



MEDICINSKA
FAKULTETEN

Institutionen för hälsovetenskaper
Arbetsterapeutprogrammet

Erfarenheter av arbetsterapiprocessen med särskilt fokus på uppföljningar i det kliniska arbetet inom neurologisk rehabilitering

- En kvalitativ intervjustudie

Författare: Stina Petersson

Handledare: Eva Månsson Lexell

Kandidatuppsats, Kvalitativ intervjustudie

Hösten 2019

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för rehabilitering
Box 157, 221 00 LUND

Erfarenheter av arbetsterapiprocessen med särskilt fokus på uppföljningar i det kliniska arbetet inom neurologisk rehabilitering

- En kvalitativ intervjustudie

Författare: Stina Petersson

Handledare: Eva Månsson Lexell

Kandidatuppsats

Hösten 2019

Abstrakt

Bakgrund: Arbetsterapiprocessen består av tre steg som arbetsterapeuten följer i sitt kliniska arbete, varav ett är uppföljning. Uppföljning är ett primärt steg vilket avser att mäta åtgärders effekt. Trots detta är forskning som skildrar hur arbetsterapeuter upplever sitt uppföljningsarbete begränsat. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva hur arbetsterapeuter som arbetar inom neurologisk rehabilitering beskriver sitt arbete utifrån arbetsterapiprocessen, med ett särskilt fokus på uppföljningar. **Metod:** Studien har en kvalitativ ansats, där fyra verksamma arbetsterapeuter inom neurologisk rehabilitering deltog i semistrukturerade intervjuer där ett strategiskt urval användes.

Datansamlingen analyserades med en riktad kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I studien framkom det att ett arbete i enlighet med arbetsterapiprocessen handlar om att arbeta klientcentrerat. Uppföljningar är komplexa eftersom tydliga rutiner saknas och tillvägagångssätten för uppföljningar varierar. Fysiska och sociala miljöfaktorer så som hjälpmedel, träningsredskap samt teamarbete bör vara tillgängliga på arbetsplatsen för att praktisera framgångsrik arbetsterapi och erbjuda patienter en effektiv rehabilitering. **Slutsats:** Studien ger en ökad kunskap om uppföljningars komplexitet och förslag på hur detta kan åtgärdas. Fler studier behövs för att se om detta är en generell upplevelse för andra verksamma arbetsterapeuter. Framtida studier bör även undersöka betydelsen av att i större utsträckning prioritera uppföljningar inom akutvården.

Nyckelord

Arbetsterapiprocessen, Uppföljningar, Teamarbete, Fysisk arbetsplatsmiljö

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet
Box 157, S-221 00 LUND

The experience of the occupational therapy process with special focus on evaluations in neurological rehabilitation

- A qualitative interview study

Author: Stina Petersson

Supervisor: Eva Mansson Lexell

Bachelor thesis

Autumn 2019

Abstract

Background: The occupational therapy process consists of three steps, evaluation being one step. Evaluation is a primary step aiming to measure the effectiveness of an intervention. However, research is limited about how occupational therapists perceive evaluations. **Purpose:** This study aims to describe how occupational therapists' in neurological rehabilitation describe their work with the occupational therapy process, with a special focus on evaluations. **Method:** The study has a qualitative approach. Four occupational therapists practicing neurological rehabilitation were selected by a strategic sample to participate in semi-structured interviews. A qualitative content analysis was used to analyze the data. **Results:** The results showed that working according to occupational therapy process means working in a client-centered manner. Evaluations are complex due to lacking guidelines and the therapists work differently. Availability of physical and social environmental factors, such as aids, training equipment, and teamwork at workplace is essential for successful occupational therapy and effective rehabilitation. **Conclusion:** The study provides an extended knowledge about the complexity of evaluations and suggestions on how this can be addressed. More studies are needed to conclude if this is a general perception among occupational therapists. Future studies should also investigate the importance of prioritizing evaluation within acute care setting.

Keywords

Occupational Therapy Process, Evaluation, Teamwork, Physical work environment

Lund University

Faculty of Medicine

Program Committee for Rehabilitation

Box 157, S-221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
Bakgrund	1
Aktivitet och arbetsterapi.....	1
Aktivitet	1
Klientcentrering och kliniskt resonemang	1
Arbetsterapiprocessen	2
Uppföljningar	3
Rehabilitering och teamarbete	3
Rehabilitering	3
Neurologisk rehabilitering och arbetsterapi	4
Arbetsplatsens ramar	5
Den fysiska och psykosociala arbetsmiljön	5
Problemformulering	6
Syfte.....	6
Frågeställningar.....	6
Metod.....	7
Design	7
Urval	7
Procedur.....	7
Datainsamling.....	8
Dataanalys.....	8
Etiska principer.....	9
Resultat	10
Arbetsterapiprocessen	11
Att arbeta klientcentrerat innebär att man utgår från patientens målsättning	11
Bedömningar är grundläggande för att realisera en individuell rehabilitering.....	12
Uppföljningar	13
Uppföljningar är komplexa och tydliga rutiner saknas.....	13
Uppföljningar kan genomföras mer eller mindre effektivt.....	14
Arbetsplatsen och arbetsmiljön.....	17
Fria riktlinjer på arbetsplatsen uppskattas	17
En framgångsrik rehabilitering kräver ett fungerande teamarbete.....	18
För att praktisera arbetsterapi krävs en tillgänglig fysisk miljö på arbetsplatsen.....	19
Diskussion	20
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion.....	24
Slutsats.....	26
Referenser.....	28
Bilaga 1.....	35
Bilaga 2.....	36
Bilaga 3.....	38
Bilaga 4.....	39

Introduktion

I det arbetsterapeutiska yrkesutövandet används olika processmodeller som är framtagna för att skapa struktur i arbetet vid implementering av individanpassade åtgärder.

Arbetsterapiprocessen innefattar i stort bedömning av aktivitetsförmåga, implementering av åtgärder och uppföljning av åtgärder. Enligt Fisher och Nyman (2007) är uppföljningar en viktig del i arbetsterapiprocessen men vid en del verksamhetsförlagda utbildningar (VFU) har författaren förstått att uppföljningar ibland nedprioriteras. Det är därför intressant att studera om detta är en generell upplevelse för arbetsterapeuter.

Bakgrund

Aktivitet och arbetsterapi

Aktivitet

Det yttersta målet med arbetsterapi handlar om att hjälpa varje enskild människa med funktionsnedsättningar att delta i aktiviteter som de önskar och bedömer som meningsfulla (Maureen-Neistadt, Blesedell & Crepeau, 1998). Begreppet aktivitet består av en interaktion mellan en individs viljekraft (motivation till att engagera sig i en aktivitet), vanebildning (upprepanande beteendemönster som sker på rutin i välkända miljöer) samt utförandekapacitet (förmåga att utföra en specifik aktivitet som utgörs av fysiska och mentala förmågor).

Aktivitet är en kombination mellan ovan nämnda komponenter och den miljö där aktiviteten äger rum (Kielhofner, 2012). Aktivitet brukar också kategoriseras i tre olika områden: *aktiviteter i dagliga livet (ADL), produktivitet och fritidsaktiviteter* (Gillen & Boyt Schell, 2014).

Klientcentrering och kliniskt resonemang

I det arbetsterapeutiska yrkesutövandet är det viktigt att eftersträva ett klientcentrerat arbetssätt för att visa respekt och förståelse för individens subjektiva livssituation (Argentzell, & Leufstadius, 2010). Det handlar om att få individen engagerad i sin egen behandling och säkerställa att behandlingen är utformad utifrån individens förutsättningar och behov (Kielhofner & Forsyth, 2012b). I en studie av Sumsion och Law (2006) diskuteras olika aspekter som ingår i ett klientcentrerat arbete, vilka arbetsterapeuter rekommenderas att förhålla sig till. En aspekt är ”partnerskap” vilket enligt Sumsion (2000) innefattar det samarbete som uppstår mellan patient och arbetsterapeut. Patienten är en aktiv deltagare vid målformulering och det är därefter arbetsterapeutens uppgift att implementera

individ Anpassade åtgärder som tillgodoser patientens önsksningar och behov. I en studie av Larsen et al. (2019) ansåg majoriteten av arbetsterapeuter att klientcentrering är en viktig del i yrkesutövandet, bland annat för ett stärkt partnerskap.

Enligt Kristensen, Persson, Nygren och Matzen (2011) får ett klientcentrerat arbete patienten att känna mer delaktighet i rehabiliteringen, vilket leder till en större grad av måluppfyllelse vad gäller aktivitetsutförande. En av de största barriärerna som förhindrar ett klientcentrerat arbete är tid (Wilkins, Pollock, Rochon & Law, 2006). Desto mindre tid arbetsterapeuten får tillsammans med patienten, desto mindre blir arbetsterapeutens tillfredställelse av klientcentrering (Larsen et al., 2019).

Kliniskt resonemang innebär att resonera och tänka utifrån arbetsterapeutisk teori i det praktiska arbetet och är något som arbetsterapeuter ska eftersträva i yrkesutövandet (Kielhofner & Forsyth, 2012b).

Arbetsterapiprocessen

Ett sätt att arbeta klientcentrerat och använda ett kliniskt resonemang är att förhålla sig till olika processmodeller, exempelvis Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) och Model Of Human Occupation (MOHO-modellen) (Fisher & Nyman, 2007; Kielhofner & Forsyth, 2012b). Även Chisholm och Boyt Schell (2014) skildrar en anpassad version av Occupational Therapy Process. Processmodellerna är särskilt utformade för att vägleda och skapa struktur i det arbetsterapeutiska professionsutövandet. De används också för att individanpassa behandlingen och implementera åtgärder med särskilda aktivitetsfokus. Processmodellerna består av liknande steg som arbetsterapeuten exekverar i samråd med individen; samla information om patienten, identifiera aktivitetsproblem, formulera mål, implementera åtgärder länkade till målen, utvärdera åtgärder samt besluta om individen fortfarande är i behov av arbetsterapeutiska insatser (Chisholm & Boyt Schell, 2014; Fisher & Nyman, 2007; Kielhofner & Forsyth, 2012b). Det är vanligt att arbetsterapeuten inte följer stegen i ordningsföljd, istället arbetar de iterativt under processen (Kielhofner & Forsyth, 2012b).

I en studie av Sirkka, Larsson-Lund och Zingmark (2014) implementerades exempelvis OTIPM i arbetsterapeuters kliniska arbete, vilket var tidskrävande. Däremot ansågs det effektivt eftersom modellen stöttade arbetsterapeuten i att använda sin teoretiska kunskap i praktiken. Studien påvisar dessutom att det blir enklare för arbetsterapeuten att erhålla ett aktivitetsfokus. Studien indikerar således på att OTIPM är en väl fungerande

processmodell, eftersom ett handlande i enlighet med modellen leder till tillförlitliga åtgärder i praktiken.

