



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet

Beskrivning av arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke

en kvalitativ intervjustudie

Författare: Sara Höjrup, Malin Torstensson

Handledare: Kristina Orban

Mars 31, 2016

Kandidatuppsats

Adress: Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 LUND



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet
Mars 31, 2016

Beskrivning av arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke

en kvalitativ intervjustudie

Sara Höjrup, Malin Torstensson

Abstrakt

Bakgrund: Stroke är en vanlig orsak till att vuxna människor drabbas av fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar. Kognition är individens förmåga ta in, tolka och bearbeta information från omgivningen. Att inte klara av att utföra vardagliga aktiviteter så som personlig vård, arbete och fritidsaktiviteter är en vanlig följd av kognitiva funktionsnedsättningar.

Syfte: studien har ett tvådelat syfte.

- 1) Beskriva arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke.
- 2) Undersöka hur arbetsterapeuterna upplever att interventionerna har betydelse för individens möjlighet till aktivitet.

Metod: En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer tillämpades. Tolv arbetsterapeuter deltog i studien. Intervjuerna analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Arbetsterapeutiska interventioner för personer med kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke resulterade i fem kategorier: Medvetandegöra, aktivitetsbalans, kognitiva hjälpmedel/strategier, aktivitetsbaserad intervention och funktionsträning. Resultatet visade att arbetsterapeuterna upplevde att interventionerna ökade patientens insikt, självständighet samt aktivitetsutförande.

Nyckelord: Stroke, kognitiva funktionsnedsättningar, arbetsterapeutisk intervention, aktivitet.

Kandidatuppsats

Adress: Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 LUND



LUND UNIVERSITY
Faculty of Medicine

Arbetsterapeutprogrammet
March 15, 2016

Description of occupational therapy intervention for people with cognitive functional impairments following a stroke

A qualitative interview study

Sara Höjrup, Malin Torstensson

Abstract

Background: Stroke is a common reason for adults suffer from physical and cognitive disabilities. Cognition is the individual's ability to receive and process information from the environment. Being unable to perform everyday occupations such as personal care, work and leisure activities is a common consequence of cognitive functional impairments.

Purpose: There are two aims of this study.

- 1) Describe occupational therapy intervention for individuals with cognitive functional impairments following a stroke.
- 2) Examine how occupational therapists experience that the interventions impact on the individual's opportunity to occupation.

Method: A qualitative study using semi-structured interviews were applied. Twelve occupational therapists participated in the study. The interviews were analyzed based on a qualitative content analysis.

Results: Occupational therapy interventions for people with cognitive functional impairments following a stroke resulted in five categories: Raising awareness, occupational balance, cognitive tools / strategies, occupation-based intervention and functional training. The results showed how occupational therapists experienced that the intervention increased patient awareness, independence and occupational performance.

Keywords: Stroke, cognitive functional impairments, occupational therapy intervention, occupation.

Bachelor thesis

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

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Stroke	2
<i>Kognitiva funktionsnedsättningar</i>	2
Arbetsterapi	4
Arbetsterapeutens roll vid stroke	5
<i>Studiens betydelse</i>	7
Syfte	7
Metod	8
Design	8
<i>Urval</i>	8
<i>Datainsamling</i>	9
<i>Procedur</i>	9
<i>Dataanalys</i>	10
<i>Forskningsetiska avvägningar</i>	11
Resultatet.....	11
Arbetsterapeutiska interventioner	13
<i>Medvetandegöra</i>	13
<i>Aktivitetsbalans</i>	14
<i>Funktionsträning</i>	15
<i>Kognitiva hjälpmedel och strategier</i>	16
<i>Aktivitetsbaserade interventioner</i>	17
Arbetsterapeuternas upplevelse av interventionernas betydelse	20
<i>Självständighet</i>	20
<i>Aktivitetsutförandet i vardagen</i>	21
<i>Insikt</i>	22
Resultatdiskussion.....	23
Metoddiskussion.....	27
Slutsats	29
Referenser.....	31
Bilaga 1 - Intervjuguide.....	36
Bilaga 2 - Informationsbrev	37
Bilaga 3 - Informationsbrev	41

Bakgrund

Runt 30 000 personer insjuknar i stroke varje år i Sverige (Socialstyrelsen, 2014). Stroke är ett tillstånd som kräver många vård dagar inom sjukvården och kostar samhället flera miljarder kronor per år i Sverige (Stroke-Riksförbundet, 2010). Stroke är en vanlig orsak till både fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar (Arbesman, Lieberman & Berlanstein, 2015). Kognition är människans förmåga att ta in och använda information (Fish, Manley, Emslie, Evans & Wilson, 2008). Det finns fem områden (uppmärksamhet, perception, minne, informationsbearbetning och exekutiva funktioner) inom kognition som bör bedömas och behandlas efter hjärnskada. Dessa funktioner har stor påverkan över hur varje individ klarar av att utföra sina dagliga aktiviteter (ADL) så som personlig vård, arbete och fritidsaktiviteter (Holmqvist et al., 2012). Att drabbas av stroke innebär inte bara förluster av funktioner utan kan även innebära förluster av tidigare intressen, roller och vanor i individens liv (Kielhofner, 2012). Arbetsterapeuten har en viktig roll att stödja individens möjlighet till meningsfull aktivitet och delaktighet trots en sjukdom/skada (Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, 2012). Arbetsterapeuten arbetar klientcentrerat och aktivitetsfokuserat tillsammans med patienten där de utgår från individens behov och mål med rehabiliteringen (McColl, 2005).

Tidigare studier tyder på att rehabiliteringsbehovet är stort efter att en person drabbats av stroke och att arbetsterapeutiska insatser gör nytta, däremot finns en brist av beskrivningar kring innehållet av arbetsterapeutiska interventioner vid kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke (Holmqvist et al., 2012). Patienter som drabbats av kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke upplever ofta svårigheter i utförandet av både personliga dagliga aktiviteter (P-ADL) och institutionella dagliga aktiviteter [I-ADL] (Koh, Hoffman, Bennett & Mckenna, 2009). I en undersökning av Cederfeldt, Gosman-Hedström, Gutiérrez Péres, Sävborg och Tarkowaki (2010) visade resultatet att personer som fått kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke, förbättrade sitt utförande av P-ADL efter arbetsterapeutisk intervention vid uppföljningen efter ett år. I studien beskrevs de bedömningsinstrument som använts för att mäta kognitionen, dock fanns det en brist av beskrivning kring hur interventionerna hade gått till. Korner-Bitensky, Barrett-Bernstein, Bibas och Poulin (2011) beskriver i sin studie att majoriteten av de deltagande arbetsterapeuterna valde att använda sig av funktionsbaserade interventioner för personer med

kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke. Denna metod användes för att förbättra individens utförande av dagliga aktiviteter.

I en studie av Lindström, Eklund, Billhult och Carlsson (2013) beskrev arbetsterapeuter som arbetar inom stroke-rehabilitering att de upplevde att kognitiva funktioner kan förbättras genom att träna utförandet i aktivitet. Aktivitetsträning i kombination med anpassningar av miljön användes som interventionsmetod.

Som tidigare nämnt är rehabiliteringsbehovet efter en stroke stort (Holmqvist et al., 2012). Tidigare nämnda studier tyder på att interventionerna är många men inte särskilt välbeskrivna just inom arbetsterapi. Fler studier behövs då det är viktigt för personen, som drabbats av stroke, ska kunna återgå till ett så normalt liv som möjligt och kunna återuppta meningsfulla aktiviteter. I vår studie har vi fördjupat oss i och tagit reda på hur arbetsterapeuter i Sverige arbetar med personer som drabbats av kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke. Vilka interventioner som används och hur arbetsterapeuterna upplever att interventionerna har betydelse för individens möjlighet till aktivitet. I artikeln av Koh et al. (2009) tar författarna upp vikten av kunskapen kring arbetsterapeutens insatser och utvärderingar av en patient med kognitiva funktionsnedsättningar. Det beskrivs även hur viktigt det är att arbetsterapeuten delger sin kunskap inom detta område till andra professioner.

Stroke

Stroke, eller slaganfall, orsakas antingen av en propp i någon av hjärnans blodkärl eller av en blödning (Jönsson, 2012). World Health Organisation (WHO) definition av stroke beskrivs som ett ”plötsligt fokalt neurologiskt bortfallssymptom, orsakat av cirkulationsstörning i hjärnans blodkärl, vilket leder till döden eller till att symptomen varar mer än 24 timmar och inte kan härledas till annan sjukdom” (Jönsson, 2012, s.25). Stroke är en av de vanligaste orsakerna till att vuxna människor drabbas av funktionsnedsättningar. Personer som fått en stroke är i stort behov av omvårdnad och rehabilitering (Jönsson, 2012).

Kognitiva funktionsnedsättningar

Nedsatt kognitiv förmåga ger svårigheter att strukturera, organisera och använda information vid utförandet av aktiviteter. Graden av svårigheter i vardagen som uppkommer till följd av

kognitiva funktionsnedsättningar är beroende av kraven som ställs från miljön samt olika aktiviteter (Kielhofner, 2009).

Nedsatt uppmärksamhet skapar, på en funktionell nivå, svårigheter att bibehålla fokus i olika sammanhang (Kielhofner, 2009). Neglekt är en form av uppmärksamhetsstörning som visar sig genom en uppmärksamhetsbrist åt ena sidan av kroppen eller den fysiska miljön. Vid neglekt kan utförandet av P-ADL så som att klä på sig och tvätta sig påverkas då individen inte uppmärksammar ena kroppshalvan. Sociala aktiviteter i stökiga miljöer kan också upplevas som svåra att utföra då man utsätts för många yttre stimuli (Björkdahl, 2012).

