



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet

Kommunanställda arbetsterapeuters erfarenheter och tankar kring arbetsterapeutisk intervention inom äldreomsorgen i ordinärt boende

Författare: Anna Berggren

Linda Persson

Handledare: Ragnhild Cederlund

April 2016

Kandidatuppsats

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



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet

2016-04-26

Kommunanställda arbetsterapeuters erfarenheter och tankar kring arbetsterapeutisk intervention inom äldreomsorgen i ordinärt boende

Anna Berggren & Linda Persson

Abstrakt

Bakgrund: Andelen äldre i Sverige beräknas öka, vilket innebär högre krav på hälso- och sjukvården då den ska arbeta för att främja hälsa. Arbetsterapeuter arbetar för att möjliggöra aktivitet, vilket på sikt ökar välbefinnandet och bidrar till minskade hälso- och sjukvårdskostnader. Studier visar att det finns ett ökat behov av att arbeta med aktivitetsbaserade interventioner i ett tidigt skede av åldrandeprocessen. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka kommunanställda arbetsterapeuters erfarenheter och tankar kring arbetsterapeutisk intervention inom äldreomsorgen i ordinärt boende. **Metod:** Studien genomfördes med en kvalitativ ansats där åtta legitimerade arbetsterapeuter i två fokusgrupper deltog. Den insamlade datan analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I resultatet framkom att en viktig förutsättning för lyckad intervention var att skapa en god relation med klienten. Tidsbrist var en tydlig faktor som innebar prioritering av insatser och uppföljningar. Resultatet visade även vikten av ett väl fungerande samarbete med andra professioner och närstående samt kontinuitet för att uppnå goda resultat i arbetet med de äldre. **Slutsats:** För att bibehålla de äldres självständighet och delaktighet i vardagliga aktiviteter fyller de aktivitetsbaserade interventionerna en stor funktion. För att möjliggöra detta kan en översyn av arbetsplatsens struktur frisätta mer arbetstid. Det finns vidare behov av studier för att påvisa effektiviteten av att arbeta med aktivitetsbaserade interventioner inom äldreomsorgen.

Nyckelord: Arbetsterapi, arbetsterapeutiska interventioner, äldre, ordinärt boende

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



LUND UNIVERSITY

Faculty of Medicine

Arbetsterapeutprogrammet

2016-04-26

Experiences and thoughts of occupational therapists in the municipality concerning occupational therapy intervention in elderly care in ordinary housing

Anna Berggren & Linda Persson

Abstract

Background: The elderly in Sweden are increasing in number, which means greater demands on healthcare providers to promote health. Occupational therapists works to enable activity, which improves well-being and reduces healthcare costs. Studies have shown that there is an increased need for activity-based interventions in the early stages of the aging process.

Purpose: The purpose of this study was to investigate experiences and thoughts of occupational therapists in the municipality concerning occupational therapy intervention.

Method: The study had a qualitative approach where eight licensed occupational therapists in two focus groups participated. Collected data was analysed using qualitative content analysis.

Results: The result showed that an important condition for successful intervention was to create good client relationships. Lack of time was a factor that led to a change of priorities in interventions and follow-ups. The results showed the importance of a well-functioning cooperation with other professions and family and continuity to achieve good results in work with the elderly. **Conclusion:** Activity-based interventions fulfil an important function to maintain elderly people's independence and participation in everyday activities. To enable this, an overhaul of the workplace structure might be necessary in order to release time for the occupational therapists. There is a further need for studies to show the effectiveness of working with activity-based interventions in the elderly care.

Keywords: occupational therapy, occupational interventions, elderly, ordinary housing

Bachelor thesis

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

*Vi skulle vilja rikta ett stort tack till studiens undersökningspersoner,
utan Er hade studien inte kunnat genomföras!*

*Vi vill även tillägna vår handledare Ragnhild Cederlund ett stort tack
för alla goda råd och stöd under uppsatsskrivandet.*

Anna & Linda

Innehållsförteckning	
Inledning.....	1
Bakgrund	1
Problematisering.....	4
Syftet	5
Metod	5
Urval.....	5
Beskrivning av deltagarna	6
Datainsamling.....	6
Procedur.....	6
Dataanalys	7
Etisk övervägande	8
Resultat.....	9
Organisatoriska faktorer under arbetsprocessen.....	10
Prioriteringar	10
Bakomliggande faktorer i arbetet	10
Samarbete med andra professioner.....	11
Kontinuitet i vård- och rehabiliteringskedjan.....	11
Betydelsen av att ha samma mål	12
Interaktion med klienter	12
Medvetenhet om klientens behov kontra arbetsterapeutens resurser	12
Anhörigas betydelse	13
Tankar kring begreppet aktivitetsbaserad intervention	14
Tankar kring alternativa arbetssätt (Tankar kring förbättringsfaktorer).....	14
Diskussion	15
Resultatdiskussion.....	15
Organisatoriska faktorer under arbetsprocessen.....	15
Samarbete med andra professioner.....	15
Interaktion med klienter	17
Tankar kring begreppet aktivitetsbaserad intervention	18
Tankar kring förbättringsfaktorer	18
Metoddiskussion.....	19
Slutsats	21
Referenser.....	22

Inledning

Författarna till denna uppsats har varit yrkesverksamma inom äldreomsorgen under ett flertal år och noterat att allt fler äldre vill bo kvar i sitt eget boende. Arbetsterapeuter verksamma i det ordinära boendet har således en viktig roll i att möjliggöra delaktighet och självständighet hos den äldre befolkningen. Författarnas avsikt med studien var att undersöka kommunanställda arbetsterapeuters erfarenheter och tankar kring arbetsterapeutisk intervention.

Bakgrund

Arbetsterapeutisk teori

Aktivitet är kärnan inom arbetsterapi. Alla har en inre drivkraft av att vara aktiva, genom meningsfulla aktiviteter och delaktighet påverkas hälsan positivt. (Schadke & Schultz, 2003; Craik, Davis & Polatajko, 2007; Kielhofner, 2012). The Model Of Human Occupation [MOHO] (Kielhofner, 2012) är en arbetsterapeutisk praxismodell som är aktivitetsfokuserad och klientcentrerad. Med aktivitetsfokuserad menas själva utförandet av en aktivitet, det så kallade görandet är i fokus. Inom arbetsterapi används aktivitet som ett terapeutisk redskap, Fisher (1998) påpekar starkt vikten av detta i samarbete med klienten. Klientcentrerad syftar till att arbetsterapeuten och klient arbetar mot gemensamma mål. Detta förutsätter att arbetsterapeuten kan sätta sig in i klientens situation och att arbetsterapeuten förstår, respekterar och stöttar klientens beslut.

MOHO tydliggör att aktivitetsutförandet beror på miljön, individ och aktivitet. Dessa tre grundläggande delar samspelar och är beroende av varandra. Kielhofner (2012) menar att varje individ har tre grundläggande förmågor, vilja vanebildning och utförandekapacitet. Viljekraft syftar på hur motiverad individen är till aktivitet. Saknas viljan att delta eller förmågan att förstå syftet med en aktivitet är det svårt att känna motivation. Detta i sin tur innebär att aktiviteten inte blir meningsfull för personen. Fisher (1998) menar att en aktivitet bör ha ett syfte samt vara meningsfull, då ökar motivationen till att utföra den. Vanebildning innebär att olika vanor och rutiner styr individens aktivitetsmönster, dessa är komplexa att förändra då de är så inrutade i vardagen. Utförandekapacitet innebär den fysiska förmågan i relation till utförandet av olika aktiviteter. En del individer är mer begränsade än andra, vilket visar sig i aktivitetsutförandet. Individen vistas i många olika miljöer till exempel fysiska,

sociala, och kulturella. Valet av aktivitet och hur den utförs påverkas av den omgivning individen vistas i, miljön kan vara både stödjande eller hindrande. Detta är faktorer som är viktiga att ta hänsyn till i arbetet med klienter som upplever svårigheter i åldrandeprocessen.