Uppföljningar

Att följa arbetsterapiprocessen kräver att uppföljningar realiserar, vilket handlar om att undersöka om en åtgärd varit framgångsrik. En uppföljning kan genomföras genom att exempelvis observera individens aktivitetsutförande, intervjua individen eller via självskattning, vilket innebär att individen skattar sin tillfredställelse av ett aktivitetsutförande. Om en åtgärd ej varit framgångsrik måste arbetsterapiprocessen påbörjas på nytt (Fisher & Nyman, 2007; Kielhofner & Forsyth, 2012a; 2012b; Shotwell, 2014). Uppföljningar kan också genomföras med hjälp av mätinstrument där val av instrument styrs av det man vill undersöka, exempelvis individens aktivitetsförmåga eller tillfredställelse av behandlingen (Lexell & Rivano-Fischer, 2017). För att jämföra och identifiera de förändringar som uppstått i samband med patientens behandling måste samma mätinstrument användas vid både bedömning och uppföljning (Socialstyrelsen, 2012).

I en studie av Breckenridge och Jones (2015) diskuteras arbetsterapeutiska uppföljningar och dess betydelse för åtgärder. Studien indikerar på att arbetsterapeuter inte enbart bör fokusera på resultatet av en åtgärd, utan istället fokusera på hur, när, varför och för vem en specifik åtgärd har implementerats. Fokuserar arbetsterapeuter på detta i sina uppföljningar får de både en ökad förståelse för åtgärders effekt och vilka åtgärder som kräver en förändring, vilket har betydelse för evidensbaserad praktik. Evidensbaserad praktik innebär att implementering av åtgärder är anpassade för den enskilde individen och grundas i professionell expertis och befintlig forskning (Socialstyrelsen, 2019).

Rehabilitering och teamarbete

Rehabilitering

Begreppet rehabilitering betyder att återskapa en förlorad funktionsförmåga som uppstått efter sjukdom eller skada. Det är en pågåendeprocess som påbörjas i ett akut skede och utvecklas i linje med individens aktuella behov och förutsättningar. Rehabiliteringsprocessen pågår därför så länge behovet finns. Syftet med rehabilitering är att hjälpa individen att återgå till ett aktivt, tillfredställande och självständigt liv utifrån individens nya livssituation. Individen är en aktiv deltagare under rehabiliteringsprocessen och det är främst individen som beslutar angående vilka mål som ska uppnås. Vårdpersonal kan därefter i samråd med individen och anhöriga bestämma lämpliga åtgärder och strategier för att nå de uppsatta målen. Definitionen

av rehabilitering är således att utföra ett målinriktat teamarbete mellan flera vårdprofessioner, individen och anhöriga, i syfte att sammansätta lämpliga åtgärder för individen (Lexell & Rivano-Fischer, 2017).

Individer som drabbats av en neurologisk sjukdom eller skada, exempelvis Stroke, Multipel skleros eller Parkinsons sjukdom kan erfordra rehabilitering (Socialstyrelsen 2016; 2018). De funktionsinskränkningar som kan uppstå vid Stroke är t.ex. nedsatt kognitiv förmåga, rörlighet eller talförmåga (Jönsson, 2012). Uppgiftsspecifik träning, funktionsträning och språklig träning är exempel på rehabiliterande insatser som rekommenderas vid Stroke (Socialstyrelsen, 2018). Vid Multipel skleros och Parkinsons sjukdom är det vanligt att drabbas av nedsatt rörlighet, balanssvårigheter eller muskelsvaghet och därför rekommenderas styrke- och gångträning som rehabiliterande insatser (Socialstyrelsen, 2016).

För de individer som drabbats av en neurologisk sjukdom eller skada rekommenderas hjälp av ett multidisciplinärt team, främst för att få stöd, erhålla behandling och få tillgång till de åtgärder som krävs (Socialstyrelsen, 2016; 2018). Enligt Lundgren och Molander (2008, s.52) definieras ett team enligt följande: *”En mindre grupp människor med delvis olika kompetens som gemensamt löser specifika uppgifter och som normalt sett tillhör samma organisation”*. Ett rehabiliteringsteam består av olika professioner, såsom läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, kurator, psykolog, undersköterska och arbetsterapeut. En vanligt förekommande teamkonstellation inom hälso- och sjukvården är att arbeta som ett interdisciplinärt team, vilket innebär att sjukvårdsanställda med olika professioner fastställer ett gemensamt mål, där varje profession ansvarar för att sina specifika behandlingsstrategier realiserar (Lundgren & Molander, 2008).

Neurologisk rehabilitering och arbetsterapi

Vårdkedjan vid exempelvis stroke innefattar vanligtvis en samverkan mellan flera instanser inom hälso- och sjukvården. Anledningen till detta är att patientgruppen ofta erfordrar lång vårdkontakt och behöver hänvisas till rätt instans för att tillgodose dess behov efter insjuknandet. Det här innebär att instanser med olika specialiteter och inriktningar involveras i patientens vårdkedja. Patienter som insjuknat i stroke vistas inom slutenvården fram tills patienten är medicinskt färdigbehandlad och en planering för fortsatt rehabilitering och uppföljning är fastställd. Efter att patienten är utskriven ansvarar exempelvis primärvården för patientens fortsatta uppföljningsarbete. Patienter som är i behov av insatser i hemmet exempelvis hjälpmedel följs upp av kommunen (Region Skåne, 2018).

Till följd av en neurologisk sjukdom eller skada kan aktivitetsbegränsningar uppstå och arbetsterapeutens uppgift är att implementera rehabiliterande åtgärder som möjliggör delaktighet i de aktiviteter som individen önskar. Det kan exempelvis ske med hjälp av hjälpmedel eller aktivitetsträningar. Åtgärderna ska således grundas i de mål som individen önskar uppnå (Björkdahl, 2013). Önskvärda aktiviteter benämns som meningsfulla aktiviteter med avseende på individens subjektiva upplevelse vilka påverkas av uppväxt, livserfarenheter samt olika omgivningsfaktorer (Argentzell & Leufstadius, 2010).

I en studie av Unsworth (2000) beskrivs det att ett framgångsrikt sätt att utvärdera individens måluppfyllelse sker genom mätningar före och efter åtgärd eller periodvis under pågående åtgärd. Studien belyser dock att relevansen av detta tillvägagångssätt minskar på grund av att flera åtgärders fördelar uppstår efter att patienten är utskriven. Studien diskuterar detta i relation med en studie av Keith (1995) som fastställer att de mest trovärdiga mätresultaten uppmäts efter individens utskrivning. Studien belyser dock svårigheter med uppföljningar i detta skede, på grund av resursbehovet samt att det kan vara problematiskt att återfå kontakt med individen efter utskrivning. Även Lexell och Rivano-Fischer (2017) belyser komplexiteten av att mäta åtgärders effekt i rehabiliteringsarbetet. Det kan vara svårt att fastställa när en mätning bör realiseras, eftersom förändring ofta uppstår vid andra tillfällen än när en mätning var tilltänkt att genomföras. Enligt Bowman (2006) kan uppföljningar vara problematiska på grund av arbetsterapeuters bristande kompetens av att använda standardiserade mätinstrument. Den bristande kompetensen kan exempelvis bero på begränsad erfarenhet. Något annat som diskuteras är att mätinstrument sällan används, istället prioriteras observationer och frågor som berör individens tillfredsställelse.

Arbetsplatsens ramar

Den fysiska och psykosociala arbetsmiljön

Den fysiska miljön innefattar de rum och föremål som arbetsterapeuten använder i sitt arbete medan den sociala miljön innefattar de individer som arbetsterapeuten möter i sitt professionsutövande, exempelvis medlemmar i teamet (Kielhofner, 2012). För att en anställd ska kunna genomföra sina arbetsuppgifter på ett professionellt och framgångsrikt sätt behövs resurser inom den fysiska och sociala arbetsmiljön som gynnar den anställdas prestationsförmåga och främjar tillfredsställelse på arbetsplatsen (Aronsson et al., 2012). Tariah, Hamed, AlHeresh, Abu-Dahab och AL-Oraibi (2011) belyser i sin studie att sociala och fysiska miljöfaktorer påverkar nivån av tillfredsställelse på arbetsplatsen. En arbetsmiljö med begränsade fysiska resurser (t.ex. utvärderingsverktyg) påverkar nivån av tillfredsställelse

negativt. Den sociala arbetsmiljön gällande andra vårdprofessioners bristande förståelse för arbetsterapi är också något som beskrivs påverkar nivån av tillfredställelse negativt (Tariah et al., 2011). Det är också i linje med vad Aiken, Fourt, Cheng och Polatajko (2011) har identifierat i sin studie, då arbetsterapeuter upplever att de måste bevisa vad professionsutövandet handlar om. Enligt Lundgren och Molander (2008) är det viktigt att de professioner som ingår i teamet har god förståelse för varandras kunskap- och arbetsområden.

Problemformulering

Uppföljningar ingår i arbetsterapiprocessen och är en grundläggande del i arbetsterapeutens kliniska arbete. Det finns forskning som anger att uppföljningar inom rehabilitering är problematiska eftersom arbetsterapeuter upplever att de saknar kompetens och att valet av mätinstrument är komplext. Framförallt beror det på att arbetsterapeuter inte vet vad som ska mätas eller hur en mätning bör utföras (Bowman, 2006). Det råder dessutom diskussion kring när uppföljningar ska realiseras (Lexell & Rivano-Fischer 2017; Unsworth, 2000). Det saknas däremot studier som beskriver hur arbetsterapeuter realiserar och upplever uppföljningsarbetet i det kliniska arbetet.

Vidare finns det studier som påvisar att arbetsplatsens sociala och fysiska miljö påverkar en arbetsterapeuts yrkesutövande och tillfredställelse av arbetsplatsen (Aiken et al., 2011; Tariah et al., 2007). Det är därför intressant att undersöka vilken inverkan arbetsplatsens miljö har för arbetsterapiprocessen.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva hur arbetsterapeuter som arbetar inom neurologisk rehabilitering beskriver sitt arbete utifrån arbetsterapiprocessen, med ett särskilt fokus på uppföljningar.

Frågeställningar

- Hur beskriver arbetsterapeuter att de tillämpar arbetsterapiprocessen inom neurologisk rehabilitering?
- Hur beskriver arbetsterapeuter sina erfarenheter av uppföljningar inom neurologisk rehabilitering?
- Hur beskriver arbetsterapeuter att deras arbetsplats och arbetsmiljö inom neurologisk rehabilitering påverkar arbetsterapiprocessen och deras kliniska resonemang?

Metod

Design

Studien har en kvalitativ ansats där datainsamling har skett via kvalitativa intervjuer med syfte att undersöka kliniskt verksamma arbetsterapeuters erfarenheter (Trost, 2010). Varje intervju har transkriberats och bearbetas med en kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats (Hsieh & Shannon, 2005).

Urval

Urvalet i studien inkluderar arbetsterapeuter från tre olika verksamheter inom neurologisk rehabilitering i Skåne. Strategiskt urval användes som urvalsmetod då deltagare från en specifik yrkesgrupp önskades. En ytterligare anledning till val av urvalsmetod är att skapa en variation på deltagarna. Kategorierna kön och ålder anses lämpliga att använda vid strategiskt urval och har därav tillämpas (Trost, 2010). Kategorin kön delades upp i variablerna man och kvinna och ålder i yngre och äldre där gränsen går vid 44 år, då det är snittåldern för yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården (Sveriges kommuner och Landsting, 2020). Det här innebär att fyra celler skapas. Det optimala är att intervjua en arbetsterapeut i vardera cell för att variationen mellan urvalet ska vara så stor som möjligt (Trost, 2010).