Funktioner så som perception, informationsbearbetning och minnet går hand i hand. Perception är individens förmåga att ta in intryck och information från våra olika sinnen. Informationen bearbetas för att ge individen en tolkning samt helhet av omvärlden. Minnet är vår förmåga att lagra samt plocka fram den information som vi tagit in (Björkdahl, 2012). Nedsatt känsel i till exempel handen och synfältsbortfall är vanliga följderna efter stroke vilket försvårar individens möjlighet att ta in information (Björkdahl, 2012). Problem som kan uppstå i vardagen till följd av synfältsbortfall är framför allt att urskilja föremål i förhållande till andra, exempelvis: att hitta ett klädesplagg i en överfull garderob eller att hitta matvaror på en hylla (Toglia, Golisz & Goverover, 2014). Handens känsel är en viktig funktion för att tolka och uppleva omvärlden (Lundborg & Björkman, 2015). Handens funktion är beroende av ett samspel mellan motorik och sensorik. Utan detta samspel fungerar handen sämre eller inte alls. Vid nedsatt känsel kan individen bland annat uppleva svårigheter att reglera handens kraft. Sensoriken ger en återkoppling från handen till hjärnan om hur mycket kraft som individen måste använda för att exempelvis greppa och lyfta ett föremål. Här spelar synen också en viktig roll. Synintrycken ger till exempel individen en återkoppling om föremålet greppas för hårt eller för löst. Tidigare lagrade minnen har också stor betydelse för reglering av greppstyrkan. Försämrade känsel i handen kan leda till en nedsatt aktivitetsförmåga och att individen inte längre klarar av att utföra flera dagliga aktiviteter (Lundborg & Björkman, 2015).

Minnet består av flera olika processer och beskrivs som förmågan att: minnas olika fakta och händelser (semantiska minnet), bevara och återkalla det som hänt samt koppla till händelser i tid och rum (episodiska minnet), hålla koll på information samtidigt som man utför en aktivitet (arbetsminnet) samt att komma ihåg hur man utför en aktivitet till exempel som att cykla eller gå (procedurminnet) (Björkdahl, 2015). En nedsättning av minnet kan innebära att individen har svårt med en eller flera delar av minnesprocessen (Toglia et al., 2014). Till följd av en hjärnskada är det vanligt att arbetsminnet påverkas (Björkdahl, 2015). Nedsatt arbetsminne leder ofta till att individen ger osammanhängande berättelser, glömmer vilket moment som ska utföras, har svårt att avsluta en aktivitet då individen lätt tappar bort vad de höll på med (Johansson, 2012).

Individens exekutiva funktion är förmågan att planera, organisera samt utföra målinriktade aktiviteter. En nedsättning av de exekutiva funktionerna medför främst svårigheter i sociala sammanhang men även i övriga dagliga aktiviteter. Individen kan ofta verbalisera det planerade utförandet men har svårt att fysiskt utföra det (Toglia et al., 2014).

Arbetsterapi

”Arbetsterapi grundar sig i antagandet om människan, hälsa, aktivitet och delaktighet”
(Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2012).

Arbetsterapeuten har ett holistiskt synsätt vilket innebär att arbetsterapeuten ser till människan som helhet samt arbetar klientcentrerat utifrån varje individ. Model Of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner, 2012) är en arbetsterapeutisk praxismodell där stort fokus ligger på individen och dess aktivitetsutförande. Det innebär bland annat hur aktivitet motiveras, hur den inordnas i patientens vardag trots sjukdom/skada och utförs i olika miljökontexter. I MOHO beskrivs människan utifrån dess viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet, vilket innebär ett tydligt fokus på aktivitetsutförande. Arbetsterapeuten utgår ofta från en processmodell genom arbetet med klienten. Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) är ett exempel på en sådan modell (Fisher & Nyman, 2011). Modellen är en utgångspunkt för den arbetsterapeutiska processen från det första mötet med klienten till den slutgiltiga utvärderingen av insatserna (Fisher & Nyman, 2011). I processmodellen beskrivs

bland annat metoder för bedömning och val av interventionsmodeller. Det finns fyra olika modeller för intervention: Modell för kompensation, aktivitetsträning, förbättring av personliga faktorer och kroppsfunktioner samt en pedagogisk modell.

För att arbetsterapeuten ska kunna utgå från klientens möjligheter gällande aktivitet och delaktighetsnivå, görs ofta en bedömning via intervju och observation av en aktivitet (Kielhofner, 2012). Arbetsterapeuten gör också bedömningar på funktionsnivå. Nedsatta funktioner kan ofta bli väldigt tydlig i en observation av en aktivitet. Utifrån information kring både funktion och aktivitet kan arbetsterapeuten och klienten få en uppfattning om individens förmågor och aktivitetsbegränsningar (Kielhofner, 2012). Utifrån bedömningen sätts klientcentrerade mål (Björkdahl, 2012). I en systematisk översikt av Kristensen, Persson, Nygren, Boll och Matzen (2011) avseende evidens för arbetsterapi kom författarna fram till att det finns ett evidensbaserat stöd för ett klientcentrerat arbetssätt. Individerna kände sig mer delaktiga och klarade av sin ADL bättre efter en rehabilitering som fokuserade på deras egna mål. Klientcentrerade mål och arbetsterapeutiska interventioner kan bidra till att individen kan leva ett så gott liv som möjligt trots vissa funktionsnedsättningar. Syftet med interventionerna är att individen ska bli mer självständig samt främja meningsfull aktivitet och delaktighet (Björkdahl, 2012).

Arbetsterapeutens roll vid stroke

Arbetsterapeutens roll i arbetet med en person som drabbats av stroke innebär främst att bedöma utförandet på funktions- och aktivitetsnivå (McColl, 2009). Bedömningarna samt åtgärderna bör individanpassas och sättas i relation till de aktiviteter individen ska klara av samt i vilken miljö dessa ska utföras (McColl, 2009).

Det finns flera olika strategier och metoder för att bedöma individens kognition. Det finns bedömningar för att fastställa graden av kognitiv dysfunktion och bedömningar som avgör vilka svårigheter i aktivitet som individen upplever. Vid en bedömning kan arbetsterapeuten samla in information genom intervju, observation i aktivitet samt standardiserade tester (Kielhofner, 2009). De vanligaste beskrivna instrumenten enligt Kielhofner (2012) inom rehabilitering, som arbetsterapeuterna använder sig av vid bedömningar är, Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Fisher, 2006). Vid användandet av AMPS gör man en

observationsundersökning som mäter kvaliteten på individens förmåga att utföra dagliga aktiviteter (Fisher & Jones, 2010). Andra instrument som Mini-Mental State Examination (MMSE) och Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) används främst vid bedömning av den kognitiva förmågan (Woodson, 2008). Korner-Bitens et al. (2011) beskriver i sin studie att majoriteten av arbetsterapeuterna använder sig av standardiserade instrument. MMSE ansågs i denna studie vara det främst använda standardiserade instrumentet.

I Korner-Bitens et al. (2011) studie visade resultatet att den främst förekommande interventionsmetoden var att träna kognitiva funktioner i samband med ADL.

Arbetsterapeutiska interventioner vid kognitiva nedsättningar kan exempelvis innebära att arbeta med kompenserande strategier, återträning av funktion samt anpassning av aktivitetens komplexitet och/eller anpassning av miljö (Björkdahl, 2012). I en litteraturstudie beskrevs vikten av att ha en variation av interventioner när det kom till att förbättra aktivitetsutförandet efter stroke. De interventioner som ansågs vara effektiva var aktivitetsfokuserade, kompensatoriska samt inläring av nya tekniker och strategier (Gillen et al., 2015).

Arbetsterapeutens val av interventioner kan påverkas av miljön. I en studie av Skubik-Peplaski, Howell och Hunter (2015) var syftet att undersöka hur miljön för verksamheten påverkade arbetsterapeutens val av interventioner för personer som drabbats av stroke. Valet av interventioner var beroende av vilken verksamhet deltagarna arbetade inom, hur den var utformad samt vilka resurser som fanns att tillgå. Resultatet från studien visade på att arbetsterapeuterna valde att vistas i gymliknande miljöer vid träning av funktioner som sedan skulle överföras till aktiviteter i vardagen. Ett rum utformat som en ”hemliknande miljö” användes vid mer aktivitetsfokuserade interventioner. Studien tyder på att miljön påverkar valet av interventioner.

Efter att en person drabbats av stroke ska rehabilitering starta så tidigt som möjligt (Dewey & Bernhardt, 2007). Rehabiliteringen ska ha ett mål efter klientens behov och pågå så länge som den behövs. Att diagnostisera personens funktions-, aktivitets- och delaktighetsnivå kräver ett teamarbete med flera professioners kompetens (Pessah-Rasmussen, 2014).

Socialstyrelsen (2009) har publicerat nationella riktlinjer för strokesjukvård som innehåller rekommendationer för arbetet med strokepatienter. En av rekommendationerna är att personer med akut stroke ska vårdas på en strokeenhet. En strokeenhet består av ett team av olika

professioner som har specifik kompetens inom området. Arbetsterapeuten är en del av detta team. På en strokeenhet finns ett fast program för registrering, bedömning och åtgärder. Vid enheten startar tidig rehabilitering med omedelbar mobilisering. Behandling på strokeenhet har visat minskad dödlighet samt minskad risk för aktivitetsbegränsningar. Riks-Stroke är ett kvalitetsregister som används av alla akutsjukhus i Sverige. Syftet med användningen av kvalitetsregistret är att kunna förbättra verksamheter samt utveckla vårdens kvalitet för patienten (Socialstyrelsen, 2009).

Studiens betydelse

På grund av införandet av strokeenheter har vården blivit allt bättre de senaste 30 åren i Sverige och övriga länder (Jönsson & Wallin, 2012). Arbetsterapeuten har en unik roll i att bedöma patientens förmåga att kunna återgå till hemmet, återuppta tidigare roller och aktiviteter (Sansonetti & Hoffman, 2013). Kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke har stor påverkan över hur individen fungerar i olika dagliga aktiviteter (Björkdahl, 2012). I litteraturen finns däremot en brist på fördjupad kunskap om hur arbetsterapeuten möjliggör detta för patienten (Koh, Hoffman, Bennet & Mckenna, 2009). Vi anser att denna studie har betydelse för att ge mer ingående kunskap om arbetsterapeutens interventioner vid kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke. Detta för att förmedla kunskap till övriga professioner, patienter och anhöriga om vad arbetsterapeuter kan bidra med i rehabiliteringen för att öka individens självständighet i aktivitet och delaktighet. Detta är ett område som vi härmed ämnar undersöka närmre.

Syfte

Studien har ett tvådelat syfte.

- 1) Beskriva arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke.
- 2) Undersöka hur arbetsterapeuterna upplever att interventionerna har betydelse för individens möjlighet till aktivitet.

Metod

Design

Studien är en tvärsnittsstudie där kvalitativa semistrukturerade intervjuer användes för att besvara syftet. En kvalitativ intervjustudie lägger fokus på beskrivningar, uppfattningar och individers upplevelser (Kristensson, 2014). Metoden var lämplig för studien då syftet var att beskriva arbetsterapeutiska interventioner vid kognitiva nedsättningar efter stroke samt undersöka hur arbetsterapeuterna upplever att interventionerna har betydelse för individens möjlighet till aktivitetsutförande.