Äldres hälsa

En persons fysiska, psykiska och sociala välbefinnande är sammanhängande och påverkar välbefinnandet (Wilcock, 2005), vilket styrker WHO's definition av begreppet hälsa "*Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och ej enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp.*" (World Health Organization, 1948). Åldrandet innebär en successiv förlust av olika kroppsfunktioner. Risken för olika komplikationer ökar, vilket i sin tur leder till inaktivitet då kroppen inte orkar med alla påfrestningar (Dehlin & Rundgren, 2014). Enligt Statistiska Centralbyrån [SCB] (2012) fanns det år 2011 runt 500 000 personer i åldern 80-99. Enligt deras prognos från 2012, beräknas att år 2060 kommer det finnas ca 1 100 000 personer i åldrarna 80-99. Den åldrande befolkningen kommer troligtvis innebära ökade kostnader inom all hälso- och sjukvård, därför är det viktigt att främja ett gott och hälsosamt åldrande (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). De områden som Statens Folkhälsoinstitut (2010) anser är extra viktiga för ett gott åldrande är meningsfull och fysisk aktivitet, socialt stöd och gemenskap samt goda matvanor. Arbetsterapeuten har således en viktig roll i arbetet med äldre personer som bor i ordinärt boende för att möjliggöra meningsfullhet och delaktighet i vardagen.

Arbetsterapi i kommunal verksamhet

Arbetsterapeuter verksamma inom den kommunala äldreomsorgen arbetar till stor del med äldre personer som har rehabiliteringsbehov. Enligt Socialstyrelsen (2013) ägnar arbetsterapeuterna 62 % åt att förskriva hjälpmedel och 13 % på individuell träning. Socialstyrelsens rapport (2013) visar även att arbetsterapeuter i kommunala verksamheter arbetar ytterst lite med förebyggande åtgärder och att det inte var mätbart i deras rapport. Detta kan ses som oroväckande eftersom enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763) ska hälso-och sjukvårdsinsatser bedrivas så det främjar god hälsa. Enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) har äldre personer rätt till meningsfulla aktiviteter, leva ett värdigt liv, känna trygghet och välbefinnande. Samtidigt finns en skyldighet enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) att förebygga vårdskador.

Verksamheternas riktlinjer varierar från kommun till kommun, vilket gör att arbetsterapeuternas arbetsstruktur är utformad på olika sätt. I många av Sveriges kommuner finns det idag hemrehabiliteringsteam, de startades som projekt för att sedan i många kommuner har kommit att bli bestående. Syftet med dessa hemrehabiliteringsteam är att återfå en eller flera förlorade förmågor till följd av sjukdom, skada eller allmän funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2007a). Klienten ska bli så självständig som möjligt i sina vardagsaktiviteter i det egna boendet och utformningen av rehabiliteringen kan skilja mellan kommunerna (Karlsson, 2006). Genom att få rehabiliterande interventioner av arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt hemvårdspersonal, som är knutna till teamen, är målet att bidra till ökad funktionsförmåga hos personer med förvärvad funktionsnedsättning. Dessa interventioner stödjer klienten till ett självständigt och aktivt liv (SOSFS 2007:10). Arbetsterapeuter i dessa team har större möjligheter och förutsättningar att arbeta med aktivitetsbaserade interventioner än vad arbetsterapeuter utanför teamen har möjlighet till (Karlsson, 2006). Studien ”Äldres upplevelser av rehabilitering i hemmet” (Karlsson, 2006) visade att de äldre som fick hemrehabilitering och anpassning av bostaden upplevde att de fick givande råd och stöd av rehabiliteringspersonalen. De uppgav att de kände sig delaktiga i processen och betonade betydelsen av att träna i vardagliga situationer i hemmet. Klienterna uttryckte att de erhöll en kontinuitet i sin träning och kunde bibehålla sin identitet, vilket gjorde att rehabiliteringen kändes meningsfull.

Folkhälsomyndigheten (2013) har arbetat fram en modell för att förbättra samverkan mellan olika hälsoinstanser, samverkansmodellen. Syftet med modellen är att fånga upp de äldre tidigare, ge möjlighet till ett aktivare liv genom att skapa kontakter med föreningar samt erbjuda dem en individuell tolv månaders utbildning som hålls av en hälsocoach (Folkhälsomyndigheten, 2013). Utvärderingen av modellen påvisade att förebyggande interventioner ger en hälso- och samhällsekonomisk vinst. Zingmark (2009) genomförde en studie med personer som blivit utskrivna från sjukhuset, bestående av två grupper. Undersökningsgruppen fick träffa en arbetsterapeut vid tre tillfällen där insatserna riktades till att ge klienten möjlighet att bli självständig och känna trygghet i sitt aktivitetsutförande. Jämförelsegruppen fick insatser i form av hemtjänst. Vid uppföljningen efter åtta månader fick 72 % av jämförelsegruppen beviljad hemtjänst och endast 24 % av undersökningsgruppen. De övriga deltagarna var inte i behov av hemtjänst.

Arbetsterapi och aktivitetsbaserade interventioner

Inom arbetsterapi diskuteras det kring en rad arbetsterapeutiska begrepp som är vanligt förekommande. Fisher (2014) menar att begreppen som aktivitetscentrerad, aktivitetsfokuserad och aktivitetsbaserad idag saknar en tydlig definition. Detta i sin tur kan leda till att arbetsterapeuter har svårt att förklara och beskriva vad och varför de arbetar som de gör. Begreppet aktivitetscentrerad, enligt Fisher (2014), innebär det kliniska resonemang som arbetsterapeuten använder sig av i sitt arbete. Aktivitetsfokuserad intervention, enligt Fisher (2014), innebär instruktioner, intervjuer och information kring aktivitetsutförande. Aktivitetsbaserade interventioner är när arbetsterapeuter använder personens aktivitetsengagemang i aktivitet som en terapeutisk metod för förändring i aktivitetsutförandet vid bedömning och utvärdering. Det är inte enkelt att särskilja dessa begrepp då arbetsterapeuter ofta använder sig av både aktivitetsbaserade och aktivitetsfokuserade interventioner och utvärderingar i arbetet med klienten. Fisher (2014) menar att det är viktigt att som arbetsterapeut ha ett aktivitetscentrerat resonemang samt att använda sig av aktivitetsbaserade och aktivitetsfokuserade interventioner i arbetet med klienten. Genom att förtydliga innebörden av begreppen, stärks arbetsterapeutens fokus och professionella resonemang.

The Occupational Therapy Intervention Process Model [OTIPM], (Fisher & Nyman, 2007) är en processmodell som beskriver åtgärdsprocessen för arbetsterapeuter och den används för att få struktur i arbetet med klienten. Fokus ligger på klientens problem och begränsningar i aktivitet, vilket gör det till en klientcentrerad arbetsprocess (Fisher & Nyman, 2007). Enligt HSL (SFS 1982:763) ska arbetsterapeuter arbeta för att förebygga ohälsa så kostnadseffektivt som möjligt. Detta ställer krav på arbetsterapeuten och klientens samarbete. Craik, Davis och Polatajko (2007) menar att det är viktigt att klienten är delaktig i processen eftersom det är klienten själv som känner sina begränsningar och förutsättningar bäst.