Totalt tackade åtta deltagare ja till att delta i studien och slutligen intervjuades fyra legitimerade arbetsterapeuter, tre kvinnor och en man i åldersspannet 30–65 för att få en spridning i ålder och kön. Det optimala hade som tidigare nämnt varit att intervjua två kvinnor och två män, men det var endast en man som var villig att delta i studien. Trost (2010) anger att tid har en stor inverkan på kvalitativa studier och hävdar att desto mindre antal intervjuer som utförs, desto mer lätthanterlig blir processen. På grund av begränsat med tid har denna studie prioriterat ett färre antal intervjuer.

Procedur

För att komma i kontakt med lämpliga deltagare och få samtycke kontaktades två personer som har cheftjänst inom Skånes Universitetssjukhus (Bilaga 1) för att beskriva syftet med studien och vilka deltagare som önskades. Därefter skickades enskilda informationsbrev (Bilaga 2) till de arbetsterapeuter som var intresserade av att delta. Brevet innehöll bakgrundsinformation om studien, en beskrivning av studiens syfte samt information om sekretess, ljudspelning och hantering av data. Ett välformulerat informationsbrev var således viktigt så att arbetsterapeuterna blev medvetna om studiens syfte (Thoren-Jönsson, 2017).

Datainsamling

En semistrukturerad intervju nyttjades som datainsamlingsmetod för att besvara syftet. Det är en kvalitativ intervjuform vars syfte är att intervjua personer om deras subjektiva upplevelser av ett specifikt ämne (Trost, 2010). En semistrukturerad intervju innebär att författaren har bestämt vilka ämnesområden som ska beröras samt vilka öppna frågor som ska ställas. De semistrukturerade intervjuerna pågick mellan 25–60 minuter och under intervjuerna var följdfrågor tillåtna, dock undveks ledande frågor då det ej ska förekomma. Öppna frågor och följdfrågor lämnade utrymme för deltagaren att besvara frågorna på ett detaljerat sätt. Intervjufrågorna var länkade till det syfte som har formulerats eftersom det skapade en röd tråd undertiden en intervju fortgick (Kristensson, 2014).

Innan påbörjad datainsamling genomfördes en provintervju, vilket syftar till att öka författarens intervjukompetens samt att vara trygg med sin frågeguide (Henricsson, 2017). Provintervjun genomfördes på en student inom arbetsterapiutbildningen vilket gav författaren feedback på frågeguiden. Det här innebär att provintervjun ej inkluderades i resultatet då studenten inte deltog i studien (Trost, 2010).

Dataanalys

En riktad kvalitativ innehållsanalys användes vid dataanalysen. Den är lämplig att nyttja när data analyseras utifrån en förutbestämd, befintlig och relevant teori (Hsieh & Shannon, 2005). Genom att den givna teorin ligger till grund för analysen blir denna därmed riktad. Det här innebär att nivån på analyseringsarbetet blir mer konkret. En riktad innehållsanalys innebär att analysarbetet påbörjas med att urskilja preliminära kodningskategorier med teorin som utgångspunkt (Hsieh & Shannon, 2005). Teorin används därefter för att fastställa en operationell definition för varje enskild kategori. I den innevarande studien användes arbetsterapiprocessen (Chisholm & Boyt Schell, 2014; Fisher & Nyman, 2007; Kielhofner & Forsyth, 2012b) som teori. Dessa operationella definitioner löd enligt följande; *Arbetsterapiprocessen, uppföljningar samt Arbetsplatsen och arbetsmiljön.*

Författaren började analysarbete med att läsa materialet som bestod av fyra transkriberade intervjuer. Författaren markerade den text som ansågs handla om studiens syfte. Det markerade materialet utgörs av vad som i studien benämns som meningsbärande enheter och placerades under tillhörande preliminär kategori. Därefter kodade författaren de meningsbärande enheterna med de preliminära kodningskategorierna som utgångspunkt. Kodning innebar att författaren kort och koncist beskrev den primära information som

framkom i de meningsbärande enheterna. Enligt Hsieh och Shannon (2005) är detta ett lämpligt tillvägagångssätt för att öka trovärdigheten och inte missa viktig information. Koderna med tillhörande innehåll kunde därefter placeras in i olika subkategorier. Det innebär att en subkategori utgörs av flera olika koder (Hsieh & Shannon, 2005). Den riktade innehållsanalysen är en iterativ process där författaren läste materialet upprepade gånger för att säkerställa att all viktig information inkluderats samt för att säkerställa att innehållet i de olika kodningskategorierna varierade. Exempel på analysprocessen presenteras i tabellen nedan.

Tabell 1; exemplifierar processen av innehållsanalysen

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
<i>För det första är det ju vad patienten vill klara. Ehh, vill de inte duscha själv, då är det ju inte det vi tränar på. De vill kanske träna på att skriva sms. Då får vi göra det istället såklart. Ehh så det är alltid patientens mål som står i fokus.</i>	Arbetsterapeuter tar hänsyn till vilka aktiviteter patienten vill prioritera. Patientens mål är alltid i fokus.	Hänsynstagande till patientens mål.	Klientcentrerin g	Att arbeta klientcentrer at innebär att man utgår från patientens målsättning	Arbetsterapiprocessen
<i>...Ehh, ibland gör man om ett instrument som man har gjort någon bedömning som man tänker att man mäter en gång till om man känner. Ibland finns det patienter som också hemskt gärna vill ha något svart på vitt.</i>	Uppföljning innebär att bedömning med instrument mäts igen för att tydliggöra för patienten.	Realisera tydliga uppföljningar.	Tydliga uppföljningar	Uppföljninga r kan genomföras både mer eller mindre effektivt	Uppföljningar

Etiska principer

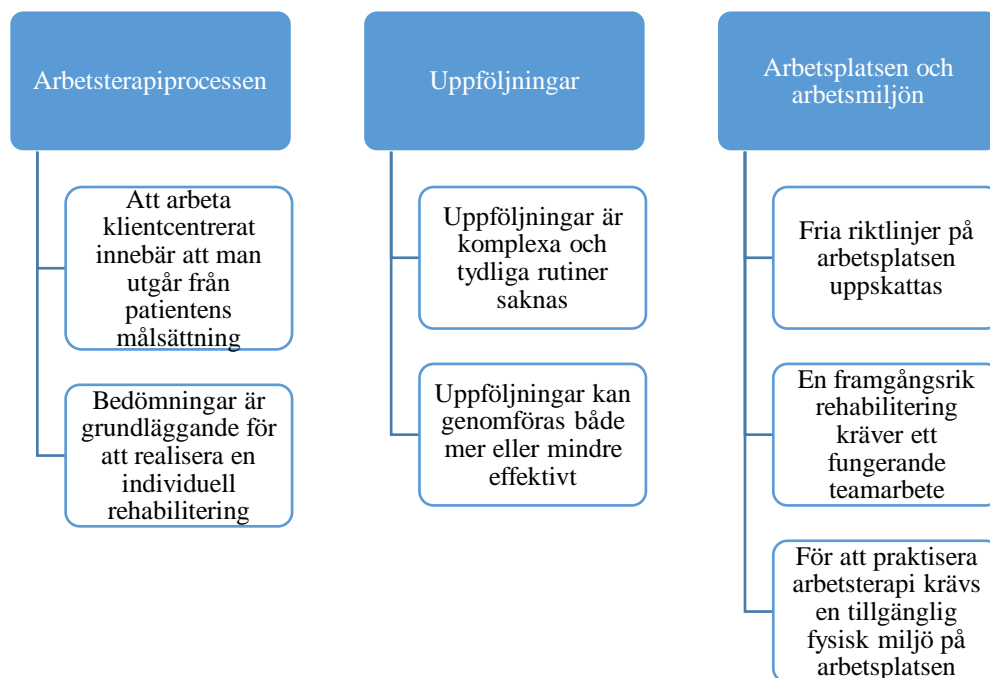
Samtliga deltagande arbetsterapeuter har fått både muntlig och skriftlig information om studien, d.v.s. vad den syftar till, hur datainsamling kommer att gå till och hur data kommer

att bearbetas. De har också blivit informerade om att deltagande är frivilligt och att samtliga har en möjlighet att avsluta sin medverkan när som helst under studiens gång, utan att behöva ange anledning. Detta står i både informationsbrevet och samtyckesblanketten (Bilaga 2 och 3) (Kristensson, 2014).

Konfidentialitet har och kommer att nyttjas, vilket innebär att datainsamlingsmaterialet kommer att förvaras inlåst med hänsyn till sekretess, då ingen obehörig ska ha möjlighet att få tillgång till materialet. Materialet används endast under arbetets gång och när studien är färdigställd kommer allt material att raderas. Det kommer ej vara möjligt att identifiera deltagarna eller de verksamheter som är involverade i studien. Detta informerades även arbetsterapeuterna om innan datainsamlingen påbörjades (Kristensson, 2014). Dessutom genomfördes en anmälan av personuppgifter via PULU innan påbörjad datainsamling.

Resultat

Resultatet består av tre huvudkategorier, vilka grundas i de preliminära kodningskategorierna. Huvudkategorierna är *Arbetsterapiprocessen*, *Uppföljningar* samt *Arbetsplatsen och arbetsmiljön*. Huvudkategorierna och dess subkategorier presenteras i figuren nedan.



Figur 1 Huvudkategorier med tillhörande subkategorier.

Arbetsterapiprocessen

I kategorin *Arbetsterapiprocessen* har följande två underkategorier identifierats; *Att arbeta klientcentrerat innebär att man utgår från patientens målsättning* samt *Bedömningar är grundläggande för att realisera en individuell rehabilitering*.

Att arbeta klientcentrerat innebär att man utgår från patientens målsättning

Deltagarna var överens om att ett arbete i enlighet med arbetsterapiprocessen syftar till att arbeta klientcentrerat. Att uppmärksamma varje patients nuvarande och tidigare livssituation, behov, mål samt prioriterade aktiviteter under arbetsterapiprocessen beskrev deltagarna vara grundläggande faktorer att ta hänsyn till i deras klientcentrerade arbete, vilka också är faktorer som gör det möjligt att erbjuda en individanpassad rehabilitering.

Deltagarna beskrev att det allra första steget i arbetsprocessen är att erhålla information om och få en bild av patienten. En av deltagarna beskrev att det kan vara betydelsefullt att läsa journalen, främst för att få en helhetsbild av patienten. Samtidigt är det viktigt att inte låta sig påverkas för mycket av den utan istället få bilda sig en egen uppfattning av patienten. En deltagare hade en annan uppfattning, som visas i detta citatet:

”Så, jag ehh, har aldrig varit en sån som har suttit och läst en massa läkaranteckningar. Många patienter som vi får hit, de har ju varit någon annanstans innan de kommer hit. För mig är det inte så, det är klart i efterhand kanske man får gå in och se vad är det för saker och ting men för mig är det viktigt att möta den här personen här och nu och hur den personen uppfattar sin situation och vad det är den känner är viktigt”.

Deltagarna beskrev att ett klientcentrerat arbete i enlighet med arbetsterapiprocessen handlar om att ta hänsyn till patientens mål och aktivitetsprioriteringar. De menade att dessa målformuleringar identifieras tidigt i processen och att det dessutom är patienten som beslutar vilka aktiviteter rehabiliteringsarbetet ska fokusera på. Därefter erbjuds olika åtgärder i syfte att möjliggöra delaktighet i aktiviteter som patienten prioriterar.