Urval

Deltagarna i studien var verksamma arbetsterapeuter som arbetar med personer som drabbats av stroke i södra Sverige. Arbetsterapeuterna arbetar på olika verksamheter inom kommun och regionsjukvård. Alla deltagarna i studien var kvinnor. Inklusionskriterier för studien var ett-års erfarenhet som verksam arbetsterapeut och att man i nuläget arbetade med personer som drabbats av stroke. Exklusionskriterium för studien var att endast två arbetsterapeuter från varje verksamhet fick delta. För denna studie gjordes ett avsiktligt urval vilket innebär att författarna medvetet tillfrågade personer som var passande för studien (Kristensson, 2014). Elva verksamhetschefer kontaktades varav tio gav sitt samtycke för genomförandet av studien. Tjugotre arbetsterapeuter fick information om studien och tillfrågades om deltagande via mejl. Fjorton svarade att de ville delta och författarna valde att inkludera tolv arbetsterapeuter. Två stycken intervjuer valdes bort på grund av exklusionskriterium. Deltagarna beskrivs utifrån vilken verksamhet de tillhör samt hur många års erfarenhet de har med strokepatienter (Se tabell 1).

Tabell 1. Beskrivning av deltagare utifrån antal års erfarenhet med strokepatienter samt inom vilken verksamhet arbetsterapeuterna arbetade.

Deltagare	Antal års erfarenhet med strokepatienter	Verksamhet
-----------	--	------------

1	2	Dagrehab
2	20	Dagrehab
3	7	Rehabiliteringsenhet
4	1.5	Rehabiliteringsenhet
5	13	Dagrehab
6	4	Kommun
7	1	Kommun
8	14	Primärvård (Rehabenhet)
9	1.5	Strokeenhet
10	12	Primärvård (Vårdcentral)
11	30	Dagrehab
12	10	Strokeenhet

Datainsamling

Data samlades in vid semistrukturerade intervjuer. Vid semistrukturerad intervju får alla deltagare samma frågor men det finns utrymme för följdfrågor. Frågorna är öppna och deltagarna får en möjlighet att berätta fritt (Kristensson, 2014). Frågorna i intervjuguiden berörde områden som bedömningsinstrument, interventioner, riktlinjer för arbetet samt arbetsterapeutens upplevelse kring interventionernas betydelse för individens möjlighet till aktivitet (Se bilaga 1 för fullständig intervjuguide). Intervjuerna tog plats ute på de olika verksamheterna och båda författarna deltog vid alla intervjuer. Intervjuerna tog mellan 30-60 minuter och spelades in på både dator och mobiltelefon.

Procedur

Författarna tog kontakt med verksamhetschefer via mejl och/eller telefon. Adresser och telefonnummer fanns på hemsidor för de olika verksamheterna i södra Sverige. Ett bifogat brev skickades via mejl där syftet med studien beskrevs närmre samt en samtyckesblankett för etiskt godkännande. Verksamhetscheferna fick själv välja om de ville ge sitt medgivande via mejl eller skicka tillbaka samtyckesblanketten via post. Efter sitt medgivande fick författarna mejladresser och telefonnummer till arbetsterapeuter som kontaktades. Även arbetsterapeuterna fick ett bifogat brev där studiens syfte beskrevs närmre samt en

samtyckesblankett. Arbetsterapeuterna fick även en intervjuguide medskickat där de kunde läsa vilka frågor som skulle ställas. Alla intervjuer ägde rum ute på de olika verksamheterna och i tre av nio intervjuer deltog två arbetsterapeuter tillsammans. Efter intervjuerna spelats in transkriberades materialet och namngavs från 1-9. Transkribering innebär att inspelningen skrivs ut i detalj, personen ska avidentifieras och pauser samt känslolntryck ska noteras i texten (Kristensson, 2014). Det inspelade materialet raderades från dator och telefon och sparades på ett separat USB- minne. Inga personer går att identifieras genom det kvarstående transkriberade materialet. Materialet kommer att raderas när uppsatsen är godkänd.

Dataanalys

Författarna transkriberade hälften av materialet var från intervjuerna och bearbetade sedan det tillsammans utifrån en kvalitativ innehållsanalys. Syftet med innehållsanalysen är att söka likheter, skillnader samt mönster i intervjumaterialet (Kristensson, 2014).

Båda författarna läste alla de transkriberade intervjuerna och plockade ut textstycken som svarade på studiens syfte. Dessa flyttades sedan över till ett separat dokument. Författarna diskuterade tillsammans och valde ut de stycken som ansågs mest relevanta för att besvara studiens syfte, så kallade meningsbärande enhet. Dokumentet skrevs ut och författarna klippte ut alla enskilda meningsbärande enheter. Dessa sorterades sedan utifrån olika ämnen, de textstycken som berörde samma sak samlades i en hög. Därefter bröt författarna ner de meningsbärande enheterna till så kallade koder. En kod är en kortare mening som sammanfattar det viktigaste nyckelorden ur en meningsbärande enhet (Kristensson, 2014). Utifrån koden skapades sedan en kategori som är en benämning som sammanfattar kodens betydelse. Därefter skapades underkategori som är en slags tolkning av de olika kategorierna. Se tabell 2.

Tabell 2. Exempel på kodningssystem från del 1 i syftet:

Meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
I aktiviteten någonstans kartlägga hur medvetna är de? Att hjälpa de att se svårigheterna.	Att medvetengöra svårigheterna i aktivitet.	Insikt är en förutsättning för förändring.	Medvetandegöra

Vi jobbar ju väldigt mycket med hjärntrötthet och aktivitetsbalans och strukturen av att bara försöka ha energin till att rodda det.	Jobbar med hjärntrötthet och aktivitetsbalans.	Hjärntrötthet påverkar individens balans i vardagliga aktiviteter.	Aktivitetsbalans.
--	--	--	-------------------

Forskningsetiska avvägningar

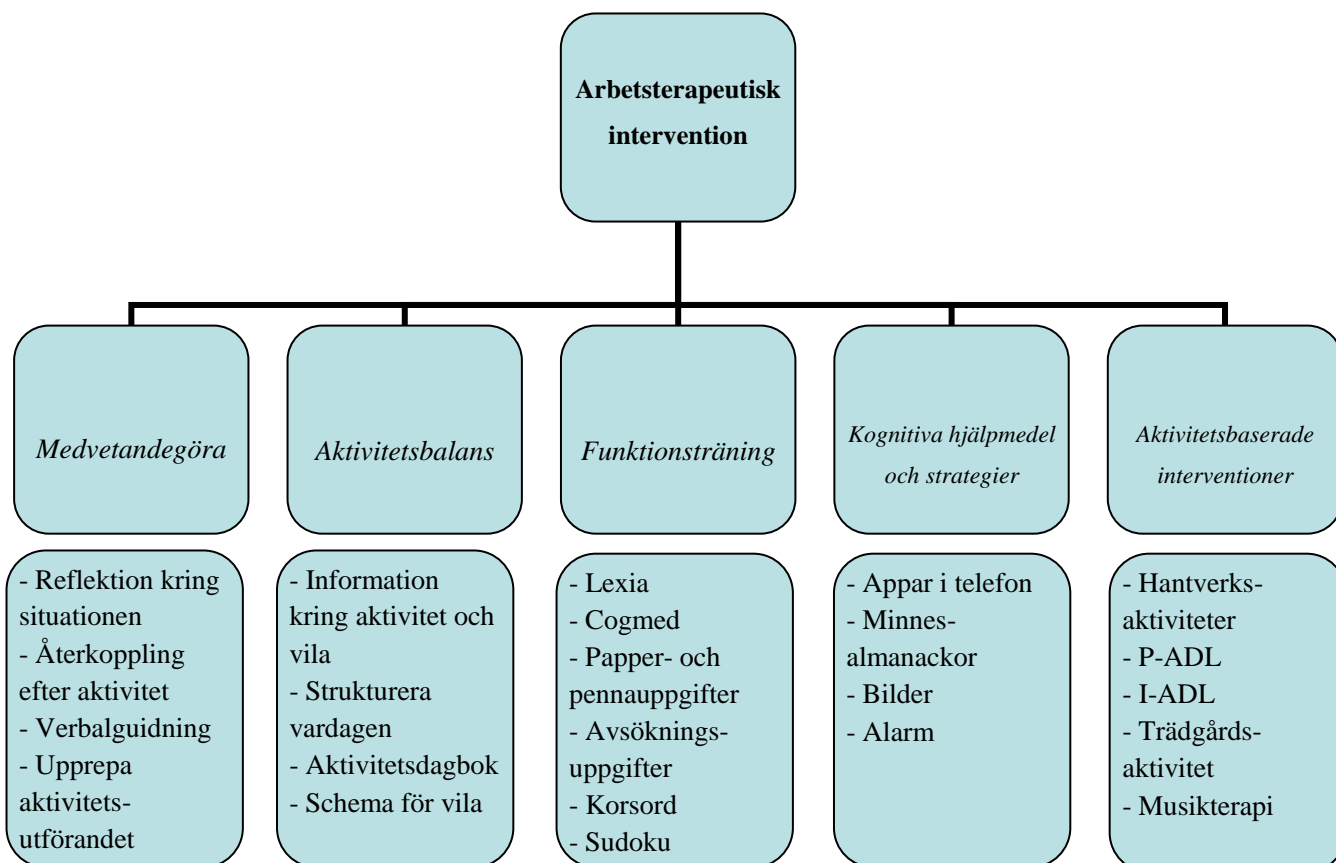
Forskningsetiska avvägningar har gjorts utifrån de fyra huvudkraven enligt CODEX (2015). För att uppfylla informationskravet skickades ett mejl med ett bifogat brev ut till verksamhetschefer och leg. arbetsterapeuter med information kring studien samt dess syfte. Arbetsterapeuterna informerades om att deltagandet var frivilligt samt att de kommer att vara anonyma. Genom informationsbrevet medföljde en samtyckesblankett vilket krävs för att uppfylla samtyckeskravet. Först fick verksamhetscheferna ge sitt samtycke till att författarna tog kontakt med arbetsterapeuterna. Därefter skickades en samtyckesblankett till arbetsterapeuterna på verksamheten som själva fick ta ställning till om de ville delta eller inte. Enligt konfidentialitetskravet ska det inspelade materialet från intervjuerna förvaras inlåst och endast författarna har tillgång till det. Deltagarna är anonyma och beskrivs endast utifrån vilken typ av verksamhet de arbetade på samt hur många års erfarenhet de hade med strokepatienter. För att uppfylla nyttjandekravet kommer materialet från intervjuerna endast att användas i examensarbetet och inspelningen kommer att förstöras efter att uppsatsen är godkänd.

