



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper
Arbetsterapeutprogrammet

Examensarbete på kandidatnivå 15 hp
Våren 2018

Arbetsterapeutens verktygslåda inom rättspsykiatri

- En kartläggande och förklarande studie

Författare: Lukas Granat och Ingrid Knutsgård

Handledare: Lisbeth Nilsson

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet
Box 157, 221 00 LUND

Arbetsterapeutens verktygslåda inom rättspsykiatri

- En kartläggande och förklarande studie

Författare: Lukas Granat och Ingrid Knutsgård

Handledare: Lisbeth Nilsson

Examensarbete på kandidatnivå
Våren 2018

Abstrakt

Bakgrund: Arbetsterapeutens aktivitetsperspektiv är essentiellt för att patienter inom rättspsykiatri ska kunna bli självständiga i dagliga aktiviteter och på så sätt kunna lämna den rättspsykiatriska vården och återintegreras in i samhället. Trots denna viktiga roll, saknas fortfarande forskning gällande vilka verktyg arbetsterapeuten använder inom rättspsykiatri. **Syfte:** Syftet med studien var att kartlägga vilka arbetsterapeutiska modeller, bedömningsinstrument, interventioner och utvärderingar som arbetsterapeuter inom svensk rättspsykiatrisk vård använder i praktiken, samt vad som påverkar valet av dessa verktyg. **Metod:** Studien följer en förklarande sekventiell design. Data samlades in med enkät och med förklarande intervju. 16 arbetsterapeuter deltog i enkäten och tre av dessa intervjuades. Enkäten analyserades deskriptivt och intervjuerna analyserades med riktad innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet visade att arbetsterapeuter använder många modeller, bedömningsinstrument och utvärderingsmetoder, men har tillgång till få evidensbaserade interventionsmetoder. Detta beror på rättspsykiatriens unika kontext, arbetsterapeuterna arbetar aktivitetsbaserat, utvecklar och anpassar egna interventioner och bedömningsinstrument. **Slutsats:** I kontrast med andra länder använder sig arbetsterapeuter i den svenska rättspsykiatri av fler bedömningsinstrument och modeller, men det krävs ytterligare efterforskning för att arbetsterapeuten ska kunna använda sig av mer evidensbaserade verktyg som är anpassade för den unika rättspsykiatriska kontexten.

Nyckelord

Arbetsterapi, Bedömningsinstrument, Evidens, Interventioner, Modeller, Rättspsykiatri, Utvärderingar

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet
Box 157, 221 00 LUND

The Occupational Therapist's toolbox in forensic psychiatry

- A mapping and explanatory study

Author/s: Lukas Granat and Ingrid Knutsgård

Supervisor: Lisbeth Nilsson

Bachelor thesis
Spring 2018

Abstract

Background: Occupational therapists contribute an activity perspective within forensic psychiatry, due to patients often having issues with performing activities of daily living, and are in need of rehabilitation to achieve independence and return to lives outside of forensic psychiatry. Despite the occupational therapist's importance, research is limited about how evidence-based occupational therapy tools are used within the area. **Aim:** The aim of this study was to map which occupational therapy models, assessments, interventions and evaluations occupational therapist in Swedish forensic psychiatry use in their practice, and what affects their choice of tools. **Method:** This study follows an explanatory sequential design. The data was collected through a questionnaire and through explanatory interviews. Sixteen occupational therapists participated in the questionnaire, and three of those were interviewed. Data were analyzed descriptive and with a directed content analysis. **Result:** The results showed that occupational therapists use many different models, assessments, and evaluations, but lack evidence for methods of intervention. The unique context of forensic psychiatry drives the occupational therapists to adapt interventions and assessments to their needs. **Conclusion:** The use of assessments and models is common in Swedish forensic psychiatry, but more research is required to develop more standardized interventions and new assessments that are adapted to the unique forensic psychiatry context.

Keywords

Assessment, Evaluations, Evidence, Forensic psychiatry, Interventions, Models, Occupational therapy

Lund University
Faculty of Medicine
Occupational Therapy Programme
Box 157, S-221 00 LUND

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Rättspsykiatri – dess utformning och omfattning.....	1
Rättspsykiatri och personer med APS.....	3
Arbetsterapi och målgruppen inom rättspsykiatri	3
Arbetsterapeutens grundläggande verktygslåda	5
Evidens för standardisering i verktygslådan.....	5
Arbetsterapeutiska modeller	6
Arbetsterapeutiska bedömningsinstrument	7
Arbetsterapeutiska interventioner	8
Arbetsterapeutiska utvärderingar	9
Egenkonstruerade instrument.....	9
Arbetsterapi inom rättspsykiatri.....	10
Problemformulering	11
Syfte.....	11
Metod	11
Design	11
Urval.....	12
Datainsamling.....	12
Dataanalys	13
Enkät	13
Förklarande intervju.....	14
Forskningsetiska överväganden	15
Resultat	16
Kartläggande enkät	16
Modeller.....	16
Bedömningsinstrument	17
Interventioner	20
Utvärderingar.....	21
Förklarande intervjuer.....	22
Modeller.....	22
Bedömningsinstrument	22
Egenkonstruerade bedömningsinstrument.....	23
Interventioner	24
Utvärderingar.....	26
Ytterligare anledningar som påverkar valet av framtida verktyg	27
Diskussion.....	28
Metoddiskussion.....	28
Resultatdiskussion.....	30
Användning av standardiserade verktyg	31
Evidens och skräddarsydda lösningar	32
Aktivitetsbaserat arbete inom rättspsykiatri.....	33
Säkerhetsrestriktioner och tvångsvård i relation till arbetsterapi.....	34
Ekonomi, arbetsbelastning och den utredande rollen.....	35
Slutsats	35
Referenslista	36
Bilagor	44
Bilaga 1 (5) Enkät.....	44

Bilaga 2 (5) Informationsbrev Enkät.....	49
Bilaga 3 (5) Intervjuguide.....	50
Bilaga 4 (5) Informationsbrev Intervju	52
Bilaga 5 (5) Ytterligare bedömningsinstrument från resultat.....	53

Inledning

Varje år överlämnas cirka 250 personer till rättspsykiatrisk vård i Sverige (Rättsmedicinalverket, 2017). Enligt Socialstyrelsen (2015) var det 1600 personer under 2014 som vårdades enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV), fördelade i hela landet. En verksamhet som rättspsykiatri har en annan utformning än andra arbetsterapeutiska verksamheter i landet på grund av säkerhetsnivåer vilket begränsar de former av interventioner som kan utföras. Arbetsterapeuten tillför ett aktivitetsperspektiv inom rättspsykiatri då patienter ofta har problem med utförandet av dagliga aktiviteter och behöver rehabilitering för att kunna bli självständiga och återgå till ett liv utanför rättspsykiatri. Trots arbetsterapeutens vikt inom området existerar det endast begränsad forskning sedan tidigare kring hur evidensbaserade arbetsterapeutiska modeller, bedömningar, interventioner och utvärderingar används inom området. För att någonting ska kunna kallas evidensbaserat krävs det att det har genomgått olika sorters testning och prövats enligt vetenskapliga kriterier, såsom att en intervention har prövats och utvärderats i flera studier för att ta reda på om den ger önskat resultat (Baker & Tickle-Degnen, 2014; Ka Hang Leung, 2002). Standardisering innebär att verktyget följer olika riktlinjer för användning, såsom att det följer en manual; att det används inom en specifik kontext, såsom inom vissa verksamheter eller för vissa patienter; och kan även betyda att det är översatt för en annan kultur och prövat för svenska förhållanden (Classen & Velozo, 2014, Socialstyrelsen, 2012). För att kunna belysa området krävs en kartläggning av hur arbetsterapeuter inom rättspsykiatrisk vård arbetar med evidens och standardiserade verktyg.

Bakgrund

Rättspsykiatri – dess utformning och omfattning

Rättspsykiatri är en av de brottsförebyggande åtgärder som det existerar okunskap kring i samhället. Rättspsykiatri är en form av vård som ges till personer som faller under lagen för rättspsykiatrisk vård (SFS 1991:1129), vilket innebär att om personen har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning (APS) så blir denne dömd av domstol och överlämnad till rättspsykiatrisk vård. I domslutet bestäms även ifall personen överlämnas med eller utan särskild utskrivningsprövning. Beslut om särskild utskrivningsprövning tas om personen har risk att återfalla i allvarliga brott på grund av sin APS, medan ifall det inte bedöms existera någon risk för den intagne att återfalla i allvarliga brott sker det utan särskild

utskrivningsprövning. Den rättspsykiatriska vården har inte någon tidsbegränsning, utan den fortgår så länge ett vårdbehov existerar hos patienten, men efter de inledande fyra månaderna av vården måste chefsöverläkaren för patienten ansöka om förlängning sex månader åt gången (Strand, Holmberg, & Söderberg, 2009). Vårdbehovet skiljer sig för patienter med eller utan särskild utskrivningsprövning. Vårdbehovet för patienter utan särskild utskrivningsprövning innefattar att de vid utskrivning inte längre ska lida av sin APS och inte behöva vara intagna på den frihetsberövande psykiatriska sjukvårdsinrättningen. Denna bedömning görs med hänsyn till personliga förhållanden och patientens sjukdomstillstånd. För intagna patienter med särskild utskrivningsprövning gäller liknande vårdbehov som för patienter utan särskild utskrivningsprövning, men inkluderar även att det inte ska finnas någon risk att patienten återfaller i allvarlig brottslighet vid utskrivning (SFS 1991:1129).

Vid domen kan det variera var patienter kan placeras. Chefsöverläkaren för patientens hemlandsting beslutar om patientens placering (Strand et al., 2009). I regel behandlas de svårbehandlade och grövre lagöverträdarna åtminstone inledningsvis vid någon av de större rättspsykiatriska regionsenheterna, som har avdelningar med förstärkt yttre säkerhet, men det existerar även rättspsykiatriska avdelningar vid landstinget och psykiatriska kliniker där andra överlämnade patienter vårdas. Länsenheterna har vanligtvis mindre yttre säkerhet än regionsenheterna, och de psykiatriska klinikerna har samma säkerhet som för de icke-dömda vårdtagarna (Strand et al., 2009). Dessa vanligtvis högre nivåer av säkerhet leder ofta till en högre grad av restriktioner än de som existerar i kriminalvården. Medan kriminalvårdens restriktioner gäller saker som kontroll av brev, besöksrestriktioner och telefonrestriktioner, så har rättspsykiatriska patienter ytterligare restriktioner (Strand et al., 2009). Förutom ovanstående så inkluderar de även mer begränsad tillgång till diverse elektronisk kommunikation. såsom mobiltelefoner och datorer kopplade till internet, men även gällande kontroll av vapen, tillhyggen, alkohol och narkotika, så att inget farligt medförs av besökare eller från utevistelser (Strand et al., 2009).

Vidare kan rättspsykiatrin delas in i slutenvård och öppenvård. Slutenvård är när patienten behöver heldygnsvård, medan öppenvård är tillgänglig för patienter utan särskild utskrivningsprövning som är i slutskedet av sin vård. Vid öppenvård får patienten olika insatser från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten för att gradvis kunna bli utslussad från den rättspsykiatriska vården (Strand et al., 2009; SFS 1991:1129). Ifall patientens personliga

förhållanden eller allvarlighetsgrad av sjukdom ändras kan patienten återingå i den rättspsykiatriska slutenvården (SFS 1991:1129).

Rättspsykiatri och personer med APS

Rättspsykiatri riktar sig främst till personer med en allvarlig psykisk störning (APS), vilket är en juridisk term som inte är bunden till någon specifik diagnos (Kristiansson, 2016). För att en individ ska kunna dömas till rättspsykiatrisk vård behöver en rättspsykiatrisk undersökning (RPU) göras. Undersökningen görs av ett team bestående av rättspsykiatriker, psykolog, socialutredare och omvårdspersonal, som utreder genom samtal, observationer och tester för att bedöma om den misstänkte var under påverkan av en APS när brottet begicks. Om så är fallet kan denne inte dömas till fängelse, utan döms till rättspsykiatrisk vård (Kristiansson, 2016). Definitioner av APS är svåra att finna dels för att det är en individuell bedömning och dels för att det är ett brett begrepp (Kristiansson, 2016; Strand et al., 2009). APS kan innebära att individen var i ett psykotiskt tillstånd när brottet begåtts, vilket innebär att hen har upplevt vanföreställningar, hallucinationer och förvirring, samt en störd syn på verkligheten. APS kan också innefatta allvarliga depressioner med självmordstankar och svåra personlighetsstörningar (Socialstyrelsen, 2009; Kristiansson, 2016). Även svår utvecklingsstörning, allvarligt demenstillstånd och allvarliga hjärnskador kan falla inom ramen för APS (Kristiansson, 2016). Eftersom APS är ett svårdefinierat begrepp tydliggör Kristiansson (2016) att det snarare är effekterna av beteendet, och eventuell psykisk ohälsa om sådan finns, som ska bedömas vid utredning. En individ måste inte vara diagnostiserad med en psykisk sjukdom för att hamna i ett psykotiskt tillstånd, precis som att en psykisk sjukdom inte automatiskt betyder att det är en APS. Därav har en person med APS inom rättspsykiatri genomgått en större utredning, och kan variera mycket gällande beteende, diagnos och nuvarande sjukdomstillstånd.

Arbetsterapi och målgruppen inom rättspsykiatri

Patientgruppen inom rättspsykiatri är varierad och består av personer med en rad olika diagnoser, vilket påverkar vilka åtgärder som vidtas. Patienterna skrivs in under huvuddiagnoser; med huvuddiagnos menas endast den diagnos som patienten har blivit inskriven under, och som oftast skapar mest problem för individen i fråga (RättspsyK, 2017). Enligt det Nationella Rättspsykiatriska Kvalitetsregisteret (RättspsyK, 2017), är de vanligaste huvuddiagnoserna för rättspsykiatriska patienter: schizofreni (45% av patienter),

neuropsykiatriska syndrom (13% av patienter) och övriga psykoser (11% av patienter). Ytterligare huvuddiagnoser som nämns är bland annat personlighetsstörningar, affektiva syndrom, organiska psykossyndrom och intellektuell funktionsnedsättning (RättspsyK, 2017). RättspsyK (2017) påpekar att huvuddiagnosen ofta kan ändras under vårdtiden då bedömningar och utredningar fortlöper, och bidiagnoser som kan skapa ytterligare problem för patienten statistikförs inte. Därav kan det återfinnas många sorters diagnosproblematik som inte återfinns i statistiken.