”För det första är det ju vad patienten vill klara. Ehh, vill de inte duscha själv, då är det inte det vi tränar på. De vill kanske träna på att skriva sms. Då får vi göra det istället såklart. Ehh, så det är alltid patientens mål som står i fokus”.

Bedömningar är grundläggande för att realisera en individuell rehabilitering

Deltagarna beskrev att en grundläggande del inom arbetsterapiprocessen är att genomföra aktivitets- och funktionsbedömningar innan implementering av åtgärder kan ske. De menade att det först är efter en bedömning som det är möjligt att identifiera patientens aktivitets- och funktionsförmågor samt begränsningar. Efter bedömning uppstår således en vetskap om vad patienten behöver träna mer på för att uppnå sina rehabiliteringsmål.

Det framkom också att det är omöjligt att fokusera på flera saker samtidigt under rehabiliteringen, även om det är vad patienten egentligen behöver. En bedömning är därav ett betydelsefullt underlag som hjälper både arbetsterapeuten och patienten att identifiera vad det är som patienten bör samt önskar att prioritera. Arbetsterapeuten uppgift är därefter att via sin yrkesexpertis hjälpa patienten att delta i de aktiviteter hen önskar.

”...Eller vi använder ju på alla FIM bedömning. Då är det ju, ehh... man kan säga att man får ju en ganska bra bild av vad patienten behöver hjälp med och vad man behöver träna och det får man ju diskutera mycket med den personen med vad den vill. De flesta behöver ju träna allt. Och det går inte, även om de vill träna allt. Det funkar inte. Då får man ju jobba istället och se om man kan prioritera och så”.

En av deltagarna beskrev dessutom att det är viktigt att vara tydlig med patienterna och förklara varför bedömningar är viktigt eftersom det förekommer att vissa patienter vill påbörja åtgärdsarbetet direkt. Arbetsterapeuten måste, som tidigare nämnt få en reell bild av patientens möjligheter och svårigheter för att veta hur rehabiliteringsarbetet ska fortgå och det måste även patienten vara väl medveten om.

Deltagarna beskrev att de använder ett standardiserat bedömningsinstrument i samband med bedömning, dock i varierande utsträckning. Deltagarna använder ADL-taxonomi vid bedömning av aktivitetsförmåga, antingen i samband med observation eller som ett stöd under samtal. De använder dessutom MMSE och MOCA i samband med kognitiva bedömningar. Gemensamt för samtliga deltagare är att en handfunktionsbedömning ofta realiseras med hjälp utav olika bedömningsinstrument, så som Gripit, Jamar och Nine Peg Hole Test. En av deltagarna anser att nyttjandet av bedömningsinstrument är väldigt användbart och använder det mycket i yrkesutövandet, medan en annan deltagare hade en helt annan uppfattning, vilket exemplifieras i detta citat:

”Sen är det ju inte så att man går och använder instrument så himla ofta i vårt arbete”.

Uppföljningar

I kategorin *uppföljningar* har två subkategorier identifierats, vilka är följande; *Uppföljningar är komplexa och tydliga rutiner saknas* samt *Uppföljningar kan genomföras mer eller mindre effektivt*.

Uppföljningar är komplexa och tydliga rutiner saknas

Enligt deltagarna upplevs uppföljningar tämligen komplexa. Det finns inga bestämda rutiner gällande när i tiden uppföljningar ska realiseras. Deltagarna beskrev också att de uppföljningar som utförs i yrkesutövandet till stor del påverkas av varje enskild patients diagnos och symtom samt inom vilken verksamhet de själva arbetar inom, trots att samtliga arbetar med neurologisk rehabilitering.

Vidare uttryckte två av deltagarna att uppföljningsarbetet påverkas av hur länge varje patient ligger inne på avdelningen, vilket de menar beror på patientens diagnos och symtom som uppstått efter en neurologisk sjukdom eller skada. Tiden är således en avgörande faktor och uppföljningar realiseras enbart om patienterna stannar en längre tid på avdelningen.

”...Den uppföljning vi gör är kanske, har de legat här lite längre, det är ju akutsjukvård, det är hårt om vårdplatser, det är ju snabba åtgärder. Ehh, gör man någon bedömning i början eller vårdtillfället och så kanske de ligger inne i två veckor, då följer vi ju upp”.

De två andra deltagarna beskrev likt ovan att längden på patientens vårdkontakt har en stor inverkan på när i tiden uppföljningar realiseras. Däremot menar deltagarna att detta snarare beror på hur ofta de träffar patienten och i vilken mån patienten klarar av att utföra sin rehabilitering på egen hand. Vid en längre vårdkontakt sker förändringar mer sällan och därför är det ej aktuellt att genomföra lika kontinuerliga uppföljningar.

” Och det är klart att om jag vet att det blir en kort kontakt, ja då kanske jag gör bedömning och sedan en uppföljning och sen, that's it... Och sen jobbar de på liksom själv... Medan om jag vet att det är en längre kontakt dels behöver jag kanske inte göra uppföljningarna lika ofta för det

tar tid till förändring. Alltså tiden är en viktig faktor som vi måste förhålla oss till i våra uppföljningar och utvärderingar”.

Deltagarna beskrev också att uppföljningar sker konstant under patientens rehabiliteringsprocess. Det här innebär att uppföljningar inte alltid planeras in utan kan ske spontant. Uppföljningar är således något som sker kontinuerligt under tiden som deltagarna arbetar med sina patienter, vilket bidrar till uppföljningars komplexitet.

Deltagarna som arbetar med mer frekventa uppföljningar beskrev däremot att uppföljning av patientens motoriska funktionsförmåga utförs oftare än exempelvis uppföljning av kognitiva förmågor eller aktivitetsförmågor. Det här på grund av att förändring av en motorisk funktionsförmåga kan uppstå mycket tidigare. Trots detta har deltagarna skilda erfarenheter av hur ofta dessa uppföljningar utförs.

”...om vi tar stroke så de första månaderna sker det ju snabbare förändringar motoriskt, ehh och då kan man mycket väl mäta en gång i månaden... Så att tidsaspekten är ju mycket längre när det gäller de här osynliga svårigheterna...Ehh, så att de motoriska bedömningarna kan man göra oftare, de mentala och tankemässiga inte lika ofta”.

Uppföljningar kan genomföras mer eller mindre effektivt.

Samtliga deltagare beskrev att ett samarbete med andra instanser så som primärvården, annan slutenvård eller kommunen klassas som en form av uppföljning. Deltagarna beskrev att det är många patienter som behöver fler åtgärder så som hjälpmedel, bostadsanpassning eller ännu mer rehabilitering och därför måste fler instanser bli inblandade i en patients rehabilitering. Det uppstår exempelvis en ständig kontakt och ett samarbete med kommunala verksamheter i samband med uppföljningarna. Mycket av detta beror på att det är kommunen som ordinerar hjälpmedel och övriga åtgärder till hemmet. Två av deltagarna beskrev att deras uppföljningsarbete främst handlar om att besluta om vart patienten ska skickas vidare för uppföljning efter ineliggande vård. Uppföljningar är därmed inget som deltagarna alltid gör på arbetsplatsen.

”Ehh, däremot har vi ju inte jättemycket uppföljningar. För att det är ju, vi skickar ju vidare uppföljningarna. Men de, de å andra sidan är ju också en tanke. Ehh, så vi gör beslutsfattande ehh, och tar beslut om vad de ska skickas för uppföljning, Ehh, vilken instans eller om de behöver

innetiggande rehabilitering på slutenvården...Ehh, eller om man behöver följa upp något i primärvården eller såhär”.

Deltagarna beskrev däremot att kort inläggningstid är en stor orsak till att det uppstår uppföljningsproblematik. Eftersom patienten oftast skickas vidare för uppföljning har de heller ingen möjlighet att vara delaktiga i patientens fortsatta rehabilitering, vilket gör att uppföljningsarbetet både blir problematiskt och svårt.

”Ehh, ja... jo men det gör det, det påverkar såklart ju. Ehh ibland är det ju svårt för man vill ju, man vill ju gärna komma så långt som möjligt med patienten. Sen i vissa fall är det ju helt omöjligt att komma längre utan då får det tas vid ju... så ibland är det ju svårt att följa upp, det är det ju, det är jättesvårt”.

En av deltagarna beskrev att hen upplever att det är frustrerande när arbetsterapiprocessen blir ofullständig när uppföljning inte prioriteras. Till stor del handlar frustrationen om att deltagaren känner ett stort ansvar mot sina patienter och vill veta hur det går för dem i deras fortsatta rehabilitering.

”Ehh, och det är ju lite, det är ju lite frustrerade, man bryr sig ju om patienten man vill ju det bästa man vill ju veta hur det går”

Samtliga deltagare beskrev att mycket av det uppföljningsarbete som utförs handlar om att göra om de bedömningar som gjorts en gång tidigare för att jämföra. Det innefattar exempelvis ADL-bedömningar, kognitiva bedömningar, funktionsbedömningar av hand och arm, körbedömningar samt skattning av trötthet. Syftet med dessa uppföljningar är att identifiera om det har blivit bättre eller sämre efter en viss tids rehabilitering. Deltagarna menar att detta kan förverkligas genom att exempelvis återanvända ett bedömningsinstrument så att patienten mer konkret kan se och få en ökad förståelse över de förändringar och förbättringar som rehabiliteringsarbetet har genererat.

”...Ehh, ibland gör man ju om ett instrument som man har gjort någon bedömning som man tänker att man mäter en gång till om man känner. Ibland finns det patienter som också hemskt gärna vill ha något svart på vitt”.

En av deltagarna beskrev de fördelar som tillkommer när bedömningsinstrument återanvänds i samband med uppföljning. Framförallt handlar det om att bedömningsinstrument genererar tydliga uppföljningar, vilket illustreras i citatet nedan.

”...för man kan inte prata subjektivt med patienterna och göra utvärdering alltid. Utan det är lättare för de att förstå när man ser siffror... och där har vi ju, vi har ju siffror både för att mäta funktion och COPM är ju jättebra, det är siffror för att mäta aktivitetsförmågan det blir så himla tydligt för de, att ja liksom, så att de ser skillnaden för de är så i sin rehabilitering och man glömmet väldigt snabbt bort, hur var det innan, när det blir bättre. Ehh, och ja patienter och personer är olika man, vissa är bättre på att se att det går framåt och andra ser bara problem och svårigheter och ser liksom inte att ja men det har blivit jättemycket bättre”.

Deltagarna beskrev att patienters bristande insikt och medvetenhet kan resultera i uppföljningsproblematik. Det förekommer att patienter inte kan se alternativt minnas de förändringar och förbättringar de gjort under sin rehabilitering. Det här resulterar ofta i att patienter endast lägger märke till det som fortfarande inte fungerar, vilket enligt deltagarna anses försvåra uppföljningsarbetet avsevärt. Deltagarna menade att det därför kan vara grundläggande att nyttja bedömningsinstrument när det uppstår uppföljningsproblematik på grund av patientens bristande insikt och medvetenhet, vilket exemplifieras i detta citat:

” Asså då får man ju lägga ner ännu mer jobb på det här motiverande och verkligen visa på förändringarna och förbättringarna. Och det är då det är viktigt att ha de här siffrorna, för de kommer liksom inte undan en. Du ser väl att det har blivit bättre liksom. Även om man får ha respekt och förståelse för att dom ändå ser det som inte är som innan, absolut. Det är inte det jag menar. Men, ja...”.

