....	14
5.2.2 Okunskap kring arbetsterapins betydelse inom palliativ vård .....	15
5.3 Avsaknad av aktivitetsbaserade interventioner inom palliativ vård .....	16
5.3.1 Brist på aktivitetsbaserade interventioner och hjälpmedel är i centrum .....	17
5.3.2 Patienten styr interventionerna .....	17
5.3.3 Tiden begränsar möjligheten till att utföra skapande intervention .....	18
6.1 Diskussion .....	18
6.2 Resultatdiskussion .....	18
6.3 Metoddiskussion.....	21
7.1 Slutsats .....	24
Referenslista.....	25
Bilaga 1 .....	30

## 1.1 Inledning

Efter vår verksamhetsförlagda utbildning inom den palliativa vården fick vi insyn i hur lite aktivitetsbaserade interventioner det finns i den palliativa vården idag. Vi upplevde att arbetsterapeuter arbetar mer med hjälpmedel än med aktivitet som fokus. Vi ställde oss frågan hur det kommer sig att aktivitetsbaserade interventioner inte används mer frekvent? Detta skapade en drivkraft att fördjupa oss inom ämnet då vi ville få en ökad kännedom om ämnet samt att lyfta fram arbetsterapeutens styrkor och roll inom den palliativa vården. Även om arbetsterapi i livets slutskede inte är något nytt, behövs det ny forskning som stödjer detta relativt outvecklade område. Vi upplever att arbetsterapeuter inom palliativ vård ifrågasätts av andra vårdprofessioner och det är inte självklart vad vi som arbetsterapeuter kan bidra med inom palliativ vård. Våra förhoppningar är att andra vårdprofessioner tar del av studien och kan få en grundläggande förståelse för den arbetsterapeutiska professionens vikt och betydelse av arbetsterapi inom palliativ vård för att på så sätt undvika fördomar och okunskap kring yrket.

## 2.1 Bakgrund

### 2.2 Arbetsterapi inom palliativ vård

Att stödja patienten att leva i nuet är en stor del av arbetsterapeutens roll (Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, 2001). Det kan göras genom att stötta patienten att upprätthålla de livsroller som patienten anser viktiga såsom att vara pappa/mamma eller syskon. Det kan även vara att avveckla nuvarande roller och att acceptera och ta till sig sin nya roll som döende. Patienten behöver stöd i att se möjligheter att behålla sin självkänsla och kontroll över sin situation och detta stöd kan erbjudas av en arbetsterapeut (Mosey, 1986).

En individ i livets slutskede upplever märkbara störningar i sin vardag och en sådan störning kan handla om förlust av färdigheter och/eller arbetsförmåga (Kaye, 2006). Då individen upplever förlust av meningsfulla aktiviteter och roller kan detta bidra till ohälsa. När individen inte längre klarar av att göra det som tidigare varit en självklarhet blir döden mer uppenbar (Keesing & Rosenwax, 2011). Arbetsterapeuter arbetar för att bidra till bättre hälsa och välmående för individen och ett av arbetsterapeutens åtagande är att stötta individens engagemang till en daglig aktivitet som av patienten upplevs som meningsfull och detta för att öka individens livskvalitet (Burkhardt, Ivy, Kannenberg, Low, Marc-Aurele & Youngstrom, 2011). När en individ utför en meningsfull aktivitet ökar möjligheten att uppslukas av tid och rum vilket är ett sätt att ge individen chans att tänka bortom smärta och lidande (Csíkszentmihályi, 1996).

### 2.3 Palliativ vård

Socialstyrelsen (2011) definierar begreppet *palliativ vård i livets slutskede* som vård som ges den sista tiden i livet. Med *livets slutskede* menas att döden är ofrånkomlig och att patienten inom en överskådlig framtid kommer att avlida. Det finns en stor variation på diagnoser inom palliativ vård och några exempel kan vara cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, neurologiska sjukdomar samt lungsjukdomar (Andershed, Ternstedt & Håkansson, 2013). Oavsett diagnos är patienternas förutsättningar individuella och därför behöver också den aktivitetsbaserade interventionen vara individuell (Cooper, 2006).

Patienten är oftast långt gångna i sin sjukdom och är oftast döende. Målet med vård i livets slutskede är att skapa livskvalitet, lindra smärta och andra symtom, erbjuda psykologiskt-

socialt- och andligt stöd så patienten får en god sista tid i livet (Beck-Friis & Strang, 2005; Nationella rådet för palliativ vård, 2010).

Världshälsoorganisationen [WHO] definierar den palliativa vården enligt följande: “/.../ palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och de närstående, genom att förebygga och lindra lidandet genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med livshotande sjukdom” (World Health Organization, 2002, s.84). Precis som organisationen WHO menar Kaasa (2001) att vid omständigheter så som ovan nämnda så är palliativ vård aktuellt.

## **2.4 Vårdformer inom palliativ vård**

### *2.4.1 Avancerad vård i hemmet*

Beck-Friis & Strang (2005) beskriver avancerad vård i hemmet [ASiH] som en specialiserad sjukvård som utförs av kompetent omvårdnadspersonal och användande av medicinsk teknik. Beck-Friis & Strang (2005) menar att denna typ av vård skapar möjlighet för individer att vårdas i hemmiljö och att där få lika avancerad sjukvård som på ett sjukhus. Målgruppen för ASiH är patienter med stabilt sjukdomstillstånd, men som är i behov av specialiserad medicinsk vård. Ett multidisciplinärt vårdteam bestående av olika professioner arbetar för att främja individens fysiska, psykiska och sociala behov.

### *2.4.2 Specialiserad palliativ slutenvård*

Ekvall (2003) beskriver att specialiserad palliativ slutenvård skiljer sig från ASiH. På en specialiserad palliativ slutenvård vårdas patienter som befinner sig i ett palliativt skede på sjukhus och inom vård- och omsorgsboende. Ekvall (2003) menar att patienterna har ett krävande vårdbehov och målgruppen är patienter med komplexa sjukdomar som inte längre svarar på behandling och med en begränsad livstid. Vidare inom slutenvården ligger fokus på smärtlindring och omvårdnad då patienterna har sjukdomar som inte längre kan behandlas.

## **2.5 Arbetsterapi**

I arbetet med människor är respekt för mänskliga rättigheter och människors lika värde centralt. Denna typ av humanistiska människosyn betonar människans egenvärde och autonomi, individens frihet och ansvar samt individens skapande och reflekterande förmåga (Olivestam & Thorsén, 2000). Kielhofner (2009) anser att för att få kännedom om vilka

aktiviteter som anses vara meningsfulla för patienten är det viktigt att arbeta klientcentrerat. Grundtanken med klientcentrering inom arbetsterapi är att patienten skall göra, tänka och känna själv då det handlar om patientens val. Klientcentrerat förhållningssätt innebär att arbetsterapeuten måste förstå, respektera och främja klientens värderingar, färdigheter, roller, vanor, prestationsförmåga, erfarenheter och personliga miljö. Arbetsterapi består av kunskaper om människan i aktivitet, människans engagemang, vilja och förmåga att ta kontroll över sitt liv (Kielhofner, 2009). Inom arbetsterapi är det viktigt att se till hela människan och utgå ifrån individens fysiska, kognitiva och sociala färdigheter. Arbetsterapi utgår från antagandet att människan i grunden är en aktiv varelse. Livskvalitet associerar till individens välbefinnande samt den tillfredsställelse som individen upplever i sin tillvaro. Inom palliativ vård kan arbetsterapeuten arbeta med att främja livskvaliten hos patienten genom kontroll av symtom som smärta, illamående, trycksår, andnöd, trötthet och orkeslöshet (Beck-Friis & Strang, 2005).