Resultat

Resultatet från innehållsanalysen delades upp i två figurer, se figur 1 och 2.

Figur 1, arbetsterapeutisk intervention svarar på den första delen i syftet ”beskrivning av

arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke”. Tillhörande kategorier är *medvetandegöra*, *aktivitetsbalans*, *funktionsträning*, *kognitiva hjälpmedel och strategier* samt *aktivitetsbaserad intervention*. Figur 2 svarar på den andra delen i syftet ”undersöka hur arbetsterapeuterna upplever att interventionerna har betydelse för individens möjlighet till aktivitet”. Kategorier för figur 2 är *självständighet*, *aktivitetsförmågan i vardagen och insikt*.



Figur 1, Arbetsterapeutiska interventioner vid kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke.

Arbetsterapeutiska interventioner

Medvetandegöra

Resultatet visade på att nedsatt insikt var en vanlig problematik hos de strokepatienter som arbetsterapeuterna mötte i sitt arbete. Den första arbetsterapeutiska interventionen var ofta att försöka medvetengöra patienten om sin situation. Insikt är en förutsättning för att patienten och arbetsterapeuten ska kunna gå vidare i det klientcentrerade arbetet.

”Det handlar väldigt mycket om att börja reflektera, att liksom inte sopa under mattan att saker och ting blir fel utan mer titta på vad är det som blir fel, att hur gick det här, ja, reflektion.”

(Arbetsterapeut på rehabiliteringsenhet).

”/.../ men så i aktivitet någonstans kartlägga hur medvetna är de, vad observerar de själva? Att hjälpa de att se det här svårigheterna och jag menar om du gör såhär istället så kanske det går bättre och någonstans då hitta, är det liksom generella ledtrådar de behöver /.../”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

För att medvetandegöra patienten om sin situation använde de flesta arbetsterapeuter sig av verbalguidning, reflektion kring situationen, upprepa aktiviteten samt återkoppling efter utförd aktivitet.

”/.../ vi lägger ju väldigt mycket tid på att få dem att förstå. Ibland räcker det att prata med de och lyfta situationen, men om du gör såhär, prova så istället, se vad som händer då. Man kan ibland behöva sätta de på saker som man nästan är helt säker på att de ska misslyckas med för att de ska förstå och så hjälper man de och bena ut varför blev det såhär/.../ ”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

Resultatet visade även på att det var viktigt att ge information till patienterna ett flertal gånger och att uppmuntra och coacha patienten genom arbetet.

Aktivitetsbalans

Arbetsterapeuterna beskrev att hjärntrötthet var en vanlig följd efter stroke. Många patienter försökte ofta efter hemgång, återgå till samma aktivitetsmönster som de tidigare haft. Att ta pauser i vardagen var ingenting patienterna hade behövt tänka på tidigare innan de drabbats av en stroke. Som intervention för denna problematik arbetade arbetsterapeuterna mycket med balans mellan aktivitet och vila.

”Vi jobbar ju väldigt mycket med hjärntrötthet och aktivitetsbalans och strukturen av att bara försöka ha energin till att rodda det. Jag menar det är ju också en kognitiv påverkan men inte så konkret som när man glömmer saker och att du inte kan planera saker.”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

Majoriteten av arbetsterapeuterna beskrev att de använde sig utav aktivitetsdagböcker som intervention för skapa aktivitetsbalans. Detta för att få en inblick i patientens aktivitetsmönster men även som underlag för att patienten själv skulle få reflektera över och planera sin vardag. Aktivitetsdagboken kunde också användas som redskap för att stärka patienterna och för att visa att de faktiskt utförde aktiviteter, vilket de själva inte alltid upplevde. Arbetsterapeuterna kunde även individuellt och i grupp ge muntlig information om vikten mellan aktivitet och vila. De gav också olika tips på hur man tog pauser i vardagen.

” /.../ man pratar om att man ska tänka på vad är rimligt att jag ska klara av idag och vad kan jag spara till imorgon. Och hur kan jag dela upp t.ex. sysslor som tvätt, städ och inköp/.../”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

”Det är så att våra patienter har ett schema och där lägger vi medvetet in vila, det är ett sätt att jobba på. Många tycker att ”jag har för lite på mitt schema”. Mmm... men det är medvetet, känn efter hur det känns.”

(Arbetsterapeut på rehabiliteringsenhet)

Funktionsträning

För att träna kognitiva nedsättningar använde sig arbetsterapeuterna av olika datorprogram som till exempel Lexia och Cogmed.

”/.../ Vi har ju ett träningsprogram som heter Cogmed där man jobbar med arbetsminnet och uppmärksamhet/.../

(Arbetsterapeut inom primärvården, rehabenhet).

Genom Cogmed kunde patienterna träna arbetsminnet både hos arbetsterapeuten och i hemmet. Träningen blev på så sätt en effektiv intervention.

Lexia användes för att träna stavelser, ord, meningar, matematik och klockan. Det fanns även möjlighet till att använda papper- och pennauppgifter som intervention vid nedsatta exekutiva funktioner. Uppgifterna bestod bland annat av olika problemlösningar.

”/.../ På dagrehab använder jag ju mig av datorn en hel del, eller om patienten är personer som gillar papper- och pennauppgifter och kanske jobbat med det tidigare/.../”

(Arbetsterapeut på dagrehab).

”Har de neglekt får man kanske jobba med avsökningsuppgifter, de får läsa texter, sitta vid datorn och sök av, kanske jobba med korsord, sudoku, läsa texter och svara på frågor.”

(Arbetsterapeut inom primärvården, rehabenhet).

Alla arbetsterapeuter var positiva till att använda dator och Ipad som en intervention men dock berättade några att de hade en önskan om att utveckla det mer. Till exempel att få mer kunskap om hur de kunde använda tekniken samt hur de på rätt sätt kunde lära ut tekniken till patienterna.

”/.../mer ny teknik, att utveckla det mer eftersom det är mycket i samhället idag och vi har många yngre patienter/.../”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

”/.../ kunna bli bättre på det här med att använda den nya tekniken och att jag då som arbetsterapeut skulle kunna sitta ner och kanske aktivt hjälpa patienten att komma igång med den, nu ger jag ju bara tips som jag liksom skickar med hem/.../”
(Arbetsterapeut inom primärvården, vårdcentral)

Kognitiva hjälpmedel och strategier

Resultatet visade på att arbetsterapeuterna ofta använde sig av att hitta nya eller återuppta gamla strategier för att underlätta i en aktivitet. Det kunde även vara kognitiva hjälpmedel så som appar i telefonen, inköpslistor med bilder, minnesalmanackor eller alarm för att komma ihåg olika moment i vardagliga aktiviteter. Påminnelsealarm kunde även användas som stöd för att komma ihåg att ta pauser.

”/.../ det finns ju en del inköpsappar som kan vara väldigt bra, en del anteckningsappar som också går att använda, asså appar där man kan göra upp göra-listor/.../”
(Arbetsterapeut på rehabenhet)

”/.../ det blir ju mycket samtal, man pratar om strategier, hur ska man kompensera för problemet, hur man använder sig av almanackor och dagbok/.../”
(Arbetsterapeut inom primärvården, rehabenhet)

”Mindfullnesspel är där något som heter, som plingar kanske en gång i timmen att ta paus. En sådan klocka som ringer och påminner dem om det. Det är ju det som är ett problem många gånger /.../ De glömmer av att ta paus/.../”
(Arbetsterapeut på dagrehab)

Ledtrådar var också en interventionsmetod som arbetsterapeuterna använde sig av. Det kunde vara generella ledtrådar för att orientera sig i miljön eller mer specifika ledtrådar för att kunna utföra en aktivitet i logisk ordning. Kamerafunktionen på mobilen kunde användas för att fotografera olika riktmärken/ledtrådar och på så vis fungera som en minnesstrategi.

”Det kan ju vara en generell ledtråd eller att nu får du först skriva ner allt du ska göra och sen ska vi plocka fram allting, alltså du kan hitta hur specifik du måste vara i dina

ledtrådar.”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

”/.../ och sen säger vi, ja nu ska vi hitta tillbaka till avdelningen, så ser man lite, man försöker få de att till exempel använda sig av kom ihåg saker på vägen/.../”

(Arbetsterapeut på strokeenhet)

”/.../ de som har svårt att hitta och orientera sig i både nya och välkända miljöer, där kan man ju använda sig av kamreafunktion, fotografera, att hitta sätt och hitta de här riktmärkena som hjälper en att hitta /.../”

(Arbetsterapeut på rehabiliteringsenhet)

Aktivitetsbaserade interventioner

Det fanns ett starkt inslag av aktivitetsbaserade interventioner bland arbetsterapeuterna. Vilken form av aktiviteter som användes var beroende av vilken verksamhet man arbetade inom samt tillgång till lokaler och material. Flera arbetsterapeuter berättade att de ibland hade för lite tid och för många patienter för att kunna utföra vissa aktivitetsbaserade interventioner.

”/.../ alltså det är väl så överallt att ibland så hinner man inte därför att tiden inte räcker till.

Det är för mycket patienter och för lite tid/.../”

(Arbetsterapeut på rehabiliteringsenhet)

”/.../men det är ju tiden då och sen material/.../där känner jag väl också att man skulle vilja ha en större bank att plocka av för att kunna göra fler aktivitetsträningar/.../”

(Arbetsterapeut inom primärvården)

Tillgång till material var också avgörande för vilka aktivitetsbaserade interventioner som var möjlig att utföra med patienten. Ibland kunde det hända att patienten själv tog med sig material till verksamheten för att träna i en meningsfull aktivitet.

Några arbetsterapeuter berättade att det ibland kunde vara frustrerande när de inte kunde tillgodose patientens intressen, vanor och rutiner genom interventionerna.

”/.../ men det kan ju vara frustrerande ibland, människor har ju intressen, vanor och rutiner som man inte kan få in här och då kan vi ju inte riktigt träna i de intressena även om vi skulle vilja det/.../”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

”Jag har haft någon patient som tog hit sin flugfiskeutrustning för att prova och knyta fiskeflugor och så men som sagt där är ju många sådana saker som är viktigt i människors liv som de inte längre kan göra och som vi inte har möjlighet att träna i alls här.”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

Arbetsterapeuter inom kommunen och på strokeenhet tränade mycket med patienterna i P-ADL. Arbetsterapeuterna var dock tydliga med att om patienten hade andra önskemål än träning i P-ADL försökte de tillgodose det i mån av resurser.