Observation är en ytterligare uppföljningsmetod som flera av deltagarna beskrev att de realiserar i yrkesutövandet, vilket gör det möjligt för deltagarna att bilda sig en egen uppfattning om patientens aktivitetsförmåga. En deltagare beskrev att det är viktigt att besitta en god observationsförmåga och samtidigt ta hänsyn till patientens individuella aktivitetsupplevelser, eftersom det är patientens erfarenheter som är det primära. Deltagarna beskrev att det är ofta som undersköterskor är med under patientens aktivitetsutförande, vilket

gör att deltagarna kan erhålla information från de istället för att göra en egen observation. En annan deltagare hade däremot en annan uppfattning vilket illustreras i detta citat:

”Ibland kan det vara att det stämmer lite olika vem man pratar med, undersköterskor eller baspersonal och då är man gärna med och tittar lite grann vad som händer och vad som görs”.

Två av deltagarna pratade även om varför uppföljningar realiserats inom neurologisk rehabilitering. Deltagarna beskrev att uppföljningar är viktiga för att själva bli medvetna om rehabiliteringsarbetet är framgångsrikt. Mycket av uppföljningsarbetet handlar om att utvärdera om patientens mål har uppnåtts, om inte måste förändring ske.

Arbetsplatsen och arbetsmiljön

Kategorin *Arbetsplatsen och arbetsmiljön* består av tre tillhörande underkategorier vilka är följande; *Fria riktlinjer på arbetsplatsen uppskattas*, *En framgångsrik rehabilitering kräver ett fungerande teamarbete* samt *För att praktisera arbetsterapi krävs en tillgänglig fysisk miljö på arbetsplatsen*.

Fria riktlinjer på arbetsplatsen uppskattas

Samtliga deltagare beskrev att det inte finns några direkta regler som deras arbetsplats kräver att de förhåller sig till och beskrev således arbetsterapiprocessen som tämligen fri. Med detta menade deltagarna att det är de själva som exempelvis bestämmer hur ofta och mycket arbete som utförs med en och samma patient. Det primära i yrkesutövandet är att se till så att patienten kommer framåt i sin rehabilitering. En av deltagarna beskrev dock att det finns vissa krav gällande olika funktionsbedömningar som måste genomföras innan rehabiliteringsarbetet kan påbörjas. Att det är arbetsterapeuten själv som beslutar om hur arbetsterapiprocessen ska fortgå upplever majoriteten av deltagarna som tillfredställande.

” Det är ju, asså det är ju fritt för mig som arbetsterapeut, hur vill jag lägga upp det. Och vill lägga upp min tid och hur jag vill lägga upp mitt arbete och följa arbetsterapiprocesser och såhär liksom, det är väldigt fritt. Ehh...Så att det är väl inte så någonting”.

Enligt en av deltagarna har Socialstyrelsens nationella riktlinjer en betydande inverkan på sitt kliniska resonemang, eftersom riktlinjerna styr arbetsterapiprocessen och det som sägs där ska arbetsterapeuten förhålla sig till i yrkesutövandet. Deltagaren menar att de insatser som

Socialstyrelsen rekommenderar för en viss patientgrupp är de insatser som arbetsterapeuten själv ska implementera och nyttja i sitt kliniska arbete. En stor del av detta handlar enligt deltagaren om att realisera ett evidensbaserat arbete.

En framgångsrik rehabilitering kräver ett fungerande teamarbete

Deltagarna i denna studie arbetar i team och flera beskrev att ett teamarbete syftar till att hjälpa patienten att nå sina mål utifrån olika yrkeskompetenser. Deltagarna upplevde att teamarbetet fungerar någorlunda bra på arbetsplatsen, varpå två av deltagarna beskrev att ett gott teamarbete är helt avgörande för att patienten ska erhålla en framgångsrik rehabilitering.

”Ja, teamarbete tycker jag, det är ju helt avgörande...För att nå de mål som man gärna vill”.

En av deltagarna menade också att det är viktigt att påminna teammedlemmarna om att det är gemensamma mål som eftersträvas samt att det är viktigt att inte vara för principfast mot sin egen yrkesprofession. Det handlar om att jobba gemensamt mot målen tillsammans med teamet för att hjälpa patienten på bästa sätt.

”Asså, du kan inte jobba på X om du inte tycker det är okej att jobba med andra teammedlemmar. Och det handlar väldigt mycket om att ge och ta.”

”Och ibland när man sitter i teamdiskussioner så får man lite lyfta det där att ja, men nu har vi samma mål men utifrån olika professioner så jobbar vi mot målen på olika sätt”.

Majoriteten av deltagarna tog också upp att deras arbete kan påverkas av övriga teammedlemmarnas bristande förståelse för arbetsterapi. Deltagarna beskrev att det är ofta som andra vårdprofessioner inte förstår komplexiteten eller vikten av att delta och vara självständig i ett aktivitetsutförande. En deltagare beskrev att hen ofta behöver bevisa och förklara för andra teammedlemmar vad det arbetsterapeutiska yrkesutövandet syftar till. Det här upplevs således påverka arbetsterapeutens arbetsterapiprocess, på grund av att det kan bli problematiskt att komma framåt i arbetet om ingen annan vårdprofession strävar efter eller har liknande arbetstänkt.

”Ehh, det är väldigt spridda skurar. Jag känner ofta att jag får kämpa för min professions överlevnad och visa att vi behövs, vi finns, vi kan göra detta. Ehh, när jag säger att en patient behöver träna på det här i ADL

situation, så kan någon annan yrkesprofession tycka att det behöver de inte alls, för de kan inte detta själv. Och då är det svårt för mig, liksom fortsätta min arbetsterapiprocess när jag inte ser att någonting händer”.

För att praktisera arbetsterapi krävs en tillgänglig fysisk miljö på arbetsplatsen

Deltagarna tog upp att den fysiska arbetsmiljön har en stor inverkan på deras arbetsterapiprocess eftersom miljön på arbetsplatsen påverkar deras möjligheter att praktisera arbetsterapi. Deltagarna upplever den fysiska miljön på sina respektive arbetsplatser som både tillgänglig och icke tillgänglig. Tre av deltagarna beskrev att begränsat antal med hjälpmedel, gamla hjälpmedel, gamla lokaler, få patientrum samt bristande träningsredskap är faktorer i den fysiska miljön som påverkar deras praktiska arbete negativt. Enligt en deltagare är det exempelvis svårt att utföra åtgärder i form av träning när det inte finns tillräckligt med träningsredskap för hand och arm. Arbetsterapiprocessen kan också påverkas negativt då det inte finns lämpliga lokaler att utföra kognitiv funktionsbedömning.

”Ehh, sen har vi lite problem om vi ska göra kognitiva tester vi har inte så många tysta rum. Ehh, och det är få patienter som ligger på enkelsal. Det är ofta tre-fyr sal det är inte jättebra. Ehh, det är inte jättebra för patienten heller rent kognitivt med hjärntrötthet och så”.

Deltagarna beskrev att det uppstår frustration när den fysiska miljön påverkar deras möjlighet att praktisera arbetsterapi. Däremot beskriver deltagarna att det gäller att tänka kreativt och vara flexibel när det väl uppstår hinder i den fysiska miljön. Det vill säga, hitta alternativa tillvägagångssätt, exempelvis använda andra redskap som gör det möjligt för patienten att träna sin hand- och armfunktion.

En deltagare upplevde dock den fysiska miljön på arbetsplatsen som tillgänglig och tillfredställande. Enligt deltagaren var detta nya erfarenheter eftersom det skett en renovering på arbetsplatsen. Deltagaren beskrev att detta är på grund av chefer som visat god förståelse för vad arbetsterapeuten behöver för att kunna utöva arbetsterapi på ett framgångsrikt sätt, exempelvis via träningskök, hantverksrum och lokaler som är utformade för att genomföra kognitiva bedömningar. Deltagaren beskrev att detta gör att rollen som arbetsterapeut blir mycket tydligare, inte minst för patienterna som får en ökad förståelse för arbetsterapi. Samtidigt kan arbetsterapeuten praktisera arbetsterapi på ett mer tillfredställande sätt.

”... Så har vi ju byggt om lokalerna här för att anpassa de bättre efter våra behov. Mm... Och det lovar jag dig, det hade vi aldrig fått om vi inte hade haft en arbetsterapeut och sjukgymnast som chefer. Som verkligen drev det där att, asså nu måste vi göra om i våra lokaler för att liksom fylla de behoven vi har på ett bättre sätt”.

Diskussion

Resultatdiskussion

I denna studie framkom att deltagarna anser att ett arbete i enlighet med arbetsterapiprocessen framförallt handlar om att arbeta klientcentrerat. Detta eftersom patientens mål är i fokus under hela arbetsterapiprocessen och arbetsterapeutens uppgift är att vägleda patienten till att nå sina mål. Det framkom också att uppföljningar är komplexa, eftersom tydliga rutiner saknas då tillvägagångssättet för uppföljningar varierar. Arbetsterapiprocessen påverkas dessutom av arbetsplatsens fysiska och sociala miljö. Fysiska resurser så som hjälpmedel och träningsredskap är faktorer i den fysiska miljön som påverkar deltagarnas möjlighet att praktisera arbetsterapi. Även ett fungerande teamarbete anses viktigt för att erbjuda patienten en framgångsrik rehabilitering.

Resultatet visade att samtliga deltagare eftersträvar och prioriterar ett klientcentrerat arbete i enlighet med arbetsterapiprocessen, vilket är i linje med tidigare forskning. I en studie gjord av Hurst och Krizaj (2012) konstateras det att arbetsterapeuter upplever att ett klientcentrerat arbete har en fördelaktig inverkan på arbetsterapiprocessen. I den innevarande studien är det därför möjligt att dra slutsatsen att deltagarna prioriterar de faktorer som anses viktiga enligt de arbetsterapeutiska processmodellerna, eftersom de delvis är framtagna för att realisera ett klientcentrerat arbetssätt (Chisholm & Boyt Schell, 2014; Fisher & Nyman, 2007; Kielhofner & Forsyth, 2012b). Vidare innebär ett klientcentrerat arbete att se varje patient som en enskild individ och forma behandlingen utifrån dennes förutsättningar och behov (Argentzell & Leufstadius; 2010; Kielhofner & Forsyth, 2012b). Enligt deltagarna realiserar klientcentrering genom att låta individens mål vara i fokus under processen samt implementera individanpassade åtgärder. Det här är i linje med Sumsion (2000) som anger att patienten ska delge sina mål och arbetsterapeuten ska via sin yrkesexpertis, anpassa åtgärder och hjälpa patienten att nå dessa mål. Kristensen et al. (2011) har dessutom identifierat ett flertal studier som bekräftar att ett klientcentrerat arbete resulterar i bättre måluppfyllelse. Slutsatsen är därför att deltagarnas hänsynstagande till

klientcentrering är produktivt, eftersom måluppfyllelse bidrar till en framgångsrik rehabilitering för patienten.