Problematisering

Allt färre äldre flyttar idag in på särskilt boende. Enligt Haak, Fänge, Iwarsson och Dahlin-Ivanoff (2007) vill allt fler äldre bo kvar i sina egna hem så länge det är möjligt, då detta innebär att de kan behålla sin självständighet och trygghet. Som tidigare nämnts lägger arbetsterapeuter stor del av arbetstiden på att förskriva hjälpmedel. För att möjliggöra kvarboende och fortsatt välbefinnande bör de äldre ha möjlighet att få aktivitetsbaserade

interventioner i hemmiljö. Det har uppmärksammats att detta inte alltid är möjligt och bör därför undersökas vidare, vilket motiverat genomförandet av denna studie.

Syftet

Syftet var att undersöka kommunanställda arbetsterapeuters erfarenheter och tankar kring arbetsterapeutisk intervention inom äldreomsorgen i ordinärt boende.

Metod

Design

Då studiens syfte var att undersöka legitimerade arbetsterapeuters erfarenheter och tankar genomfördes en tvärsnittsstudie med kvalitativ ansats i form av fokusgrupper. Malterud (2014) och Wibeck (2010) menar att genom att använda sig av denna typ av metod fångas deltagarnas tankar, erfarenheter och attityder, vilket ökar förståelsen för deras agerande i det aktuella problemet eller frågan.

Urval

För rekrytering av deltagare till studien kontaktade författarna 11 enhetschefer för arbetsterapeuter i kommuner i södra Sverige. Åtta av enhetscheferna återkom med besked, varav två meddelade att de var intresserade att delta i studien. Detta innebär att ett avsiktligt urval gjordes Kristensson (2014) menar att det då väljs ut personer som bedöms vara lämpliga för studien. Enhetscheferna fungerade som kontaktpersoner i urvalsförandet. Wibeck (2010) menar att kontaktpersonerna kan ange deltagare som är lämpliga för studien, enhetscheferna tillfrågade legitimerade arbetsterapeuter om intresse fanns att delta. Två olika fokusgrupper genomfördes. Inklusionskriterierna var att alla deltagare, oavsett kön och ålder, skulle vara legitimerade arbetsterapeuter, arbeta inom kommunen i ordinärt boende samt helst ha två års arbetslivserfarenhet från kommunal verksamhet. Då enhetscheferna valde ut deltagare från sin verksamhet innebar det att de redan var en existerande arbetsgrupp. Wibeck (2010) menar att det kan vara en fördel då deltagarna känner varandra och att de är vana att föra diskussioner med varandra. En nackdel kan vara att deltagarna tar vissa saker för givet och att de då inte lyfter upp det i gruppen av rädsla för att skapa konflikt.

Beskrivning av deltagarna

Det ursprungliga antalet deltagare som svarade positivt till deltagande i fokusgruppsintervjuerna var sex plus sex arbetsterapeuter. När det var dags för den första fokusgruppsintervjun skedde två bortfall. Även vid den andra fokusgruppsintervjun skedde två bortfall, detta innebar att det totala antalet deltagare i fokusgruppsintervjuerna var åtta arbetsterapeuter. Skälen till bortfall var att två arbetsterapeuter skulle på akuta hembesök, en hade ansvar för jourtelefonen samt att en var sjuk och kunde därför inte närvara. Den slutliga undersökningsgruppen bestod av åtta legitimerade arbetsterapeuter varav alla var kvinnor. Deltagarna hade olika lång klinisk erfarenhet, allt ifrån ett och ett halvt till 27 år. Erfarenheterna från nuvarande arbetsplats var minst ett och ett halvt år. Arbetsplatserna låg i två små kommuner i södra Sverige där invånarantalet var mellan 20.000–40.000.

Datainsamling

Fokusgruppintervjuer användes som metod för datainsamlingen. Fokusgrupper är en form av gruppintervju där ett förutbestämt ämne diskuteras och på så sätt samlar författarna in data (Wibeck, 2010). Trost (2010) menar att fokusgruppintervjuer innebär att deltagarna själv för en dialog med varandra. Båda författarna agerade som moderatorer, de både observerade, lyssnade samt till viss del styrde diskussionen vilket gjorde att deltagarna höll sig inom ramen för frågeställningen. Trost (2010) menar att det med fördel kan vara två moderatorer där personerna intervjuas om deras verksamhet och inte om deras person. Moderatorerna kan då komplettera varandra och få fram bredare informationsmängd. En utarbetad intervjuguide (bilaga 1) innehöll frågeställningar som utgick från studien syfte användes, detta gav intervjun en struktur. Enligt Halkier (2010) ska frågorna till en fokusgruppintervju inleda och stödja till diskussioner mellan deltagarna, vilket var målet med denna intervjuguide. För att öka tillförlitligheten och trovärdigheten granskades intervjuguiden av handledaren och den om bearbetades vilket ökade dess fokus på studiens syfte. Intervjuerna spelades in på band med inspelningsutrustningen Olympus Sonority samt på en mobiltelefon. Den insamlade informationen fördes sedan över på ett USB-minne, förvarades inlåst och förstördes efter att kandidatuppsatsen var färdigställd.

Procedur

Författarna började med att kontakta kommunala verksamhetschefer och enhetschefer för legitimerade arbetsterapeuter inom det ordinära boendet runt om i södra Sverige. Enhetscheferna meddelade per telefon om intresse att delta i studien och tog då ställning till

medverkan i studien. Författarna skickade informationsbrev med samtyckesblankett till enhetscheferna vilket returnerades med underskrifter. Enhetscheferna vidarebefordrade även informationsbreven med samtyckesblanketter till de tilltänkta deltagarna, dessa blanketter samlades in vid intervjutillfällena. Förslag på tider erbjöds författarna som sedan valde ut de aktuella datumen. Enhetscheferna erbjöd att fokusgrupperna kunde träffas i konferenslokaler på de båda verksamheterna, vilket underlättade för deltagarna och de kände sig bekväma på platsen. Trost (2010) menar att det är viktigt med en ostörd, trygg miljö för deltagarna då detta skapar en god relation mellan författarna och deltagarna.

Båda intervjuerna inleddes med en öppningsfråga vilket gjorde att diskussionerna kom igång relativt snabbt. Båda författarna agerade som moderatorer Halkier (2010) menar att två moderatorer är hanterligt, men att det är viktigt att moderatorerna inte pressar deltagarna för mycket. Författarna fick vid några tillfällen styra diskussionerna tillbaka till det relevanta ämnet genom att ställde frågor när det märktes att märkte att temat var uttömt. I övrigt var det diskussionerna mellan deltagarna som var i fokus, inte att styra allt för mycket. Båda intervjuerna, som varade i cirka 60 minuter, spelades in. Trost (2010) menar att detta kan vara en fördel då författarna helt kan koncentrera sig på diskussionen för att senare lyssna mer direkt på deltagarnas tonfall, ordval samt transkribera och analysera det mer ingående.