Arbetsterapeuten kan tillföra ett aktivitetsperspektiv för dessa personer genom användning av aktivitetsbaserat och aktivitetsfokuserat arbete. Aktivitetsbaserat arbete innebär att arbetsterapeuten arbetar tillsammans med personen i en aktivitet och använder engagemang i aktivitet för att uppnå en förändring, såsom att erhålla ett bättre aktivitetsutförande (Fisher, 2014). Aktivitetsfokuserat arbete innebär att arbetsterapeuten arbetar med aktivitet som huvudsakligt fokus i interventionen eller bedömningen (Fisher, 2014). Arbetsterapeuten inom psykiatrin kan arbeta aktivitetsbaserat och aktivitetsfokuserat med exempelvis skapande aktivitet som målning och keramik, för att bland annat stimulera kommunikation, inre kompetens och självförtroende, samt öka förståelsen av sig själv som person, för att sedan koppla detta till problemlösning inom vardagliga aktiviteter (Leufstadius, Gunnarsson & Tjörnstrand, 2010).

Förutom det generella aktivitetsperspektivet har arbetsterapi haft specifika fördelar för persongruppen utanför den rättspsykiatriska kontexten. Personer med schizofreni, en diagnos med mycket varierande symtom (Kristiansson, 2016), har ofta ökad risk för försämrad funktion i olika livsområden som personlig vård, sociala relationer, skolarbete, arbete och färdigheter för självständigt boende (Aubin, Stip, Gélinas, Rainville, & Chapparo, 2009). Arbetsterapeuten inom psykiatrin kan hjälpa med dessa aktivitetsproblem genom att personen får tillämpa strategier för planering, hjälpa personen att komma till insikt om vilka aktiviteter som ger och tar energi genom arbete kring personens aktivitetsbalans, och arbeta tillsammans för att uppnå minnesstrategier så väl som strategier för stresshantering för att anpassa dagliga aktiviteter (Krupa, Fossey, Anthony, Brown & Pitts, 2009). Ytterligare kan arbetsterapeuten även hjälpa personen att utveckla kommunikation- och interaktionsfärdigheter, färdigheter för arbete och förmågor för att kunna delta i personligt meningsfulla aktiviteter (Krupa et al, 2009). De nämnda svårigheterna med aktivitetsutförande kan även vara relevanta för personer

med neuropsykiatriska syndrom, såsom autism, aspergers syndrom, eller ADHD (Bejerot, 2016). Ytterligare är det vanligt att personer med neuropsykiatriska syndrom har problem med att tolka och samordna sensoriska stimuli (Bejerot, 2016). Arbetsterapeuten kan hjälpa till med att kartlägga dessa svårigheter och utveckla strategier för att antingen begränsa eller öka stimuli för att hjälpa personen med till exempel koncentration (Krupa et al., 2009). På så sätt kan arbetsterapeuten arbeta på många olika sätt med persongruppen för att utveckla gynnsamma insikter och färdigheter.

Arbetsterapeutens grundläggande verktyglåda

För att kunna uppnå syftet att förbättra patientens färdigheter, förmågor och livssituation använder arbetsterapeuter ett antal olika verktyg. I denna studie innefattar dessa verktyg arbetsterapeutiska modeller och bedömningsinstrument såväl som specifika interventioner och utvärderingsmetoder.

Evidens för standardisering i verktyglådan

Verktygen som arbetsterapeuten använder bör vara evidensbaserade för att garantera bästa möjliga förutsättning för en god rehabilitering. Verktögen kan delas in i standardiserade eller icke-standardiserade. När något är icke-standardiserat innebär det att det inte följer någon form av standard för att användas, som frågor, riktlinjer för hur det utförs, eller poängsättning, medan något som är standardiserat används i samma kontext på samma sätt varje gång (Classen & Velozo, 2014). Standardiserade verktyg har vanligtvis undergått psykometrisk testning baserat på vad det för form av verktyg, såsom testande för reliabilitet, validitet, verkan och effektivitet (Baker & Tickle-Degnen, 2014; Classen & Velozo, 2014). Validitet innebär i vilken utsträckning något testar vad det är avsett att testa (Classen & Velozo, 2014; Kristensson, 2014). Validitet kan ha olika former som "ytvaliditet", att ett instrument vid en yttlig anblick uppfattas mäta vad det ska mäta; och "innehållsvaliditet", att instrumentet lyckas fånga alla teoretiska aspekter av domänen som instrumentet säger sig mäta (Classen & Velozo, 2014; Kristensson, 2014). Reliabilitet innebär att instrumentet har en hög mätsäkerhet (Classen & Velozo, 2014; Kristensson, 2014). Reliabilitet kan också ha olika former, som "test-retest" reliabilitet, vilket innebär att när instrumentet används på samma människor flera gånger utan att en förändring har skett, så uppkommer samma resultat; och "inter-rater" reliabilitet, vilket innebär att alla användare av instrumentet får samma resultat ifall de använder instrumentet på samma personer (Classen & Velozo, 2014). Interventioner testas för

vilken form av verkan de har och hur effektiva de är (Baker & Tickle-Degnen, 2014), medan modeller kan bland annat undersökas i huruvida de kan användas som grund för framgångsrika interventioner (Lee & Kielhofner, 2010). Därför är det viktigt att arbetsterapeuten är medveten om vad det innebär att något är evidensbaserat för att kunna arbeta personcentrerat och kunna erbjuda effektiv vård efter individens vilja och behov.

Arbetsterapeutiska modeller

En arbetsterapeutisk modell är en teoretisk bas för det praktiska arbetsterapeutiska arbetet. Sådana yrkesmodeller föreskriver allmänna direktiv och gränser för yrket som helhet och består av följande komponenter: filosofiska antaganden, teoretisk grund, etisk kod, arbetsredskap, ansvarsområden och principer för det praktiska arbetet (Mosey, 1981). Arbetsterapeutiska modeller som guidar arbetsterapeutens kliniska arbete skapades för att stödja arbete i ett aktivitetsbaserat och personcentrerat perspektiv, med målet att förstå vad patienter vill ha, behöver och förväntas göra (Joosten, 2015). Vidare benämner Turpin & Iwama (2011) evidensbaserade arbetsterapeutiska modeller som essentiella för att kunna organisera koncept och tankar utan att det påverkas av personlig bias, samt skapa ett gemensamt språk för att kunna kommunicera, dokumentera och agera utifrån den information som arbetsterapeuten erhåller. Exempel på arbetsterapeutiska modeller är *Model of Human Occupation* (MOHO) (Kielhofner, 2012a), *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (CMOP-E) (Polatajko et al., 2007), *Person-Environment-Occupation model* (PEO-modellen) (Law et al, 1996), *Value and Meaning in Occupation* (ValMO-modellen) (Erlandsson & Persson, 2014), och *Human Activity Assistive Technology Model* (HAAT-modellen) (Cook & Polgar, 2008). Vad alla dessa modeller har gemensamt, trots unika koncept och egenskaper, är att de har sin fokus på person, aktivitet och miljö, och hur de är dynamiskt relaterade till varandra. Det existerar dock även andra sorters arbetsterapeutiska modeller och teorier som används i andra syften av arbetsterapeuter än för att organisera koncept i termer av aktivitet, person och miljö. Ett exempel på en sådan teori är *Sensory Integration* (SI), utvecklad av Jane Ayers, som syftar till att förklara hur samordning av sensorisk stimuli och brist på sådan kan påverka hur vi agerar (Ayers, 1979). Sedan Ayers har SI utvecklats vidare och har flera modeller baserade på sig (Lane, Smith Roley, & Champagne, 2014). En av modellerna är utvecklad av Dunn (2001), en förklaringsmodell som fokuserar på de neurologiska trösklar som en person har för olika former av sensorisk stimuli, och passiva eller aktiva beteenden som svar på det sensoriska stimuli. En person kan ha en

låg tröskel för ljud men en hög tröskel för rörelse, och antingen reagera aktivt eller passivt på dessa stimuli. Denna modell kan användas av arbetsterapeuter för att rikta interventioner mot att anpassa miljö, aktiviteter och strategier för personer som upplever sådan problematik (Cohn, 2001; Watling & Hauer, 2015). Ytterligare används även inlärningsmodeller inom arbetsterapi. En sådan är *four-quadrant model for facilitated learning*, en modell för inläring som fokuserar på att patienten ska utveckla olika färdigheter för ett förbättrat aktivitetsutförande (Greber, Ziviani & Rodger, 2007). Modellen fungerar som ett ledande ramverk för hur arbetsterapeuten kan lägga upp träningen i förhållande till vilket stöd patienten är i behov av vid aktivitetsutförandet, samt när arbetsterapeuten ändra stödmeter allt eftersom patienten utvecklas (Greber et al, 2007). Den har beskrivits som användbar när patienter behöver utveckla sina ADL-förmågor (Greber, Ziviani & Rodger, 2011). Alla dessa modeller hjälper arbetsterapeuten att personcentrera rehabiliteringen, genom att ta hänsyn till individens behov och dess kontext som helhet, och avgöra vilka bedömningar som behövs, vilka interventioner som skulle kunna passa, och på vilket sätt arbetsterapeuten utvärderar måluppfyllelse.

Arbetsterapeutiska bedömningsinstrument

Ett annat verktyg som arbetsterapeuten har till sitt förfogande är olika bedömningsinstrument. Bedömningsinstruments huvudsakliga uppgift kan beskrivas som en datainsamling för arbetsterapeuten. Genom att arbeta med standardiserade bedömningsinstrument ökar kvaliteten och evidensen i arbetet (Stapleton & McBrearty, 2009). Bedömningarna kan ske i olika kontexter, såsom genom observation, i intervju, eller självskattning. *Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS) är ett bedömningsinstrument som bedömer en patients motoriska färdigheter och processfärdigheter genom observation i aktivitet (Fisher, 2009). *Adolescent/Adult Sensory Profile* är ett bedömningsinstrument baserat på Dunns förklaringsmodell (2001) om sensorisk stimuli och använder sig av självskattning för att mäta hur vuxna personer svarar på olika sorters sensorisk stimuli (Brown, Tollefson, Dunn, Cromwell, & Fillion, 2001). *Worker Role Interview* (WRI) är ett intervjuinstrument som fokuserar på motivation, roller och vanor hos en person som utgångspunkt att personen ska återgå i arbete. Instrumentet innefattar bland annat frågor om personens tilltro till sin egen förmåga, förmåga att ta ansvar, förmågan att anpassa sig till arbetsroller och hur benägen personen är till förändring (Braveman et al., 2005). *Aktivitet i tid med struktur* (ATMS-S) är ytterligare ett bedömningsinstrument för självskattning där patienten får skatta sin

organisations- och tidshanteringsförmåga (White, 2017). Dock är inte ett instruments användningskontext avgränsad till ett av områdena. Vissa instrument kan användas i flera olika kontexter, eller är hybrider med syfte att användas i flera olika kontexter för att åstadkomma en fullständig bedömning. *ADL-taxonomin* är ett sådant instrument som kan användas för alla individer som har någon form av nedsatt aktivitetsförmåga och det kan användas i de olika kontexterna: observation, intervju eller självskattning (Törnquist & Sonn, 2017). *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* involverar både självskattning och en semistrukturerad intervju, där personen får skatta hur väl de utför olika vardagsaktiviteter och hur tillfredsställande aktiviteten är för dem (Law et al., 2014). Arbetsterapeutens val av bedömningsinstrument avgör vilken data som insamlas och är en del av grunden för vilka interventioner som utförs tillsammans med patienten.

Arbetsterapeutiska interventioner

Arbetsterapeuten har även olika interventioner till sitt förfogande. Baserat på vad patienten vill åstadkomma och vad som anses möjligt kan arbetsterapeuten rikta sina insatser inom en rad olika områden. Interventioner kan riktas mot aktiviteten, individen eller miljön, eller alla områden, men har alltid sin utgångspunkt i patientens vilja och behov (Kielhofner & Forsyth, 2012). Vidare kan interventioner genomföras på gruppnivå eller individnivå. Det existerar standardiserade interventioner för bruk av arbetsterapeuter riktade mot många olika områden. Några av dessa är Ayers Sensory Integration i kombination med tillhörande fidelity measure, en intervention för träning och förändring vid utförande av sensomotoriska aktiviteter, som följer kriterier definierade av Ayers (Schaaf, Dumont, Arbesman & May-Benson, 2018); *Hakoll!*, en intervention för förbättring av organisationsförmåga och tidshantering i vardagen (White, 2016); *Redesigning Daily Occupation*, en intervention för struktur i vardagen inför återgång till arbete (Erlandsson, 2013); *Lifestyle Redesign*, en intervention som syftar till skapa hälsofrämjande aktiviteter, vanor och rutiner i vardagen (Mandel, Jackson, Zemke, Nelson & Clark, 1999); eller *Fatigue Management*, en intervention för hantering av utmattning (Packer, Brink & Sauriol, 2017). Dock utförs ofta interventioner riktade till patienter utan att ha någon standardiserad grund, därför att interventionen måste anpassas enligt individens förutsättningar. Ett exempel på detta är så kallade "home modifications", som inkluderar hjälpmedel och bostadsanpassningar. I en litteraturstudie av Stark, Keglovits, Arbesman & Lieberman (2017) gällande utfall av denna form av interventioner poängterar de ett flertal gånger att det är svårt att se evidensen av interventionerna då de ofta är individuellt

anpassade, ofta en del av en multimodal insats och har inget standardiserat tillvägagångssätt av arbetsterapeuterna som utför dem. På grund av denna variation och individanpassning i interventioner, är det viktigt att arbetsterapeuten har en öppen dialog med sin patient och utvärderar dem kontinuerligt för att se att interventionen faktiskt fungerar för patienten.

Arbetsterapeutiska utvärderingar

För att kunna följa upp genomförda interventioner och mäta om interventionen gjort nytta, och på så sätt arbeta evidensbaserat, behöver arbetsterapeuten utvärdera interventionernas effekt (Fisher, 2009). Utvärderingen kan ske på olika vis: arbetsterapeuten gör ny bedömning, patienten rapporterar om hur det har fungerat eller så tittar arbetsterapeut och patient på om patienten uppfyllt uppsatta mål eller ej (Stapleton & McBrearty, 2009). Stapleton och McBrearty (2009) visade vidare att det inte var vanligt att använda standardiserade instrument som utvärderingsmetod, utan att det var vanligare att patienten själv rapporterade eventuella förändringar och förbättringar. Fuller (2011) fann i sin studie att många arbetsterapeuter upplever svårigheter med utvärderingar med standardiserade instrument då det finns många att välja mellan och ofta inga som passar. Även Muñoz, Moreton & Sitterly (2016) visar att det kan förekomma en stor variation av standardiserade bedömningsinstrument bland arbetsterapeuter, vilket styrker det Fuller (2011) redovisat. I studien av Stapleton & McBrearty (2009) framkommer det också att det är många olika instrument som används men att de inte används särskilt ofta. Arbetsterapeuterna i den studien redogör också för att utvärderingarna inte alltid hinns med på grund av tidsbegränsningar, men att de anser att utvärderingarna är viktiga och att de gärna använder standardiserade instrument men att de i så fall behöver mer träning i användandet. Även om utvärderingar är en viktig del av den arbetsterapeutiska verktygslådan och kan göras på många olika sätt så kan arbetsterapeuterna uppleva begränsningar både inom arbetskontexten och sig själva som förhindrar att utvärdering används konsekvent och standardiserat.