Deltagarna hade liknande erfarenheter av varför uppföljningar är en central del inom arbetsterapiprocessen. De menade att en uppföljning gör det möjligt att identifiera de förändringar som rehabiliteringsarbetet har genererat. Uppföljningar realiseras genom att göra om samma aktivitets- och funktionsbedömningar som utfördes i början av patientens rehabilitering. Deltagarnas resonemang kan kopplas till den teori som anger att en uppföljning ska ge svar på hur framgångsrik en åtgärd är, vilket förutsätter att en uppföljning utförs ett tag efter att en åtgärd implementerats (Breckenridge & Jones, 2015; Chisholm & Boyt Schell, 2014; Fisher & Nyman, 2007; Unsworth, 2007). Deltagarna beskrev också att om en uppföljning påvisar att en åtgärd inte fungerar måste nya bedömningar utföras och andra åtgärder tillsättas. Detta resonemang kan kopplas till arbetsterapeutiska processmodeller eftersom de beskriver att om en åtgärd ej bedöms som framgångsrik måste arbetsterapiprocessen börjas om på nytt (Chisholm & Boyt Schell, 2014; Fisher & Nyman, 2007; Kielhofner & Forsyth, 2012b).

OTIPM förespråkar att använda både observationer och självskattning som är relaterade till patientens aktivitetsutförande som uppföljningsmetoder (Fisher & Nyman, 2007). Nielsen och Wæhrens (2015) undersökte om endast en bedömningsmetod kunde generera tillräckligt med information och fann att observation och självskattning inte genererade likartad information och rekommenderar därför att bägge metoderna används. En av deltagarna i innevarande studie beskrev likt teorin att det är grundläggande att genomföra både observation och ta hänsyn till patientens subjektiva aktivitetsupplevelser. Utifrån Nielsen och Wæhrens (2015) samt Fisher och Nymans (2007) rekommendationer anses det således mest gynnsamt att realisera båda metoderna i det kliniska uppföljningsarbetet.

Deltagarna i innevarande studie beskrev att annan vårdpersonal ofta är med under patientens aktivitetsutförande, vilket innebär att de inte alltid behöver göra en egen observation. Kopplat till Nielsen och Wæhrens (2015) studie som anger att det är tidskrävande att göra både en observation och en självskattning kan deltagarnas tillvägagångssätt vara lämpligt. Framförallt inom akutvården då uppföljningar vanligtvis inte prioriteras på grund av kort inläggningstid. En deltagare menade däremot att observationer kan tolkas olika från personal till personal, vilket kan vara en nackdel. Resonemanget överensstämmer med Tariah et al. (2011) som anger att andra vårdprofessioner har begränsad förståelse för arbetsterapi, vilket resulterar i en större osäkerhet kring tillvägagångssättet.

Det framkom i resultatet att uppföljningsproblematik delvis orsakas av patientens bristande förståelse kring de förändringar patienten gjort under sin rehabilitering. Det kan vara fördelaktigt att utföra uppföljningar angående patientens medvetenhet om hans funktionshinder och aktivitetsförmåga flera gånger under en rehabiliteringsprocess (Ekstam, Uppgard, Kottorp & Tham, 2007). Deltagarna beskrev däremot att uppföljningar som bedöms utifrån ett bedömningsinstrument ökar patientens medvetenhet eftersom ett instrument ger en objektiv bild av patientens utveckling. Därför använder flera av deltagarna bedömningsinstrument i samband med uppföljning. Deltagarnas tillvägagångssätt styrks av Kristensen, Borg och Hounsgaard (2012) som anger att exempelvis Canadian Occupational Performance Measure (COPM) är ett instrument som bidrar till att patienten enklare kan delta i diskussioner om målsättning och strategier för att nå sina mål. Deltagarna samt Socialstyrelsen (2012) belyser dock att samma bedömningsinstrument bör användas vid både bedömning och uppföljning, eftersom det resulterar i att patienterna kan jämföra och uppmärksamma förändringar.

Bowman (2006) och Pilegaard, Birn och Kristensen (2014) beskriver att det förekommer att arbetsterapeuter inte använder bedömningsinstrument i sitt kliniska arbete. Det framkom även i innevarande studie där en deltagare beskrev att hen inte använder bedömningsinstrument. Enligt Bowman (2006) kan detta bero på att dessa arbetsterapeuter, på grund av begränsad erfarenhet, saknar kunskap om hur instrument ska användas. Detta skulle kunna vara en anledning till varför deltagaren inte tillämpar bedömningsinstrument, men eftersom deltagaren besitter en lång erfarenhet inom neurologisk rehabilitering är det ingen slutsats som kan dras. Utebliven användning av instrument kan resultera i att patienter inte får det stöd de är i behov av (Edwards, Hahn, Perlmutter, Sheedy & Dromerick, 2006; Pilegaard et al., 2006). Det är därför mest fördelaktigt att använda bedömningsinstrument, vilket ju också majoriteten av deltagarna i innevarande studie gör.

I resultatet framkom det även att uppföljningar är komplexa eftersom det inte finns några specifika rutiner på när i tiden en uppföljning ska genomföras. Enligt deltagarna beror det på att patienters förändringar sker olika snabbt och att rehabiliteringsprocessen är individuellt utformad, vilket även framhålls av Lexell och Rivano-Fisher (2017). Unsworth (2000) belyser en teori om när mätning av åtgärder borde genomföras. Enligt teorin ska mätningar genomföras innan en åtgärd har implementerats och sedan göra en uppföljning efter, alternativt periodvis, under pågående åtgärd. Om möjligheter finns kan uppföljning dessutom genomföras efter att patienten är utskrivet (Keith, 1995; Unsworth, 2000). Teorin skulle kunna användas som en riktlinje för deltagarna angående när i tiden en uppföljning ska

genomföras, trots att patienters rehabiliteringsprocess är olika utformade och att deltagarna träffar sina patienter i varierad utsträckning. Riktlinjerna kan däremot vara problematiska för deltagarna som arbetar inom akutvården på grund av att mätningar och uppföljningar likt dessa kräver en längre vårdkontakt.

Som tidigare nämnt framkom det i resultatet att uppföljningar inte prioriteras inom akutvården, vilket gör det svårt för deltagarna att veta hur patientens rehabilitering fortgår. Det kan därför vara svårt för deltagarna att erhålla en djupare kunskap av hur framgångsrika de implementerade åtgärderna är för respektive patientgrupp. Enligt Socialstyrelsen (2014; 2019) är detta viktiga aspekter som har stor betydelse för evidensbaserad praktik och en systematisk uppföljning. Deltagarna beskrev att det uppstår frustration när uppföljningar inte hinns med, eftersom de bryr sig om sina patienter, vilket går i linje med Larsen et al. (2019) som anger att tillfredsställelsen påverkas negativt när tiden för patienten inte räcker till. Deltagarnas kunskap om åtgärders verkan hade förmodligen ökat om uppföljningar prioriteras inom akutvården, dessutom hade deras frustration minskat. Evidensbaserad praktik ska dessutom eftersträvas av alla verksamma arbetsterapeuter, vilket är ett ytterligare argument till att prioritera uppföljningar inom akutvården (Socialstyrelsen, 2019). Nackdelen med resonemanget är vårdkedjans organisationsstruktur, då olika instanser inom hälso- och sjukvården besitter olika ansvarsområden. Enligt Region Skåne (2018) ska patienten efter akutvården följas upp av lämplig instans och att ta detta beslut beskrev deltagarna som deras huvuduppgift i relation till uppföljningar. På grund av vårdkedjans organisationsstruktur och kort inläggningstid skulle det därför kunna bli problematiskt att prioritera uppföljningar inom akutvården.

I resultatet framgår det att framgångsrik rehabilitering består av ett välfungerande teamarbete. Teamarbete påvisades dessutom ha en betydande inverkan på arbetsterapiprocessen. En grundläggande faktor för att uppnå framgångsrik rehabilitering är enligt deltagarna att teamet har gemensamma mål, vilket styrks av Suddick och De Souza (2007). Det är däremot ofta som arbetsterapeuter upplever att andra vårdprofessioner saknar förståelse för arbetsterapi, vilket kan påverka teamarbetet negativt (Aiken et al., 2011; Tariah et al., 2011; Suddick & De Souza, 2007). Det här är i linje med vad majoriteten av deltagarna beskrev. De upplever att andra teammedlemmar kan ha problem med att förstå syftet av ett självständigt aktivitetsutförande, vilket gör det svårt att gå vidare i arbetsterapiprocessen. En framgångsrik rehabilitering och arbetsterapiprocess kräver därmed att teamet har en god förståelse för varandras kompetenser och strävar efter att nå gemensamma mål (Suddick & De Souza, 2007; Tariah et al., 2011).

Slutligen framkom det att den fysiska miljön på arbetsplatsen påverkar deltagarnas arbetsterapiprocess, eftersom miljön har inflytande på deltagarnas möjlighet att praktisera arbetsterapi. Enligt Kielhofner (2012) måste den fysiska miljön vara utformad och utrustad med föremål som främjar ett aktivitetsutförande. Deltagarna beskrev att hjälpmedel, träningsredskap och lokaler för aktivitets- och funktionsbedömningar samt aktivitets- och funktionsträningar är faktorer som ingår i den fysiska miljön på arbetsplatsen. Dessvärre bedömde majoriteten av deltagarna att den fysiska miljön på deras respektive arbetsplatser är begränsad. Begränsat med träningsredskap kan exempelvis resultera i att det blir problematiskt att realisera åtgärder i form av funktionsträning, vilket i sin tur kan påverka både arbetsterapiprocessen och patientens rehabiliteringsprocess negativt. En begränsad fysisk miljö kan enligt Aronsson et al. (2012) och Tariah et al. (2011) resultera i missnöje, vilket kan kopplas till deltagarnas erfarenheter om att begränsad tillgång till fysiska resurser är frustrerande. En deltagare upplever däremot att arbetsplatsen innehar de resurser som krävs för att praktisera arbetsterapi på ett framgångsrikt sätt, eftersom arbetsplatsen exempelvis har anpassade lokaler för aktivitetsträningar och funktionsbedömningar. Utifrån vad deltagaren angivit och med hänsyn till Aronsson et al. (2012) och Tariah et al. (2011) borde det därför vara en självklarhet att deltagarna får rätt förutsättningar gällande den fysiska miljön för att kunna utföra sitt professionsutövande på ett framgångsrikt sätt och erbjuda patienten en framgångsrik rehabiliteringsprocess.

Metoddiskussion

En kvalitativ studie har genomförts där kliniskt verksamma arbetsterapeuter har skildrat sina erfarenheter angående arbetsterapiprocessen och uppföljningar. Via intervjuer med detta ämne som utgångspunkt har studiens syfte besvarats. En kvantitativ studie var därför ej aktuellt, då det hade försvårat inhämtningen av deltagarnas subjektiva erfarenheter (Henricson, 2017).

I kvalitativa studier önskas en variation av det fenomen som undersöks. För den här studien innebär det en variation mellan deltagarna med avseende på exempelvis ålder och kön. Det optimala hade därför varit att intervjua två kvinnor och två män i olika åldersgrupper, men då det var endast en man som ville delta i studien gick detta tyvärr inte att uppfylla vilket resulterar i att studiens trovärdighet påverkas negativt (Henricsson & Billhult, 2012). Studiens trovärdighet påverkas däremot positivt av att deltagare för respektive åldersgrupp identifierades. Trovärdigheten ökar också på grund av att deltagarna arbetar på tre olika arbetsplatser. Trovärdigheten hade däremot ökat ytterligare ifall samtliga deltagare

arbetade på olika arbetsplatser eftersom det hade genererat en större variation gällande deltagarnas erfarenheter (Henricsson & Billhult, 2012).

