



MEDICINSKA
FAKULTETEN

Institutionen för hälsovetenskaper
Arbetsterapeutprogrammet

Arbetsterapeuters användning av aktivitetsbaserade interventioner inom regional vård

En enkätstudie

Författare: Ellen von Schéele och Windolin Arnaout

Handledare: Björn Slaug

Kandidatuppsats, enkätstudie

Våren 2026

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för rehabilitering
Box 117, 221 00 LUND

Arbetsterapeuters användning av aktivitetsbaserade interventioner inom regional vård

En enkätstudie

Författare: Ellen von Schéele och Windolin Arnaout

Handledare: Björn Slaug

Examensarbete på kandidatnivå, enkätstudie

Våren 2026

Abstrakt

Bakgrund: Användandet av aktivitetsbaserade interventioner har visats ha positiva effekter för rehabilitering samt för arbetsterapeuters roll och yrkesidentitet. Samtidigt finns det utmaningar för tillämpningen av aktivitetsbaserade interventioner i sjukhusmiljö som kan begränsa användningen. **Syfte:** Syftet var att undersöka användningen av aktivitetsbaserade interventioner inom regional hälso- och sjukvård. **Metod:** Tvärsnittsstudie med explorativ och induktiv ansats. För datainsamling användes en webb-enkät, som 46 verksamma arbetsterapeuter i regional vård besvarade. För dataanalys användes huvudsakligen deskriptiv statistik och sambandsanalyser, medan två öppna enkätfrågor analyserades med kvalitativ analys. **Resultat:** De faktorer som främst hade samband med högre användning av aktivitetsbaserade interventioner var behandlingens längd och utnyttjande av arbetsterapeutiska teorier och modeller. Kompetensutveckling och tillgång till lokaler och material tenderade också att ha betydelse, medan sociala faktorer som stöd från kollegor och förståelse från anhöriga inte hade det. Arbetsterapeuter beskrev situationskomponenter som både hindrande och främjande för användandet av aktivitetsbaserade interventioner. **Slutsats:** Studien har bidragit till ökad kunskap gällande vilka faktorer som kan inverka på användandet av aktivitetsbaserade interventioner inom regional vård. Resultaten kan användas för att rikta åtgärder och förbättringsarbeten så att de har störst effekt för ökat användande av aktivitetsbaserade interventioner. Fortsatt forskning behövs kring aktivitetsbaserade interventioner i övriga regioner i Sverige och med större urval.

Nyckelord:

Arbetsterapi, Aktivitetsbaserade interventioner, Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM), Transactional Model of Occupation (TMO)

Occupational therapist's use of occupation-based interventions in regional healthcare

A survey study

Author: Ellen von Schéele och Windolin Arnaout

Supervisor: Björn Slaug

Bachelor thesis, survey study

Spring 2026

Abstract

Background: The use of occupation-based interventions has been shown to have positive effects on rehabilitation and occupational therapists' role and professional identity. At the same time, there are challenges applying occupation-based interventions in a hospital environment. **Aim:** The aim was to investigate the use of occupation-based interventions in regional healthcare. **Method:** Cross-sectional study design with an exploratory and inductive approach. A web-based survey was used for data collection, with 46 occupational therapists working in regional healthcare responding. For data analysis, mainly descriptive statistics and correlation analyses were used, while two open-ended survey questions were analysed qualitatively. **Results:** The factors that were mainly associated with higher use of occupation-based interventions were treatment duration and utilization of occupational therapy theories and models. Competence development and access to facilities and materials also tended to be important, while social factors such as support from colleagues and understanding from relatives did not. Occupational therapists described situational elements as both hindering and promoting the use of occupation-based interventions. **Conclusion:** The study has contributed to increased knowledge regarding which factors can influence the use of occupation-based interventions in regional healthcare. The results can be used to direct measures and improvement efforts so that they have the greatest effect on increasing the use of occupation-based interventions. Continued research is needed on occupation-based interventions in other regions of Sweden and with a larger sample.

Keywords

Occupational therapy, occupation-based intervention, Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM), Transactional Model of Occupation (TMO)

Lund University
Faculty of Medicine
Program Committee for Rehabilitation
Box 117, S-221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Bakgrund	4
Aktivitet och hälsa	4
Transactional Model of Occupation	5
Occupational Therapy Intervention Process Model	6
Aktivitetsbaserade interventioner	7
Öppenvården och slutenvården	9
Arbeterapeutens roll och yrkesidentitet	9
Problemformulering	10
Syfte	11
Forskningsfrågor	11
Metod	11
Design	11
Urval	11
Datainsamling och enkätkonstruktion	12
Dataanalys	13
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat	15
I vilken utsträckning arbetar arbetsterapeuter med aktivitetsbaserade interventioner?	15
Finns det faktorer i arbetsplatsens miljö som påverkar användningen av aktivitetsbaserade interventioner?	20
Skiljer sig användningen av aktivitetsbaserade interventioner inom de regionala vårdformerna? ...	21
Skiljer sig användningen av aktivitetsbaserade interventioner beroende på längden på behandlingen?	22
Hur anser arbetsterapeuter att de använder sig av aktivitetsbaserade interventioner?	23
Diskussion	24
Resultatdiskussion	24
Metoddiskussion	29
Slutsats och implikationer	30
Referenser	32
Bilaga 1 (1)	39