Egenkonstruerade instrument

Trots mängden evidensbaserade verktyg som arbetsterapeuter har till sitt förfogande används de inte alltid. Studier har visat att arbetsterapeuter inte nödvändigtvis använder standardiserade instrument varken för att bedöma eller utvärdera (Colquhoun, Letts, Law, Macdermid, & Edwards, 2010; Menon-Nair, Korner-Bitensky, & Ogourtsova, 2007; Stapleton & McBrearty, 2009), utan använder icke-standardiserade bedömningar och

egenkonstruerade instrument (Copolillo, Warren, & Teitelman, 2007; Fletcher-Smith, Drummond, Sackley, Moody, & Walker, 2014; Muñoz et al., 2016). Baserat på hur evidensbaserat arbetsterapeuten väljer att arbeta kan valet av instrument ha påverkan på vilken effekt rehabiliteringen ger. Ett egenkonstruerat instrument saknar psykometrisk testning och kan därav inte garantera att det faktiskt hjälper arbetsterapeuten att samla in den data som behövs. Det kan också peka på en brist på forskning inom området eller ett problem i strukturen inom verksamheten där arbetsterapeuten arbetar, så som till exempel rättspsykiatri.

Arbets terapi inom rättspsykiatri

Trots de grundläggande verktyg som arbetsterapeuten har till sitt förfogande råder det fortfarande okunskap gällande hur arbetsterapeuter använder dem inom svensk rättspsykiatri. Strand et al. (2009) beskriver endast arbetsterapeutens funktion inom svensk rättspsykiatri som bedömare av funktionshinder och svårigheter, medan inget nämns om andra funktioner som arbetsterapeuter kan ha inom rättspsykiatri. Naaman & Silverhult (2012) nämner, i sin kvalitativa kandidatuppsats om hur arbetsterapeuter inom rättspsykiatri arbetar, att endast ett fåtal arbetsterapeutiska bedömningsinstrument såsom ADL-taxonomin och COPM används, men de beskriver endast dessa i samband med ADL-bedömning. Ytterligare beskriver författarna inte arbetsterapeuternas interventioner, utan endast vilka färdigheter arbetsterapeuterna riktar sina interventioner mot. De berör inte heller hur arbetsterapeuterna utvärderar sina interventioner. Enligt Kottorp, Heuchemer, Pettersson Lie & Hellner Gumpert (2013) existerar det fortfarande ett behov att utveckla standardiserade bedömningar, åtgärder och utvärderingsmetoder för bruk inom rättspsykiatri. I en studie från Kanada där arbetsterapeuters arbetssätt inom rättspsykiatri undersöktes, rapporterades det att 100% av arbetsterapeuterna använde sig av icke-standardiserade bedömningar (Chui et al., 2016). Vidare är det viktigt att påpeka den unika kontexten som arbets terapi inom rättspsykiatri befinner sig inom. Säkerhetsnivåer kan förhindra att arbetsterapeuter kan genomföra vissa interventioner som de skulle önska då risken anses för stor (O'Connell & Farnworth, 2007). Då kontexten skapar andra förutsättningar än i andra verksamheter, och har begränsad forskning kring hur arbetsterapeuter arbetar inom den, är det nödvändigt att kartlägga vilka verktyg som används och vilka det finns behov av inom rättspsykiatri för att kunna utveckla specificerade verktyg att använda i dessa sammanhang.

Problemformulering

Författarna upplever att den praktiska utövningen av det arbetsterapeutiska yrket inte alltid sker i överensstämmelse med den vetenskapliga grund som arbetsterapeututbildningen baseras på. Forskning visar att användningen av olika bedömningsinstrument är mycket varierad, och att bredden på interventioner är stor. Dessutom visar forskningen att utvärderingar i olika verksamheter är nedprioriterade av arbetsterapeuter, då arbetsterapeuter ofta inte hinner med dem eller att de inte görs ordentligt, har fått författarna att fundera över hur teori och praktik samspelar i den kliniska verkligheten. Då det finns en brist på kunskap om hur arbetsterapeutiska verktyg används av arbetsterapeuter inom svensk rättspsykiatri formulerades nedanstående syfte.

Syfte

Syftet med studien var att kartlägga vilka arbetsterapeutiska modeller, bedömningsinstrument, interventioner och utvärderingar som arbetsterapeuter inom svensk rättspsykiatrisk vård använder i praktiken, samt vad som påverkar valet av dessa verktyg.

Metod

Design

För att svara på syftet användes en mixad metod vid namn förklarande sekventiell design (Creswell, 2014) (se figur 1). Detta innebär att datainsamlingen skedde i två faser, först en kvantitativ datainsamling i form av en enkät, som följdes av en kvalitativ datainsamling i form av förklarande intervjuer. De förklarande intervjuerna syftade till att förklara den kvantitativa datan. Intervjufrågorna var därför baserade på analysen av resultatet i enkäten (Borglin, 2017; Creswell, 2014). Eftersom studiens syfte var att kartlägga vilka verktyg som användes, samt vad som påverkade valet av dessa verktyg, och att mängden arbetsterapeuter inom rättspsykiatrin är få i jämförelse med arbetsterapeuters spridning inom andra områden, uppfattades en förklarande sekventiell design lämplig då den ger större möjlighet att skapa förståelse för mindre grupper genom en kombination av både kvalitativa och kvantitativa data (Creswell, 2014). Studiens syfte hade ett deduktivt inslag, vilket enligt Kristensson (2014) innebär att författarna i sin frågeställning utgick ifrån en teori eller ett antagande.



Figur 1. Flödesschema över datainsamling och dataanalys enligt förklarande sekventiell design.

Urval

Gällande den kvantitativa datan gjordes en totalundersökning, vilket innebar att alla individer i en viss population fick möjlighet att delta i undersökningen (Ejlertsson, 2012; Eliasson, 2013). För att identifiera den population som skulle undersökas sattes vissa urvalsramar; informanten skulle vara legitimerad arbetsterapeut samt arbeta inom någon av de tre olika vårdnivåerna (region, län eller sektor) inom svensk rättspsykiatrisk vård. För att delta i den kvalitativa datainsamlingen krävdes ett deltagande i enkätstudien. I slutet på enkäten hade deltagarna möjlighet att ange en mailadress för att i framtiden få ta del av resultatet i studien. Författarna valde att skicka ett mail till dessa och tacka för deras deltagande, samt skicka en inbjudan om deltagande i den kvalitativa undersökningen. Tre arbetsterapeuter valde att delta i en förklarande intervju.

Datinsamling

Den kvantitativa datainsamlingen genomfördes som en enkät. Enkäten gjordes online och innehöll frågor som berör användningen av arbetsterapeutiska modeller, bedömningsinstrument, interventioner och utvärderingar inom rättspsykiatrisk vård (se bilaga 1). För att underlätta utformningen av enkätfrågorna valde författarna att göra ett verksamhetsbesök på en rättspsykiatrisk avdelning i Skåne, där en arbetsterapeut berättade om sitt arbete. En stor del av frågorna var utformade som flervalfrågor där informanten kunde välja mer än ett svar. Vissa av frågorna hade även ett fritext alternativ där deltagaren själv fick formulera sitt svar. Alla frågor var inte obligatoriska, vissa frågor hade exempelvis “använder egenkonstruerat instrument” som svarsalternativ, och till de informanter som valde dessa svar fanns följdfrågor som inte var obligatoriska eftersom de bara berörde vissa informanter. Det fanns även tre öppna frågor där informanten ombads berätta om de interventioner och utvärderingar som utförs i arbetet. Frågorna pilottestades även av fem arbetsterapeuter i olika

verksamheter då författarna ville öka enkätens validitet, en åtgärd som rekommenderas av Ejlertsson (2014).

För att nå ut till populationen valde författarna att kontakta Sveriges Arbetsterapeuter, fackförbundet för arbetsterapeuter i Sverige, för att få kontaktuppgifter. Förbundet hade inte tillstånd att lämna ut kontaktuppgifter, men kunde ställa upp som mellanhand och maila ut ett informationsbrev (se bilaga 2) och länken till webbenkäten till de medlemmar som angett att de arbetar inom rättspsykiatri. En deltagare i enkäten erbjöd sig att skicka ut en påminnelse till nätverket för arbetsterapeuter inom rättspsykiatri i Sverige, påminnelsen skickades ut när enkäten varit öppen i ca två veckor.

När den deskriptiva analysen av den kvantitativa datan var färdig påbörjade författarna förberedelserna för den förklarande intervjun. Då författarna ville få djupare förståelse för det kvantitativa resultatet var detta till grund för de frågor som formulerades. Författarna ville även att informanterna i den kvalitativa datainsamlingen skulle få tala så fritt som möjligt utifrån det resultat som kommit in, och bestämde därför att intervjuerna skulle vara av semistrukturerad natur med öppna frågor (Kvale, 1996). På grund av detta val av intervjumetod valde författarna att utforma en intervjuguide som grund (se bilaga 3) (Kvale, 1996). Intervjuguiden innehöll 13 formulerade frågor som författarna önskade ställa, samt ett flertal uppföljningsfrågor så att författarna inte skulle missa något. Denna intervjumetod gjorde att alla intervjuer i stort sett innehöll samma sak, men också att ingen av de tre intervjuerna såg likadan ut. Innan den slutliga guiden framställdes valde författarna att pilotintervjua, både på varandra, men också på fem olika arbetsterapeutstudenter. Detta för att öka frågornas validitet men även för att öka tryggheten i rollen som intervjuare (Kvale, 1996). Två intervjuer gjordes vid personliga möten och en intervju gjordes via telefon. Alla intervjuerna spelades in och transkriberades.

Dataanalys

Enkät

När enkäten varit öppen i fyra veckor samlade författarna in den kvantitativa data som enkäten genererat, då hade 17 personer deltagit varav ett svar var ofullständigt, vilket resulterade i 16 deltagare (n=16). Författarna valde att analysera den kvantitativa datan deskriptivt med Excel. En deskriptiv analys innebär att datan kategoriserades och

sammanfattades för att ge en så beskrivande bild av populationen som möjligt (Billhult, 2017). Datan delades in i fyra huvudkategorier i enlighet med en tidigare studie (Muñoz, Moreton, & Sitterly, 2016). Detta resulterade i kategorierna: Modeller, Bedömningsinstrument, Interventioner och Utvärderingar. Kategorin bedömningsinstrument fick en underkategori: Egenkonstruerade bedömningsinstrument. Författarna inledde analysen med att titta på könsfördelningen, vilka vårdnivåer deltagarna arbetade inom samt hur länge deltagarna arbetat inom rättspsykiatrin. Vidare innefattade analysen de vanligast förekommande modellerna, bedömningsinstrumenten, interventionerna och utvärderingarna, samt en analys av förekomsten av egenkonstruerade bedömningsinstrument. Författarna analyserade också vilka ”färdigheter” som deltagarna vanligtvis riktar sina interventioner mot. Datan beskrivs i löpande text med antal (n) och med procent (%) i diagram.

Gällande enkätfrågorna med möjlighet till öppna svar gjordes en manifest innehållsanalys. Detta innebär att författarna tittade på det som är uppenbart och synligt i svaren (Kristensson, 2014). I innehållsanalysen tittade författarna på förekomsten av olika egenkonstruerade instrument, varför dessa egenkonstruerade instrument används och vilka ytterligare instrument som används (utöver de som nämns som svarsalternativ). Vidare applicerades den manifesta innehållsanalysen på de andra öppna frågorna om förekomsten av interventionsmetoder, på individ- och gruppnivå, och hur arbetsterapeuterna utvärderar sina interventioner.

Förklarande intervju

Den kvalitativa datan från intervjuerna analyserades med en riktad innehållsanalys, vilket innebär att författarna utgår från en teori, modell eller relevant forskning för initial kodning (Hsieh & Shannon, 2005). Detta gjordes för att ha en stark koppling till enkäten och de unika svar som tillfördes. Den riktade innehållsanalysen baserade sig på en tidigare kartläggning av hur arbetsterapeuter inom kriminalvården arbetar. I studiens kartläggning använde Muñoz, Moreton, & Sitterly (2016) kategorierna: Modeller, Bedömningsinstrument, Interventioner och Utvärderingar, och samma kategorier användes i denna studie. Båda författarna läste enskilt genom alla transkriberingarna noggrant ett flertal gånger och plockade ut de meningsbärande enheter som författarna ansåg innehållsrika till de initiala kategorierna. En meningsbärande enhet är ett eller flera citat eller ord som svarar till syftet (Danielson, 2017; Kristensson, 2014). När båda författarna hade bearbetat färdigt transkriberingarna

individuellt, diskuterade och jämförde de varandras analyser. Under diskussionen gjordes ytterligare en gemensam kodning där de meningsbärande enheterna kondenserades och kodades (se tabell 1). Ytterligare en kategori tillkom i denna fas då det fanns koder som inte passade in i de andra kategorierna, men som trots det svarade till syftet. Kategorin döptes till ”Ytterligare anledningar som påverkar valet av framtida verktyg”.

Tabell 1: Exempel på kodning och kondensering i innehållsanalysen.

Citat	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
"Men det var den som nästan blev hjärntvättad, man kan säga. Den man skulle tänka alltid. Och det finns. Och den är bra, den sitter i ryggraden man kan säga, som ni säger nu, modeller och sånt"	Det var nästan så att man blev hjärntvättad med hur mycket man skulle tänka med modeller. Och nu sitter de i ryggraden.	Modeller sitter i ryggraden och används automatiskt.	Modeller

Forskningsetiska överväganden

För hela studien gäller informerat samtycke. Detta innebär att informanterna fick, i samband med länk till webbenkät, ett informationsbrev (se bilaga 2) som kortfattat innehöll studiens syfte och information om enkäten. I brevet var det också tydligt att deltagandet i undersökningen var helt frivilligt i enlighet med *autonomiprincipen* (Kristensson, 2014), vilket är viktigt att poängtera så att deltagarna inte känner sig pressade och på så sätt svarar annorlunda än de brukar eller oärligt (Kvale, 1996; Ejlertsson, 2014). Ett informationsbrev om deltagande i intervjudelen följde samma princip (se bilaga 4). Samtycke för deltagande i intervjudelen av studien gavs skriftligt av deltagaren, medan informanter i enkäten gav samtycke genom att delta i enkäten. I enlighet med *inte skada-principen* var deltagandet

anonymt, all data hanterades konfidentiellt och lösenordsskyddades, och eftersom det finns få arbetsterapeuter inom den rättspsykiatriska vården var författarna extra noga med att avidentifiera uppgifter (Kristensson, 2014).

Resultat

Resultatet presenteras i enlighet med flödesschemat (figur 1) och i enlighet med Creswell (2014), kvantitativt resultat följt av det kvalitativa resultatet. Enkäten fick en svarsrespons på 40% (n=17) varav en deltagare föll bort på grund av ofullständigt svar (n=16). Av resterande 16 deltagare identifierade sig 12 stycken som kvinnor och fyra stycken som män. Deltagarna hade arbetat inom rättspsykiatri mellan ett halvår och 23 år, 12 deltagare hade mer än tre års erfarenhet. Vidare efterfrågades inom vilken vårdnivå som deltagaren arbetade inom. Tretton stycken svarade att de arbetar inom regionsenheter och tre svarade att de arbetar inom länsenheter; ingen av deltagarna svarade att de arbetade inom sektorsenheter. Tre av deltagarna i enkäten intervjuades. En av dem arbetar i öppenvård, en i slutenvård och en i både öppen- och slutenvård. För att bibehålla presenteras inte mer demografisk information om informanterna.