Dataanalys

Efter intervjuerna lyssnades materialet igenom och transkriberades. Detta innebar att intervjuerna skrevs ner ordagrant vad som sades, inklusive skratt och pauser (Kristensson, 2014). Författarna transkriberade båda intervjuerna och utförde detta var för sig dagarna efter genomförandet. Gillham (2008) menar att det är viktigt att intervjun transkriberas så fort som möjligt eftersom det är lättare att tolka inspelningen då informationen är färsk. Vid bearbetningen av det transkriberade materialet användes Kristensson (2014) tolkning av Graneheim & Lundman (2004) kvalitativa innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys innebär att en analys görs av texten. Vilket i sin tur leder fram till likheter och skillnader samt olika mönster i texten, detta ska alltid ställas i relation till studiens syfte. Kristensson (2014) menar även att genom att följa de olika stegen i innehållsanalysen, blir arbetet strukturerat, vilket underlättar att finna tolkningar som inte alltid är synliga eller uppenbara i texten. Efter transkriberingen läste författarna igenom materialet var för sig och identifierade så kallade meningsbärande enheter i texten, alltså de delar som ansågs vara av betydelse i relation till studiens syfte.

Vidare i analysen genomfördes en kondensering av de meningsbärande enheterna. Texten delades upp i koder efter materialets betydelsefulla delar. Därefter sammanfattades kodernas betydelser när likheter och skillnader identifierades. Författarna genomförde analysen enskilt till detta moment. Kristensson (2014) anser att då författarna inte påverkas av varandra under arbetets gång, ökas studiens tillförlitlighet. Koderna sammanfattades sedan i kategorier. Kristensson (2014) menar att det är viktigt att försöka hitta någon gemensam nämnare i de olika kategorierna för att undvika att få för stort antal kategorier se Tabell 1. Därefter justerades kategoriseringen tillsammans och försökte hitta kategorier som sammanfattades till underkategorier. Kristensson (2014) menar att det är först nu som texten börjar tolkas. Slutligen läste författarna igenom alla intervjuerna, kategorierna och underkategorierna för att till slut komma fram till övergripande huvudkategorier.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärandeenhet	Kondensering	Underkategori	Huvudkategori
"Jag känner mer så att börjar du med något så slutför du ju det. Det jag kan känna mer är att kanske vissa saker börjar man inte på för att man vet att förutsättningarna inte finns. Skulle jag vilja säga."	Det man börjar på avslutar man. Ser man att det inte finns förutsättningar börjar man inte, så som tid eller kapacitet.	Prioriteringar	Organisatoriska faktorer under arbetsprocessen

Etisk övervägande

Kraven på etiska överväganden är högre om deltagarna står i beroendeställning, vilket deltagarna i denna studie inte gör. Det finns dock krav som Vetenskapsrådet (2011) har utarbetat och som man måste förhålla sig till. De fyra etiska huvudkraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Vetenskapsrådet (2011) påtalar att dessa är viktiga för att studien ska bli etiskt korrekt. Författarna har vidtagit följande åtgärder för att beakta de fyra etiska huvudkraven. För att uppfylla informationskravet skickades informationsbrev ut för att delge syftet och

tillvägagångsättet med studien. I breven framhövdes det att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas utan att det medförde några konsekvenser. Det bifogades även samtyckesblanketter i enlighet med samtyckeskravet, dessa blanketter undertecknades av alla deltagare i studien samt deras enhetschefer. Allt material som samlades in aidentifierades och delgavs inte någon annan än författarna och handledaren. Materialet förvarades inlåst samt att det förstördes när uppsatsen var färdigställd, detta i enlighet med konfidentialitetskravet. Slutligen för att uppfylla nyttjandekravet försäkrades att det insamlade materialet endast användes till studiens ändamål.

Resultat

Resultatet presenteras med en sammanfattande tabell och därefter presenteras framkomna huvudkategorier och underkategorier som exemplifieras med citat.

Tabell 2 Huvudkategori och underkategori

Huvudkategori	Underkategori
Organisatoriska faktorer under arbetsprocessen	Prioriteringar Bakomliggande faktorer i arbetet
Samarbete med andra professioner	Kommunikation och information mellan vård -och rehabiliteringspersonal Kontinuitet i vård och rehabiliteringskedjan Betydelsen av att ha samma mål
Interaktion med klienter	Medvetenhet om klientens behov kontra arbetsterapeutens resurser Anhörigas betydelse
Tankar kring begreppet aktivitetsbaserad intervention	
Tankar kring förbättringsfaktorer	

Organisatoriska faktorer under arbetsprocessen

Prioriteringar

Arbetsterapeuterna uttryckte att de var styrda av verksamheternas prioriteringsordning vilket innebar att vissa arbetsuppgifter fick vänta på grund av tidsbrist. De förklarade att i första hand prioriterades klienter som skrevs ut från sjukhuset, vård i livets slutskede samt situationer som innebar säkerhetsrisker för klienten. Därefter prioriterades klienter som var i behov av att få vardagen att fungera inne i bostaden. Arbetsterapeuterna beskrev vidare att bostadsanpassningar och möjliggörande av aktivitet i utomhusmiljö prioriterades sist. Arbetsterapeuterna upplevde att prioriteringslistan var relevant vilket gav dem en struktur och tydlighet i deras arbete. Det betonades att det inte handlade om att prioritera bort något, utan mer att interventionerna dröjde beroende på vilken prioritering de hade.

“Framförallt prioriterar vi tidsmässigt beroende på vilken aktivitet det rör sig om, så det är inte det att vi prioriterar bort något”

Majoriteten av arbetsterapeuterna uppgav flertalet gånger att uppföljningar fick prioriteras utefter vilka säkerhetsrisker som fanns. I de ärenden där säkerheten och tryggheten innebar en ökad risk för klienten genomförde arbetsterapeuten en personlig uppföljning. I övriga fall där säkerheten inte var i riskzonen genomfördes uppföljningen per telefon, vilket de ansåg kunde ge en sämre kvalitet på arbetet.

“Man ska helst hinna göra uppföljningar av sitt arbete men det får ofta stryka på foten numera. För det är så många ärenden så man hinner inte riktigt”

Inom ett av arbetslagen uttryckte arbetsterapeuterna att det förekom ständiga diskussioner kring vilken kvalitet deras arbete skulle hålla. Som en följd av tidsbristen, upplevde de i vissa fall att det var svårt att avgöra när en patient var färdigbehandlad, eftersom de ofta tänkte att de kunde ha arbetat lite mer med klienten.

“Jag tror inte att klienterna känner att de blir lidande. Jag tror att det är vi som känner att vi inte gjort tillräckligt eller med den kvaliteten som man skulle kunna önska”

Bakomliggande faktorer i arbetet

Arbetsterapeuterna upplevde ständigt ringande telefoner som ett störningsmoment när de befann sig på kontoret, då de var tvungna att avbryta det de höll på med för att svara.

I samband med varje klient medföljde mycket dokumentation. Arbetsterapeuterna beskrev att utöver mötet med klienten skulle allt de utförde dokumenteras på ett flertal ställen, vilket de ansåg var väldigt tidskrävande. Majoriteten av arbetsterapeuterna påpekade att de lade mycket av sin tid på dokumentationen och att de ansåg att det var viktigt för att säkerställa arbetet, samtidigt som de påpekade att det var just dokumentation som fick vänta när de hade mycket att göra. De menade att detta var en svår balansgång att förhålla sig till då de ville utföra sitt arbete på bästa sätt.