Introduktion

Aktivitetsbaserade interventioner som sätts in tidigt i rehabiliteringsprocessen ökar möjligheterna för fler att återfå funktions- och aktivitetsförmågor (Robinson et al., 2026). Upp till en tredjedel av äldre vuxna uppvisar påtaglig funktionell och kognitiv försämring efter att ha varit akut inlagda på slutenvårdavdelning. En bidragande faktor är stillasittande och passivitet i samband med sjukhusvistelsen. Samtidigt kan arbetsterapeutiskt arbete hindras av bristande resurser (Aas & Bonsaksen, 2023; Bolt et al., 2022; Hess-April et al., 2017). Denna studie syftar till att undersöka användningen av aktivitetsbaserade interventioner inom regional hälso-och sjukvård vilket enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (2024) inkluderar öppenvården och slutenvården. Detta för att bidra med kunskap om hur förutsättningarna för en ökad användning av aktivitetsbaserade interventioner kan förbättras.

Bakgrund

Aktivitet och hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) (1948) definierar hälsa som ett stadie av mentalt-, fysiskt- och socialt välmående och inte enbart frånvaro av sjukdom. Möjligheten att välja och göra betydelsefulla aktiviteter skapar värde av både meningsfullhet och samhörighet (Erlandsson & Persson, 2020; Hocking & Sutton, 2024; Wilcock & Hocking, 2015). Vid funktionsnedsättning till följd av sjukdom kan aktiviteter upplevas vara ansträngande, skadliga eller obehagliga, vilket kan påverka möjligheten till att delta i aktiviteter och uppleva hälsa (Hocking & Sutton, 2024; Socialstyrelsen, 2024). I samband med detta kan känslan av sammanhang och tidigare roller och vanor ändras (Wook Lee & Kielhofner, 2020). Att plötsligt insjukna kan i vissa fall innebära att det finns nya rollförväntningar där individen intar en mer passiv roll och eventuellt förlorar tidigare roller och vanor. Hur omgivningen reagerar på en sjukdom eller funktionsnedsättning kan även påverka återhämtningen där bemötandet, så som överdriven hjälpsamhet, kan göra att rollen som hjälplös befästs. Möjligheten att bibehålla tidigare aktiviteter kan därför ge individen känsla av hälsa och mening även vid sjukdom.

Det finns flera sätt att kategorisera aktiviteter utifrån olika områden, exempelvis Pitonyak och Wilbur (2024) nämner aktiviteter utifrån kategorier som utbildning, arbete, lek, avkoppling och socialt deltagande. I ADL-taxonomi (Törnquist & Sonn, 1994) definieras aktiviteter i dagliga livet (ADL), som indelas i personliga aktiviteter i dagliga livet (P-ADL) och instrumentella aktiviteter i dagliga livet (I-ADL). Aktiviteter som är basala för överlevnad, exempelvis att sköta personlig hygien eller att äta ingår i P-ADL. Aktiviteter som är mer komplexa, exempelvis att betala räkningar eller köpa dagliga varor ingår i I-ADL. Kunskapen om utövande av aktiviteter och dess mening kan ligga till grund för målformulering, bedömning och fokus för fortsatta interventioner (Fisher & Marterella, 2019).

Transactional Model of Occupation

Transactional Model of Occupation (TMO) är en modell med aktivitets- och situationscentrerat fokus (Fisher & Marterella, 2019). Dess grund är att aktiviteter är centrala i människans liv vilket innebär att arbetsterapeuters arbete ska ha utgångspunkt i aktivitet. TMO särskiljer på aktivitetskomponenter som är centrala och situationskomponenter men framhåller vikten av att dessa interagerar med varandra. Aktivitetskomponenter utgörs av tre delar. En del är det observerbara aktivitetsutförandet som vid bedömning ger arbetsterapeuten kunskap om vilka färdigheter en individ har i olika moment i aktiviteten. En annan del är erfarenheten i aktivitet, det vill säga individens egen uppfattning om hur och på vilket sätt den kan utföra aktiviteter. Slutligen utgörs aktivitet av delaktighet, vilket innebär på vilket sätt och med vilket engagemang eller deltagandenivå en person deltar i aktiviteten.