Totalt ville åtta arbetsterapeuter delta i studien, men endast fyra valdes ut, vilket innebär att studiens resultat inte går att generalisera (Danielsson, 2012). Antalet deltagare kan upplevas begränsat, därför hade det varit intressant att se hur studiens resultat hade påverkats av ett större antal deltagare. Henricsson och Billhult (2012) beskriver däremot att det viktiga i en kvalitativ studie är att de intervjuer som genomförs genererar betydelsefull information. Det anses således mer fördelaktigt att genomföra ett färre antal intervjuer där deltagarnas erfarenheter skiljer sig, jämfört med ett större antal intervjuer där deltagarnas erfarenheter inte skiljer sig. Trost (2010) beskriver dessutom att en ohanterligt mängd material kan påverka studiens resultat negativt, vilket ansågs som en viktig aspekt att ta hänsyn till. På grund av detta i kombination med begränsad tid ansågs det lämpligt att intervjua fyra deltagare.

Datainsamlingen skedde via semistrukturerade intervjuer, vilket innebär att författaren hade en förutbestämd intervjuguide med öppna frågor att förhålla sig till (Trost, 2010). Att ställa öppna frågor resulterade i att viss information inte kunde användas i studien, då det inte gav svar på studiens syfte. Det här bedöms som ogynnsamt, eftersom en del av materialet fick exkluderas ur studien. Ett alternativt tillvägagångssätt hade varit att ställa mer specificerade frågor, vilket innebär en mer styrd intervjuguide. Danielsson (2012) anger att en styrd intervjuguide innebär att författaren ställer samma frågor till samtliga deltagare, vilket författaren bedömer som mer lätthanterlig att förhålla sig till. Nackdelen med detta tillvägagångssätt är att deltagarnas svar hade blivit mer styrda och eftersom syftet för studien är att skildra arbetsterapeuters subjektiva erfarenheter ansågs det gynnsamt att ställa öppna frågor (Danielsson, 2012). Öppna frågor med följdfrågor kan dessutom bidra till en större trovärdighet i studien (Trost, 2010).

Enligt Danielsson (2012) är det gynnsamt att genomföra en provintervju innan påbörjad datainsamling. Författaren genomförde en provintervju med en kurskamrat, men det hade däremot varit fördelaktigt att genomföra en ytterligare provintervju med en legitimerad arbetsterapeut för att få en bättre förståelse kring hur frågeguiden skulle kunna bli mer adekvat (Danielsson, 2012). Fler provintervjuer skulle således varit fördelaktigt att genomföra, främst eftersom författaren aldrig gjort liknande intervjuer tidigare. Författaren valde däremot att bortprioritera en ytterligare provintervju på grund av tidsbrist.

Enligt Trost (2010) har intervjuplatsen en betydande roll eftersom det är viktigt att deltagaren känner sig trygg och bekväm i den miljö där intervjun genomförs. Författaren tog detta i beaktande och lät samtliga deltagarna välja både tid och plats för intervjun, varpå

alla intervjuer genomfördes på deltagarnas respektive arbetsplats. Vid ett par tillfällen avbröts intervjuerna då deltagarnas kollegor kom in i mötesrummen. Detta kan ha påverkat både deltagarna och författaren eftersom intervjun blev avbruten och betydande information kan ha utelämnats (Trost, 2010). Enligt Danielsson (2012) hade det varit fördelaktigt att sätta upp en lapp på dörren som hade informerat kollegorna om att en intervju pågick, då det förmodligen hade minskat antalet avbrutna intervjuer.

Analysen påbörjades genom att transkribera datainsamlingen direkt efter avslutad intervju. När textmaterialet var färdigställt valde författaren att ytterligare en gång lyssna på samtliga intervjuer för att identifiera eventuella fel. Momentet upplevdes tidskrävande, men eftersom viss korrigerings genomfördes ansågs det nödvändigt.

Dataanalysprocessen fortsatte med en kvalitativ innehållsanalys, vilket anses lämpligt vid analys av textmaterial (Danielsson, 2012). Den kvalitativa innehållsanalysen genomfördes som en riktad innehållsanalys vilket innebär att en specifik teori eller tydliga begrepp ligger till grund under bearbetning av textmaterialet (Hsieh & Shannon, 2006).

För att erhålla variation och därigenom ökad trovärdighet i studien hade det varit fördelaktigt om flera personer deltog i analysarbetet för att jämföra sina analyser. Det här var dessvärre inte möjligt eftersom författaren genomförde studien ensam. Författaren förde däremot en kontinuerlig diskussion tillsammans med handledaren under både analys- och resultatarbetet för att verifiera det som deltagarna beskrivit (Lundman & Hällgren-Granheim, 2017). Författaren valde också att i studien exemplifiera innehållsanalysens olika steg, då det påverkar trovärdigheten positivt (Danielsson, 2012).

För att respektera deltagarnas integritet valde författaren dels att inte skriva ut vilka deltagare som sagt vad i resultatredovisningen och dels att exkluderas information i det transkriberade materialet som skulle kunna kopplas ihop med respektive deltagare och dess arbetsplats (Trost, 2010). Ett hänsynstagande till konfidentialitet har således varit ett viktigt förhållningssätt under studien (Kristensson, 2014). Författaren upplevde att konfidentialitet genererade en trygghetskänsla hos både författaren och deltagarna främst på grund av att informationen inte ska kunna kopplas ihop med deltagarna eller dess arbetsplats.

Slutsats

Att följa arbetsterapiprocessen i det kliniska arbetet inom neurologisk rehabilitering handlar om att arbeta klientcentrerat. Uppföljningar är komplexa eftersom det saknas tydliga rutiner gällande när i tiden en uppföljning ska realiseras och uppföljningsmetoderna varierar. En stor

orsak till att det uppstår uppföljningsproblematik inom akutvården är att uppföljningar inte prioriteras på grund av kort vårdkontakt, vilket resultera i frustration och en ofullständig arbetsterapiprocess.

För att uppnå en framgångsrik arbetsterapiprocess krävs en tillgänglig fysisk och social miljö på arbetsplatsen. Det bör finnas tillräckligt med hjälpmedel, träningsredskap och anpassade lokaler för att kunna praktisera framgångsrik arbetsterapi. Dessutom måste teamet inom neurologisk rehabilitering ha ett väl fungerande samarbete, vilket kräver gemensamma mål och att andra vårdprofessioners förståelse för arbetsterapi ökar.

Studien kan framförallt användas för att vägleda arbetsterapeuter i deras uppföljningsarbete, exempelvis när och hur uppföljningar bör realiseras. Det skulle kunna resultera i att uppföljningar upplevas mindre komplexa. Studien kan också användas för att få en djupare kunskap om arbetsterapiprocessen och dess viktiga element.

I framtida studier anses det viktigt att undersöka uppföljningar dels på en större population och dels inom andra verksamheter. En ytterligare rekommendation för framtida studier är att undersöka betydelsen av att realisera uppföljningar i en större utsträckning inom akutvården.

Referenser

- Aiken, F. E., Fournier, A. M., Cheng, I. K. S., & Polatajko, H. J. (2011). The meaning gap in occupational therapy: Finding meaning in our own occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 78*(5), 294–302. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.2182/cjot.2011.78.5.4>
- Argentzell, E., & Leufstadius, C. (2010). Meningsfull aktivitet och psykiskt funktionshinder. I M. Eklund., B. Gunnarsson., & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (1. Uppl., s. 175–200). Lund: Studentlitteratur
- Argentzell, E., & Leufstadius, C. (2010). Teoretiska grunder inom psykosocial arbetsterapi. I M. Eklund., B. Gunnarsson., & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. (1. Uppl., s. 41–72). Lund: Studentlitteratur
- Aronsson, G., Hellgren, J., Isaksson, K., Johansson, G., Sverke, M., & Torbiörn, M. (2012). Arbets- och organisationspsykologi: individ och organisation i samspel (1. Uppl.). Stockholm: Natur & Kultur
- Björkdahl, A. (2013). Aktivitetsförmåga. I C. Jönsson (Red.), *Stroke: Patienters, närståendes och vårdares perspektiv* (1. Uppl., s. 103–121). Lund: Studentlitteratur.
- Bowman, J. (2006). Challenges to measuring outcomes in occupational therapy: a qualitative focus group study. *British Journal of Occupational Therapy, 69*(10), 464–472. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cem&AN=106188420&site=ehost-live>
- Breckenridge, J., & Jones, D. (2015). Evaluation in everyday occupational therapy practice: Should we be thinking about treatment fidelity? *British Journal of Occupational Therapy, 78*(5), 331–333. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0308022614562583>
- Chisholm, D., & Boyt Schell, B. (2014). Overview of the Occupational Therapy Process and Outcomes. I H.S. Willard., C.S. Spackman., B.A.B. Schell., G. Gillen., & M.E. Scaffa (Red.),

Willard & Spackman's occupational therapy (12. Uppl., s. 266–280). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad* (1. Uppl., s. 163–173). Studentlitteratur AB.

Edwards, D.F., Hahn, M.G., Baum, C.M., Perlmutter, M.S., Sheedy, C., & Dromerick, A.W. (2006). Screening patients with stroke for rehabilitation needs: validation of the post-stroke rehabilitation guidelines. *Neurorehabilitation & Neural Repair*, 20(1), 42–48. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c cm&AN=106339423&site=ehost-live>

Ekstam, L., Uppgard, B., Kottorp, A., & Tham, K. (2007). Relationship between awareness of disability and occupational performance during the first year after a stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(5), 503–511. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c cm&AN=105971166&site=ehost-live>

Fisher, A. G., & Nyman, A. (2007). *OTIPM: en modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi*. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.

Gillen, G., & Boyt Schell, B. (2014). Introduction to Evaluation intervention, and Outcomes for Occupations. I H.S. Willard., C.S. Spackman., B.A.B. Schell., G. Gillen., & M.E. Scaffa (Red.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (12. Uppl., s. 606–609). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Henricsson, M., Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad* (1. Uppl. s. 129–137). Studentlitteratur AB.

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Hsieh, H., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277–1288. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c cm&AN=106402988&site=ehost-live>

Hurst, J., & Krizaj, T. (2012). Perceptions of a client-centred approach among Slovenian occupational therapists. *International Journal of Therapy & Rehabilitation, 19*(2), 70–78. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c cm&AN=104544408&site=ehost-live>

Keith, R.A. (1995). Outcomes research series. Conceptual basis of outcome measures. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 74*(1), 73–80. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c cm&AN=107407927&site=ehost-live>

Kielhofner, G., & Forsyth, K. (2012a). Bedömningsinstrument: Att välja och använda strukturerade och ostrukturerade metoder för att samla information I G. Kielhofner (Red.), *Model Of Human Occupation: teori och tillämpning* (1. Uppl., s. 151–165). Lund: Studentlitteratur.

Kielhofner, G., & Forsyth, K. (2012b). Terapeutiskt resonemang: Att planera, genomföra och utvärdera behandlingsresultat. I G. Kielhofner (Red.), *Model Of Human Occupation: teori och tillämpning* (1. Uppl., s. 139–149). Lund: Studentlitteratur.