“Men det är verkligen det där bakomarbetet, beställningar, kolla upp och dokumentera, där brister vi vid flera tillfällen, absolut”

Samarbete med andra professioner

Kontinuitet i vård- och rehabiliteringskedjan

Arbetsterapeuterna menade att ständiga personalomsättningar av hemvårdspersonal medförde problem som innebar att kontinuiteten för klienten blev lidande. Detta försvårade även möjligheterna till att skapa en god relation mellan hemvårdspersonal, klient och arbetsterapeut.

“Det kan inte vara så att om klienten duschar fem gånger så är där fem olika personer som stöttar. Då är det svårt avgöra resultatet av interventionen, då det inte finns någon kontinuitet och det blir ingen trygghet för klienten”

Kommunikation och information mellan vård- och rehabiliteringspersonal

De stora personalomsättningarna innebar även att kommunikationen mellan arbetsterapeut och hemvårdspersonal blev sämre vilket var en bidragande orsak till att samarbetet inte fungerade optimalt. Den information eller de anvisningar arbetsterapeuterna förmedlade vidare för fortsatt arbete mellan hemvårdspersonal och klient blev många gånger inte utförd på det sätt som arbetsterapeuterna strävade efter. Detta på grund av att personalen hade ett stressigt och tidsstyrt schema som ofta ledde till att de hjälpte klienterna att utföra en aktivitet istället för att hjälpa dem med de strategier eller tillvägagångssätt som arbetsterapeuten anvisat.

“Ibland kan det vara svårt att få hemtjänstpersonalen att förstå, att om man ändrar taktik så förlorar man inte tid i en aktivitet. Jag har till och med tagit tiden på dem någon gång, nu gör vi på mitt sätt och nu gör vi på ert sätt. Det gick snabbare på mitt sätt men de upplevde att det tar längre tid för de måste vänta ut patienten, det har de inte ro med.”

Majoriteten av arbetsterapeuterna beskrev att de utförde den initiala bedömningen av klienten för att sedan i många fall handleda, informera och anvisa hemvårdsgrupperna. Klientens vinster med att utföra aktiviteten självständigt, poängterades ofta till hemvårdspersonalen. Vid väl fungerande samarbete påpekade arbetsterapeuterna att klienterna blev mer delaktiga i interventionen vilket ledde till ett självständigare aktivitetsutförande för klienten. Här användes hemrehabiliteringsteamet som väl fungerande exempel.

“Man får ofta förklara varför man gör så eller så, för att det är för att personen ska bibehålla sin kapacitet och förmåga så länge som möjligt”

Betydelsen av att ha samma mål

Under båda intervjuerna betonades vikten av teamarbete med de klienter där stora förändringar var nödvändiga. Det gällde samarbetet mellan hemvårdspersonal, fysioterapeut, sjuksköterska, biståndshandläggare samt arbetsterapeut och även vikten av att professionerna hade kunskap om sina olika roller i arbetet med klienten. Genom att professionerna arbetade mot samma mål innebar det många gånger en ökad självständighet för klienten.

Arbetsterapeuterna uttryckte att de ofta upplevde brister i detta, vilket påverkade uppfyllelsen av de satta målen. Ett exempel var om hemvårdspersonal skulle närvara vid en duschsituation med en klient, var det inte ovanligt att personalens mål var att duscha klienten. Vad som dock missades var klientens mål, vilket var att kunna få stöttning och handledning till att utföra aktiviteten självständigt.

Interaktion med klienter

Medvetenhet om klientens behov kontra arbetsterapeutens resurser

Arbetsterapeuterna påpekade att en av förutsättningarna för en lyckad interventionsprocess var att skapa en god relation med klienten. Flertalet av arbetsterapeuterna menade att

klienterna var alla olika och hade olika behov av interventioner. De konstaterade att det fanns klienter som ringde och sa att de exempelvis ville ha en duschpall, att det fanns en medvetenhet kring vad de ansåg att de behövde. Ibland upplevde arbetsterapeuterna att det kunde vara en fördel då klienterna själv bad om hjälp eftersom arbetsterapeuterna då fick en möjlighet att göra ett hembesök. Samtidigt kunde de då undersöka om det fanns säkerhetsrisker i hemmet och på så sätt lättare skapa en diskussion kring det.

“Om klienterna ringer och begär ett hjälpmedel, då tror jag det är lättare för dem att bara fråga efter det. Jag tror inte det är så lätt att ringa och säga “Jag har stora problem med det här i denna aktivitet”

Arbetsterapeuterna uttryckte även att de upplevde svårigheter att utföra en bra bedömning kring förskrivning av hjälpmedel hos klienter som var bestämda över vilket hjälpmedel de ville ha.

“Det är då inte frågan om att klienten vill att man ska sätta sig ner och diskutera eller prata kring situationen. Utan det är bara rena beställningsarbetet. Det tycker jag nästan är det svåra, att man inte ska tränga sig på, när man börjar ställa frågor runt omkring så är det inget som de vill diskutera.”

Några av arbetsterapeuterna påtalade att det fanns en okunskap hos klienter kring deras yrkesroll och vad de kunde hjälpa klienterna med. De menade att många trodde att arbetsterapeuter endast förskrev hjälpmedel och utförde bostadsanpassningar. De ville även framhäva vikten av att de arbetade för att möjliggöra aktivitet på andra sätt som exempelvis finna andra lösningar och strategier i utförandet av aktiviteter.

Anhörigas betydelse

Arbetsterapeuterna återkom till betydelsen av ett bra socialt nätverk där anhöriga hade en viktig roll för klienten. Med hjälp av anhöriga framkom information som klienten i vissa fall inte själv kunde delge och därigenom fick arbetsterapeuterna en bredare bild av klientens aktivitetsmönster. Däremot påpekade arbetsterapeuterna att det kunde uppstå problem om anhöriga och klienten inte var samstämmiga. Enligt arbetsterapeuterna förekom det fall där anhöriga upplevde att klienten behövde hjälp och kontaktade arbetsterapeuten trots att klienten inte upplevde några som helst problem.

“Sen kan det vara någon annan som har gjort beställningarna till mamma eller pappa. Och då är det en känslig fråga som man verkligen måste gå in i. För visst, ofta finns det ett behov någonstans, men kanske inte efter just det som efterfrågades. Men att det finns någon form av behov det gör det, då gäller det att försöka hitta vad det är som brister i situationen. Men det är känsligt”

Tankar kring begreppet aktivitetsbaserad intervention

Arbetsterapeuterna diskuterade kring begreppet aktivitetsbaserad intervention och de hade olika tolkningar kring dess innebörd. En del menade att aktivitetsbaserat innebar allt som de utförde i sina interventioner, allt ifrån att förskriva hjälpmedel till att träning i aktivitet. De menade att det var ett brett begrepp som var svårt att definiera exakt.

”Det är det man gör hela tiden, det är det hela vårt arbete går ut på och som man utgår ifrån”

Några arbetsterapeuter menade att aktivitetsbaserad intervention förekom mycket i hemrehabiliteringsteamerna då det gjordes många bedömningar av aktivitetsförmågan hos klienten och det eftersträvades att möjliggöra aktivitet för att främja patienten.

Tankar kring förbättringsfaktorer

Arbetsterapeuterna återkom ständigt till hur det hade kunnat ske förbättringar i deras verksamheter om de hade haft förutsättningar till det. Många gånger relaterade de till de olika kommunernas hemrehabiliteringsteam och såg fördelarna som detta arbetssätt medförde för både arbetsterapeuter och klienter. Flertalet av arbetsterapeuterna hade erfarenheter av detta arbetssätt.