## **2.6 Aktivitet som arbetsterapeutisk intervention**

Aktiviteter används som terapeutisk medel. Meningsfulla aktiviteter är kärnan i arbetsterapi och är viktiga för att individen skall uppleva hälsa och välbefinnande (Kielhofner, 2009). Huvudsyftet med arbetsterapeutiska interventioner är att individen ska återfå kontrollen över sitt eget liv då det ses som viktigt för självkänslan samt individens integritet (Wilcock, 2006). Utförandet av aktiviteten skall ge individen en upplevelse av mening och sammanhang i tillvaron (Jacques & Hasselkus, 2004; Christiansen & Baum, 1997). Eftersom patienter inom palliativ vård står inför en rad utmaningar så kan aktivitet som arbetsterapeutisk intervention bidra till att minska oron och hjälpa individen till att ta tillvara på sin tid vilket ger en känsla av gemenskap (Mosey, 1996). För att arbetsterapeuten ska kunna försäkra sig om att interventionerna är så effektiva som möjligt, måste de ständigt utvärderas så att patienterna får bästa möjliga vård (Cooper, 2006).

## **2.7 Okunskapen kring vikten av arbetsterapi**

Sedan 1970-talet har det forskats om hur arbetsterapi bidrar och främjar individer i livets slutskede. Även om verksamma arbetsterapeuter inom den palliativa vården inte är ovanligt, måste mer forskning som stödjer professionen utvecklas för att stärka rollen som arbetsterapeut inom den palliativa vården (Burkhardt, et. al., 2011; Keesing & Rosenwax, 2013). Det finns en okunskap hos övrig vårdpersonal om vad en arbetsterapeut gör inom den palliativa vården och det finns lite forskning som undersöker vilka motgångar som en



arbetsterapeut inom den palliativa vården kan möta (Halkett, Ciccarelli, Keesing, & Aoun, 2010). En vanlig missbedömning från andra vårdprofessioner är att de endast ser arbetsterapeuter som hjälpmedelskonsulenter (Keesing & Rosenwax, 2011). De har vag uppfattning om arbetsterapi inom palliativ vård och om hur den kan främja patienters mående i livets slutskede (Halkett, et. al., 2010). Burkhardt et. al. (2011) anser att vidare forskning krävs för att påvisa och stärka den roll som arbetsterapeuten har inom den palliativa vården. Halkett et. al. (2010) belyser att det finns en stor kunskapslucka när det gäller fördelarna med arbetsterapi inom palliativ vård.

### 3.1 Syfte

Syftet med studien var att beskriva arbetsterapeutens roll inom palliativ vård och användning av aktivitet som intervention för individer med kort tid kvar i livet.

## 4.1 Metod

### 4.2 Design

Studien har en kvalitativ ansats och en manifest innehållsanalys användes för att analysera datan. Den kvalitativa metoden ger möjlighet att få en djupare förståelse för deltagarnas erfarenheter och upplevelser (Ryen, 2004). Manifest innehållsanalys är en empirisk vetenskaplig metod och används för att dra slutsatser om innehållet i intervjuerna och huvudsakligen redogöra för innehållet på en beskrivande nivå (Graneheim & Lundman, 2004).

### 4.3 Urval

Urvalet gjordes med hjälp av bekvämlighetsurval (Kvale, 2009) där arbetsterapeuter på två vårdinstanser i Skåne län kontaktades. Vid svårigheter att få ihop tillräckligt antal deltagare kombinerades bekvämlighetsurvalet med snöbollsurval, där en av deltagarna hjälpte till att få kontakt med ytterligare deltagare runt om i Sverige. Därmed vidgades det geografiska området då studiens urval utökades med deltagare från hela Sverige. De arbetsterapeuter som kontaktades tillfrågades om deltagande i studien. Totalt kontaktades 15 arbetsterapeuter och av dessa deltog nio och bortfallet blev då sex arbetsterapeuter. Anledningen till bortfallet beror på utebliven respons från tillfrågande. Deltagarna bestod av åtta kvinnor och en man. Tre arbetsterapeuter jobbade på en palliativ slutenvårdsavdelning och resterande jobbade

inom ASiH. Anledningen till valet av två vårdinstanser var för att få tillräckligt med deltagare för att kunna genomföra studien med gott resultat. Inklusionskriteriet för att få delta i studien var att arbetsterapeuten är eller varit verksam inom palliativ slutenvård eller ASiH i Sverige. Exklusionskriteriet var att arbetsterapeuten avslutat sin tjänst inom den palliativa vården för max tre månader sedan.

#### **4.4 Datainsamling**

Semistrukturerade intervjuer genomfördes och en intervjuguide (se bilaga 1) konstruerades, i enlighet med Dalen (2007). Syftet med intervjuguiden var att sammanställa frågor som skulle tas upp under intervjun för att på så sätt få ut så mycket information som möjligt från deltagaren och att de fick beskriva med egna ord. Intervjuguidens syfte var också att stötta oss i att hålla kvar den röda tråden vid intervjuerna och som checklista för att kontrollera att frågorna blev besvarade. Frågorna utvecklades så att de skulle besvara och spegla studiens syfte. Innan datainsamlingen påbörjades utfördes två pilotintervjuer på närstående till författarparet, för att upptäcka eventuella brister i intervjuguiden och för möjlighet att revidera frågorna. I intervjuguiden reviderades en fråga som författarparet inte ansåg besvara studiens syfte. Intervjuguiden bestod av öppna frågor vilket innebär att det inte finns givna svarsalternativ. Öppna frågor är mer användbara i en intervju då öppna frågor tenderar att ge mer information än slutna frågor (Lantz, 2014).

#### **4.5 Procedur**

För att nå målgruppen användes internetsökmotorn Google för att finna verksamhetsområden inom ASiH och palliativ slutenvårdsavdelning i Sverige. Arbetsterapeuterna kontaktades via e-post med ett bifogat informationsblad om vår studie och en förfrågan om att delta i studien. Godkände arbetsterapeuten deltagande i studien kontaktades enhetschefen på avdelningen via e-post för att ge information om studiens syfte samt för att få ett medgivande att genomföra studien tillsammans med deras verksamma arbetsterapeut under arbetstid. Vid medgivande från enhetschefen informerades arbetsterapeuten mer ingående om studiens syfte, datainsamlingen och vilka rättigheter man har som deltagare. Det planerades även när och vart intervjun skulle genomföras. Intervjuerna genomfördes antingen via kommunikationsverktyget Skype (fem intervjuer) eller via personliga intervjuer (fyra intervjuer) på arbetsterapeutens arbetsplats.