”/.../ många gånger är det ju P-ADL, man ska klara att klä på sig, tvätta sig själv. /.../ Sen är det ju utifrån vad patienten har för mål också. Om den jättegärna vill träna på att baka en kaka så kan vi ju träna på det. /.../ Men många gånger börjar man någonstans i P-ADL/.../”

(Arbetsterapeut på strokeenhet)

Flera arbetsterapeuter beskrev också att de tränade i I-ADL. Detta kunde vara att patienten exempelvis tränade på att stryka sina kläder eller bädda sängen. En del patienter som var ensamstående och som haft hand om ekonomin själv kunde träna i den aktiviteten. Till exempel genom att använda låtsaspengar. Några arbetsterapeuter hade också möjligheten att åka med patienten till affären för att se hur inköpen fungerade.

”Då ser man lite, klarar de av att följa inköpslistan? Hittar de i butiken? Hittar de inte i butiken tar de då initiativ till att fråga? Klarar de av att hantera pengarna när de kommer fram till kassan. /.../ Man ser ju mycket i den typen av aktivitet /.../”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

Hantverksaktiviteter användes ofta, framför allt av de arbetsterapeuterna på dagrehab och rehabiliteringsenhet. Hantverksaktiviteter förespråkades mycket eftersom det involverar

många delar av individens kognition. Många patienter hade också ett stort intresse för denna typ av aktivitet och träningen blev därför mer lustfylld. Arbetsterapeuterna beskrev aktiviteter så som vävning, sy, snickeri, keramik och luffarslöjd.

”Jag tycker nog att hantverk kan vara just det att man kan hitta det här med flow, asså när man jobbar så tänker man inte på att man tränar.”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

”När du gör en hantverksaktivitet om man tänker t.ex. vävning, så är det ju ett moment som man ska komma ihåg eller några olika moment. Sen gör man om det igen och då är det ju en inlärningsprocess i det som kräver rätt så mycket egentligen”

(Arbetsterapeut på rehabiliteringsenhet)

Flera arbetsterapeuter beskrev att de använde hantverksaktiviteter för personer med neglekt. I denna typ av aktiviteter blev neglekt ofta mycket tydligt och det var lättare att insiktsbearbeta om arbetsterapeuten hade något konkret att visa patienten.

”Vi har ju sidenmålningen som är jättebra /.../ Där man inte kan göra fel och där du får jättemycket kognitivt också med uppmärksamheten, om du missar när du ska måla och om du till exempel bara målar halva”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

Det fanns även några verksamheter som hade tillgång till speciella aktiviteter så som att vara ute i trädgården. Genom att använda trädgården som en intervention fanns det möjlighet att utföra aktiviteten både i grupp och individuellt. Detta var en aktivitet som var väldigt uppskattad bland patienterna. Det fanns även en verksamhet som använde sig av musikerapi som intervention.

”Det är många som har trädgård som intresse och att komma ut och göra någonting som är väldigt vant för en /.../ Naturen ger ett helt annat lugn än köksaktiviteterna.”

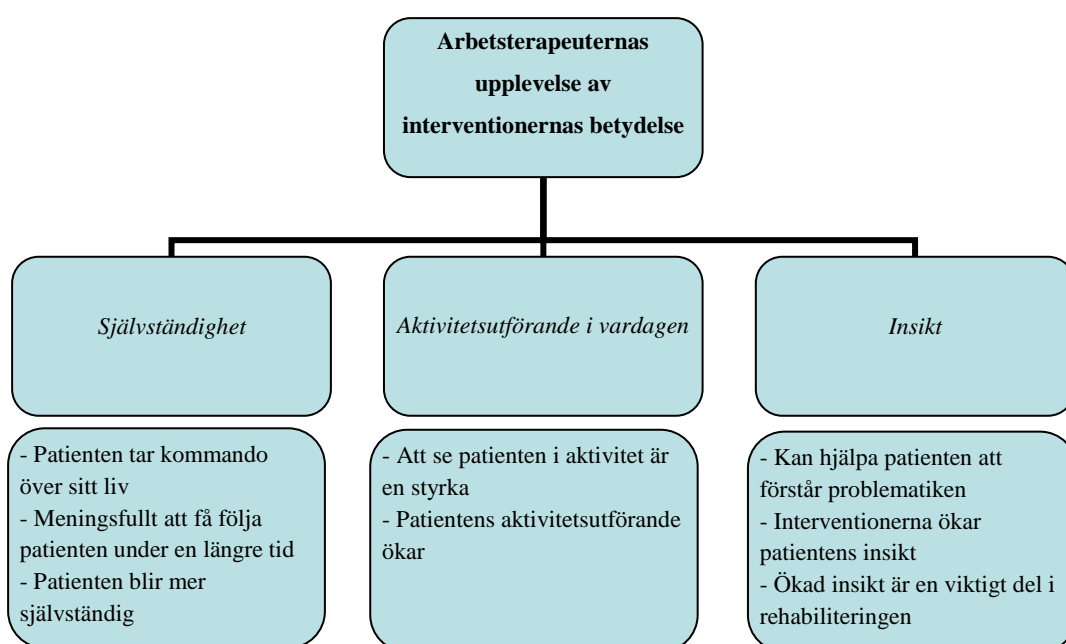
(Arbetsterapeut på dagrehab)

”Det kan vara att man går ut och till exempel rensar ogräs eller planterar några fröer, planterar några växter eller plockar och skördar och så.”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

” Vi har ju rytm och Ronnie Gardiners musikterapi, det leder jag ju en gång i veckan. Och jag ser ju det här med musik som väldigt viktigt och hur man gör det både psykiskt och rent kognitivt också...och fysiskt.”

(Arbetsterapeut på dagrehab).



Figur 2, Arbetsterapeuternas upplevelse av interventionernas betydelse

Arbetsterapeuternas upplevelse av interventionernas betydelse

Självständighet

”Vi upplever ju ganska ofta att det vi gör har en väldig betydelse”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

”/.../ jag tror att vi fyller en stor funktion för det är ju det basala liksom som man börjar med”

(Arbetsterapeut på strokeenhet)

Resultatet visade på att arbetsterapeuterna upplevde att deras insats av arbetsterapeutiska interventioner hade betydelse för individens förmåga till självständighet.

”/.../ det betyder ju jättemycket, de är så himla tacksamma för all hjälp de får egentligen och de tycker att de är meningsfullt också. De blir mer självständiga och de vill ju vara mer självständiga/.../”

(Arbetsterapeut på strokeenhet)

Arbetsterapeuterna upplevde att det var meningsfullt att få följa patienterna under en längre tid, dels för att följa utvecklingen men också för att se hur de flesta patienterna blev allt mer självständiga.

”/.../ att följa patienten så lång tid, det är väldigt berikande tycker jag därför att man kan liksom känna hur de börjar ta kommandot över sitt liv/.../också det här att de inte upplever sig själv som sjuk, många säger, men nu är jag inte sjuk längre fast att man har funktionshinder men att man är inte sjuk på det sättet. Det är också rätt så fascinerande att se/.../”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

Aktivitetsutförandet i vardagen

Arbetsterapeuterna upplevde att interventionerna hade betydelse för patienternas aktivitetsutförande. En styrka som de påpekade var att de fick se patienterna i aktivitet och att de kunde uppmana de till att prova utföra aktiviteten själva.

”/.../ jag tycker att det är vår styrka som arbetsterapeut att vi ser patienterna i aktivitet/.../”

(Arbetsterapeut på strokeenhet)

”/.../ jag tycker det är viktigt att vi får behålla våra aktiviteter, de är jätteviktiga/.../”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

”Jo men jag tycker ändå att det är ju såklart betydelsefullt det vi gör här och att aktivitetsförmågan ändå blir bättre, för att man hela tiden utmanar och liksom uppmanar patienten till att prova själv och använda sig av de strategier som vi kommer med.”

(Arbetsterapeut på rehabiliteringsenhet)

De flesta arbetsterapeuter upplevde ofta att det kunde skilja sig mellan ett resultat från ett kognitivt test till att se patientens styrkor och svagheter i en aktivitet.

”/.../ vi ser mer än vad många tror att vi gör och att vi går vidare med att det inte bara är att göra ett kognitivt test och sen är det bra med det. Utan vi måste plocka ut de bitarna som patienten har svårt med, översätta de i en intervention, en aktivitet och se hur klarar de den.

För ett poäng på ett papper säger ju egentligen inte så mycket hur man praktiskt klarar någonting/.../”

(Arbetsterapeut på strokeenhet)

Insikt

”/.../ men nyckeln till alltihopa tycker jag är insikt/.../”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

Resultatet visade på att arbetsterapeuterna oftast upplevde att interventionerna medförde ökad insikt hos patienterna. Alla upplevde insikt som en viktig del i rehabiliteringen och att det var någonting arbetsterapeuterna fokuserade mycket på vid intervenering.

Arbetsterapeuterna upplevde även att samarbetet mellan de olika professionerna var en viktig del för att gemensamt kunna öka patientens insikt.

”ja, ibland gör det skillnad att vi hjälper de att förstå problematiken och att de får stöd i att prova och hitta, hitta nya sätt att göra, det handlar väldigt mycket om anpassningsförmåga till det nya i kombination med insikt.”

(Arbetsterapeut på dagrehab)

”Man känner att man verkligen hjälper de att komma vidare och sen är det ibland svårt att veta om det precis är det jag gjort eller om det är i kombination av insatserna och att alla

jobba liksom åt samma håll”.
(Arbetsterapeut på dagrehab)

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva funktionsnedsättningar efter stroke samt undersöka hur arbetsterapeuten upplevde att interventionen har betydelse för individens möjlighet till aktivitet. Resultatet visade att arbetsterapeuterna använde sig av en variation av interventionsmetoder för att förbättra eller kompensera för nedsatt kognitiv funktion. De beskrev också att deras interventioner hade en positiv inverkan på individen genom ökad insikt, självständighet och aktivitetsförmåga.

Arbetsterapeuterna beskrev att de använde sig av kognitiva hjälpmedel och strategier för att kompensera för nedsatta kognitiva förmågor. Detta kunde till exempel vara kalender, påminnelser, checklistor och kamerafunktion på mobilen. Genom att kompensera nedsatta kognitiva funktioner kunde författarna se en koppling till modellen för kompensation i OTIPM (Fisher & Nyman, 2011). Modell för kompensation innebär anpassning av aktiviteten, miljön eller utrustning för att främja engagemang i dagliga aktiviteter (Fisher & Nyman, 2011).