“Det är därför vi har det här rehabiliteringsteamet, för att vi försöker bryta att man inte fastnar i det där träsket med morgoninsats, middagsinsats, kvällsinsats.....och så sitter man på en stol och blir påklädd, tvättad och serverad. Dit vill man inte komma”

De påpekade att de interventioner som gav gott resultat var då klienten haft kontinuitet bland hemvårdspersonalen, ingen tidsstress samt att de upplevde en trygghet i hemmet.

Hemrehabiliteringsteamerna är inte så begränsade som hemvården då de har större möjligheter att självständigt planera sin tid.

Arbetsterapeuterna återkom även här till betydelsen av teamarbete och att alla arbetade mot samma mål, vilket fokuserades på i hemrehabiliteringsteamerna. De framhöll att väl fungerande

samarbetade med hemvårdspersonalen var en av förutsättningarna för att teamen skulle fungera optimalt.

“Sen jobbar vi mycket genom undersköterskorna och så har vi uppföljningar tre gånger i veckan om hur det går för personen. Sedan har vi teammöten för att se hur det går, så att man följer de mål som är uppsatta. Som arbetsterapeut vägleder man undersköterskorna i arbetet”

Diskussion

Resultatdiskussion

Denna studie har undersökt arbetsterapeuters erfarenheter och tankar kring arbetsterapeutisk intervention inom äldreomsorgen. Det som framträdde tydligast i resultatet var att prioriteringar av deltagarnas arbetsuppgifter styrde deras insatser, betydelsen av bra samarbete med annan personal och närstående samt att klientcentrering ökar möjligheterna för de äldres delaktighet och självständighet i aktivitet.

Organisatoriska faktorer under arbetsprocessen

Det som framträdde tydligast i resultatet var att deltagarna ofta fick prioritera insatser, uppföljningar och dokumentation på grund av tidsbrist. Likväl var aspekter som kvalitet, trygghet och säkerhet något som alltid eftersträvades. Enligt Patientdatalagen (2008:355) har hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation en skyldighet att skriva patientjournal. Socialstyrelsen (2014) påtalar att dokumentationen inom hälso- och sjukvård är viktigt för att det ska finnas en samverkan mellan huvudmän samt den äldres behov. I Socialstyrelsens rapport (2007a) framkom att ett stort problem var att det saknades rehabiliteringspersonal och arbetsterapeuter i rehabiliteringen med äldre i ordinärt boende. Första steget kan vara att se över arbetsplatsens struktur för att identifiera eventuella brister och på så sätt frigöra mer tid. Ett ökat antal arbetsterapeuter på respektive arbetsplatser hade kunnat minska tidspressen vilket hade ökat möjligheterna för dokumentation och uppföljningar på ett fördelaktigare sätt.

Samarbete med andra professioner

Kontinuitet och samarbete med främst hemvårdspersonal var en viktig förutsättning för fungerande verksamheter, vilket resultatet visade att det ibland fanns brister i. Enligt Socialstyrelsen (2008) är en av grundförutsättningar för lyckad rehabilitering kontinuitet. Med kontinuitet menar de inte bara personalen utan även vilken metod, struktur och information

som ges, vilket innebär tydligare aktivitetsfokuserade interventioner. Socialstyrelsen (2007a) påpekade att för att få ett bättre fungerande teamarbete fanns det en önskan om att all hemsjukvård skulle vara under samma huvudman. Här finns en hel del förbättringar som skulle kunna öka samarbetet och kontinuiteten. Författarna menar att samarbetet mellan de professionerna hade kunnat förbättras, om de hade haft gemensam verksamhetschef.

Arbetsterapeuterna påpekade att det fanns information- och kommunikations problem som vid tillfälle innebar att interventionerna inte gav förväntat resultat. När hemvårdspersonal hjälpte istället för att stötta, kunde klienten inte utvecklas vilket ofta kan leda till en bristande utförandekapacitet (Kielhofner, 2012). Detta i sin tur gör att klienten inte har drivkraften att utföra en aktivitet. Vid inaktivitet förloras fysiska förmågor, som kan leda till nedstämdhet och depressioner. Vilket i sin tur leder till ett ökat vårdbehov (Dehlin och Rundgren, 2014) och ökade samhällskostnader (SOSFS 2007:10). Därför är det viktigt att se klienten i ett helhetsperspektiv. Wilcock (2005) menar att det inte går att sära på den psykiska, fysiska och sociala välmående. Genom engagemang i meningsfull aktivitet stärker klienten sitt självförtroende och den fysiska funktionsförmågan i aktivitetsutförandet. Därför är det viktigt i arbetet med klienter att se helheten och inte bara fysiska funktionsnedsättningar, samt att se till vad klienten anser vara meningsfullt.

Resultatet visade att det förekom svårigheter då alla i rehabiliteringsteamet inte arbetade mot samma mål som klienten. För att klienten ska vara motiverad till förändring är det viktigt att aktiviteten är meningsfull för klienten (Kielhofner, 2012; Fisher, 1998). Enligt Socialstyrelsen (2007a & 2007b) bör all personal ha ett rehabiliterande förhållningssätt. Socialstyrelsen (2007b) påpekar att omvårdnadspersonalens yrkeskompetens brister och därför bör utbildningssystemet ses över samt att utbildningsmöjligheter på arbetsplatsen bör öka. Vår uppfattning är att all personal som är involverad i klienten, är i behov av ökad kunskap kring rehabilitering under sin grundutbildning. Detta för att öka personalens förståelse för vinsterna av ett aktivitetsbaserat förhållningssätt. Även på verksamhetsnivå finns det behov av vidareutbildning inom rehabiliterande synsätt, för att personalens kunskapsnivå ska vara uppdaterad. Då de flesta arbetsterapeuter har ett aktivitetsfokuserat förhållningssätt kan detta tas tillvara på genom att de och fysioterapeuter får utrymme för regelbunden grupphandledning och fortbildning. Detta anser vi hade stärkt omvårdnadspersonalens roll och självförtroende i deras arbete med de äldre. Dock är detta svårt att bibehålla på grund av den ständiga personalomsättningen inom hemvården.

Interaktion med klienter

Det framkom i resultatet att arbetsterapeuterna upplevde att en av de viktigaste faktorerna i arbetsprocessen var att de skapade en god relation med klienten, vilket styrks av Craig et al. (2007), Fisher & Nyman (2007), Fisher (1998) och Kielhofner (2012). Deltagarna påtalade att det ibland kunde uppstå problem att knyta en terapeutisk relation vilket gjorde att de inte kunde bilda sig en uppfattning om klientens helhetssituation. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska all vård vara av god kvalitet, klienten ska känna trygghet i behandlingen och ska grundas på att klienten har rätt att bestämma över sig själv. Det som är intressant i denna diskussion är att det är en balansgång i processen med klienten. Det gäller att respektera klienten och dess behov, samtidigt som arbetsterapeuterna ska utföra ett arbete som är av god kvalitet och säkerhet.