Vid intervjuerna deltog båda i författarparet och intervjuerna varade mellan 30-45 minuter. Innan intervjun fick deltagarna studiens syfte presenterat för sig vilket är något som Kvale & Brinkmann (2009) förespråkar och därefter påbörjades intervjun. Ryen (2004) förespråkar en uppdelning av arbetsuppgifterna om det är fler än en person som intervjuar. På detta sätt kan en person koncentrera sig på att vara en god lyssnare så att deltagaren upplevde att intervjuaren är intresserad och den andra personen fungera som en observerande deltagare som flikar in vid behov då svar behövs utvecklas. En traditionell intervju möjliggjorde, som även Ryen (2004) anser, att författarparet hade större möjlighet att skapa tillit till deltagarna, visa professionalitet, uppfatta deltagarnas kroppsspråk och annan icke-verbal kommunikation. Datainsamlingen pågick under en vecka och varje deltagare intervjuades vid ett tillfälle. Intervjuerna spelades in med mobiltelefon vilket gav möjlighet att förbättra vår intervjuteknik och att eventuellt göra justeringar till kommande intervjuer då författarparet kunde lyssna på sina intervjuer i efterhand. Genom att spela in intervjuerna främjades även analysarbetet då de fanns möjlighet att återgå till intervjuerna och lyssna på deltagarna. Deltagarna i studien blev avidentifierade genom att de inte tilltalades vid namn under intervjun samt att de vid transkribering tilldelades en siffra som identitet.

#### **4.6 Dataanalys**

En manifest innehållsanalys i enlighet med Graneheim & Lundman (2013) gjordes, vilket betyder att analysen genomfördes på en deskriptiv nivå. Enligt Graneheim & Lundman (2013) innebär en manifest innehållsanalys att förhålla sig till det grundläggande materialet och att ytterst lite tolka resultatet.

Analysen utfördes enligt följande steg:

I *steg ett* transkriberades det inspelade materialet löpande efter varje genomförd intervju. Författarparet transkriberade 4,5 intervju var och läste igenom det transkriberade materialet upprepande gånger med syfte att få en känsla för helheten.

I *steg två* togs de svar från datainsamlingen ut som var relevanta för studiens syfte. Därefter plockades meningsbärande enheter i materialet ut och det gjorde författarparet genom att gå igenom analysenheten ett flertal gånger. För att finna de svar som var relevanta för att besvara studiens syfte diskuterade författarparet flitigt och bollade åsikter mellan varandra.

I *steg tre* kondenserades meningsenheterna för att göra de meningsbärande enheterna mer lätthanterliga samt för behålla det centrala textinnehållet.

I *steg fyra* skapades koder från de kondenserade meningsenheterna för att ge en kort beskrivning om innehållet. För att rubricera innehållet gavs koder till meningsenheterna. Koderna underlättade att förstå den insamlade data.

I *steg fem* kategoriserades koderna. Samtliga koder skrevs ut på separata papper och dessa lades på golvet för att finna samband mellan koderna. Alla koder som hade något gemensamt fördes samman och skapade en kategori. Detta utfördes enskilt, därefter återsamlades författarparet och diskuterade kategoriseringarna. Syftet med tillvägagångssättet var att beskriva kodernas betydelse till varandra och finna samband för att kunna påbörja nästa analyssteg.

I *steg sex* skapades huvud- och subkategorier, där huvudkategorin återger kodernas innehåll och subkategorierna är delar som syftar till huvudkategorin. Analysen resulterade i två huvudkategorier och fem subkategorier. För exempel på hur analysprocessen gått tillväga se tabell 1.

Tabell 1. Exempel på hur analysprocessen gick tillväga.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Huvudkategori
”...det som är riktigt stor skillnad är att det inte är rehab, det handlar inte om att åter göra någon duglig, det är det klassiska omvända rehatänket”	Stor skillnad är att det inte är rehab då det inte handlar om att åter göra någon duglig.	Det handlar inte om rehabilitering inom palliativ vård.	Arbetsterapeutens roll inom palliativ vård
”...jag använder mig inte av aktivitet på det sättet. Jag tänker bara ADL-aktiviteter.”	Använder inte aktiviteter i arbetet, arbetar med ADL-aktiviteter.	ADL-aktiviteter i fokus.	Avsaknad av aktivitetsbaserade interventioner inom palliativ vård

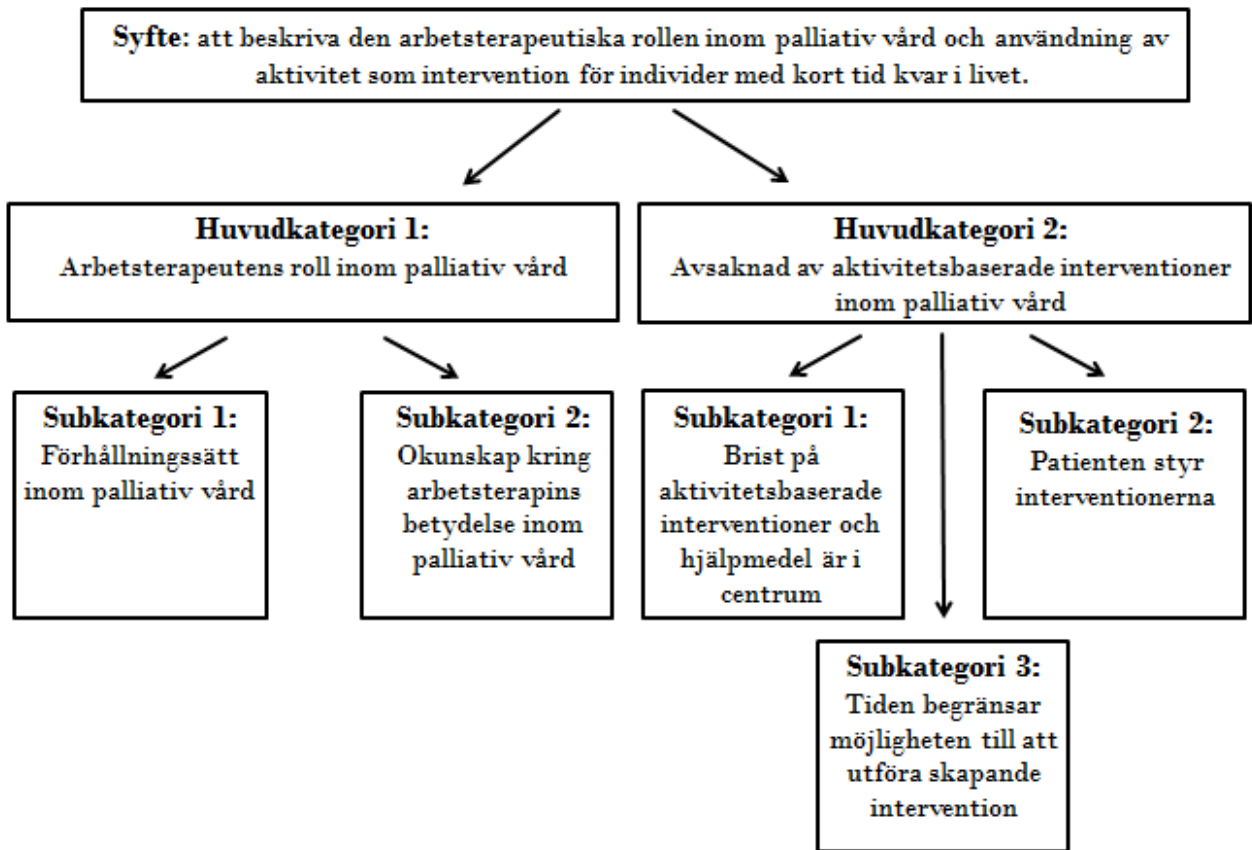
#### 4.7 Etiska överväganden

Forskning som avser människor kräver att man har ett samtycke från deltagarna. Det ska tydligt framgå att deltagandet är frivilligt, att författarparet har tystnadsplikt, att avhopp under studiens förlopp är möjligt utan konsekvenser för individen, samt att information som samlas in endast kommer användas i forskningen (CODEX, 2013). Deltagarna fick lämna skriftligt samtycke till att delta i studien.