Koh et al. (2009) styrker vårt resultat genom sin studie där författarna beskrev att en av de vanligaste modellerna för intervention vid kognitiva nedsättningar efter stroke är kompensatorisk. Arbetsterapeuterna som deltog i studien använde sig bland annat av dagbok och tekniska hjälpmedel.

Även Boman (2015) styrker vårt resultat genom sin beskrivning av att kognitiva hjälpmedel har stor betydelse för individens självständighet. Boman (2015) tar även upp att kognitiva hjälpmedel kan öka individens trygghet samt öka delaktigheten i samhället.

Aktivitets- och funktionsträning var två interventionsmetoder som arbetsterapeuterna beskrev att de ofta använde sig av. Fisher och Nyman (2011) beskriver i modellen för förbättring av personliga faktorer och kroppsfunktioner att det är en interventionsmodell för att utveckla eller återfå funktion. Genom denna modell kan författarna se en koppling till

arbetsterapeuternas val av interventioner för att förbättra den kognitiva förmågan hos patienten genom både aktivts- och funktionsträning. Arbetsterapeuterna beskrev att de använde sig mycket av hantverksaktiviteter på grund av att denna typ av aktiviteter krävde många kognitiva förmågor så som uppmärksamhet, upprepa moment samt ta till och följa instruktioner.

Några arbetsterapeuter hade även tillgång till en ipad/data för träning av den kognitiva förmågan så som arbetsminnet. Alla arbetsterapeuter var positiva till att använda den nya tekniken. Dock var det långt ifrån alla som kände att de hade kunskapen om hur apparna/programmen fungerade och hur de skulle lära ut teknikerna.

Några berättade att det ofta var en lång process att få lov att köpa in nya produkter, dels för tydlig kunna visa på evidens men även på grund av budget. Gillen et al. (2015) bekräftar genom sin studie att träning med hjälp av datorprogram förbättrar minnesfunktionen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar.

I en studie av Jin-Hyuck och Ji-Hyuk (2015) visar även de genom sitt resultat, att träning av kognitiva funktioner med hjälp av datorprogram har positivt effekt genom att öka kognitiv funktion samt visuell perception.

Genom arbetsterapeuternas upplevelser kan författarna se att träning i aktivitet var en positiv interventionsmetod som ökade patientens aktivitetsutförande.

Beroende på vilken verksamhet arbetsterapeuterna arbetade på samt hur miljön var utformad tränade patienterna i olika aktiviteter. Träning i P-ADL var vanligt inom kommunen och på strokeenhet. På dagrehab där det fanns fler resurser så som material och större lokaler tränade patienterna mycket i I-ADL. Detta kunde vara köksaktiviteter, städning och ekonomi.

Hantverks- och trädgårdsaktiviteter var också en aktivitetsträning som arbetsterapeuterna på dagrehab/rehabiliteringsenhet använde som intervention.

Arbetsterapeuterna berättade att de var noggranna med att ta reda på hur miljön var utformad i hemmet, till exempel vilken placering sängen hade i sovrummet och vilken sida patienten normalt sätt steg upp på. På så vis försökte arbetsterapeuten anpassa miljön och låta patienten träna i en ”känd” aktivitet.

Lindström et al. (2013) bekräftar genom sin studie att kognitiva funktioner kan förbättras genom att träna utförandet i aktivitet i kombination med anpassningar av miljön.

Utifrån aktivitetsträning som intervention kan författarna se en koppling till modellen för aktivitetsträning. Fisher och Nyman (2011) beskriver att detta är en modell för att utveckla eller återfå aktivitetsförmågan genom att använda sig av aktivitet som medel.

Under intervjuerna med främst arbetsterapeuter från dagrehab fanns ett önskemål om att kunna intervensera mer mot patientens intressen, vanor och rutiner. Alla arbetsterapeuter var väldigt noggranna med att ta reda på patientens mål men som tidigare nämnt fanns vissa begränsningar så som resurser, miljö och tid.

Arbetsterapeuterna på dagrehab hade även en önskan om att vara med i processen vid återgång till arbetet.

Då arbetsterapeuterna ofta följde patienten under en längre period lärde de också känna till patientens styrkor och svagheter. Arbetsterapeuterna upplevde att de kunde bidra med att hjälpa till att förmedla patientens styrkor och svagheter till arbetsgivaren. Öka förståelsen genom att informera kollegor samt arbetsgivaren vad det innebär att ha drabbats av en stroke samt anpassa arbetsplatsen. Författarna anser att detta är ett viktigt resonemang att lyfta då allt fler yngre människor i arbetsför drabbas av stroke.

Som författarna tidigare nämnt var oftast arbetsterapeuterna på dagrehab de deltagare som träffade många strokepatienter och ofta under en längre period. Till skillnad från arbetsterapeuter som arbetade inom primärvården och kommunen där strokepatienter inte förekom lika ofta. En orsak till detta kan vara att dessa verksamheter låg i småkommuner. Arbetsterapeuterna på dagrehab hade också mer utrymme för mer varierande interventioner. Författarna drar slutsatsen att detta kan vara en orsak till att majoriteten av citaten i resultatdelen kommer från arbetsterapeuter på dagrehab.

Genom resultatet framkom två viktiga delar som arbetsterapeuterna arbetade med, aktivitetsbalans och medvetengöra. Vid arbetsterapeuternas intervention kunde författarna se en stark koppling mellan dessa två samt en koppling till den pedagogiska modellen (Fisher & Nyman, 2011).

En del beskrev att de undervisade i vikten mellan aktivitet och vila och gav patienterna möjlighet till att själv reflektera över deras aktivitetsmönster. Fisher och Nyman (2011) beskriver den pedagogiska modellen som ett aktivitetsbaserade undervisningsprogram vilket författarna kopplar till undervisningen i aktivitetsbalans.

Reflektion kring patientens situation var en interventionsmetod som arbetsterapeuterna ofta använde sig av både vid aktivitetsobalans och insiktproblematik. Detta var en anledning till att författarna upplevde svårigheter vid resultatdelen med att skilja på aktivitetsbalans och medvetengöra. Syftet med interventionen var det samma men arbetsterapeuterna använde sig av olika medel för att synliggöra problematiken.

Kielhofner (2009) bekräftar studiens resultat genom att beskriva att en interventionsform vid kognitiva nedsättningar är att ge information till klienten om sin situation och hjälpa individen att själv reflektera över sitt tillstånd.

För att tydliggöra aktivitetsbalans rekommenderade vissa arbetsterapeuter sina patienter att skriva dagbok. Denna form av intervention användes främst vid hjärntrötthet.

Arbetsterapeuterna beskrev att hjärntrötthet oftast inte visade sig som en konkret kognitiv nedsättning, dock ansåg de att hjärntrötthet har en stor påverkan på kognitiva funktionerna.

Björkdahl (2015) bekräftar att hjärntrötthet är en faktor som påverkar den kognitiva rehabiliteringen samt att aktivitetsdagbok är en lämplig interventionsmetod för att se hur individen fördelar sin tid.

Genom att reflektera med patienten över sin situation samt låta patienten skriva dagbok kan vi se en koppling mellan två modeller, pedagogisk och kompensatorisk modell (Fisher & Nyman, 2011)

För att kunna förbättra aktivitetsutförandet efter att en person drabbats av en stroke är det viktigt att ha en variation av interventioner (Gillen et al., 2015). De bör vara aktivitetsfokuserade, kompensatoriska samt ge möjlighet att träna strategier och nya tekniker (Gillen et al., 2015). Resultatet visade på att arbetsterapeuterna hade en stor variation i valet av interventioner. Det visade även på att alla interventioner gick att koppla till OTIPM:s fyra modeller (Fisher & Nyman, 2011). Genom intervjuguiden togs aldrig frågan upp om arbetsterapeuterna arbetade utifrån OTIPM. Syftet med studien var heller inte att beskriva interventionerna utifrån OTIPM:s fyra modeller. En anledning var att författarna upplevde att viktigt material kunde fall bort om det inte ingick i någon av modellerna.

Att resultatet gick att koppla till OTIPM:s fyra modeller tyder på att alla arbetsterapeuter intervenerade på liknade sätt. Detta ser författarna som ett positivt resultat då patienten bör få liknade vård oavsett var patienten bor i södra Sverige.

Att vården ska vara den samma kan även kopplas till nationella riktlinjer för strokesjukvård (Socialstyrelsen, 2009). Det var inte alla arbetsterapeuter som uttryckte att de arbetade utifrån

de nationella riktlinjerna. Arbetsterapeuter inom strokeenhet var väldigt tydliga med att de utgick från de nationella riktlinjerna. Detta kan bero på att de träffade patienten i det akuta skedet då vissa bedömningar måste göras. Författarna fick en uppfattning om att det berodde på var i vårdprocessen arbetsterapeuterna träffade patienten. Några verksamheter hade egna utarbetade rutiner och arbetsplaner som de följde.

Arbetsterapeuterna försökte alltid se till individens önskan om mål samt deras förmåga vilket kan kopplas till professionens mål, ”stödja personens förmåga till aktivitet och delaktighet på ett sätt som främjar möjligheterna att leva ett så gott liv som möjligt” (Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, 2012). Arbetsterapeuterna upplevde ibland tidsbrist då vårdtiderna förkortats. Det fanns en önskan om mer utrymme för aktivitetsfokuserade interventioner som riktade sig till individens intressen, vanor och roller samt mer tid för att utveckla tekniken som intervention. Ett fåtal arbetsterapeuter på dagrehab tog även upp en önskan om fler resurser för att kunna hjälpa till vid återgång till arbetet för personer i arbetsför ålder. Trots detta upplevde arbetsterapeuterna ändå att deras insats har stor betydelse, att de flesta patienter var väldigt tacksamma och att interventionerna ger en ökad möjlighet till aktivitet.