Vidare framkom det att många klienter inte var medvetna om de olika arbetsterapeutiska interventionerna som kunde erbjudas förutom hjälpmedelsförskrivning samt bostadsanpassning. En undersökning av Socialstyrelsen (2013) visade att arbetsterapeuterna i kommunal verksamhet ägnade 62 % av sin arbetstid åt att förskriva hjälpmedel. Zingmark (2009) studie visar att hjälpmedel och ändringar i den fysiska miljön är arbetsterapeutiska interventioner som ökar klientens förutsättningar att bli trygga i sitt aktivitetsutförande. Även Chiu och Man (2004) menar att det ökar klienternas funktionsförmåga när de använder hjälpmedel vid aktivitetsutförandet vilket leder till ett självständigare liv. Enligt Dahlin-Ivanoff, Haak, Fänge & Iwarsson (2007) är det viktigt att hemmet är anpassat och planerat utifrån klientens behov och förmåga, då upplever klienterna säkerhet och trygghet i sitt hem. Författarna tror att många av de äldre ser funktionsnedsättningar som en del av det naturliga åldrandet. Samtidigt finns det en allmän uppfattning om att arbetsterapeuten tillhandahåller hjälpmedel och många känner inte till arbetsterapeutens rehabiliteringskunskaper. Denna okunskap kan bidra till att de äldre inte söker sig till arbetsterapi för att ändra sitt aktivitetsutförande. Förskrivning av hjälpmedel och bostadsanpassning ska likväl inte underskattas som arbetsterapeutisk intervention då detta möjliggör delaktighet i olika aktiviteter för klienten. Därför anser författarna att det finns ett behov av att öka andra professioners och allmänhetens kunskap kring arbetsterapeuters kompetens.

Arbetsterapeuterna menade att anhöriga var en viktig informationskälla i arbetet med en del klienter. Gurner (2006) menar att i arbetet med äldre personer som är i behov av vård- och

omsorgsinsatser, är det viktigt att de anhöriga ska ses som en samarbetspartner då de ofta kan ge den helhetsbild av klienten som arbetsterapeuten vill ha.

Tankar kring begreppet aktivitetsbaserad intervention

I resultatet framkom det att begreppet aktivitetsbaserad intervention var svårt för arbetsterapeuterna att definiera. Fisher (2014) anser att på grund av att arbetsterapeuter inom alla verksamhetsområde inte använder termologin konsekvent har de svårt att resonera och reflektera över vad de gör och hur de gör det. En anledning enligt Fisher (2014) är att det saknas en gemensam och tydlig definition på begreppen aktivitetscenterad, aktivitetsfokuserad och aktivitetsbaserad. Eftersom deltagarna i studien hade olika lång arbetslivserfarenhet och arbetsterapeututbildningen har förändrats, kan det förklara varför dessa begrepp inte är självklara för dem att definiera trots att stora delar av deras arbete omedvetet genomsyras av dessa begrepp. Detta är relativt nya begrepp som Fisher (2014) nu har lyft till diskussion som författarna tycker är intressant. Genom en gemensam definition tydliggörs arbetsterapeutens roll och kompetens även gentemot andra professioner. På sikt bidrar detta till ökad kunskap och förståelse kring arbetsterapi och det blir mer självklart vad vi gör, hur och varför.

Tankar kring förbättringsfaktorer

I båda fokusgrupperna diskuterades fördelarna med att arbeta med aktivitetsbaserade och aktivitetsfokuserade interventioner i ett hemrehabiliteringsteam. Hemrehabilitering innebär en tidigt samordnad rehabilitering i klientens hemmiljö (Karlsson, 2006). Zingmark (2009) menar att arbetsterapeutiska interventioner i förebyggande syfte resulterar i att fler äldre klarar sig självständigt utan hemtjänst, vilket innebär minskade kostnader för samhället samt att klienten upplever ökad självkänsla. Dahlin-Ivanoff et al. (2007) menar att en kombination mellan den fysiska förmågan och hur hemmet är anpassat påverkar möjligheten att bo kvar i sitt hem trots att klienten åldras. Vår uppfattning är att äldre människor har olika behov och upplever olika svårigheter i sitt aktivitetsutförande. Genom hemrehabilitering ökas klienternas förmåga till delaktighet och självständighet i meningsfulla aktiviteter. Därför är det viktigt att arbetsterapeuter arbetar med förebyggande aktivitetsbaserade och aktivitetsfokuserade interventioner tidigt för att möjliggöra ett fortsatt aktivitetsutförande för de äldre.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka kommunalanställda arbetsterapeuters upplevelser och tankar kring arbetsterapeutisk intervention inom äldreomsorgen i ordinärt boende. Genom att använda en kvalitativ ansats i form av fokusgrupper som metod formades givande diskussioner mellan deltagarna vilket framkom i resultatet. Enligt Malterud (2014) och Wibeck (2010) är detta en relevant metod för att få en förståelse för deltagarnas upplevelser och tankar kring syftet. Enkäter valdes bort då vi ansåg att svaren inte hade fångat bredden av deltagarnas tankar och upplevelser, vilket Wibeck (2010) menar är en fördel med fokusgrupper. För att säkerställa att varje deltagare skulle ha fått tala lika mycket, hade individuella intervjuer kunnat väljas som metod. Detta valdes dock bort på grund av tidsaspekten samt för att vi ville ha en diskussion mellan deltagarna.

Att rekrytera deltagare visade sig vara problematiskt då flertalet enhetschefer påpekade att de på grund av tidsbrist inte hade möjlighet att medverka i studien. En enhetschef vidarebefordrade vårt informationsbrev direkt till arbetsterapeuter, vilket gjorde att de fick ta del av mer information än övriga deltagare. De var inte heller en redan existerande grupp, därav ansåg författarna att de inte var lämpliga för studien. Wibeck (2010) menar att en redan existerande grupp kan vara en trygghet för deltagarna då de redan känner varandra och har vana av att föra diskussioner med varandra. Inklusionskriteriet att deltagarna skulle ha två års erfarenhet från kommunal verksamhet fick tas bort då en av deltagarna endast hade drygt ett och ett halvt år erfarenhet. Om denna deltagare hade tagits bort, hade det kvarstått endast tre deltagare vilket vi menar hade försämrat diskussionerna i gruppen.

Två fokusgruppsintervjuer genomfördes, vid båda intervjutillfällena förekom det två bortfall vilket resulterade i sammanlagt åtta deltagare. Författarna upplevde att det blev en bra balans med fyra deltagare i varje grupp. Halkier (2010) menar att man med fördel kan använda sig av mindre fokusgrupper och betonar att det förekommer blandade åsikter kring antalet deltagare i fokusgrupper. Då detta redan var en existerande grupp av deltagare, gav det en känsla av att alla kände sig trygga med att prata öppet i gruppen.

Det var en utmaning att styra diskussionerna så att deltagarna höll sig till det relevanta ämnet. En intervjuguide hade utarbetats som skulle fungera som ett underlag. Den kompletterades med följdfrågor som uppkom i diskussionerna, vilket ledde till värdefull information. Det förekom i båda grupperna att några deltagare pratade mer än andra, moderatorerna försökte

då, utan att ta över, uppmuntra alla deltagare att vara aktiva. Enligt Morgan (1998) är en av svårigheterna med fokusgrupper att moderatorn inte ska ta för stor plats i diskussionen.

På grund av svårigheter att rekrytera deltagare till studien, fanns ingen möjlighet att utföra en provintervju. Författarna tror att det hade varit en fördel om en provintervju hade gjorts. Samtidigt vi är övertygade om att det krävs mycket träning i att leda en fokusgrupp och är tveksamma till att endast en provintervju hade kunnat förändra resultatet av diskussionerna. Halkier (2010) menar att leda en fokusgrupp krävs mycket praktiskt träning samt att det är en stor fördel att göra provintervjuer.