All insamlad data har behandlats konfidentiellt, det vill säga att den insamlade datan har förvarats på låsta enheter och förstördes efter att uppsatsen blev godkänd.

### 5.1 Resultat

Genom innehållsanalysen identifierades två kategorier och fem subkategorier (se figur 1). Den ena huvudkategorin är *arbetsterapeutens roll inom palliativ vård* med de tillhörande subkategorierna: *förhållningsätt inom palliativ vård* och *okunskap kring arbetsterapins betydelse inom palliativ vård*. Den andra huvudkategorin är *avsaknad av aktivitetsbaserade interventioner inom palliativ vård* med de tillhörande subkategorierna: *brist på aktivitetsbaserade interventioner och hjälpmedel är i centrum, patienten styr interventionerna* och *tiden begränsar möjligheten till att utföra skapande intervention*.



Figur 1:

Sambandet mellan syftet och resultatets huvudkategorier och subkategorier.

## 5.2 Arbetsterapeutens roll inom palliativ vård

Kategorin *arbetsterapeutens roll inom palliativ vård* beskriver arbetsterapeutens roll och vad som är viktigt att tänka på i bemötandet av svårt sjuka patienter. Subkategorier är:

- *förhållningssätt inom palliativ vård* – handlar om vilka skillnader det finns i synsättet inom palliativ vård i förhållande till övriga verksamheter
- *okunskap kring arbetsterapins betydelse inom palliativ vård* - handlar om att arbetsterapeuter inom palliativ vård kan möta motstånd kring sin profession och interventioner.

### 5.2.1 Förhållningssätt inom palliativ vård

Deltagarna beskrev att det som utmärker palliativ vård till skillnad från andra vårdinstanser är att arbetsterapeuten arbetar med individer som är väldigt sjuka och som har olika förutsättningar att hantera sin tillvaro. Deltagarna beskrev också att arbetsterapeuten inte

jobbar med målsättning att individen ska återfå funktionell förmåga utan för att underlätta i vardagen och den tid de har kvar i livet.

*”/.../ det som är riktigt stor skillnad inom palliativ vård är att det inte är rehab, det handlar inte om att återställa patienten.”*

*(arbetsterapeut, ASiH)*

Det arbetsterapeutiska fokus inom palliativ vård beskrev deltagarna att det handlar om att skapa möjligheter till meningsfulla aktiviteter, delaktighet och livskvalitet för individen som har kort tid kvar i livet. Deltagarna menar att det är viktigt att tänka på att även om människan är väldigt sjuk finns det ändå ett behov av meningsfull sysselsättning och att få fortsätta vara delaktig i sitt liv.

Deltagarna beskrev viktiga egenskaper för en arbetsterapeut inom palliativ vård är att kunna möta svårt sjuka individer med kort tid kvar i livet. Arbetsterapeuter inom både palliativ slutenvård och ASiH menar att man måste ha god självkänedom, vara idel öra för att lyssna, våga möta patienten och kunna kommunicera.

*”/.../ att vara lyhörd, visa empati, alltid prata med patienterna och berättar vad man gör och varför”*

*(arbetsterapeut, palliativ slutenvård)*

### *5.2.2 Okunskap kring arbetsterapiens betydelse inom palliativ vård*

Det framkom att deltagarna blir ifrågasatta gällande sina interventioner av andra vårdprofessioner som anser att arbetsterapeuten bör göra mer eller ifrågasätter de interventioner som utförs. En orsak till att de bli ifrågasatta, menar deltagarna, är att det är hög personalomsättning av vårdprofessionerna vilket bidrar till att kunskap och förståelse för arbetsterapeutens profession saknas då arbetsterapi aldrig får en chans att etablera sig. Deltagarna uttryckte att en annan orsak till att arbetsterapeuter blir ifrågasatta är att vårdpersonal utanför den egna professionen har en förutfattad mening om vad arbetsterapeuter gör. Därför ifrågasätts arbetsterapeutens arbete då interventioner som utförs inte anses vara arbetsterapeutiska och ser därför inte syftet med interventionerna.

*”/.../ att andra professioner ifrågasätter våra interventioner.”*

*(arbetsterapeut, ASiH)*

*”/.../ andra professioner tycker vi paramedicinare ska göra mer, att patienter har mer problem som vi inte gör något åt.”*

*(arbetsterapeut, ASiH)*

Deltagarna upplever att de blivit ifrågasatta av andra vårdprofessioner om varför de deltar på medicininriktade möten då detta inte ingår i arbetsterapins profession.

Det förekom även att andra arbetsterapeuter från andra verksamheter ifrågasätter vikten av arbetsterapin inom palliativ vård. Arbetsterapeuten blir ifrågasatt då man inte ser nyttan med arbetsterapi inom palliativ vård då patienten ändå dör inom kort.

*”/.../ många aktiviteter kan genomföras fast man är i livets slutskede det är inte många som förstår behovet av att utföra aktivitet i andra yrkeskategorier”*

*(arbetsterapeut, palliativ slutenvård)*

I resultatet framkom det att de deltagare som hade arbetat en längre tid inom den palliativa vården inte upplever att de blir ifrågasatt utan att de är väl etablerade och de upplever att de övriga professionerna har en god kunskap kring vad en arbetsterapeut gör. På grund av att de har jobbat en längre tid inom den palliativa vården har de skapat förståelse för sitt specifika arbete.

### **5.3 Avsaknad av aktivitetsbaserade interventioner inom palliativ vård**

Denna kategori beskriver arbetsterapeutens interventioner och vilka aspekter det innefattar.

Kategorin består av subkategorierna

- *Brist på aktivitetsbaserade interventioner och hjälpmedel är i centrum* - handlar om att aktivitetsbaserade interventioner i form av meningsfull aktivitet blir bortglömt i verksamheterna idag och ett större fokus ligger på att kompensera för individens funktionsnedsättning
- *Patienten styr interventionerna* - handlar om att det är patientens vilja och motivation som styr arbetsterapeutens val av interventioner.
- *Tiden begränsar möjligheten till att utföra skapande intervention* - handlar om tiden avgör vilka interventioner som väljs.