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte användes en kvalitativ metod. Då syftet innebar att beskriva arbetsterapeutisk intervention och undersöka arbetsterapeutens upplevelse anser författarna att detta var en lämplig metod. Kristensson (2014) beskriver just att den kvalitativa studien lägger fokus på beskrivningar, upplevelser och uppfattningar. Författarna upplever att en kvantitativ ansats i form av enkäter hade begränsat resultatet i studien. Syftet med studien var att få ut så innehållsrik information som möjligt. En enkätstudie har ofta färdiga svarsalternativ och ger inte utrymme för följdfrågor på samma sätt som en kvalitativ intervju (Kristensson, 2014). Däremot hade författarna kunnat vara säkra på att alla deltagare fått samma frågor vid användning av enkät. Under intervjuerna upplevde författarna att följdfrågorna kunde variera beroende på vem de intervjuade. Författarna ställde många frågor som inte kopplades direkt till syftet men detta var på grund av att de ville få en helhetsbild över arbetet. Däremot hade fler frågor kunnat riktas till själva interventionerna. Fråga nio som

riktade sig till den andra delen i syftet upplevde de flesta deltagare som svårförstådd. Denna fråga hade därför behövt en tydligare formulering.

Alla deltagare i studien var kvinnor. Författarna anser att detta kan bero på att arbetsterapeutyrket är i Sverige ett kvinnodominant yrke. Författarna upplevde inte att detta hade någon påverkan på resultatet. Arbetsterapeuterna som deltog i studien hade däremot olika antal års erfarenhet med strokepatienter. De deltagarna som hade arbetat med strokepatienter under flertal år hade mer beprövad erfarenhet jämfört med de som endast arbetat ett fåtal år. Detta skulle kunna påverka hur pass innehållsrikt resultatet blev. Inklusionskravet för studien var att arbetsterapeuten hade 1-års erfarenhet inom yrket och att man nuvarande arbetade med strokepatienter. Författarna upplevde inte att de deltagare som hade mindre erfarenhet påverkade resultatet. Deltagarna kunde stödja sig på ny kunskap från utbildningen och var även mer insatta i den nya teknik som idag används som intervention. Författarna valde bort två intervjuer på grund av att exklusionskriteriet (max två arbetsterapeuter från varje verksamhet fick delta) i studien. I tre av intervjuerna medverkade två arbetsterapeuter från samma verksamhet samtidigt. I verksamheter där strokepatienter inte förekom särskilt ofta kunde detta ses som en fördel då arbetsterapeuterna kunde hjälpas åt att besvara frågorna. En nackdel skulle kunna vara att arbetsterapeuten höll tillbaka sina åsikter och instämde med sin kollegas beskrivning. Författarna upplevde inte att detta var ett förekommande problem i denna studie.

Det insamlade materialet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys. I en innehållsanalys söker författarna efter likheter och skillnader i materialet (Kristensson, 2014). Detta var en analysmetod som passade syftet med studien bra. Detta på grund av att författarna ville få fram vanligt förekommande interventioner bland arbetsterapeuterna. Även sådan information som stack ut från mängden var viktigt att samla in för att få en helhetsbild kring deras arbete. Dessa olika interventioner kunde författarna sedan summera till olika kategorier. Kategorierna ger sedan en tydlig presentation i resultatet.

I kvalitativa studier används trovärdighetsbegreppet för att värdera studiens kvalitet. Begreppet består av fyra olika delar: tillförlitlighet, överförbarhet, giltighet och verifierbarhet. Tillförlitlighet handlar om sanningsvärdet i materialet samt att resultatet inte styrs av författarens förutfattade meningar (Kristensson, 2014). Som författarna beskriver i

metodavsnittet har båda varit delaktiga i analysarbetet. På så sätt minskar man risken att resultatet endast påverkas av en individs tolkning och ökar därmed tillförlitligheten. Författarna har också valt att använda ett varierat urval i studien. Deltagarna i studien arbetade inom olika verksamheter och på så sätt fick författarna olika perspektiv på undersökningen, vilket också ökar tillförlitligheten. Överförbarhet innebär om resultatet kan överföras i andra sammanhang eller grupper. Kristensson (2014) beskriver att syftet med kvalitativ forskning däremot inte är att generalisera. Författarna valde att stärka överförbarheten genom att tydligt beskriva forskningsprocessen samt urvalet. Verifierbarhet handlar om att tolkningen av resultatet ska vara baserat på det insamlade materialet (Kristensson, 2014). Alla intervjuer som författarna gjort har transkriberats och sparats. Författarna har också valt att presentera många citat i resultatdelen för att stärka verifierbarheten. Giltighet handlar om resultatets stabilitet (Kristensson, 2014). Detta har författarna valt att visa genom att beskriva vilket år intervjuerna inträffade samt bifoga frågorna som ställdes under intervjuerna.

Slutsats

Studien visade att de vanligaste interventionsmetoderna som användes vid kognitiva funktionsnedsättningar för personer som drabbats av stroke var kompensatoriska, aktivitetsbaserade samt funktionsinriktad träning. Studien visade även att arbetsterapeuternas upplevelse av interventionernas betydelse var positiv och ökade patienternas aktivitetsutförande.

Som tidigare nämnt i studien berättade några arbetsterapeuter att de önskade mer kunskap kring nya tekniskstödda interventionsmetoder. De önskade även mer tid och resurser för aktivitetsbaserade interventioner så som intressen och återgång till arbetet.

Fler studier behövs inom arbetsterapeutisk interventioner för kognitiv rehabilitering. Dels för att kunna utveckla nya tekniskstödda interventioner och dels för att utförligt beskriva interventionerna som en guidning för arbetsterapeuter.

Referenser

Arbesman, M., Lieberman, D., & Berlanstein, D. R. (2015). Method for the Evidence-Based Reviews on Occupational Therapy and Stroke. *American Journal Of Occupational Therapy*, 69(1), 1-5 5p.

Boman, I-L. (2015). Tekniska hjälpmedel för kognition. I A. Björkdahl, *Kognitiv rehabilitering: teoretisk grund och praktisk tillämpning* (s. 103-113). Lund: Studentlitteratur.

Björkdahl, A. (2012). Aktivitetsförmåga. I A.C. Jönsson (Red.), *Stroke- Patienters, närståendes och vårdares perspektiv* (s.103-121). Lund: Studentlitteratur.

Björkdahl, A. (2015). *Kognitiv rehabilitering: teoretisk grund och praktisk tillämpning*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Cederfeldt, M., Gosman-Hedström, G., Pérez, C. G., Sävborg, M., & Tarkowski, E. (2010). Recovery in personal care related to cognitive impairment before and after stroke - a 1-year follow-up. *Acta Neurologica Scandinavica*, 122(6), 430-437.

Cicerone, K., Dahlberg, C., Malec, J., Langenbahn, D., Felicetti, T., Kneipp, S., & ... Catanese, J. (n.d). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 1998 through 2002. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 86(8), 1681-1692.

CODEX. (2015). *Forskning som involverar människan*. Hämtad den 150526 från: <http://codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>.

Dewey, H.M., & Bernhardt, J. (2007). Acute stroke patients – early hospital management. *Australian Family Physician*, 36(11), 904-912.

Fish, J., Manley., Emslie., Evans, J., & Wilson, B. (2008). Compensatory strategies for acquired disorders of memory and planning: differential effects of a paging system for patients with brain injury of traumatic versus cerebrovascular aetiology. *Journal Of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, (79)(8), 930-935.

Fisher, A.G. (2006). *Assessment of motor and process skills. Vol. 2, User manual.* (6th ed. rev.) Fort Collins, Colo.: Three Star Press, Inc.

Fisher, A. G., Bray Jones, K. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1: Development, Standardization, and Administration Manual* (7th ed.) Fort Collins, CO: Three Star Press.

Fisher, A. G., & Nyman, A. (2011). *OTIPM: en modell för ett professionellt resonemang som främjar bäst praxis i arbetsterapi.* (3 uppl.) Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. (FoU-rapport/förbundet Sveriges arbetsterapeuter; Nr 2007:1).

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2015). *Aktivitetens betydelse i vardagen för personer med stroke.* Hämtad den 2015-05-27 från: <http://www.fsa.se/Fakta-om-arbetsterapi/Vad-gor-en-arbetsterapeut/>

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (2012). *Etisk kod för arbetsterapeuter: antagen av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktige 1992, reviderad 2004 och 2012.* ([5.], rev. uppl.) Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (FSA).

Gillen, G., Nilsen, D. M., Attridge, J., Banakos, E., Morgan, M., Winterbottom, L., & York, W. (2015). Effectiveness of Interventions to Improve Occupational Performance of People With Cognitive Impairments After Stroke: An Evidence-Based Review. *American Journal Of Occupational Therapy*, 69(1), 1-13.

Holmqvist, K., Kamwendo, K., & Ivarsson, AB. (2012). Occupational therapists' practice patterns for clients with cognitive impairment following acquired brain injury: development of a questionnaire. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 19(2),150-63.

Jin-Hyuck, P, & Ji-Hyuk, P 2015, 'The effects of a Korean computer-based cognitive rehabilitation program on cognitive function and visual perception ability of patients with acute stroke. *Journal Of Physical Therapy Science*, 27, 8, pp. 2577-2579.

Johansson, B. (2012). Dolda funktionshinder. I A.C. Jönsson (Red.), & S. Wallin, *Stroke-Patienters, närståendes och vårdares perspektiv* (s.249-263). Lund: Studentlitteratur.

Jönsson, A.C. (2012). Stroke – en folksjukdom. . I A.C. Jönsson (Red.), & S. Wallin, *Stroke-Patienters, närståendes och vårdares perspektiv* (s.25-35). Lund: Studentlitteratur.

Jönsson, A.C., & Wallin, S. (2012). Strokeenhet. I A.C. Jönsson (Red.), & S. Wallin, *Stroke-Patienters, närståendes och vårdares perspektiv* (s.59-72). Lund: Studentlitteratur.

Kielhofner, G. (2009) *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

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

Kristensen, H. K, Persson, Nygren, C, Boll, M & Matzen, P. (2011) Evaluation of evidence within occupational therapy in strokerehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2011; 18: 11–25

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Koh, C-L., Hoffmann, T., Bennett, S., & McKenna, K. (2009). Management of patients with cognitive impairment after stroke: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(5), 324-331.

Korner-Bitensky, N., Barrett-Bernstein, S., Bibas, G., & Poulin, V. (2011). National survey of Canadian occupational therapists' assessment and treatment of cognitive impairment post-stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 241-250.

Legg, L., Dramond, A & Langhorne, P.(2006) Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *The Cochrane Collaboration*. 4, ss. 1-33.

Lindström, A., Eklund, K., Billhult, A., & Carlsson, G. (2013). Occupational therapists' experiences of rehabilitation of patients with limited awareness after stroke. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 20(4), 264-271.

Lundborg, G., & Björkman, A. (2015). Känsel och beröring. I G. Lundborg., & A. Björkman, *Handkirurgi* (s.37-44). Lund: studentlitteratur.