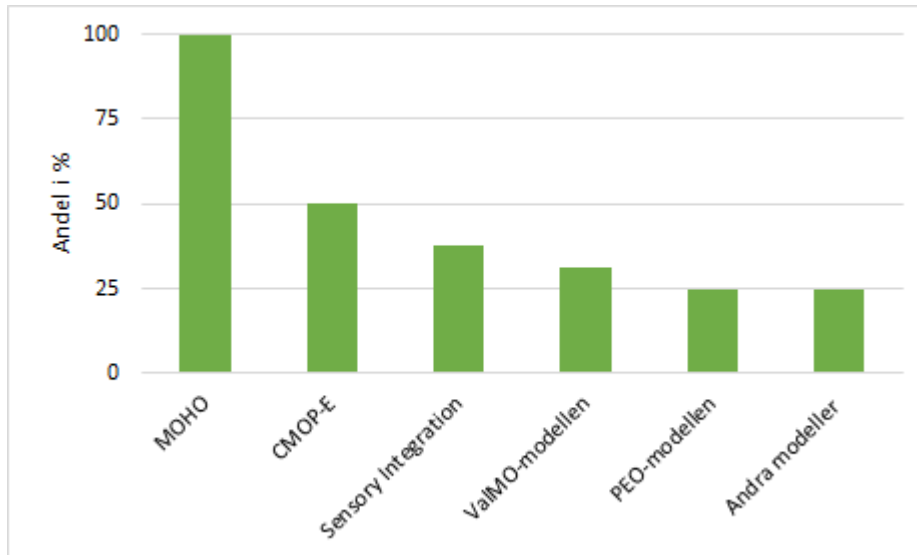
Kartläggande enkät

Då enkäten innehöll tre frågor som berörde deltagarnas användande av egenkonstruerade bedömningsinstrument (fråga 6, 8 och 10) har författarna beslutat att redovisa dessa sist i redovisningen av vilka bedömningsinstrument som används. Detta för att resultatredovisningen och analysen av dessa tre frågor inte följer samma design som resterande enkätsvar.

Modeller

Inledningsvis blev deltagarna tillfrågade att ange vilka arbetsterapeutiska modeller de använde regelbundet i sitt arbete. Här hade deltagaren möjligheten att välja flera svar samt ange om det förekommer andra modeller än de som redan listats. Deltagaren hade också möjlighet att välja ett svarsalternativ om deltagaren inte använde några modeller i sitt arbete. Alla deltagare valde minst ett svarsalternativ. De modeller som användes och i vilken utsträckning de användes redovisas i figur 2. Ytterligare modeller som tillkom i fritextalternativet var Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (n=1),

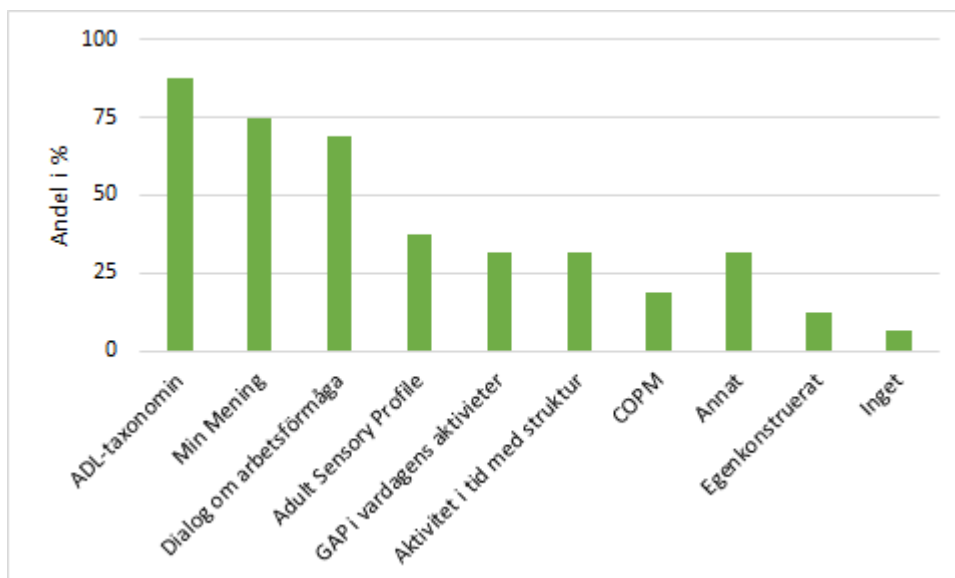
Occupational Performance Model - Australia (OPM-A) (n=1), Kawa-modellen (n=1), Dynamisk interaktionsmodell för Kognition (DIM) (n=1), och slutligen Cognitive Disabilities model (n=1). Ingen av deltagarna uppgav att de använde Human Activity Assistive Technology model (HAAT-modellen) eller Four Quadrant Model (4QM).



Figur 2. Vilka arbetsterapeutiska modeller använder du regelbundet i ditt arbete? (n=16)

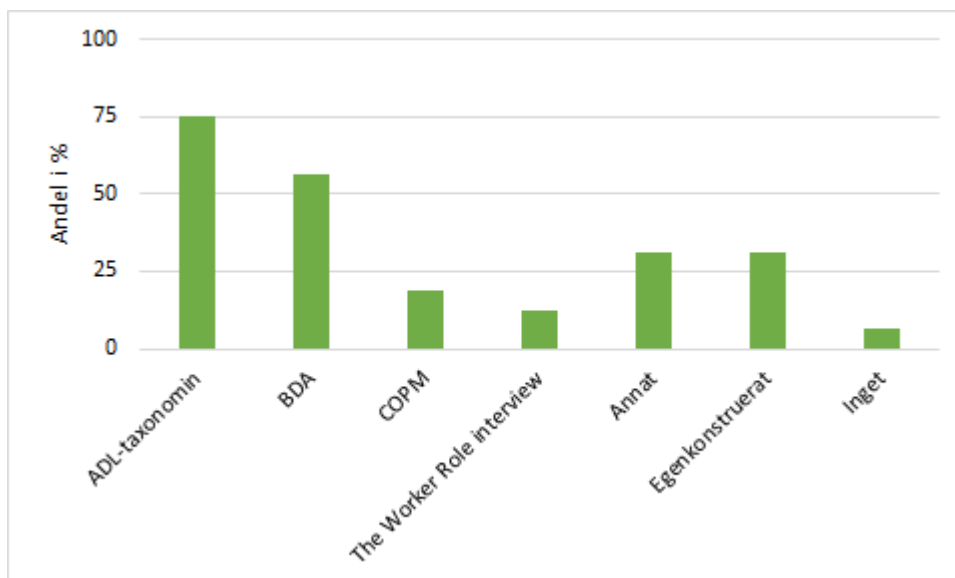
Bedömningsinstrument

ADL-taxonomi (n=14), Min Mening (n=12) och Dialog om arbetsförmåga (n=11) var de tre vanligaste bedömningsinstrumenten för självskattning, se figur 3. I denna fråga fanns ett svarsalternativ om deltagaren använder sig av egenkonstruerade instrument för självskattning, varav två deltagare uppgav att de gör detta. En deltagare uppgav att hen inte använder något instrument för självskattning. Vidare fanns även ett svarsalternativ med fritext där deltagaren kunde ange andra instrument som används för självskattning. Fem deltagare fyllde i det tillagda fältet som innehöll följande instrument: Rollchecklista, livstillfredsställelseskala, intressechecklistan, AWP, AMPS och BAPT (se vidare i tabell 2, bilaga 5).



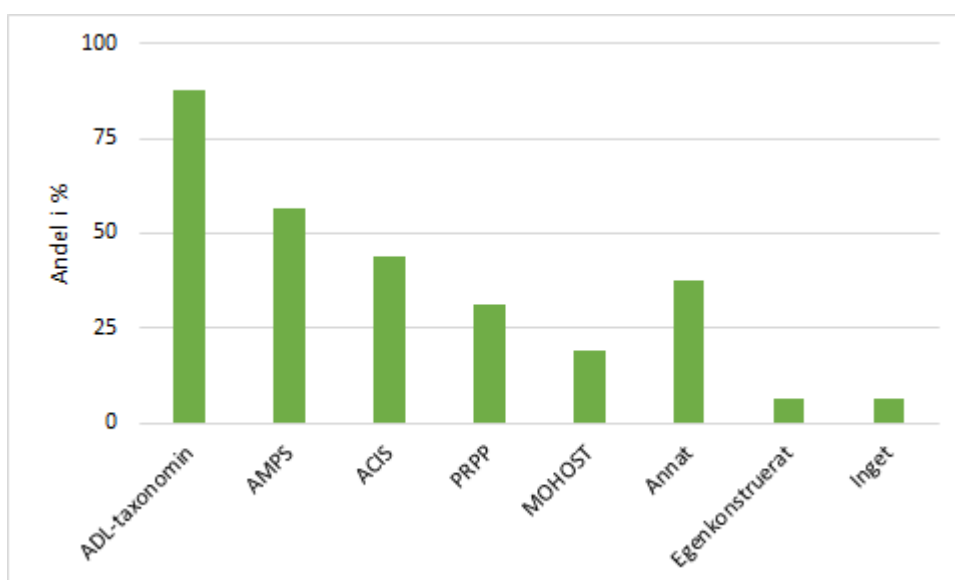
Figur 3. Vilka bedömningsinstrument använder du vid självskattning?

Vidare efterfrågades vilka bedömningsinstrument deltagaren använde vid intervju. De vanligaste bedömningsinstrumenten var ADL-taxonomin (n=12), Bedömning av delaktighet i aktivitet (n=9), och egenkonstruerade instrument (n=5) eller andra instrument (n=5). Se figur 4. Som i tidigare fråga fanns även här ett fritextalternativ där deltagaren kunde ange andra instrument som används, samt om deltagaren inte använder sig av några instrument för intervju. En deltagare uppgav att hen inte använder några instrument vid intervju. Fem deltagare uppgav att de använde följande instrument vid intervju: BDA (n=2), MOHOST (n=3), ACIS (n=1), GAP (n=1), DOA (n=1), VQ-S (n=1), POES (n=1) och OPHI-II (n=1) (se vidare i tabell 2, bilaga 5).



Figur 4. Vilka bedömningsinstrument använder du vid intervju?

De tre vanligaste bedömningsinstrumenten för observation var ADL-taxonomin (n=14), AMPS (n=9) och ACIS (n=8), se figur 5. En deltagare angav att hen använder sig av ett egenkonstruerat instrument och en deltagare angav att hen inte använder något instrument vid observation. Sex deltagare angav ytterligare instrument som används vid observation och i detta svarsalternativ tillkom endast AWP (n=6).



Figur 5. Vilka bedömningsinstrument använder du vid observation?

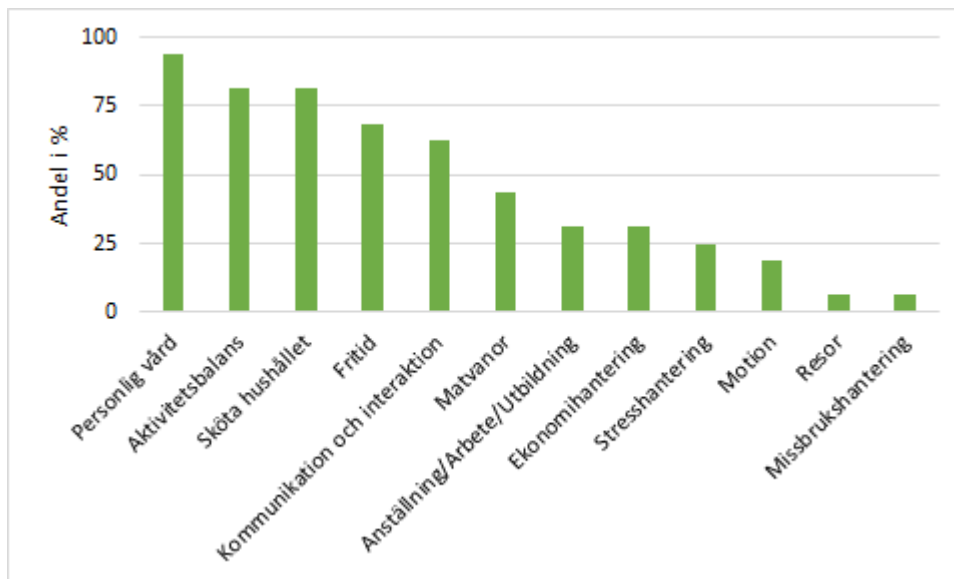
I enkäten förekom egenkonstruerade bedömningsinstrument som kunde anges i fritext vid varje fråga om bedömningsinstrument. Två deltagare uppgav att de använder egenkonstruerade instrument för självskattning. De egenkonstruerade instrumenten för självskattning innefattade självskattningar gällande hur kognitiva förmågor fungerar i vardagen.

Gällande egenkonstruerade bedömningsinstrument för intervjuer angav sex deltagare att det förekommer i deras verksamhet. Gemensamt för fyra av deltagarna var att de egenkonstruerade bedömningsinstrumenten för intervju var en anpassning av många olika redan förekommande bedömningsinstrument. En deltagare beskrev en form av "intervjuguide" som är bra för informationsinhämtning. En deltagare beskrev en utredningsmall som innehåller frågor som berör hela vardagen, mallen är baserad på en rad olika bedömningsinstrument bl.a. ADL-taxonomin, BDA, ACIS och AMPS. En deltagare beskrev att en anpassad version av MOHOST-S används i verksamheten. En fjärde deltagare beskrev ett "hopkok" av ADL-taxonomin, BDA, MOHOST och kognitiva checklistan. En deltagare beskrev att varför ett egenkonstruerat bedömningsinstrument används var för att utredningstiden behöver kortas ner; en annan deltagare beskrev att en anpassning av instrument hade gjorts för att på ett bättre sätt kunna fånga upp "rätt delar". En deltagare beskrev också att det fanns en tro om att en hel bedömning utifrån ett standardiserat instrument, i detta fall BDA, skulle kunna vara för tungt för patienten och att det därför finns en anpassad version.

Det enda egenkonstruerade bedömningsinstrument för observation som tillkom var en icke-standardiserad utförandeanalys som baserade sig på begrepp från AMPS.

Interventioner

Deltagarna ombedda att kryssa i de fem vanligaste färdigheterna de riktar sina interventioner mot. De fem vanligaste färdigheterna var personlig vård (n=15), sköta hushållet (n=13), aktivitetsbalans (n=13), fritid (n=11) och kommunikation och interaktion (n=10). Se figur 6.