### *5.3.1 Brist på aktivitetsbaserade interventioner och hjälpmedel är i centrum*

I intervjuerna framkom att det är lite fokus på aktivitetsbaserade interventioner för att öka möjligheten att kunna utföra det som är meningsfullt. Andra interventioner som förekom var förändringar i patientens fysiska miljö och strategier för att förbättra balansen i vardagen. Arbetsterapeuten arbetar för att få vardagen att fungera. Det framkom också att en av deltagarna inte använde sig utav aktivitetsbaserade interventioner överhuvudtaget.

*”/.../ här är det mycket fokus på att kompensera med hjälpmedel för att kunna göra det som är viktigt.”*

*(arbetsterapeut, palliativ slutenvårdsavdelning)*

En arbetsplats som stack ut var ASiH där fokus låg på meningsfulla aktiviteter. Arbetsterapeuten som arbetade där beskrev att aktiviteterna var inriktade utifrån patientens kortsiktiga- och långsiktiga önskemål för att öka livskvaliteten och upprätthålla patientens livsroller.

Deltagarna i studien framhävde att den centrala delen i arbetsterapi som inte utnyttjas inom den palliativa vården är skapande aktivitet.

*”/.../ skulle vilja mer med det här med aktiviteter då det är mycket med hjälpmedel idag.”*

*(arbetsterapeut, ASiH)*

### *5.3.2 Patienten styr interventionerna*

Deltagarna i studien berättade att det är patienterna som styr vilka interventioner som utförs. Mycket beror på patientens fysiska förmåga såsom ork och motivation vilket också kan fluktuera från dag till dag. Deltagarna framhäver att arbetsterapeuten måste tänka på patientens livsroller och att patienten får möjlighet att upprätthålla dessa trots sitt sjukdomstillstånd.

*”/.../ jag mötte en patient som satt i soffan hos kuratorn och tyckte att allt var tråkigt. Jag frågade om där fanns något hon längtade efter. Hon ville åka längdskidor. Så vi gjorde det!”*

*(arbetsterapeut, ASiH)*

### 5.3.3 Tiden begränsar möjligheten till att utföra skapande intervention

Deltagarna upplevde att tid inte är något det finns gott om inom palliativ vård, så det gäller att arbetsterapeuten tänker på hur tiden skall disponeras och prioriterar vad som är viktigt att utföra för patienten. Deltagarna uttryckte sig att det är viktigt att tänka över vilka bedömningsinstrument som väljs då de kan vara väldigt tidskrävande och tar onödigt mycket av patientens tid och ork.

*”/.../ måste tänka på att man har begränsad med tid så viktigt att tänka på är att vi tar så lite tid från patienten som möjligt så de får tid till det som är viktigt.”*

*(arbetsterapeut, ASiH)*

Många deltagare påpekade att tid är en bristvara och deras interventioner utförs inte i den utsträckning som de önskar. Deltagarna arbetar oftast ensam inom sin profession på arbetsplatsen och de har väldigt många patienter att ta hand om. Det framkom att på grund av tid- och personalbrist utfördes kortsiktiga interventioner såsom att anpassa miljön där patienten befinner sig i eller att introducera ett hjälpmedel för patienten. Deltagarna uttryckte att hade det funnits mer än en arbetsterapeut inom verksamhetsområdet skulle det skapa möjligheter att jobba med skapande aktiviteter och hinna hjälpa fler patienter.

## 6.1 Diskussion

### 6.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva arbetsterapeutens roll inom palliativ vård och hur aktivitet används som intervention för människor med kort tid kvar i livet.

Vårt resultat visar att förhållningssättet inom palliativ vård inte handlar om att individen skall återfå funktionell förmåga utan istället underlätta patientens vardag och den tid de har kvar i livet. Inom arbetsterapi finns kunskap om vikten av meningsfulla aktiviteter och hur delaktighet individens vardag främjar hälsa och välmående (Kielhofner, 2009) och hur viktigt det faktiskt är även om man befinner sig i livets slutskede (Hammill, Bye & Cook, 2014). Vårt resultat visade att en likhet med övriga verksamhetsområden är att arbetsterapeuten förhåller sig holistisk. Kielhofner (2009) beskriver holism som att integrera karaktärsdrag hos individ, aktivitet och miljö, och samspelet dem emellan. Ser individen och den kontext personen befinner sig i samt att se individen i sin helhet och inte bara se sjukdomen som

individen har. Genom engagemang i sina dagliga aktiviteter har individen större möjlighet att upprätthålla de roller i livet som de anser vara viktiga och ge en känsla av att normalitet förekommer (Hammill, Bye & Cook, 2014). Kielhofner (2009) anser att roller är utrymmen där människan utspelar och existerar och att ens liv består av många olika roller som vi hoppar emellan under dygnets alla timmar. Förekommer hinder, såsom sjukdom, i utförandet av sina roller kan occupational alienation (utanförskap i en aktivitet) förekomma (Wilcock, 2006). Vid förlust av roller påverkas individens identitet och struktur i det dagliga livet (Kielhofner, 2009). Varje individ skall ha rätt att utföra meningsfulla aktiviteter. Begreppet occupational justice tillgodoser individens aktivitetsbehov. Alla har rätt till meningsfulla aktiviteter oavsett individens förutsättningar. Occupational injustice kan uppstå om individen utestängs från meningsfulla aktiviteter (Wilcock & Townsend, 2000, 2004; Nilsson & Townsend 2010). Patienterna befinner sig i en riskzon för att uppleva occupational injustice då arbetsterapeutens interventioner fokuserar på att kompensera förmågor och lyfter inte individens vilja och vad som är meningsfullt för personen (Wilcock & Townsend, 2000, 2004; Nilsson & Townsend 2010). Vårt resultat tyder på att arbetsterapeutens roll och förhållningssätt inom palliativ vård skiljer sig från övriga verksamhetsområden där arbetsterapeuter arbetar. Vårt resultat stämmer överens med tidigare studier av Hamill, Bye & Cook (2014) där de beskriver den oundvikliga skillnaden som finns inom palliativ vård eftersom arbetsterapeuten möter individer i livets slutskede.

Det framkom i resultatet att majoriteten av arbetsterapeuterna har blivit ifrågasatta kring vilket syfte arbetsterapi inom palliativ vård har. Precis som tidigare studier har visat finns det en okunskap hos andra vårdprofessioner inom den palliativa vården kring vikten av arbetsterapi (Halkett, et. al., 2010). Tidigare studier har inte visat att det förekommit att arbetsterapeuter i Sverige har upplevt att de blivit ifrågasatta. Intressant i vårt resultat är också att det förekommer okunskap inom vår egen profession där arbetsterapeuter på andra vårdenheter inte ser behovet av arbetsterapi inom den palliativa vården. Hur kan det komma sig att arbetsterapeuter ifrågasätter meningen med arbetsterapi inom palliativ vård? Då arbetsterapi ser deltagande i meningsfulla aktiviteter som hälsofrämjande, att det ökar välmående och livskvaliteten (American Occupational Therapy Association, 2002). Detta borde inte ifrågasättas eftersom aktivitet och dess betydelse är en del av kärnan i arbetsterapi (Kielhofner, 2009).