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

Kristensen, H. K., Borg, T., & Hounsgaard, L. (2012). Aspects affecting occupational therapists' reasoning when implementing research-based evidence in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 19*(2), 118–131. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/11038128.2011.556197>

Kristensen, H. K., Persson, D., Nygren, C., Boll, M., & Matzen, P. (2011). Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(1), 11–25. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/11038120903563785>

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

Larsen, A. E., Adamsen, H. N., Boots, S., Delkus, E. C. G., Pedersen, L. L., & Christensen, J. R. (2019). A survey on client-centered practice among danish occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(5), 356–370. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/11038128.2018.1465584>

Lexell, J., & Rivano-Fischer, M. (2017). *Rehabiliteringsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, C., & Molander, C. (2008). *Teamarbete i medicinsk rehabilitering*. (1. Uppl.). Stockholm: Liber.

Lundman, B., & Hällgren-Granheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Nielsen., & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3. Uppl., s. 219–233). Studentlitteratur AB, Lund.

Maureen- Neistadt, E., Blesedell, M.E., & Crepeau, E.B. (1998). Introduction to Occupational Therapy. I H.S. Willard., C.S. Spackman., M.E. Neistadt., & E.B. Crepeau (Red.), *Willard & Spackman´s occupational therapy* (9. Uppl., s. 5–12). Philadelphia, Pa.: Lippincott.

Nielsen, K. T., & Wæhrens, E. E. (2015). Occupational therapy evaluation: use of self-report and/or observation? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(1), 13–23. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/11038128.2014.961547>

Pilegaard, M., Pilegaard, B., Birn, I., & Kristensen, H. (2014). Assessment of occupational performance problems due to cognitive deficits in stroke rehabilitation: A survey...including commentary by Morgan MFG. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 21(6), 280–288. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.uid&db=cm&AN=103955603&site=ehost-live>

Region Skåne (2018). *Regionalt vårdprogram för uppföljning, rehabilitering och sekundärprevention efter stroke och TIA*. Hämtad från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varprogram---fillistning/varprogram-rehabilitering-stroke-tia-region-skane-181115.pdf?fbclid=IwAR2V2d7CujG3pr2Orq1AH68r9ldu25zIFmxjM9BywS14iRTZjWloiI4lkXU>

Shotwell, M. (2014). Evaluating Clients. I H.S. Willard., C.S. Spackman., B.A.B. Schell., G. Gillen., & M.E. Scaffa (Red.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (12. Uppl., s. 281–301). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Sirkka, M., Larsson-Lund, M., & Zingmark, K. (2014). Occupational therapists' experiences of improvement work: a journey towards sustainable evidence-based practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), 90–97. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/11038128.2013.872183>

Socialstyrelsen. (2019) Att arbeta evidensbaserat. Hämtad 20-01-13 från https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/arbete-evidensbaserat/?fbclid=IwAR0ScMOlqcST0zM-NZokmc6FLS90QkcRXeb2g_a_Yew2SbypyP4Rz83zIM_o

Suddick, K.M., & De Souza, L.H. (2007). Therapists' experiences and perceptions of teamwork in neurological rehabilitation: Critical happenings in effective and ineffective teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 21(6), 669–686. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.uid&db=cm&AN=105845307&site=ehost-live>

Sumsion, T. (2000). A Revised Occupational Therapy Definition of Client-Centred Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(7), 304–309. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.uid&db=cm&AN=105845307&site=ehost-live>

cm&AN=104165735&site=ehost-live

Sumsion, T., & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153–162.

Retrieved from

[http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c
cm&AN=106278986&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c
cm&AN=106278986&site=ehost-live)

Socialstyrelsen (2016). *Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/ms-och-parkinsons-sjukdom/>

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för vård vid stroke: Stöd och styrning och ledning*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/stroke/?fbclid=IwAR0yXgoBPIWAUGPYqYY3prfEWbPa4TNT6djN8agi7NNiZT-flButS-x4kE>

Socialstyrelsen (2012). *Om standardiserade bedömningsmetoder*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/bedomningsmetoder/>

Socialstyrelsen (2014). *Systematisk uppföljning: beskrivning och exempel*. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/verktyg/?fbclid=IwAR11Ua82durtHuO1jIv9hwSZBp8nKEmVUx9qhF4RQvMUcKEOw4MCIRy_nKI

Sveriges kommuner och regioner (2020). *Tabell 7. Antal anställda efter ålder och regioner nov 2018*. Hämtad från https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/personalstatistik/personalenisiffror/tabellerlands-tingsanstalldpersonal2018.27838.html?fbclid=IwAR3_TujDGHk7BOW6F6-jy4qSD_6Jg376RxnMcFOXrEKkanu_22U96b00UjA

Tariah, H. S. A., Hamed, R. T., AlHeresh, R. A., Abu-Dahab, S. M. N., & AL-Oraibi, S.

(2011). Factors influencing job satisfaction among Jordanian occupational therapists: A qualitative study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(6), 405–411. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1440-1630.2011.00982.x>

Thoren-Jönsson, A-L. (2017). Grounded Theory. I B. Höglund-Nielsen., & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3. Uppl., s.153–176). Lund Studentlitteratur.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Unsworth, C. (2000). Measuring the outcome of occupational therapy: tools and resources. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47(4), 147–158. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c cm&AN=107021707&site=ehost-live>

Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S., & Law, M. (2001). Implementing client-centred practice: why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 70–79. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=c cm&AN=107042030&site=ehost-live>



INFORMATIONSBREV TILL MELLANHAND

Till XX.

”Erfarenheter av arbetsterapiprocessen men särskilt fokus på uppföljningar i det kliniska arbetet inom neurologisk rehabilitering”.

Jag skulle uppskatta om du ville vara behjälplig att rekrytera arbetsterapeuter inom neurologisk rehabilitering som vill delta i ovanstående studie.

Syftet med studien är att: *Beskriva arbetsterapeuters erfarenheter av arbetsterapiprocessen inom neurologisk rehabilitering, med ett särskilt fokus på uppföljningar.* Under mina VFU-upplevelser har det ofta förekommit en diskussion med handledare och annan vårdpersonal att uppföljningar inte prioriteras jämfört med bedömning eller implementering av åtgärder. Jag skulle därför vilja intervjua arbetsterapeuter för att undersöka deras erfarenheter av att arbeta i enlighet med arbetsterapiprocessen samt undersöka vad uppföljningar genererar i deras kliniska arbete.

Tanken är att genomföra en semistrukturerad intervju med fyra arbetsterapeuter inom neurologisk rehabilitering, med önskan om varierad ålder och kön. Intervjun spelas in och förvaras säkert tills att uppsatsen är godkänd, därefter raderas den. Data kommer att analyseras med en riktad innehållsanalys.

Studien genomförs som mitt examensarbete på Arbetsterapeutprogrammet vid Lunds universitet. Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning
Stina Petersson

Student
Stina Petersson
Studerande på arbetsterapeutprogrammet
Mobil: 073–8277031
St3042pe-s@student.lu.se

Handledare
Eva Månsson Lexell
Titel: Leg arbetsterapeut, Docent,
Forskargrupp Arbetsterapi och Aktivitetsvetenskap.
Intuitionen för hälsovetenskaper, Lunds Universitet
Tfn: + 46 46222 89 95
Mobil: +46 72 738 22 44
E-post: eva.mansson_lexell@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 00



INFORMATIONSBREV TILL STUDIEDELTAGARE

”Erfarenheter av arbetsterapiprocessen men särskilt fokus på uppföljningar i det kliniska arbetet inom neurologisk rehabilitering”.

Hej!

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Jag kontaktar dig på grund av att X har angett din mailadress och meddelat att du är intresserad av att delta som intervjuperson i min kandidatuppsats. Syftet med studien är att: *Beskriva arbetsterapeuters erfarenheter av arbetsterapiprocessen inom neurologisk rehabilitering, med ett särskilt fokus på uppföljningar.* Under mina VFU-upplevelser har det ofta förekommit en diskussion med handledare och annan vårdpersonal att uppföljningar inte är en prioriterad åtgärd men det saknas mer kunskap i ämnet. Jag skulle därför vilja intervjua dig för att höra om dina erfarenheter av att arbeta i enlighet med arbetsterapiprocessen och vad uppföljningar genererar i ditt kliniska arbete.

Intervjun beräknas ta max 1 timme och genomförs av mig, Stina Petersson. Jag erbjuder plats för intervjun alternativt att Du själv föreslår en plats. Med Din tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst till dess att min uppsats är godkänd. Därefter kommer den att raderas.

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. I den färdiga uppsatsen kommer inga enskilda arbetsterapeuter att kunna identifieras.

Om Du vill delta ber jag Dig underteckna samtyckesblanketten och skicka tillbaka den i bifogat mail, se adress nedan. Alternativt om Du vill lämna den till mig i samband med intervjutillfället. Materialet kommer att förvaras inlåst och används endast under arbete med studien.

Studien ingår som ett examensarbete i Arbetsterapeutprogrammet vid Lunds universitet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning

Stina Petersson

Student: Stina Petersson

Studerande på arbetsterapeutprogrammet

Mobil: 073-8277031

St3042pe-s@student.lu.se

Handledare: Eva Månsson Lexell

Titel: Leg arbetsterapeut, Docent,

Forskargrupp Arbetsterapi och Aktivitetsvetenskap.

Intuitionen för hälsovetenskaper, Lunds Universitet

Tfn: + 46 46222 89 95 och Mobil: +46 72 738 22 44

E-post: eva.mansson_lexell@med.lu.se

*Postadress: Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. Besöksadress:
Baravägen 3, Lund*

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om *Erfarenheter av arbetsterapiprocessen men särskilt fokus på uppföljningar i det kliniska arbetet inom neurologisk rehabilitering.*

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Underskrift Student

Ort/datum

Ort/datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Frågeguide

Arbetsterapiprocessen

- Kan du beskriva hur du arbetar som arbetsterapeut inom neurologisk rehabilitering?
 - o Kan du beskriva hur du tar hänsyn till klientcentrering och kliniskt resonemang i ditt yrkesutövande?
- Kan du beskriva hur du tillämpar arbetsterapiprocessen i ditt arbete? (När och hur genomförs bedömning, målformulering och implementering av åtgärder?).

Uppföljningar

- Kan du berätta hur du följer upp olika åtgärder i ditt arbete?
 - o Är det olika typer av uppföljningar?
 - o Ändrar du uppföljningsmetod beroende på vilken klient du har eller vad är det som påverkar val av uppföljning?
- Hur ser uppföljningsrutinerna ut? När och hur genomförs de?
- Anser du att vissa uppföljningar är enklare eller svårare att utföra än andra? Kan du beskriva vilka och varför?

Arbetsplatsens ramar

- Hur skulle du beskriva att ett teamarbete inom neurologisk rehabilitering fungerar och vilken betydelse det har för arbetsterapiprocessen?
- Hur skulle du beskriva andra vårdprofessioners förståelse för arbetsterapi?
- Finns det några beslut eller ramar från organisationen/arbetsplatsen som inverkar på ditt kliniska resonemang? Kan du beskriva?
- Hur skulle du beskriva arbetsmiljöns fysiska tillgångar och begränsningar? Exempelvis tillgång till lokaler och lämpliga bedömningsinstrument osv.