Figur 6. De vanligaste "färdigheter" arbetsterapeuterna riktar sina interventioner mot.

Vidare uppgav 11 stycken deltagare i fråga 12 att de använde sig av evidensbaserade interventionsmetoder i sitt arbete, varav fem stycken uppgav att de inte gör det. I fritext alternativ nämndes COGMED, Tree Theme Method och Integrerad Psykologisk Terapi - Kognitiv Träning (IPT-K) och CO-OP som interventionsmetoder. Vidare nämndes även andra verktyg som deltagarna använder sig av i sina interventioner; PRPP, Sensorisk Profil, generella bedömningsinstrument, tyngdtäcken, hjälpmedel och SMARTa mål.

I fråga 13, som berörde användandet av evidensbaserade gruppinterventioner, uppgav åtta stycken att de använde sig av evidensbaserade gruppinterventioner, och lika många uppgav att de inte gjorde det. De evidensbaserade gruppinterventionerna som angavs inkluderade Studiecirkel Steg för Steg (Ett självständigt liv), ADHD-skola, Hälsogrupp, Vardagssamtal, IPT-K, Ha koll! och Vardag i Balans. Ytterligare nämndes Sensorisk Profil och Snäckanmodellen som verktyg två deltagare använder sig av i sina gruppinterventioner.

Utvärderingar

Sista frågan i enkäten, fråga 14, ombads deltagaren att beskriva med fritext hur hen utvärderar sina interventioner. Utvärderingsmetoderna kategoriserades enligt följande kategorier: ny bedömning, vilket inkluderade självskattning, intervju och observation (n=13); samtal, vilket inkluderade samtal med patient så väl som med personal (n=10); och måluppfyllelse, som inkluderade användandet av GAS-mål (n=5). En deltagare uppgav även att bevakning i journal fungerade som en utvärderingsmetod.

Förklarande intervjuer

Modeller

Arbetsterapeuterna som intervjuades använde sig av modellerna MOHO, CMOP-E, ValMO och PEO-modellen. Användningen beskrevs liknande av de olika informanterna som någonting som satt i ryggmärgen eller i bakhuvudet, att de tänker i koncepten när de dyker upp istället för att de tänker på själva modellen. Person-miljö-aktivitet var återkommande begrepp som nämndes, men även i mindre utsträckning roller och vanor enligt MOHO, och värdedimensioner enligt ValMO. Guidning i arbetet som dessa koncept gav beskrevs av en informant som något som alltid är där, och att det kan vara ett stöd att gå tillbaka till när hen har problem.

"Jag tänker i min vardag inte så mycket på modellerna, utan jag använder, jag använder de praktiska hjälpmedel, alltså de, de olika bedömningsinstrumenten som bygger på olika modeller. Eh. Modellerna tänker jag är ett bra konstrukt under tiden man läser så att man förstår helheten, och de kan väl vara ett stöd ibland när jag kör fast med en patient att jag funderar lite mer ingående än så, men generellt bryr jag mig inte så mycket om modeller, utan det är då instrumenten istället. Och det har jag mycket hjälp av, bedömningsinstrumenten, de är ju också en bra guidning."

Bedömningsinstrument

Vid val av bedömningsinstrument berättade informanterna att efter en initial bedömning väljer de tillvägagångssätt och instrument beroende på vad som ska bedömas och i vilket syfte patienten ska bedömas. En av informanterna beskriver: "*Sen väljer vi instrument utefter vad som framkommer och behövs liksom.*" En annan av informanterna påpekade att valet inte endast baserar sig på vad som borde bedömas, utan även vilka förutsättningar, såsom uthållighet och koncentration, patienten har: "*AMPS jag kan inte göra med alla, så det blir ADL-taxonomin.*"

De intervjuade arbetsterapeuterna uttryckte en viss svårighet med att använda självskattningar och intervjuer med deras patienter, då de ofta har patienter med bristande självinsikt och därav inte kan lita på patientens svar. Dock så poängterades även nyttan som en självskattning kan ha. En informant beskrev:

”Men att jag gör en självskattning är ändå en bra grej för man kan ju ändå få reda på... en del kanske ändå stämmer och en del kanske bara visar mig hur patienten kanske ser på sin ja vardag och aktivitetsproblem. Och sen kan jag ju få reda på vad som är viktigt för patienten. Ehm, även om det kanske inte är realistiskt det patienten berättar, men ja. Asså det kan ju ge mig en hint om vilka mål vi kanske ska ha. Jag kanske säger “vi måste arbeta med det här”, men patienten är på ett helt annat ställe och då kan självskattningar och sånt ändå ge mig mycket information om det så att jag kan inrikta mina interventioner på, på det.”

Gemensamt för de tre informanterna var att alla var utbildade och använde sig av AMPS för att göra många av sina observationsbedömningar. Användningen varierade, ofta från patient till patient, men också beroende på hur mycket tid arbetsterapeuten hade för bedömningen samt vilken part det var som efterfrågade utredningen, om det var hemkommun, läkare eller liknande. Alla informanter uppgav att de ibland gör bedömningar utan att ha ett bedömningsinstrument till hands, då bedömningarna är en naturlig del av professionen och sker automatiskt när de ser patienten i en aktivitet. *"Det blir liksom som en liten bedömning även om det räknas som åtgärd, också blir det som en bedömning varje gång"*. Detta sätt att bedöma var ibland relaterat till en patients bekvämlighet i en situation. Två informanter uppgav att alla patienter inte trivs i situationer där de ska bedömas. Att veta om att någon ska göra en bedömning kan leda till både oro och stress för patienten, samt att patienten betar sig på ett sätt som hen tror att arbetsterapeuten vill se, vilket leder till en bedömning som inte stämmer överens med patientens vardag. Därav påpekade arbetsterapeuterna vikten av att ibland göra ostrukturerade bedömningar.

Egenkonstruerade bedömningsinstrument

Patient- och verksamhetsanpassning var en återkommande anledning till varför informanterna hade utvecklat, eller varför de trodde att arbetsterapeuter utvecklade, egna bedömningsinstrument. Informanterna berättade att det inte handlar om att hitta på egna bedömningar. Istället handlar det om att utgå ifrån de bedömningsinstrument som finns och anpassa så att de bättre passar verksamhetens patienter. En informant beskrev:

"Och ska jag bedöma om de ska ha stöd i hemmet för att klara sig själv där, då kan jag inte bara titta på en liten del utan jag måste titta på hela vardagen. Och vi har inga instrument idag som täcker hela vardagen men om jag ska uttala mig om ett stödbehov i hela vardagen så måste jag ju kolla upp det. Så därför har jag fått plocka ihop från olika instrument plus lägga till det som är relevant helt enkelt."

Informanten fortsatte sedan: *"Alltså jag vill inte begränsa mig till det som finns, för då saknades väldigt mycket relevant information och då lägger man till det."* Detta uppger alla informanter som ett problem. Det finns inga evidensbaserade bedömningsinstrument som är framtagna för att passa deras verksamhet och deras patienter, trots att de upplever att instrument som ADL-taxonomi som nyligen kommit ut i psykiatrivektion är en början. Det finns dock en önskan om tydligare koppling till evidens i deras specifika verksamheter: *"jag vill gärna känna att jag vill ha lite mera, lite mera kunskap och så. Allt är inte bara Hokus Pokus."*

Precis som majoriteten av de egenkonstruerade bedömningsinstrumenten i enkäten var informanterna måna om att påpeka att bedömningsinstrumenten var baserade på andra standardiserade bedömningsinstrument. En av informanterna beskrev det: *"Sen är det ju mycket man skraddarsyr som är inspirerat av det man lär sig liksom om evidens"*. En av annan av informanterna berättade: *"Sen har vi ju grundat det på befintliga instrument, så det egentligen bara en utökning på det som finns. [...] Det krävs nog på vissa specifika arbetsplatser att man har lite mer specialgjorda grejer."*

Interventioner

De interventioner som nämndes av informanterna var främst aktivitetsbaserade, och bestod av aktiviteter som syftar till att patienten ska kunna bli självständig, som ADL-träning bussträning eller matlagning. För många patienter inom rättspsykiatri är målet att bli självständig i sin vardag och att kunna sköta sitt hushåll, och därav väljer de tre informanterna matlagning som en vanlig träningsform, både individuellt och i grupp. En informant berättade att i matlagningssituationer i grupp får arbetsterapeuten reda på många saker: kommunikationsförmåga, planering, initiering till aktivitet, organisationsförmåga och ytterligare. En av informanterna uppgav också att för att patienten ska få delta i en

matlagningsaktivitet krävs planering av hela aktiviteten.

"Du ska laga mat på tisdag, kom med recept, kom med vad ska du laga, beräkna, hur många personer, mat, hur mycket ska vi handla, du har gräns på 250 kronor, allt detta för mig det är en bedömning och träning samtidigt"

Många av aktivitetsträningarna var relaterade till användning av de kognitiva förmågorna, då det ofta är dessa som skapar aktivitetsproblem för patienterna. Upplägget på träningarna varierade också mellan informanterna. En informant använde interventionsmetoden COOP för att strukturera många av sina aktivitetsträningar. En annan informant använde sig även av principer kring skapande aktivitet för att bygga upp sin aktivitetsträning. Därav varierade träningarna mer i tillvägagångssätt än funktion.

Två av informanterna nämnde att de ofta behöver förberedande arbete med patienten för att kunna arbeta aktivitetsbaserat. En del av detta förberedande arbete var att få patienten att se sitt behov och skapa vilja att träna. En av informanterna beskriver: *"Det är det inte alltid de vill det som man, vi tycker att de behöver"*. En annan informant beskriver det på detta sätt: *"utifrån vad som kommer fram så kanske man behöver träna en del färdigheter i vardagen. Inte heller så jättelätt när patienten inte har någon insikt, inte ser sina svårigheter utan tycka att 'vaddå jag funkar väl bra'."* Dessa två informanter berättar att de då regelbundet arbetar mycket med samtal med patienten och använder sig av en metod som kallas motiverande samtal (MI) för att få patienten att finna och behålla sin motivation.

Även säkerhetsrestriktioner påverkar arbetsterapeutens val av interventionsmetod.

Informanterna nämner restriktioner som att vid hembesök ska arbetsterapeuten alltid ha någon med sig, oftast en skötare, vid matlagning måste knivar och andra "farliga" föremål låsas fast i köksbänken samt att arbetsterapeuten inte alltid har tillgång till alla hjälpmedel. Hjälpmedel som behöver strömförsörjning får till exempel ibland inte användas eftersom de har sladdar. Säkerhetsrestriktionerna inom slutenvården påverkar också interventioner som skapande aktiviteter, då patienter ibland inte får ta med sig utomstående objekt till sitt boende. En av informanterna påpekar effekten detta har på patienten: *"Det har påverkat mina skapande här. Folk har ingen lust, att sitta och pyssla med någonting som de inte kan få in i rummet."*

Annan personal kunde också påverka hur arbetsterapeuten genomför interventioner. Två informanter påpekar att det inte är alltid andra yrkesprofessioner förstår innebörden av arbetsterapi. "*Personal. Tyvärr. De kan vara riktig hinder på en hel del grejer, inte alla, men alltid finns vissa såna*". En av informanterna berättade att personal ifrågasatte hans idéer om aktiviteter för patienter. Informanten ville att patienterna skulle odla tomater för att använda vid matlagningsträning, vilket personal ifrågasatte och istället tyckte att de kunde köpa tomater. Informanten menar att detta är en vanligt förekommande situation, att arbetsterapeuten måste förklara syftet med de aktiviteter som hen planerar till personal som inte förstår, och får inte alltid möjlighet att genomföra dem.

Slutligen har arbetsterapeuten ingen tydligt rehabiliterande roll inom rättspsykiatri, utan är främst menad att genomföra aktivitets- och funktionsbedömningar, vilket gör att arbetsterapeuten får prioritera utredningar framför rehabiliterande arbete. "*Min roll alltså rent på pappret är att jag ska göra utredningar, bedömningar, och de kräver inte så mycket rehabilitering, alltså på pappret, under min anställning det står mest utredningar och bedömningar*". Denna roll gör att vid stor arbetsbelastning så kan de inte arbeta med aktivitetsträning, utan förväntas utreda och bedöma. En av informanterna nämner att de nyligen hade ett fullständigt intagningsstopp för att hinna med utredningar, då de inte kunde arbeta med träning alls.

Utvärderingar

Utvärderingarna skedde, precis som gällande bedömningar, naturligt och regelbundet i arbetet. Det är vanligt att arbetsterapeuterna kontinuerligt utvärderade sitt arbete och patientens process, även om syftet med patientmötet inte är en utvärdering. Informanterna uppgav använda sig av alla dessa olika metoder som nämndes i enkäten, förutom bevakning i journal. Bedömningarna hos informanterna var främst nya observationer eller aktivitetsbedömningar, men vid tillfällen uppgav en informant att hen använder sig av självskattningar för patienten, då informanten upplevde att det var motiverande för patienten att se både deras uppfattning av aktivitetsutförandet, så väl som deras självsyn, ändras. Samtal med patienten och utvärdering med något instrument förekom också. Men valet av utvärderingsmetod varierade baserat på kontext, så väl som patientbehov. En informant uppgav att hen inte alltid gör en formell utvärdering med ett instrument; detta på grund av det inte alltid finns tid för en ny bedömning, samt att allt inte går att mäta. Alla informanterna

beskrev gånger då de inte såg skillnad i bedömningsresultat, men upplevde ändå en förbättring hos patienten.

"Sen är det ju också det, vissa framsteg kanske man inte kan mäta. [...] Det är inte alltid så lätt att mäta allt. Att mäta aktivitetsproblem låter kanske som det borde vara enkelt, att man borde kunna få exakta mått. Men jag upplever det som att man inte alltid kan det."

Informanten fortsatte: *"Men jag nöjer mig med att de blir mer självständiga i sin vardag, även om jag inte kan bevisa att de har förbättrats jättemycket när jag gör en AMPS-bedömning. Då tänker jag mer att instrumentet kanske för grovt."* En annan av informanterna berättar: *"Den jag tycker att jag har lyckats, jag kan inte bedöma med någon bedömningsinstrument detta, hans glädje och sånt, att han var så stolt att han kunde laga mat till sin familj."*

Ytterligare anledningar som påverkar valet av framtida verktyg

Informanterna har som tidigare uppgetts en stor arbetsbelastning. En av informanterna nämner att det direkt påverkar vilken tid hen har att efterforska vilka åtgärder som borde utvecklas och användas i verksamheten, som olika modeller, interventioner och bedömningsinstrument. Informanten utvecklar: *"Jag ska inte säga att jag upplever, alltså det finns bra stress och dålig stress, jag hinner med mina arbetsuppgifter, men jag har fullt upp. Alltså, mina dagar är kompletta. [...] Det är inte så pass illa, men jag har inte den möjlighet att säga okej den hela dagen jag kan göra detta."*

Vidare nämner två informanter ekonomi som en anledning till varför det kan vara svårt att finna nya verktyg. Ofta kostar utbildningar i arbetsterapeutiska modeller, bedömningsinstrument, interventionsmetoder och utvärderingsmetoder pengar, vilket kan göra det svårt att erhålla nya verktyg om ifall verksamheten inte vill spendera dessa pengar på sin arbetsterapeut. En informant beskriver: *"Som jag sa det är inte en supernegativ på allt, men... Pengar kan vara mycket avgörande."*

En annan informant utvecklar:

“I dagens tider när det inte finns pengar till vidareutbildning och där det är stopp egentligen för såna här kurser, asså det finns alltid pengar nånstans och om någon arbetsgivare vill så kan de ju trola fram pengar, det var det de gjorde. Då måste man verkligen kunna motivera varför.”