Resultatet i vår studie visar att verksamheterna har ett större fokus på att arbetsterapeuten ska arbeta med hjälpmedel, istället för att fokusera på att individen skall engagera sig i meningsfulla aktiviteter vilket är i linje med Hammill, Bye & Cook (2014). En vanlig missbedömning från andra vårdprofessioner är att arbetsterapeuter är hjälpmedelskonsultenter och fokus ligger på att stötta patienterna med hjälpmedel (Keesing & Rosenwax, 2011). Keesing & Rosenwax (2011) anser att denna förändring i praktiken påverkar synen på arbetsterapi inom palliativ vård då arbetsterapeutens roll blir missförstådd. Finns det ingen tydlig roll så ökar risken att bli ifrågasatt. Om personalen ifrågasätter arbetsterapiens betydelse skulle detta lika väl kunna bidra till att verksamhetscheferna inte ser behovet av arbetsterapi och arbetsterapi löper en större risk att exkluderas från palliativ vård.

Vårt resultat påvisar okunskap kring arbetsterapi inom den palliativa vården. Det visar på hur viktigt det är för oss arbetsterapeuter att arbeta för att sprida betydelsen av vårt yrke. Arbetsterapeuterna som upplevde att det fanns okunskap kring arbetsterapi på sina verksamheter arbetar ständigt för att sprida sin kunskap vidare genom att informera, utbilda och att bjuda in andra professioner vid hembesök eller vid arbete med patienten för att visa sina åtgärder och hur de främjat individen. Resultatet i vår studie visade arbetsterapeuterna som arbetat länge på sin arbetsplats inte kände sig ifrågasatta av sin yrkesroll. Detta kan bero på att de arbetat i många år med att etablera sin yrkesroll och spridit sin kunskap. De har även påvisat att interventionerna gör nytta för patienten. Att sprida sin kunskap vidare tror vi är väldigt viktigt för vår professions existens i den palliativa vården. Hammill, Bye & Cook (2014) anser att tidigare forskning indikerar att tydlighet kring arbetsterapeutens roll inom palliativ vård behöver utvecklas då förvirring fortfarande uppstår gällande arbetsterapeutens roll inom palliativ vård. Riktlinjer såsom *The role of occupational therapy in end-of-life-care* har tagits fram i USA med syfte att beskriva rollen och hur processarbetet ser ut med individer som lever med livsbegränsade sjukdomar (Hamill, et. al., 2014). Några sådana riktlinjer har vi inte hittat i Sverige och detta skulle kunna tydliggöra arbetsterapeutens roll.

I resultatet i vår studie gällande arbetsterapeutiska interventioner visade också att det var lite fokus på aktivitetsbaserade interventioner och att störst fokus låg på att kompensera förmågor med stöttning av hjälpmedel. Burkhardt et. al. (2011) säger att mest förekommande åtgärder inom palliativ vård är kompensatoriska, anpassande och att bevara befintliga förmågor. I vår studie framkom det att majoriteten av deltagarna ansåg att skapande aktivitet, som är en

central del av arbetsterapi, inte utnyttjas som den bör göras inom palliativ vård. Detta skulle kunna bero på att patientens hälsa fluktuerar från dag till dag. Det framkom också att arbetsterapeuterna upplevde att tid inte finns för att träffa alla patienter. Arbetsterapeuterna arbetar ensamma i sin profession vilket medför, tänker vi, att det blir svårt att hinna träffa alla patienter eftersom tiden inte räcker till. Arbetsterapeuterna tyckte att de hade tid att utföra de nödvändiga interventionerna för patienterna de träffade men främst handlade interventionerna om hjälpmedel. Vi anser att genom att erbjuda aktivitetsbaserade interventioner såsom skapande aktivitet möjliggörs för patienten att få en ökad livskvalitet. Burkhardt et. al. (2011) anser att aktivitetsbaserade interventioner även kan ses som ett verktyg att hantera sina symtom. Patienter uppmärksammar sina symtom mindre om de har meningsfulla aktiviteter att sysselsätta sig med och döden blir inte lika påtagbar (Burkhardt, et. al., 2011). Skapande aktivitet bör erbjudas för palliativa patienter då denna målgrupp löper en större risk att förlora meningsfulla aktiviteter och roller som leder till ohälsa (Keesing & Rosenwax, 2011). Att lägga fokus på aktivitetsbaserade interventioner inom palliativ vård anser vi vara något som bör satsas på för att främja patienternas hälsa och välbefinnande. Målet i lagen om hälso- och sjukvård är att en god hälsa och vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen (Sahlin, 2006). Resultatet i studien visar att arbetsterapeuterna är ensamma i sin profession på sin arbetsplats. Det medför att det är svårt att hinna träffa alla patienter eftersom tiden inte räcker till vilket skapar problematik kring att förhålla sig till hälso- och sjukvårdens mål.

Vi anser att studiens resultat för arbetsterapeutiska interventioner påvisar att en omprioritering måste ske för att kunna ge patienten god vård. Andra studier påvisar att meningsfulla aktiviteter ökar livskvalitet och välbefinnande för individen (American Occupational Therapy Association, 2002). Vidare, att meningsfulla aktiviteter måste prioriteras inom palliativ vård för att förebygga ohälsa. Individer med kort tid kvar i livet upplever bristande förmåga till att utföra sina dagliga aktiviteter och funktionsförmågan försämras trots arbetsterapeutiska interventioner (Cooper, 2006). Därför krävs det att andra interventioner än kompensatoriska åtgärder sker för att stötta individen att fortsätta leva ett gott liv och uppleva livskvalitet till livets slut (Bye, 1998).

### **6.3 Metoddiskussion**

I studien användes bekvämlighets- och snöbollsurval. Bekvämlighetsurval användes i studien då vi ansåg den var mest lämplig och effektiv då det skulle vara så lätt som möjligt att få tag

på deltagare. Fördelen med bekvämlighetsurval är att det är enkelt för författarna att finna deltagare. En nackdel med bekvämlighetsurval är att en bortfallsanalys inte är möjligt då författarparet inte har information angående alla respondenter (Deacon, 2007). Vi fick komplettera urvalet med snöbollsurval för att få tag på ytterligare deltagare för att få tillräckligt med deltagare, vilket gjordes via en deltagare med kontakter inom vårdinstanserna. Fördelen med snöbollsurval är att det är ett effektivt sätt för att utöka antalet deltagare. Nackdel med snöbollsurval kan vara att nyckelpersonen rekommenderar fler deltagare som delar samma värderingar vilket kan resultera i en homogenisering då det minskar variationen i studien (Denscombe, 2009).

Vi hade inklusions- och exklusionskriterier i studien då vi ville fånga en viss målgrupp till studien och tanken att deltagarna skulle ha färsk kunskaper och erfarenheter om att arbeta inom palliativ vård. Till en början ville vi hålla oss till Skåne län för att kunna genomföra personliga intervjuer på deltagarens arbetsplats men efter problem att få ihop tillräckligt med deltagare vidgade vi det geografiska området. Denna geografiska förändring främjade variationen i urvalet då spridningen av upplevelser ökade då vi fick erfarenheter från mer än ett län. Detta i enlighet med Rosberg (2013). En annan variation som förekom i studien var att deltagarna arbetade på två olika vårdinstanser som skiljer sig från varandra. Den ena vårdinstansen är en slutenvårdsavdelning vilket innebär att patienterna befinner sig på en avdelning i sjukhusmiljö och den andra, ASiH, har inriktning på patientens hemmiljö där vård sker i hemmet. Eftersom vårdinstanserna ser olika ut kan det ses som en nackdel då instanserna har olika förutsättningar att utföra aktivitetsbaserade interventioner vilket kan ha påverkat resultatet.