Vid transkriberingen av de inspelade intervjuerna upplevdes en viss svårighet att tolka materialet då flera deltagare pratade samtidigt. Ett annat störmoment var att deltagarna vid första intervjun fikade under samtalets gång. Under den andra intervjun avrådde författarna deltagarna att fika samtidigt, vilket underlättade vid transkriberingen. Malterud (2014) menar att det ska finnas en medvetenhet om att det kan vara svårt att uppfatta allt som sägs samt att vid transkriberingen ska materialet inte tolkas eller analyseras. Författarna transkriberade materialet var för sig. För att säkerställa att inga tolkningar av materialet gjorts, läste författarna igenom varandras transkriberingar innan analysprocessen fortsatte.

Vidare användes en kvalitativ innehållsanalys för bearbetning och tolkning av den insamlade data. Detta gav en bra struktur och vägledning i att få ut det mest centrala ur de meningsbärande enheterna som tagits ut ur materialet. Författarna utförde delar av analysen åtskilt för att sedan jämföra med varandra. På så sätt framkom relevant data för studien vilket styrker trovärdigheten i studien enligt Kristensson (2014). Därefter analyserade och tolkade författarna fram huvud- och underkategorier tillsammans för att stärka relevansen i resultatet. Lincoln och Guba (1985) menar att på detta sätt, genom forskartriangulering, ökar även tillförlitligheten av det framkomna resultatet. Under denna process ägnades mycket tid åt att reflektera och analysera data, vilket fördjupade förståelsen för materialet.

Slutsats

Denna studie har tydliggjort arbetsterapeuters erfarenheter och tankar kring arbetsterapeutisk intervention inom kommunal verksamhet. Resultatet visade att deltagarna prioriterade sina insatser på grund av tidsbrist. Genom ökade resurser samt att se över arbetsplatsernas struktur frigörs mer tid för arbetsterapeuterna vilket möjliggör arbete med aktivitetsbaserade interventioner. På så sätt ökar möjligheterna att bibehålla de äldres självständighet och delaktighet i vardagens aktiviteter, vilket förebygger inaktivitet och ohälsa hos den ökande äldre befolkningen. På sikt leder detta till en samhällsekonomisk vinst, då trycket på hälso- och sjukvård minskar. Det råder en viss tveksamhet kring arbetsterapeutiska begrepp (Fisher, 2014) bland yrkesverksamma arbetsterapeuter, därför bör dessa förtydligas för att stärka arbetsterapeutens profession.

Intervjupersonerna ansåg att hemrehabilitering är ett önskvärt alternativ för att uppnå goda rehabiliteringsresultat. Det behövs dock fortsatt forskning kring hur hemrehabilitering med aktivitetsbaserade interventioner bedrivs effektivt för att vidare kunna implementera det i ett bredare perspektiv.

Referenser

- Chiu, W.Y., & Man, D.W.K. (2004). The effect to training older adults with stroke to use home-based assistive devices. *Occupational Therapy Journal of research: Occupation, Participation and Health*, 24(1) 113-120.
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2007). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation 11: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (pp.229-246). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Dahlin-Ivanoff, S., Haak, M., Fänge, A., & Iwarsson, S. (2007). The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 14(1) 25-32.
- Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2014). *Geriatrisk*. Lund: Studentlitteratur.
- Fisher, A.G. (1998). Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework. *The American Journal of Occupational Therapy* 52(7), 509-519.
- Fisher, A.G. (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 21(1), 96-107.
- Fisher, A.G. & Nyman, A. (2007). *OTIPM: en modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi*. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.
- Folkhälsomyndigheter (2013). *Samverkansmodellen*. Hämtad den 16 maj 2015 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/seniorguiden/samverkansmodell/>
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun. Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.

- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.000
- Gurner, U. (2006). Äldre med stora och sammansatta behov. I M. Thorslund & S.-E. Wånell (Red.), *Åldrandet och äldreomsorgen* (s.105-125). Lund: Studentlitteratur
- Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S., & Dahlin-Ivanoff, S. (2007). Home as a signification of independence and autonomy: experiences among very old people. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 14(1), 16-24.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Malmö: Liber.
- Karlsson, C. (2006). *Äldres upplevelser av rehabilitering i hemmet*. Göteborg: FoU i Väst.
- Kielhofner, G. (2012). *Model Of Human Occupation: Teori och tillämpning*. (C, Falk., K, Falk & H, Stedman övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2008).
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicins forskning. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Morgan, D. (1998). *The Focus Group Guidebook – The Focus Group Kit*. Thousand Oaks: Sage.
- Schadke, J K. & Schultz S. (2003). Occupational adaptation. In P. Kramer., J. Hinojosa & C.B. Royeen. (Eds.), *Perspectives in human occupation: participation in life*. (pp. 182-221). Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2008:355 *Patientdatalagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2007a). *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*. Hämtad den 6 mars 2016 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-123-26>

Socialstyrelsen. (2007b). *Vård och omsorg av äldre - Lägesrapport 2006*. Hämtad den 1 mars 2016 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-131-12>

Socialstyrelsen. (2008). *Samverkan i re/habilitering - en vägledning*. Hämtad den 29 februari 2016 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-4>

Socialstyrelsen. (2013). *Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre*. Hämtad den 19 maj 2015 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-131-10>

SOSFS 2007:10 *Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 10 maj 2015 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2007-10>

Statens Folkhälsoinstitut. (2010). *Hur kan kommuner och landsting arbeta för att främja hälsan hos personer över 60 år? Slutrapport för regeringsuppdraget att utarbeta en vägledning för att främja ett aktivt och hälsosamt åldrande samt starta försöksverksamheter med hälsocoacher VERK 2010/140*. Hämtat 10 maj 2015 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/projektwebbar/seniorguiden/utvardering/slutrapport-hur-kan-kommuner-och-landsting-arbeta-for-att-framja-halsan-hos-personer-over-60-ar.pdf>

Statistiska Centralbyrån. (2012). *Sveriges framtida befolkning 2012-2060*. Hämtad 17 maj 2015 från http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE0401_2012I60_BR_BE51BR1202.pdf

- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- World Health Organization (1948). *Definition of Health*. New York.
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*.
Lund: Studentlitteratur.
- Wilcock, A. (2005). Relationship of Occupations to Health and Well-Being. In C. H. Christiansen & C. M. Baum (Ed.), *Occupational Therapy. Performance, participation, and, well-being (3rd ed.)*. (pp.134-164) Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Zingmark, M. (2009). *Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig – en jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser*. Östersund: FoU Jämt

Bilagor

Bilaga 1

Intervjuguide

Syftet är att undersöka era upplevelser och erfarenheter av aktivitetsbaserade interventioner.

En första fråga:

1. När vi säger ”aktivitetsbaserade interventioner” vad betyder det för er?

Kan ni ge exempel

2. Vilka erfarenheter och upplevelser har ni av att arbeta med aktivitetsbaserade interventioner?

Kan ni ge några exempel?

Här på denna enhet?

Hur fungerar det idag?

Vad gör ni för aktivitetsbaserade interventioner?

Upplever ni att det finns en efterfrågan/ ett behov av dessa interventioner?

Vem genomför dessa interventioner? Delegerar man dem?

3. Vilka möjligheter ser ni med aktivitetsbaserade interventioner?

Hinder?

4. Upplever ni att tiden spelar någon roll i ert arbete med klienten? Kan ni ge några exempel?

5. Vad har ni för arbetsuppgifter idag?

6. Vilken åldersgrupp arbetar ni övervägande med?