Diskussion

Metoddiskussion

Studien anses stabil då författarna har följt en vetenskaplig process om hur ett examensarbete ska gå till (Mårtensson & Fridlund, 2017). Studien har också haft ett vetenskapligt tillvägagångssätt då en vetenskaplig metod har används från studiens början till slut. Studiens neutralitet stärks eftersom författarna har varit objektiva till den inkomna datan och saknade tidigare koppling till forskningsområdet innan studien påbörjades (Mårtensson & Fridlund, 2017). Studiens trovärdighet stärks då kvalitativ data används för att förklara den kvantitativa datan (Borglin, 2017) såväl som att författarna varit tydliga i sin analysprocess (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Enkäten kan tyckas ha ett lågt deltagarantal, vilket kan skada resultatets överförbarhet (Ejlertsson, 2014). Detta var främst en faktor av att det inte existerar särskilt många arbetsterapeuter inom rättspsykiatri, istället för att det var någon låg svarsfrekvens. Mason, Caulfield, Hall & Melling (2010) etablerade att en baslinje för svarsfrekvens inom rättspsykiatri var mellan 34,6% och 43%. Enkäten i denna uppsats hade en svarsfrekvens på 40%, vilket är inom baslinjen för svarsfrekvens. Dessutom genomfördes detta som en del av en totalundersökning, vilket ökar chansen att enkätens resultat är överförbart (Kristensson, 2014). Ytterligare utfördes endast tre intervjuer, vilket också kan ses som ett lågt antal. Detta antal begränsades av metodiken inom förklarande sekventiell design, då det är nödvändigt att intervjua personer som har deltagit i enkäten för att de perspektiv som existerar i enkäten skulle återspeglas i intervjuerna och kunna fördjupas (Creswell, 2014) och inga fler deltagare visade intresse.

Enkätfrågorna designades baserat på tidigare forskning gällande kartläggningar av arbetsterapeuters bruk av verktyg, och pilottestades på fem yrkesverksamma arbetsterapeuter utanför rättspsykiatri, vilket minskade risken för fel och därav ökade giltigheten för enkäten (Ejlertsson, 2014). Författarna upplever dock att det existerade två missledande begrepp som kan ha gett felaktig information. Begreppet "egenkonstruerade instrument" var inget vedertaget begrepp hos enkätdeltagarna eller intervjuinformanterna. Då ett egenkonstruerat instrument kan vara både ett instrument konstruerat från grunden, så väl som ett existerande anpassat instrument, så kan deltagarna endast tänkt på det föregående. Detta var genomgående för både intervju och enkät och hade kunnat formuleras som "egenkonstruerat/egenanpassat instrument". Även enkätfråga 11 kan ha varit missvisande då det efterfrågades vilka "färdigheter" deltagarna oftast riktade sina interventioner mot, men det är inte färdigheter som listats utan snarare interventionsområden ex. matvanor, personlig vård m.m. En färdighet är en observerbar, målinriktad handling som ingår i ett aktivitetsutförande (Kielhofner, 2012c) och det var inte vilka färdigheter författarna ville få kunskap om, utan just interventionsområdena. Detta visar på vikten att ej ha tvetydiga frågor som kan tolkas på olika sätt av deltagarna (Ejlertsson, 2014).

Intervjufrågorna designades utifrån principer från Kvale (1996), som att de var öppna frågor och att de var relaterade till syftet. Att frågorna pilottestades på fem arbetsterapeutstudenter gav värdefull feedback och såg till att frågorna var förståeliga och relevanta, vilket sågs som bidragande faktor till intervjufrågornas validitet (Kvale, 1996). Tillförlitligheten hos studien stärks då författarna använde intervjuguiden vid alla intervjuer och bekräftade att intervjufrågorna svarade på syftet (Dahlgren, Emmelin, Winkvist & Lindhgren, 2007). Då frågorna var baserade på resultatet av enkäten var frågorna inriktade på specifika områden relaterade till enkäten, men detta kan ha lett författarna att missat fenomen och upplevelser relevanta för området och syftet trots författarnas öppenhet. De riktade frågorna kändes fortfarande nödvändiga för att bättre följa den förklarande sekventiella designen, och försäkra att författarna förklarande information som kunde expandera på enkätresultatet.

Att intervjuerna utfördes i två olika format - personliga möten och en telefonintervju - hade både för- och nackdelar. Personliga möten låter intervjuaren skapa en mer naturlig dialog med informanten då kroppsspråk och ansiktsuttryck kan leda samtalet vidare (Kvale, 1996). Detta upplevde författarna försvann i telefonintervjun, samtidigt som den blev mer svarsfokuserad.

Trots dessa för- och nackdelar är det viktigt att ta hänsyn till informantens preferenser vid val av miljö och intervjuform (Kvale, 1996; Kristensson, 2014), vilket prioriterades av författarna. Detta ledde till användning av två olika intervjuformat. Ytterligare är intervjuerna transkriberade ordagrant, vilket ökar studiens giltighet då utomstående personer kan granska dem och se vilka tolkningar författarna har gjort i sin helhet (Dahlgren et al., 2007).

Vid dataanalys beslutades att dela upp och presentera resultatet i två olika delar i enlighet med Creswell (2014), som argumenterar att vid användning av förklarande sekventiell design ska resultatet presenteras delat för att sedan diskuteras integrerat i diskussionen. Detta för att vidare kunna se hur den senare kvalitativa datan stöttar den kvantitativa datan, då denna koppling blir otydlig ifall resultatet presenteras integrerat.

Valet att använda en riktad innehållsanalys kan skapa problem ifall forskarna inte är försiktiga. Problemen kan vara att bias gör att resultaten är i stöd med tidigare forskning, det mer riktade tillvägagångssättet får informanterna att svara på ett särskilt sätt på grund av bias eller att en inriktning på tidigare forskning gör att andra kontextuella faktorer förbises (Hsieh & Shannon, 2005). För att undvika detta skapades öppna frågor enligt Kvale (1996) för att informanterna inte skulle ledas, och frågor som inriktade sig på kontextuella faktorer om vad som påverkade användningen för inget skulle förbises. Resultatet uttrycker distinkta skillnader från tidigare forskning, vilket tyder på åtminstone delvis god effekt.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att arbetsterapeuterna inom rättspsykiatri använder många modeller och bedömningsinstrument, samt prioriterar sina utvärderingar. Resultatet visade också att tillgången till evidensbaserade interventionsmetoder var begränsad i verksamheten. På grund av rättspsykiatriens unika kontext fokuserar arbetsterapeuterna på aktivitetsbaserat arbete och behöver utveckla och anpassa interventioner och bedömningsinstrument för att möta verksamhetens behov. Författarna anser att studien har svarat på syftet då en kartläggning över arbetsterapeutiska verktyg har gjorts. Analysen från kartläggningen tydliggjordes sedan med hjälp av förklarande intervjuer, vilket gav författarna svar på vad som påverkar valen av verktyg. Några faktorer som påverkade valen av verktyg var patientens insikt och motivation, arbetsbelastning, säkerhetsrestriktioner och tvångsvård samt arbetsterapeutens utredande roll.

Användning av standardiserade verktyg

Användningen av standardiserade verktyg skiljde sig från studier gällande användningen inom rättspsykiatri i andra länder. Arbetsterapeuterna inom svensk rättspsykiatri använde sig mer av modeller och bedömningsinstrument, så väl som av prioriterade utvärderingar. Att alla arbetsterapeuterna använde MOHO regelbundet i sitt arbete skiljde sig från Muñoz et al. (2016), där endast 70% använde en modell regelbundet i sitt arbete, och endast 29% använde sig av MOHO, och Chui et al., (2016) som också nämner att få arbetsterapeuter använde sig av MOHO. Detta till trots att MOHO är den vanligaste arbetsterapeutiska modellen inom rättspsykiatri (Royal College of Occupational Therapy, 2017). Ytterligare använde arbetsterapeuterna många bedömningsinstrument regelbundet. Detta var oväntat då tidigare forskning gett intrycket av att arbetsterapeuter inom rättspsykiatri inte använde standardiserade instrument i en större grad. Ett exempel på detta är återigen Muñoz et al. (2016), vars studie visade att nästan 50% av arbetsterapeuterna inte använde bedömningsinstrument regelbundet inom den amerikanska rättsliga vården. Vidare, i jämförelse med tidigare forskning som visat att arbetsterapeuter nedprioriterar utvärderingar och ofta inte hinner göra nya bedömningar (Stapleton & McBrearty, 2009), visade denna studie på motsatsen, med en fokus på ny bedömning.

Dessa skillnader kan förklaras till viss del av informanterna. Att modeller används regelbundet, så väl som mängden modeller kan bero på formen av användning, då modellerna används automatiskt och organiseras främst genom olika koncept än någon aktiv, medveten användning. Arbetsterapeuternas starka utredande roll, som informanterna nämner, kan också tänkas vara en bidragande faktor för mängden av standardiserade bedömningsinstrument som används konsekvent, då den utredande rollen kräver bedömningar av många olika områden för att få en komplett bild av patienten, vilket även sträcker sig till utvärdering med hjälp av en ny bedömning. Trots denna styrka i jämförelse med andra verksamheter uppger informanterna problematiken med att försöka mäta allt, och att standardiserade bedömningsinstrument inte fångar andra förändringar som till exempel förändringar i patientens emotionella uttryck. Studiens resultat gällande arbetsterapeuters upplevda svårigheter om utvärderingar med standardiserade bedömningsinstrument stämmer överens med tidigare resultat från Fuller (2011), Stapleton & McBrearty (2009), samt Muñoz et al. (2016), som alla kom fram till att arbetsterapeuter i varierande verksamheter upplever sådana svårigheter. Från enkätresultatet framhävs även vissa andra svårigheter med användning av

standardiserade bedömningsinstrument, såsom att AMPS användes av tre arbetsterapeuter som självskattning, trots att AMPS endast borde användas som observationsinstrument (Fisher, 2009). Att bedömningsinstrument används i andra syften kan vara steget innan arbetsterapeuterna skapar egenkonstruerade instrument, då informanterna påpekar att de ofta vill behålla sin koppling till evidens. Detta kan dock fortfarande vara ett problem, då icke-standardiserat bruk gör att instrumenten förlorar sin tillförlitlighet (Classen & Velozo, 2014).

Evidens och skräddarsydda lösningar

Denna icke-standardiserade användning av instrument kan fördjupas ytterligare av informanterna, som relaterade det med behovet att täcka in hela vardagen i sina utredningar, och med förekomsten av egenkonstruerade instrument. Ofta upplevdes instrumenten inte designade för att hantera deras patientgrupp, som att instrumenten kan vara belastande för deras patienter och kräver anpassning. Detta är i kontrast med deras bruk av bedömningsinstrument, som visar att trots frekvent användning av standardiserade bedömningsinstrument finns det fortfarande ett behov av mer specialanpassade verktyg inom svensk rättspsykiatri för att arbetsterapeuten ska kunna arbeta mer personcentrerat.

Ett exempel på detta är användningen av DOA. Det var många deltagare (n=11) som angav att de använder sig av självskattningsinstrumentet DOA, samtidigt som bara fem stycken angav Anställning/Arbete/Utbildning som något de riktar sina interventioner mot.

DOA är ett instrument som fångar personens egen upplevelse av sin arbetsförmåga, samtidigt som det även fångar personens motivation (Linddahl & Norrby, 2010). Att DOA är ett instrument som används ofta, samtidigt som få deltagare vanligtvis arbetar med arbetsförmåga, kan tyda på att DOA är ett instrument som kan användas till mer än sitt huvudsakliga syfte. Det kan vara så att det saknas bedömningsinstrument som fångar upp patienters motivation på ett tillfredsställande vis inom den rättspsykiatriska kontexten, eller andra faktorer som saknas. På grund av denna avsaknad behöver arbetsterapeuterna därför vara kreativa och använda de verktyg de har tillgång till, även om det övergripande syftet med verktygen egentligen är något annat. Det handlar om att det finns ett behov av att anpassa verktygslådan för att kunna arbeta mer personcentrerat, att skräddarsy redan existerande verktyg för att dessa sedan passa verksamheten och patientgruppen bättre. Detta resonemang kan fördjupas vidare genom att resultatet visar att det förekommer flest anpassningar för bedömningar som görs i intervjuform. Vidare kräver flera intervjuinstrument vid

standardiserad användning, att patienten behöver ha en insikt i sin egen situation (Braveman et al., 2005; Linddahl & Norrby, 2010; White, 2017), vilket många rättspsykiatriska patienter inte har. Detta kan leda till att arbetsterapeuten får problem med att fånga patientens svårigheter genom att utföra standardiserade bedömningar i intervjuform. Därför måste arbetsterapeuten anpassa verktygen, vilket kan förklara varför vissa instrument används i syften de inte är designade för.

Aktivitetsbaserat arbete inom rättspsykiatri

Trots att det inte existerade många evidensbaserade interventionsmetoder inom svensk rättspsykiatri framkom ändå fokus på aktivitetsbaserat arbete. I enkätresultatet hade tre av de vanligaste färdigheterna, Personlig vård, Sköta hushållet, och Fritid som arbetsterapeuterna riktade sina interventioner mot gemensamt att de var aktivitetsbaserade. De tre färdigheterna är exempel på aktivitetsbaserad arbetsterapi, då det är aktiviteter arbetsterapeuten och patienten arbetar i med syfte att förbättra aktivitetsutförandet. Detta aktivitetsbaserade arbetssätt blir tydligt när informanterna uppger hur de främst arbetar med sina patienter med fokus på matlagingsgrupper och utförande av ADL. Fisher (2014) förespråkar detta arbetssätt, men påpekar att det kan glömmas bort av arbetsterapeuter när det existerar mycket fokus på bedömning av funktion, en negativ faktor som arbetsterapeuterna inom svensk rättspsykiatri tycks ha undvikit. Det aktivitetsbaserade arbetssättet kan vara ett resultat av säkerhetsrestriktioner. Många existerande interventioner är inte testade inom en rättspsykiatrisk kontext med säkerhetsrestriktioner i åtanke, vilket leder till att arbetsterapeuten måste använda sig av grundläggande aktivitetskoncept och principer vid intervention. Detta kan ses som att arbetsterapeuten inte arbetar evidensbaserat, men det är viktigt att hålla i åtanke att aktivitet kan ha ett viktigt inflytande på hela människans varelse med eller utan standardisering (Kielhofner, 2012b), vilket är varför arbetsterapeutiska modeller och principer utvecklades. Att arbeta utan standardisering betyder inte att det har en sämre effekt än med standardisering; effekten är endast svårare att påvisa och återfinna.