15 arbetsterapeuter tillfrågades varav nio stycken svarade och blev intervjuade. Eftersom vi hade ett bortfall på sex arbetsterapeuter kan detta eventuellt innebära att vi förlorade värdefulla kunskaper och erfarenheter. Författarparet ansåg att 15 deltagare lämpade sig för studiens tidsram men insåg vid dataanalysen att det hade varit för många då de nio intervjuer som analyserades tog mycket tid och vi höll oss precis inom studiens tidsram. Ett större urval hade blivit för tidskrävande och medfört svårigheter att göra djupare och tillräckliga analyser av intervjuerna. Ett mindre urval hade gjort det svårt att se en tydlig bild av deltagarnas olika upplevelser och erfarenhet (Ryen, 2004). Deltagarna delade rikligt med sig av kunskaper och erfarenheter. Vi står bakom Kristensson (2014) som menar att det inte är antalet deltagare som

är viktigast utan det är informationen som delges vid intervjuerna. Skype användes för att intervjua de arbetsterapeuter som arbetade längre upp i Sverige eftersom ett personligt möte inte var möjligt. Även om vi anser att Skype var ett bra alternativ skapade tekniken hinder då det förekom avbrott. Detta kan ha påverkat intervjun då vi fick återuppta intervjun och hitta den röda tråden men med hjälp av intervjuguiden var kunde vi återgå till studiens fokus. Eftersom vi vara två personer i intervjusituationen främjades upptagandet av den information som gavs och man har enligt Lundman & Graneheim (2013) större möjlighet att fånga viktiga aspekter i det som sägs. Vi ansåg att semistrukturerade intervjuer var mest lämpligt för att fånga studiens syfte. Om studien hade haft en ökad tidsram hade det gett författarparet möjlighet att återkoppla till deltagarna och ställa eventuella följdfrågor som uppkom under studiens process. Detta skulle kunna ha ökat trovärdigheten då det gett deltagarna möjlighet att kommentera med förslag och eventuellt ändra i sina uttalanden (Bryman, 2011). Analysen gjordes på en manifest nivå vilket syftar till att analysera det uppenbara innehållet. Latent analys innebär att man tolkar underliggande budskap i texterna. Vi ansåg att detta inte var rimligt för studiens tidsram. Vi är väl medvetna om att vår ovana att skriva kandidatuppsats kan ses som en svaghet för studien. Vi är två arbetsterapeutstudenter som har analyserat materialet vilket kan innebära att man tolkar det utifrån sin profession. Hade en annan profession analyserat materialet hade resultatet möjligen sett annorlunda ut.

Pilotintervjuerna gav oss en möjlighet att öva på intervjutekniken. Detta upplevdes som positivt för oss då möjlighet till förbättringar av intervjuguiden kunde genomföras. Eftersom pilotintervjuerna inte utfördes med arbetsterapeuter kunde endast frågorna förbättras språkmässigt. Om pilotintervjuerna hade genomförts med arbetsterapeuter hade de kunnat ifrågasätta innehållet i frågorna vilket hade kunnat utveckla intervjuguidens frågor ytterligare. Pilotintervjuerna gav positiv effekt på de praktiska bitarna såsom hur vi skulle sitta och vart mobiltelefonen skulle placeras för att uppnå bästa möjliga ljud.

*Validitet* och *reliabilitet* är två aspekter som bör granskas i en studie. Det har framkommit att dessa aspekter är svåra att applicera på en kvalitativ studie (Bell, 2005). Enligt Lincoln & Guba (1985) föreslås istället *trovärdighet* inom kvalitativ studie. I vår studie har noggrant arbete utförts för att uppnå hög trovärdighet. Vi har genomfört en kvalitativ innehållsanalys, vilket enligt Lundman & Graneheim (2013) kan användas för att hantera en större mängd data

men även för att organisera och strukturera (Polit & Beck, 2012). Vi har även gjort en noggrann beskrivning av analysarbetet och granskat koder och kategorier i dataanalysen som enligt Lundman & Graneheim (2013) ökar studiens trovärdighet. Efter den enskilda transkriberingen analyserades samtliga transkriberingar gemensamt, detta är ett tillvägagångsätt som ökar tillförlitligheten i studien (Lundman & Hällgren Graneheim, 2013). Tillförlitlighet värderas lika högt som validitet (Bryman & Bell, 2003). Med överförbarhet avses om resultatet kan överföras till en annan population det vill säga hur applicerbar undersökningen är (Bryman & Bell, 2003). För att läsaren skall uppleva god överförbarhet har vi gett en klar bild av val av urval, urvalskriterier, datainsamling samt analysprocess. Studiens pålitlighet uppnås via en grundlig redogörelse av studiens genomförande (Lincoln & Guba, 1985). Vi har sammanställt metod för informationsinsamling och använt en intervjuguide, vilket gynnar pålitligheten enligt Lincoln & Guba (1985). Vi hade ett kritiskt ställningstagande och granskade källorna noggrant vilket försäkrade att studien genomförts med intention att vara så objektiv som möjligt.

## 7.1 Slutsats

Vår studie stärkte den forskning som redan finns. Patienter inom palliativ vård är väldigt sjuka och trots den livssituation de befinner sig i, vill patienten upprätthålla sina livsroller och utföra meningsfulla aktiviteter.

Denna studie visar att arbetsterapeuter inom palliativ vård blir ifrågasatta på grund av okunskap från den egna professionen så väl som från andra vårdprofessioner. Det framkom även att aktivitetsbaserade interventioner såsom meningsfull sysselsättning inte erbjuds i den utsträckning som arbetsterapeuterna själva önskade. Därför behövs mer forskning för att visa att arbetsterapeutens roll innefattar mer än hjälpmedelskonsultering.

Denna studie visar att arbetsterapeuten har en värdefull roll inom palliativ vård. Förändring måste dock ske i praxis för att främja denna roll. Vi tror att det behövs mer forskning rörande patienternas upplevelser av arbetsterapeutiska interventioner och vilken betydelse arbetsterapin har för dem, för att visa vilken effekt den har på den palliativa patienten.



## Referenslista

Andershed, B., Ternestedt, B. & Håkanson, C. (red.) (2013). *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2002). Occupational therapy practice framework: domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.

Beck-Friis, B. & Strang, P. (red.). (2005). *Palliativ medicin*. (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Bell, J. (2005). *Introduktion till forskningsmetodik*. Open University Press UK Limited.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber AB: Malmö.

Bryman A. & Bell E. (2003). *Företagsekonomiska Forskningsmetoder*. Upplaga 1:1, Liber AB.

Burkhardt, A., Ivy, M., Kannenberg, K – R., Low, J – F., Marc-Aurele, J., & Youngstrom, M J. (2011). The Role of Occupational Therapy in End-of-Life Care. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(6).