McColl, M. A. (2009). Applied Theories in Occupational Therapy: A Practical Approach (2008). *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 76(4), 316.

McColl, M.A. (2005). Occupational therapy interventions in a rehabilitation context. In C.H Christiansen; C. M. Baum, and J. Basshaug (Eds.), *Occupational therapy; performance, participation, and well-being* (3rd ed.). Thorofare, NJ: SLACK incorporated.

Pessah-Rasmussen, H. (2014). Rehabilitering och eftervård. I A. Gottsäter., A. Lindgren.. & P. Wester (Red.), *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom* (s. 333-346). Lund: studentlitteratur.

Sansonetti, D., & Hoffmann, T. (2013). Cognitive assessment across the continuum of care: The importance of occupational performance-based assessment for individuals post-stroke and traumatic brain injury. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(5), 334-342.

Skubik-Peplaski, C. L., Howell, D., & Hunter, E. (2015). The Environmental Impact on Occupational Therapy Interventions. *Occupational Therapy In Health Care*, 1-13.

Socialstyrelsen (2009). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009- Stöd för styrning och ledning*. Hämtad den 150527 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17790/2009-11-4.pdf>

Stroke-Riksförbundet. (2010). *Vad är stroke?* Hämtad den 2015-05-18 från

<http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad%20%E4r%20stroke?>

Socialstyrelsen (2014). *Statistik om stroke*. Hämtad den 160311 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/statistik-om-stroke-2012.pdf>

Toglia, J.P., Golisz, K.M., & Goverover, Y. (2014). Cognition, Perception and Occupational Performance. In H.S. Willard, C.S. Spackman, B.A.B. Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy*. (12.ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Woodson, A. M (2008). Stroke. I V. Radomski, M. T. Latham & A. Catherina (Red.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (pp. 1001-1041). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bilaga 1 - Intervjuguide

Grundläggande

- Kommun
 - Verksamhet
 - Antal år av erfarenhet inom yrket
 - Antal års av erfarenhet med strokepatienter
 - Vidareutbildning utöver grundutbildningen
 - Arbetar som ensam arbetsterapeut eller med fler.
1. Vilka kognitiva nedsättningar är vanligast bland personer som drabbats av stroke och som du träffar i ditt arbete?
 2. Vilka svårigheter i vardagen **upplever** du att personer med kognitiva nedsättningar efter stroke har?
 3. Vilka bedömningsinstrument använder ni på denna verksamhet?
-Varför använder ni just dessa instrument? Fördelar? Nackdelar?
 4. Berätta om vilka riktlinjer som ni arbetar efter? Nationella kvalitetsregister?
 5. Berätta om vilka interventioner som du främst använder dig av för personer med kognitiva nedsättningar efter stroke?
- Skiljer sig interventionerna mycket beroende på vilken kognitiv nedsättning man har? (**Tänka på att utveckla innehållet av interventionerna**)
 6. Finns det utrymme att utföra de interventioner som man vill? Tid? Material, kunskap?
 7. Hur får ni möjlighet till att utveckla era interventionsmetoder, ta del av ny kunskap inom området?
 8. Hur får du information om nya metoder?
 9. På vilket sätt upplever du att interventionerna har betydelse för individens möjlighet till aktivitet?
 10. Vilka förbättrings möjligheter finns i arbetet?
 11. Vill du tilläga något som du tycker att vi glömt att ta upp?
 12. Får vi lov att återkomma till dig om vi har fler frågor?



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Bilaga 2 - Informationsbrev

2016-05-09

Till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”**En beskrivning av arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva nedsättningar efter stroke – en kvalitativ intervjustudie**”.

Syftet med studien är att göra en beskrivning av arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva nedsättningar efter stroke samt beskriva hur arbetsterapeuterna upplever att interventionerna har betydelse för individens möjlighet till aktivitetsutförande.

Att drabbas av stroke kan ofta innebära förluster av både fysiska och kognitiva funktioner som är livsviktiga för varje individs aktivitetsutförande. Arbetsterapi är en viktig del av strokerehabiliteringen idag men det finns bristande kunskap kring vad arbetsterapeuten kan erbjuda för interventioner. Studien är betydelsefull då det finns ett behov av att uppmärksamma vad aktivitetsfokuserade arbetsterapeutiska interventioner innebär för personer som drabbats av kognitiva nedsättningar efter stroke. Med vår studie vill vi nå ut till andra professioner, patienter samt anhöriga för att ge fördjupad kunskap kring hur arbetsterapeutiska interventioner kan främja möjligheten till meningsfull aktivitet trots kognitiva nedsättningar.

Metod: Semistrukturerad intervju med arbetsterapeuter som arbetar med strokepatienter. Arbetsterapeuten ska ha minst ett års arbetslivserfarenhet. Intervjun kommer hållas på verksamheten om möjlighet finns. Samtalet kommer att bandas för att sedan transkriberas. Deltagarna i studien kommer att vara konfidentiella.

Ett brev från författarna med information kring studien, intervjuguide samt en samtyckesblankett kommer att skickas ut till verksam arbetsterapeut. Efter samtyckte medgivits har arbetsterapeuten rätt till att avbryta sitt deltagande i studien när som helst. Materialet från intervjun kommer att förvaras inlåst och kommer inte att vara tillgängligt för obehöriga. Materialet kommer att förstöras efter att kandidatuppsatsen blivit godkänd.

Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapeutprogrammet.

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

Med vänlig hälsning

Sara Höjrup

Student

0702541461

art13sho@student.lu.se

Malin Torstensson

Student

0735010687

art13mto@student.lu.se

Kristina Orban

Dr.med.vet., leg.

arbetsterapeut

Institutionen för
Hälsovetenskaper
Lunds universitet

Bilagor

1. Samtyckesblankett

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Kartläggning av arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva nedsättningar efter stroke – en kvalitativ intervjustudie.

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Bilaga 3 - Informationsbrev

2016-05-09

Information till Leg.arbetsterapeut.

En beskrivning av arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva nedsättningar efter stroke - en kvalitativ intervjustudie.

Vi vänder oss till dig som leg. arbetsterapeut och som arbetar med personer som drabbats av stroke. Du tillfrågas här om deltagande i ovanstående studie.

Att drabbas av stroke kan ofta innebära förluster av både fysiska och kognitiva funktioner som är livsviktiga för varje individs aktivitetsutförande. Arbetsterapi är en viktig del av strokerehabiliteringen idag. I tidigare studier är ofta arbetsterapeutiska bedömningsinstrument väl dokumenterade men innehållet av arbetsterapeutisk intervention beskrivs sällan. Genom vår studie vill vi bidra med kunskap om arbetsterapeutiska interventioner till andra professioner, patienter samt anhöriga.

Syftet med studien är att göra en beskrivning av arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva nedsättningar efter stroke samt beskriva hur arbetsterapeuterna upplever att interventionerna har betydelse för individens möjlighet till aktivitetsutförande.

Intervjun beräknas ta max 60 minuter och genomförs av Sara Höjrup och Malin Torstensson. Om möjlighet finns utför vi gärna intervjun på din arbetsplats, om inte kan vi erbjuda plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Materialet från intervjun kommer att förvaras inlåst och kommer inte vara tillgängligt för obehöriga. Materialet kommer att förstöras efter att kandidatuppsatsen blivit godkänd.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Dina uppgifter är konfidentiella.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i bifogade svarskuvert inom 1-2 veckor.

Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapeutprogrammet.

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

Med vänlig hälsning

Sara Höjrup
Student

Malin Torstensson
Student

Kristina Orban
Dr.med.vet., leg. Arbetsterapeut

0702541461
art13sho@student.lu

0735010687
art13mto@student.lu.se

Institutionen för Hälsovetenskaper
Lunds Universitet

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Kartläggning av arbetsterapeutisk intervention för personer med kognitiva nedsättningar efter stroke – en kvalitativ intervjustudie”

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

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

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Bilaga 4 - kodningssystem

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
I aktiviteten någonstans kartlägga hur medvetna är de, vad observerar de själva? Att hjälpa de att se det här svårigheterna.	Att medvetengöra svårigheterna i aktivitet.	Insikt är en förutsättning för förändring.	Medvetandegöra
Vi jobbar ju väldigt mycket med hjärntrötthet och aktivitetsbalans och strukturen av att bara försöka ha energin till att rodda det.	Jobbar med hjärntrötthet och aktivitetsbalans.	Hjärntrötthet påverkar individens balans i vardagliga aktiviteter.	Aktivitetsbalans.
På dagrehab använder ju mig av datorn en hel del, eller om patienten är personer som gillar papper och penna-uppgifter och kanske jobbat med det tidigare.	På dagrehab används dator eller papper-och pennauppgifter.	Träning av funktion i aktivitet.	Funktionsträning.
Eh, dels kan det vara att använda kalender...//...och att ha påminnelser och lite såna saker. Lägga in det i sin kalendrarskriva manualer hur man ska lägga in det och få till	Att använda kalender, påminnelser och att skriva manualer.	Hitta konkreta ledtrådar som underlättar i vardagliga aktiviteter.	Kognitiva hjälpmedel och strategier.

det.

Sen så försöker ju jag i möjligaste mån använda mig av aktiviteter, asså, hantverksaktiviteter om patienten är intresserad av det, eller köket, det är jättebra.

Använder hantverks- och köksaktiviteter.

Träning i aktivitet och intressen.

Aktivitetsbaserad intervention.

De blir ju mer självständiga och de vill ju vara mer självständiga, de flesta (skratt), vill ju vara självständiga.

De blir mer självständiga.

Att klara sig själv och vara oberoende av andra.

Självständighet.

Jo men jag tycker ändå att det är ju såklart betydelsefullt det vi gör och att aktivitetsförmågan blir bättre.

Arbetet är betydelsefullt och ökar aktivitetsförmågan.

Arbetsterapi gör skillnad.

Aktivitetsförmågan i vardagen ökar.

Ja, ibland gör det ju
väldig skillnad att vi
hjälper dem att förstå
problematiken och att de
får stöd i att prova och
hitta, hitta nya sätt att
göra, det handlar väldigt
mycket om
anpassningsförmågan till
det nya i kombination
med liksom insikt.

Hjälper de att förstå
problematiken och de
får stöd i att hitta nya
sätt. Det handlar
mycket om
anpassningsförmåga.

Arbetsterapeutiska
interventioner hjälper
individen att bli
medveten om
problemen.

Insikt.