Trots detta existerar det fortfarande vissa interventionsmetoder som inte används av arbetsterapeuterna trots att de kan vara gynnsamma av det aktivitetsbaserade arbetssättet. Att ingen av deltagarna uppgav att de använde 4QM och att endast en deltagare använde COOP var förvånande. Dessa modeller och interventionsmetoder kan användas för att strukturera aktivitetsträning så väl som att hjälpa patienten att utveckla generaliserbara strategier för att

förbättra utförandet i andra aktiviteter än den som aktivitetstränas (Greber et al., 2011; Si-nae et al., 2017). Dessa metoder har inte testats för användning inom rättspsykiatri, men kan fortfarande vara lämpliga, vilket visar på att det fortfarande existerar ett utvecklingsbehov inom ett område som erbjuder aktivitetsbaserad arbetsterapi.

Säkerhetsrestriktioner och tvångsvård i relation till arbetsterapi

Den rättspsykiatriska kontexten är unik i den utsträckning att patienterna vårdas under tvång. Informanterna beskrev flertalet gånger att deras arbete påverkas både av tvångsvården men även av de säkerhetsrestriktioner som förekommer. Förutom att resultatet visade att säkerheten påverkar val och tillgänglighet av verktyg och andra resurser, i enlighet med O'Connell och Farnworth (2007), påverkar det enligt informanterna även ofta patientens motivation. Denna motivationsbrist leder till att arbetsterapeuterna får arbeta mycket med motivation och motiverande samtal, vilket underlättar patientens förändringsprocess (Miller & Rollnick, 2003). Ett exempel på när säkerhetsrestriktionerna påverkar arbetsterapeutens resurser och patientens motivation, var i aktiviteter som innehöll skapande. En av informanterna berättade att skapande aktiviteter blev negativt påverkade då patienten inte fick ta med sig det hen hade skapat till rummet på avdelningen. Skapande aktivitet kan enligt Leufstadius, Gunnarsson och Tjörnstrand (2010) vara hälsofrämjande och leda till både förbättrat välbefinnande och upplevelser av meningsfullhet. Leufstadius et al. (2010) menar vidare att skapande aktivitet som resulterar i en produkt kan bidra till en ökad tro på sig själv för patienten. På grund av säkerhetsrestriktionerna hämmas patienten i sitt skapande och de positiva effekterna kan gå förlorade. Vidare kan patientens motivation bli negativt påverkad eftersom patienten kan uppleva aktiviteten som meningslös och därför inte känner sig delaktig. Detta är viktigt att betona då säkerhetsrestriktionerna inte endast påverkar arbetsterapeuten, utan även patienten. Delaktighet och engagemang i aktivitet är essentiella begrepp som arbetsterapeuten för tillsammans med klienten, så väl som att de är kontextuellt beroende (Kielhofner, 2012c) och säkerhetsrestriktioner påverka detta markant genom att skapa meningslöshet eller göra aktiviteten onaturlig, såsom i matlagningssituationer. Det visar på det viktiga arbetet arbetsterapeuten i rättspsykiatri gör genom att ta vara på dessa faktorer genom motiverande samtal (MI), som anses vara en evidensbaserad åtgärd (Miller & Rollnick, 2003), och att välja verktyg för både kontext och klient.

Ekonomi, arbetsbelastning och den utredande rollen

Ytterligare påverkar även verksamhetens ekonomi, så väl som arbetsterapeutens arbetsbelastning, vilka verktyg informanterna väljer att använda. Många bedömningsinstrument och interventioner kräver utbildning för att kunna användas, vilket inte alltid är möjligt dels för att utbildningarna kan vara dyra, men även för att de ofta pågår i flera dagar vilket kostar både tid och pengar. Informanterna upplever även att deras arbetsbelastning ibland kan vara hög, vilket resulterar i att det inte heller finns tid att efterforska ny evidens för verksamheten. Ifall arbetsterapeuten inte har tid att efterforska evidens eller inte får stöd av ledningen att få tillgång till den även om efterforskningar görs, gör det att arbetsterapeutens roll inom rättspsykiatri inte kan utvecklas. För att arbetsterapeuten ska kunna argumentera framgångsrikt om att använda sig av evidensbaserade metoder inom rättspsykiatri, krävs det ytterligare forskning som arbetsterapeuten kan använda sig av för att förespråka sin roll inom rättspsykiatri. Annars bibehålls rollen i den begränsade utredande roll som beskrivs av informanterna och Strand et al (2009). Behovet av att specialanpassa och behovet för kopplingen till evidens är tecken på att rättspsykiatri fortfarande är ett underutforskat område som behöver ytterligare studier i enlighet med Kottorp et al. (2013). Ytterligare forskning krävs för att utveckla instrument för rättspsykiatriens unika kontext och för att tillåta arbetsterapeuterna att erhålla en starkare koppling till evidens för sina bedömningar och interventioner.

Slutsats

Resultatet visar att arbetsterapi inom den svenska rättspsykiatri har ett stort och varierat bruk av modeller, bedömningsinstrument och utvärderingar. Trots den starka kopplingen till evidens inom dessa områden saknas det fortfarande många evidensbaserade och standardiserade interventionsmetoder, vilket leder till att arbetsterapeuterna förlitar sig på grundläggande principer för aktivitet och aktivitetsbaserat arbete. Ytterligare upplever arbetsterapeuterna att bedömningsinstrumenten inte är anpassade för verksamheten. På grund av rättspsykiatriens unika kontext, med en unik patientgrupp, säkerhetsrestriktioner och tvångsvård, leder det till att arbetsterapeuten ofta behöver anpassa och skräddarsy de verktyg som finns att tillgå. I nuläget behövs det mer forskning kring att anpassa interventioner och bedömningsinstrument inom svensk rättspsykiatri så att arbetsterapeuten kan arbeta mer evidensbaserat och utveckla verksamheten.

Referenslista

Aubin, G., Stip, E., G elinas, I., Rainville, C., & Chapparo, C. (2009). Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107, 313-318. doi: 10.1016/j.schres.2008.08.002

Baker, N., & Tickle-Degnen, L. (2014). Evidence-based practice - integrating evidence to inform practice. I B. A. Boyt Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed.). (s. 398-412). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Bejerot, M. (2016). Autismspektrum och ADHD hos vuxna. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri*. (s. 231-251). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. (2017). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Fr an id  till examination inom omv rdsnad*. (s. 265-273). Lund: Studentlitteratur.

Borglin, G. (2017). Mixad metod - en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Fr an id  till examination inom omv rdsnad*. (s. 233-250). Lund: Studentlitteratur.

Braveman, B., Robson, M., Velozo, C., Kielhofner, G., Fisher, G., Forsyth, K., & Kerschbaum, J. (2005). *Worker Role Interview (WRI) (version 10.0)*. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois.

Brown, C., Tollefson, N., Dunn, W., Cromwell, R., & Fillion, D. (2001). The adult sensory profile: measuring patterns of sensory processing. *American Journal Of Occupational Therapy*, 55(1), 75-82.

Chui, A. L., Wong, C. I., Maraj, S. A., Fry, D., Jecker, J., & Jung, B. (2016). Forensic Occupational Therapy in Canada: The Current State of Practice. *Occupational Therapy International*, 23(3), 229-240. doi:10.1002/oti.1426

Classen, S. & Velozo, C. A. (2014). Critiquing assessments. I B. A. Boyt Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed.). (s. 302-321). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Cohn, E. (2001). Parent perspectives of occupational therapy using a sensory integration approach. *American Journal Of Occupational Therapy*, 55(3), 285-294.

Colquhoun, H., Letts, L., Law, M., MacDermid, J., & Edwards, M. (2010). Routine administration of the Canadian Occupational Performance Measure: effect on functional outcome. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(2), 111-117.

Cook, A. M., & Polgar, J. M. (2008). *Cook & Hussey's Assistive Technologies. Principles and Practice*. St. Louis: Mosby Elsevier.

Copolillo, A., Warren, M., & Teitelman, J. (2007). Results from a survey of occupational therapy practitioners in low vision rehabilitation. *Occupational Therapy In Health Care*, 21(4), 19-37.

Creswell, J. (2014). *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Los Angeles: SAGE Publications, Inc.

Dahlgren, L., Emmelin, M., Winkvist, A., & Lindhgren, M. (2007). *Qualitative methodology for international public health*. Umeå: Epidemiology and Public Health Sciences, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 285-299). Lund: Studentlitteratur.

Dunn, W. (2001). The sensations of everyday life: Empirical, theoretical, and pragmatic considerations. *American Journal Of Occupational Therapy*, 55(6), 608-620.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Erlandsson, L. (2013). The Redesigning Daily Occupations (ReDO)-Program: Supporting Women With Stress-Related Disorders to Return to Work—Knowledge Base, Structure, and Content. *Occupational Therapy In Mental Health*, 29(1), 85-101.

doi:10.1080/0164212X.2013.761451

Erlandsson, L-K., & Persson, D. (2014). *ValMO-modellen. Ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model. A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupational-based Interventions*. Fort Collins: Three Star Press

Fisher, A. G. (2014). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 21, 96-107.

doi:10.3109/11038128.2014.952912

Fletcher-Smith, J., Drummond, A., Sackley, C., Moody, A., & Walker, M. (2014).

Occupational therapy for care home residents with stroke: what is routine national practice?. *British Journal Of Occupational Therapy*, 77(5), 265-273.

doi:10.4276/030802214X13990455043601

Fuller, K. (2011). The effectiveness of occupational performance outcome measures within mental health practice. *British Journal Of Occupational Therapy*, 74(8), 399-405.

doi:10.4276/030802211X13125646371004

Greber, C., Ziviani, J., & Rodger, S. (2007). The Four-Quadrant Model of Facilitated Learning (part 1): using teaching-learning approaches in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 31-39.

Greber, C., Ziviani, J., & Rodger, S. (2011). Clinical utility of the four-quadrant model of facilitated learning: Perspectives of experienced occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 187-194. doi:10.1111/j.1440-1630.2010.00901.x

Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

Joosten, A. V. (2015). Contemporary occupational therapy: Our occupational therapy models are essential to occupation centred practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(3), 219-222. doi:10.1111/1440-1630.12186

Ka Hang Leung, E. (2002). Evidence-based Practice in Occupational Therapy. *Hong Kong Journal Of Occupational Therapy*, 12, 21-32. doi:10.1016/S1569-1861(09)70014-2

Kielhofner, G. (Ed.). (2012a). *Model of Human Occupation*. (C. Falk, K. Falk. & H. Stedman, Övers. 1. uppl.). Lund: Studentlitteratur

Kielhofner, G. (2012b). Grundläggande begrepp för människans aktivitet. I G. Kielhofner (Red.), *Model of Human Occupation* (C. Falk, K. Falk. & H. Stedman, Övers. 1. uppl.). (s. 15-25). Lund: Studentlitteratur

Kielhofner, G. (2012c). Dimensioner av görande. I G. Kielhofner (Red.), *Model of Human Occupation* (C. Falk, K. Falk. & H. Stedman, Övers. 1. uppl.). (s. 15-25). Lund: Studentlitteratur

Kielhofner, G. & Forsyth, K. (2012). Terapeutiskt resonemang: att planera, genomföra och utvärdera behandlingsresultat. I G. Kielhofner (Red.), *Model of Human Occupation* (C. Falk, K. Falk. & H. Stedman, Övers. 1. uppl.). (s. 139-149). Lund: Studentlitteratur

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

Kristiansson, M. (2016). Rättspsykiatri. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri*. (s. 829-845). Lund: Studentlitteratur.

Krupa, T., Fossey, E., Anthony, W. A., Brown, C., & Pitts, D. B. (2009). Doing daily life: How occupational therapy can inform psychiatric rehabilitation practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 155-161. doi: 10.2975/32.3.2009.155.161

Kvale, S. (1996). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lane, S., Smith Roley, S., & Champagne, T. (2014). Sensory integration and processing - theory and applications to occupational performance. I B. A. Boyt Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed.). (s. 816-868). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J., & Pollock, N. (2014). *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* (5th ed.). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.

Lee, J., & Kielhofner, G. (2010). Vocational intervention based on the Model of Human Occupation: a review of evidence. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 17(3), 177-190. doi:10.3109/11038120903082260

Leufstadius, C., Gunnarsson, B., & Tjörnstrand, C. (2010). Skapande aktivitet. I M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & Relation. Mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (s. 217-244). Lund: Studentlitteratur.

Linddahl, I., & Norrby, E. (2010). *Dialog om Arbetsförmåga (DOA)*. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter

Mandel, D., Jackson, J., Zemke, R., Nelson, L., & Clark, F. (1999). *Lifestyle Redesign. Implementing the Well Elderly Program*. Bethesda: American Occupational Therapy Association, Inc.

Mason, T., Caulfield, M., Hall, R., & Melling, K. (2010). Perceptions of diagnostic labels in forensic psychiatric practice: A survey of differences between nurses and other disciplines. *Issues In Mental Health Nursing*, 31(5), 336-344. doi:10.3109/01612840903398727

Menon-Nair, A., Korner-Bitensky, N., & Ogourtsova, T. (2007). Occupational therapists' identification, assessment, and treatment of unilateral spatial neglect during stroke rehabilitation in Canada. *Stroke (00392499)*, 36(9), 2556-2562.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2003). *Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring* (2. uppl.). Norrköping: Kriminalvårdens förlag.

Mosey, A.C. (1981). *Occupational therapy: configuration of a profession*. New York: Raven Press.

Muñoz, J. P., Moreton, E. M., & Sitterly, A. M. (2016). The Scope of Practice of Occupational Therapy in U.S. Criminal Justice Settings. *Occupational Therapy International*, 23(3), 241-254. doi:10.1002/oti.1427

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.

O'Connell, M. & Farnworth, L. (2007). Occupational Therapy in forensic Psychiatry: a Review of the Literature and a Call for a United and international Response. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(5), 184-190.

Packer, T. L., Brink, N., & Sauriol A. (2017). *Fatigue Management: En sex-veckors kurs för att lära sig hantera fatigue i sin vardag: [Svensk version 1.0 av Managing Fatigue – A six-*

week course for energy conservation]. (E. Månsson Lexell & L. Haglund, Övers. 1. uppl.). Stockholm: Sveriges Arbetsterapeuter.

Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as core. I E. Townsend & H. Polatajko (Eds.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation*. (s. 13-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Royal College of Occupational Therapists (2017). *Occupational therapists' use of occupation-focused practice in secure hospitals: practice guidelines*. London: Royal College of Occupational Therapists.

RättspsyK. (2017). Årsrapport 2016. Hämtad från:
http://www.registercentrum.se/sites/default/files/dokument/rattpsyk_arsrapport_2016.pdf

Schaaf, R. C., Dumont, R. L., Arbesman, M., & May-Benson, T. A. (2018). Efficacy of Occupational Therapy Using Ayres Sensory Integration®: A Systematic Review. *American Journal Of Occupational Therapy*, 72(1), 1-10. doi:10.5014/ajot.2018.028431

SFS 1991:1129. *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialdepartementet.