Bye, R. (1998). When clients are dying: occupational therapists' perspectives. *Occupational Therapy Journal of Research*, 18(1), 3–24.

Christiansen, C., & Baum, C.M. (1997). Occupational therapy: enabling function and well-being. Thorofare, N.J. : SLACK, cop. 1997.

CODEX. (2013). *Forskning som involverar människan*. Hämtad 23 maj, 2014, <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>.

CODEX. (2013). *Informerat samtycke*. Hämtad 11 november, 2014, från CODEX, <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>.

Cooper, J. (red.) (2006). *Occupational therapy in oncology and palliative care*. (2. ed.). Chichester: Wiley.

Csikszentmihályi, M. (1996). *Flow: den optimala upplevelsens psykologi*. (1. pocketutg.). Stockholm: Natur och kultur.

Dalen, Monica (2007): *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups Utbildning.

Deacon, D. (red.) (2007). *Researching communications: a practical guide to methods in media and cultural analysis*. (2. ed.). London: Hodder Arnold.

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

Ekvall, G. (2003). *Äldre malmöbors upplevelser av vårdkedjan: från slutenvård till vård och omsorg i hemmet*. Malmö: Samhällsmedicinska institutionen, Malmö FoU-enhet.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (2001). *Arbetsterapi inom palliativ vård*. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter: antagen av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktige 1992 och reviderad 2004*. ([4.], rev. uppl.). Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (FSA).

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

Halkett, G. B., Ciccarelli, M., Keesing, S., & Aoun, S. (2010). Occupational therapy in palliative care: Is it under-utilised in Western Australia?. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(5), 301-309. doi: 10.1111/j.1440-1630.2009.00843

Hammill, K., Bye, R., Cook, C. (2014). Occupational therapy for people living with a life-limiting illness: a thematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(11), 582–589.

Jacques N-D., & Hasselkus, B-R. (2004). The nature of occupation surrounding death and dying. *Occupational Therapy Journal of Research*, 24(2), 44–53.

Kaasa, S. (red.). (2001). *Palliativ behandling och vård*. Lund: Studentlitteratur.

Kaye, P. (2006). *Notes on symptom control in hospice and palliative care*. Machiasport, ME: Hospice Education Institute.

Keesing, S., & Rosenwax, L. (2011). Is occupation missing from occupational therapy in palliative care?. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(5), 329-336.

Keesing, S., & Rosenwax, L. (2013). Establishing a role for occupational therapists in end-of-life care in Western Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60: 370-373.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. (4. ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forsknings intervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lantz, A. (2014). *Intervjumetodik*. Johanneshov: MTM.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, Kalifornien, USA: Sage Publishing.

Lundman, B., & Graneheim, U-H. (2013). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund Nielsen *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Mosey, A.C. (1986). *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. Raven Press, New York.

Mosey, A.C. (1996). *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Nationella rådet för palliativ vård. (2010). *Definition av palliativ vård enligt Världshälsoorganisationen (WHO), 2002*. Svensk översättning: Kenne-Sarenmalm, E., Fürst, 35 CJ., Strang, P., Ternestedt, BM. Hämtad den 25 april 2012 från <http://www.nrpv.se/vad-ar-palliativ-varld/>

Nilsson, I., & Townsend, E. (2010). Occupational justice---bridging theory and practice. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 17(1), 57-63. doi:10.3109/11038120903287182

Olivestam, C.E. & Thorsén, H. (2000). *Etik och livsfrågor i vård och omsorg*. (1. uppl.). Stockholm: Liber

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rosberg, S. (2013). Fenomenologi. I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. S. 109-134. Lund: Studentlitteratur.

Ryen, A. (2004). *Kvalitativ intervju: från vetenskapsteori till fältstudier*. (1. uppl.). Malmö: Liber ekonomi.

Sahlin, J. (2006). *Hälso- och sjukvårdslagen: med kommentarer*. (7., [rev.] uppl.). Stockholm: Norstedts juridik.

Socialstyrelsen. (2011). *Resultat av remiss för begrepp inom palliativ vård*. Hämtad 29 oktober, 2014, <http://www.socialstyrelsen.se/terminologi/avslutade-terminologiarbeten>

Wilcock, A. (2006). *An occupational perspective on health*. (2 ed.) Thorofare, NJ: Slack.

Wilcock, A., & Townsend, E. (2000). Occupational terminology interactive dialogue. *Journal of Occupational Science*, 7:2, 84-86, DOI: 10.1080/14427591.2000.9686470.

Wilcock, A., & Townsend, E. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*; Apr 71, 2; ProQuest Central pg. 75.

World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes - policies and managerial guidelines. Executive summary*. (2. ed. s. 84). Tillgänglig: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545577.pdf?ua=1>

## Intervjuguide

Är du:   Man                   Kvinna

När tog du examen som Arbetsterapeut?

Hur länge har du arbete inom den palliativa vården?

Vilka begrepp använder ni inom palliativ vård? Kort tid kvar i livet? Döende?

Hur många arbetsterapeuter finns på avdelningen? Hur många patienter? Finns det möjlighet/tid att ta hand om alla patienter? Vad är det som styr vilken brukare man ska ha hand om?

Kan du beskriva en vanlig arbetsdag för dig? Vilka arbetsuppgifter har du i den palliativa vården? Tidsfördelning av arbetssysslör?

Har du arbetat inom andra områden som arbetsterapeut, i så fall inom vad?

Vad är det som är speciellt för den palliativa vården tillskillnad från övriga arbetsterapienheter?

När får patienten denna typ av vård – ASIH, hospice och palliativ enhet? Finns det några kriterier?

Vilka likheter och skillnader finns det mellan ASIH och hospice? Har ni liknande interventioner?

Vad är viktigt att tänka på vid vård av patienter i den palliativa vården? Vilka egenskaper känner du är viktiga att ha som arbetsterapeut för att ge god vård åt brukaren?

Vad är ditt fokus på en palliativ enhet? Får du utrymme att arbeta efter detta (Finns det möjlighet/hinder för arbetsterapeuten att utföra sina önskade interventioner?). Är det någon central del inom arbetsterapin som inte nyttjas? Vilken i så fall?

Har du någon gång blivit ifrågasatt om din arbetsroll som arbetsterapeut på palliativ vård av andra profession t ex sjuksköterska, läkare, sjukgymnast etc? Kan du beskriva det? Hur blev du ifrågasatt? Är det tydligt vilka roller man har på er enhet?

Vad kan vi som arbetsterapeut göra för att visa för andra professioner vad man gör som arbetsterapeut? Utbildar ni personalen om arbetsterapi?

Vad är intervention för dig?

Vilken typ av aktivitet har du som intervention? Vad är det som bestämmer vilken typ av aktivitet som väljs? Vad är syftet med dessa aktiviteter? (Träna eller meningsfullhet).

Upplever ni att tid finns för att utföra era interventioner?

Stöttar du dig emot någon teoretisk förankring (praxismodell)? Beskriv hur du använder den i ditt arbete!

Använder du något bedömningsinstrument? Vad mäter den? Vad är syftet med att använda detta instrument?

Hur inhämtar du information om brukaren? Hur får du fram det som är meningsfullt hos brukaren?

Är där något annat du skulle vilja ta upp som vi inte redan pratat om?