Si-nae, A., Eun-young, Y., Min-ye, J., Hae-yeon, P., Ji-yeon, L., & Yoo-im, C. (2017). Comparison of Cognitive Orientation to daily Occupational Performance and conventional occupational therapy on occupational performance in individuals with stroke: A randomized controlled trial. *Neurorehabilitation*, 40(3), 285-292. doi:10.3233/NRE-161416

Socialstyrelsen. (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)*. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8336/2009-126-114_2009_126_114.pdf

Socialstyrelsen. (2012). *Om standardiserade bedömningsmetoder*. (Artikelnummer 2012-12-9). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-12-9>

Stapleton, T., & McBrearty, C. (2009). Use of standardised assessments and outcome measures among a sample of Irish occupational therapists working with adults with physical disabilities. *British Journal Of Occupational Therapy*, 72(2), 55-64.

Stark, S., Keglovits, M., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2017). Effect of home modification interventions on the participation of community-dwelling adults with health conditions: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 1-11. doi:10.5014/ajot.2017.018887

Strand, S., Holmberg, G. & Söderberg, E. (2009). *Den rättspsykiatriska vården*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Turpin, M. & Iwama, M. K. (2011). *Using occupational therapy models in practice: A field guide*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Törnquist, K., & Sonn, U. (2017). *ADL-taxonomin® - en bedömning av aktivitetsförmåga*. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter.

Watling, R., & Hauer, S. (2015). Effectiveness of Ayres Sensory Integration® and Sensory-Based Interventions for People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *American Journal Of Occupational Therapy*, 69(5), 1-12. doi:10.5014/ajot.2015.018051

White, S. M. (2016). *Ha Koll! – gruppintervention för att hantera tid och organisera aktiviteter (LGO-S)*. (G. Janeslätt, M. Donlau, K. Rydberg & M-L. Englund, övers., version 1.0). Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter.

White, S. M. (2017). *Aktivitet i tid med struktur – självskattningsinstrument för tidshantering och organisationsförmåga (ATMS-S)*. (G. Janeslätt, övers., version 1.1). Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter

Bilagor

Bilaga 1 (5) Enkät

Enkätfrågor

Tack för att du tar dig tid att svara på denna enkät!

Vår förhoppning är att detta arbete kommer att synliggöra rättspsykiatrien ännu mer som en viktig arbetsterapeutisk verksamhet att arbeta inom, och därför är dina svar viktiga.

Du ombeds nu att besvara några frågor rörande verksamheten du arbetar i, samt några flervalsfrågor som rör vilka arbetsterapeutiska modeller, bedömningsinstrument, interventioner och utvärderingar du använder regelbundet i ditt arbete. Det finns inget rätt eller fel svar, svara gärna så fullständigt som möjligt. Var vänlig svara utifrån din rättspsykiatriska erfarenhet.

Lukas & Ingrid

1. Jag identifierar mig som..

- Kvinna
- Man
- Annat

2. Hur länge har du arbetat inom rättspsykiatrisk vård?

3. Vilken vårdnivå arbetar du inom?

- Region
- Län
- Sektor
- Annat, var vänlig specificera

4. Vilka arbetsterapeutiska modeller använder du regelbundet i ditt arbete?

(Fler än ett alternativ kan väljas)

- Model of Human Occupation (MoHO)
 - The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)
 - The Person-Environment-Occupation model (PEO-modellen)
 - The Value and Meaning in Occupation (ValMO-modellen)
 - Human Activity Assistive Technology model (HAAT-modellen)
 - Sensory Integration (SI)
 - Four Quadrant Model (4QM) (Inlärningsmodell)
 - Jag använder inga specifika arbetsterapeutiska modeller i mitt arbete
 - Använder annan modell/andra modeller, vänligen berätta vilka
-

5. Vilka arbetsterapeutiska bedömningsinstrument använder du regelbundet vid självskattning?

(Fler än ett alternativ kan väljas)

- The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
 - ADL-taxonomin
 - Min Mening (OSA-S)
 - Adolescent/Adult Sensory Profile (AASP)
 - Dialog om arbetsförmåga (DOA)
 - GAP i vardagens aktiviteter
 - Aktivitet i tid med struktur (ATMS-S)
 - Använder egenkonstruerat instrument för självskattning
 - Använder inget instrument för självskattning
 - Använder annat instrument för självskattning, var god ange vilket/vilka
-

6. Om du använder ett egenkonstruerat instrument vid självskattning, var god berätta mer. **Om denna fråga inte berör dig, var vänligen gå vidare till fråga 7.**

Vad är det för ett instrument?

Varför har du valt konstruera ett eget instrument?

Är det baserat på andra instrument? I så fall vilka?

7. Vilka arbetsterapeutiska bedömningsinstrument använder du regelbundet vid intervju?
(Fler än ett alternativ kan väljas)

- The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
- The Worker Role Interview (WRI)
- ADL-taxonomin
- Bedömning av delaktighet i aktivitet (OCAIRS-S)
- Använder egenkonstruerat instrument vid intervju
- Använder inget instrument vid intervju
- Använder annat instrument vid intervju, var god ange vilket/vilka

8. Om du använder ett egenkonstruerat instrument vid intervju, var god berätta mer. **Om denna fråga inte berör dig, var vänligen gå vidare till fråga 9.**

Vad är det för ett instrument?

Varför har du valt konstruera ett eget instrument?

Är det baserat på andra instrument? I så fall vilka?

9. Vilka arbetsterapeutiska bedömningsinstrument använder du regelbundet vid observation?

(Fler än ett alternativ kan väljas)

- ADL-taxonomin
- The Perceive, Recall, Plan & Perform System of Task Analysis (PRPP)
- Assessment of Motor and Processing skills (AMPS)
- Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)
- Bedömning av kommunikations- och interaktionsfärdigheter (ACIS-S)
- Använder egenkonstruerat instrument vid observation
- Använder inget instrument vid observation
- Använder annat instrument vid observation, var god ange vilket/vilka

10. Om du använder ett egenkonstruerat instrument vid observation, var god berätta mer. **Om denna fråga inte berör dig, var vänligen gå vidare till fråga 11.**

Vad är det för ett instrument?

Varför har du valt konstruera ett eget instrument?

Är det baserat på andra instrument? I så fall vilka?

11. Var vänlig kryssa i de 5 vanligaste färdigheterna du *som du oftast* riktar dina interventioner mot.

- Aktivitetsbalans
- Stresshantering
- Personlig vård
- Resor
- Anställning/Arbete/Utbildning
- Fritid
- Matvanor
- Motion
- Sköta hushållet
- Ekonomihantering
- Missbrukshantering
- Kommunikation- och interaktion

12. Använder du några evidensbaserade interventionsmetoder på individnivå i ditt arbete?

- Nej
 - Ja, var god berätta vilken/vilka
-

13. Använder du några evidensbaserade interventionsmetoder på gruppnivå i ditt arbete?

- Nej
 - Ja, var god berätta vilken/vilka
-

14. Var vänlig och beskriv hur du utvärderar dina interventioner

Om du önskar ta del av resultatet i vår kandidatuppsats får du gärna ange din mailadress nedan. Var god notera att dina enkätsvar inte kommer att vara anonyma för oss, Ingrid och Lukas, men att vi självklart kommer att avidentifiera dem i uppsatsen.

Tack för din medverkan och för hjälpen med vår kandidatuppsats!

Ingrid & Lukas

Bilaga 2 (5) Informationsbrev Enkät



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

INFORMATIONSBREV TILL
STUDIEDELTAGARE

2018-02-14

Kartläggning över arbetsterapeutiska modeller, bedömningsinstrument och interventioner inom rättspsykiatrisk vård

Till Dig som arbetar som arbetsterapeut inom rättspsykiatrisk vård! Vi förstår att Du har mycket att göra, och vi tackar Dig för att Du tar Dig tid att läsa detta informationsbrev som vi hoppas kan göra Dig intresserad av att delta i vår kartläggning av vilka verktyg som arbetsterapeuter använder i sin praktiska verksamhet inom rättspsykiatri.

Vi är två studenter från Lunds universitet som går vår sista termin på arbetsterapeutprogrammet och just nu skriver kandidatuppsats. Vi vill göra en kartläggning över vilka arbetsterapeutiska modeller, bedömningsinstrument, interventioner och utvärderingar som förekommer inom rättspsykiatri, dels för att rättspsykiatri är en intressant och viktig verksamhet ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv, och dels för att undersöka vilka arbetsterapeutiska verktyg och åtgärder som används i denna verksamhet.

Vi har genom hjälp av Sveriges Arbetsterapeuter skickat ut denna information till Dig, och ber Dig att delta i vår enkätundersökning som görs online. Om Du accepterar att delta ber vi Dig att följa länken till frågorna och sedan besvara dessa så fullständigt som möjligt. Ditt deltagande är helt frivilligt och vill Du inte medverka behöver Du inte förklara varför. Du besvarar frågorna fullständigt anonymt, d.v.s. ingen kommer att kunna veta att det är du som besvarat dem. Insamlade data kommer att förvaras online på lösenordskyddad hemsida och förstöras efter godkänd examination.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Tack på förhand för din medverkan!

Med vänlig hälsning

Lukas Granat
Studera på
arbetsterapeutprogrammet
e-post: arb15lg1@student.lu.se

Ingrid Knutsgård
Studera på
arbetsterapeutprogrammet
e-post: arb15ikn@student.lu.se

Lisbeth Nilsson
Handledare, Leg. Arbetsterapeut
Leg. Arbetsterapeut
Postadress: Box 158
960 33 Murjek
Tfn: 070-583 85 96
e-post: lisbeth.nilsson@med.lu.se

Postadress: Lunds universitet, Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. Besöksadress: Baravägen 3, Lund. Telefon: 046-222 00 00 vx.

Bilaga 3 (5) Intervjuguide

Intervjuguide

Huvudfrågor med följdfrågor som ställs ifall vi önskar ett utökat svar.

- Berätta om hur det är att arbeta som arbetsterapeut inom rättspsykiatri

- Vad guidar dig i ditt arbete som arbetsterapeut?
- Använder du några specifika modeller och teorier och varför?

- Vad behöver du för att känna att du gjort ett bra arbete?

- Hur bedömer du patienten?
- Hur kom du fram till att göra det på det sättet?

- Hur arbetar du med patienten?
- Vilka är några vanliga färdigheter du arbetar med?

- Hur utvärderar du ditt arbete?
- Hur kommer det sig att du utvärderar på detta sätt?

- Vad stödjer och hindrar dig i ditt arbete?
- Skulle du vilja ändra på något?

- Hur evidensbaserat upplever du att du arbetar?

- Finns det något som stöttar eller hindrar dig i att arbeta evidensbaserat?
- Varför tror du att många arbetsterapeuter väljer att inte jobba med evidensbaserade interventionsmetoder?

Hur tror du att du arbetar jämfört med andra arbetsterapeuter?

Använder du några egenkonstruerade instrument?

- Vad använder du dem för? Hur kommer det sig att du har utvecklat dem?

Hur påverkar säkerhetsnivåer ditt arbete?

- Har du arbetat inom olika verksamheter och skiljde det sig?

- Vad har du fått för information om säkerhetsnivåer när du började?

Vilka professioner ingår i ditt team?

- Hur arbetar ni multi och tvärprofessionellt i ert team?

- Hur tydlig upplever du att din roll är i teamet ? Hur och varför?

Hur ser du på din framtida yrkesutveckling?

- Vad behöver du för att utvecklas?

Bilaga 4 (5) Informationsbrev Intervju



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

2018-03-05

INFORMATIONSBREV TILL
STUDIEDELTAGARE

Kartläggning över arbetsterapeutiska modeller, bedömningsinstrument och interventioner inom rättspsykiatrisk vård

Till Dig som arbetar som arbetsterapeut inom rättspsykiatrisk vård! Vi förstår att Du har mycket att göra, och vi tackar Dig för att Du tar Dig tid att läsa detta informationsbrev. Vi hoppas att det kan göra Dig intresserad av att delta i vår kartläggning av vilka verktyg som arbetsterapeuter använder i sin praktiska verksamhet inom rättspsykiatri.

Vi är två studenter från Lunds universitet som går vår sista termin på arbetsterapeutprogrammet och just nu skriver kandidatuppsats. Vi vill göra en kartläggning över vilka arbetsterapeutiska modeller, bedömningsinstrument, interventioner och utvärderingar som förekommer inom rättspsykiatri, dels för att rättspsykiatri är en intressant och viktig verksamhet ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv, och dels för att undersöka vilka arbetsterapeutiska verktyg och åtgärder som används i denna verksamhet. Vår förhoppning är att detta arbete kommer att synliggöra rättspsykiatri ännu mer som en viktig arbetsterapeutisk verksamhet att arbeta inom.

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig. Den beräknas ta cirka en timme och genomförs av Ingrid och Lukas. Vi erbjuder plats för intervjun alternativt att Du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst eller på lösenords-skyddad hemsida om intervjun görs online.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten i PDF-filen och maila tillbaka den till oss. Om Du inte vet hur ett dokument signeras via PDF kan vi guida dig genom detta innan intervjun startar.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Tack på förhand för din medverkan!
Med vänlig hälsning

Lukas Granat
Studerande på
arbetsterapeutprogrammet
e-post: arb15lg1@student.lu.se

Ingrid Knutsgård
Studerande på
arbetsterapeutprogrammet
e-post: arb15ikn@student.lu.se

Handledare
Lisbeth Nilsson
Leg. Arbetsterapeut
Postadress: Box 158
960 33 Murjek
Tfn: 070-583 85 96
e-post: lisbeth.nilsson@med.lu.se

Postadress: Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. Besöksadress: Baravägen 3, Lund
Telefon: 046-222 00 00 vx. Telefax 046-222 18 08

Bilaga 5 (5) Ytterligare bedömningsinstrument från resultat

Tabell 2: Ytterligare bedömningsinstrument som redovisats av deltagare i fritextalternativ.

Ytterligare bedömningsinstrument	Bedömningskontext
Rollchecklistan	Självskattning
Livstillfredsställelseskala	Självskattning
Intressechecklistan	Självskattning
Assessment of Work Performance (AWP)	Självskattning
Dialog om Arbetsförmåga (DOA)	Självskattning
GAP i vardagens aktiviteter	Självskattning
Bedömning av ADL-förmåga samt planering av träning (BAPT)	Intervju
Bedömning av Delaktighet i Aktivitet (BDA)	Intervju
Screening av Delaktighet i olika Aktiviteter (MOHOST)	Intervju
Bedömning av Kommunikations- och Interaktionsfärdigheter (ACIS)	Intervju
Occupational Performance History Interview (OPHI-II)	Intervju
Bedömning av Viljeuttryck (VQ-S)	Observation
The Profiles of Occupational Engagement in people with Severe mental illness (POES)	Tidsdagbok