Situationskomponenterna är sju till antalet och symboliseras som vågor, det vill säga en ständig rörelse som påverkar och påverkas av aktivitet (Fisher & Marterella, 2019). Dessa sju komponenter är geopolitiska komponenter, sociala omgivningskomponenter, fysiska omgivningskomponenter, uppgiftskomponenter, klientkomponenter, tidskomponenter och sociokulturella komponenter. De geopolitiska komponenterna kan exempelvis vara geografiska- och ekonomiska faktorer. Det finns två typer av omgivningskomponenter, den ena är sociala omgivningskomponenter som kan vara relationer med andra personer eller tidigare roller. Den andra omgivningskomponenten är fysiska omgivningskomponenter som kan omfatta föremål, digitala verktyg eller platser. Uppgiftskomponenter kan exempelvis vara avsedd struktur och syfte för en specifik uppgift. Klientkomponenter kan innefatta en individs

personfaktorer och kroppsfunktioner. Inom klientkomponenter ingår även nätverket kring individen, så som anhöriga eller personal. Tidskomponenter kan exempelvis vara mönster och varaktighet. Avslutningsvis är sociokulturella komponenter vilka kan vara regler, normer och attityder. Genom att använda TMO kan arbetsterapeuten således förstå det situationsspecifika sammanhanget vilket ger en djupare förståelse kring aktivitet och individens förutsättningar i arbetet med patienten.

Occupational Therapy Intervention Process Model

Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) är en arbetsterapeutisk processmodell som har sin teoretiska grund i TMO (Fisher & Marterella, 2019). Modellen kan arbetsterapeuter följa från början till slut vid patientkontakt oavsett vårdform. Modellen består av faserna bedömning, intervention och utvärdering. OTIPM utgår från ett aktivitetscentrerat förhållningssätt som grundar sig i att människan är en görande varelse, att aktiviteter är en viktig del av människans liv och att aktiviteter står i fokus under arbetsterapiprocessen. Arbetsterapeuter i klinisk kontext har uppgett att deras professionella identitet växt genom att de utgått från OTIPM i deras kliniska resonemang vilket medfört att deras professionella roll blivit tydligare för dem själva, deras team och deras patienter. Utifrån Fisher och Marterella (2019) bör arbetsterapeutiska interventioner vara patientcentrerade, aktivitetsfokuserade, aktivitetsbaserade och ekologiskt relevanta.

Ett klientcentrerat förhållningssätt innebär att arbetsterapeuten utgår från klientens behov och intressen (Fisher & Marterella, 2019). I denna studie används patientcentrerat förhållningssätt i samma bemärkelse som klientcentrerat. Arbetsterapeuten bör stödja patienter med att delta i meningsfulla aktiviteter som bygger på patienternas mål och åsidosätta sina egna värderingar gällande vilka aktiviteter som kan anses vara meningsfulla (Fisher & Marterella, 2019). Kristensen et al. (2011) redogör för att patientcentrering bidrar till att patienter känner sig delaktiga i rehabiliteringsprocessen, att de arbetar utifrån de mål som de själva satt och att de klarar sina aktiviteter efter rehabiliteringen.

Vidare innebär ett aktivitetscentrerat förhållningssätt att arbetsterapeuten arbetar aktivitetsfokuserat och aktivitetsbaserat (Fisher & Marterella, 2019). Framför allt aktivitetsbaserade belyses som viktigt av Fisher och Marterella (2019) i både bedömning och

intervention. Det innebär att verkliga aktiviteter utförs av patienten och under observation av arbetsterapeuten vilket medför att det finns ett fokus kring utförandet av aktiviteter.

Aktivitetsbaserat arbete kan i vissa fall vara aktivitetsfokuserat när arbetsterapeuten och patienten samtalar om aktiviteter eller kontextuella faktorer.

Utifrån ett ekologiskt perspektiv bör både aktivitet och kontext vara reella (Fisher & Marterella, 2019). Det vill säga en aktivitet bör inte ske “på låtsas” eller i en miljö som inte liknar verkligheten. Fisher och Marterella (2019) understryker att arbetsterapeuten bör utnyttja befintliga resurser i en klinisk kontext för att göra aktiviteter så verklighetsbaserade som möjligt, eftersom bedömning och intervention i den miljön egentligen inte är ekologiskt relevanta. Studier visar att kontextuella faktorer kan påverka prestation i färdigheter i aktivitet (Kehoe & Rice, 2016; Lough et al., 2012; Sackaloo et al., 2015).

Aktivitetsbaserade interventioner

Fisher och Marterella (2019) beskriver sju interventionsmodeller. De interventioner som inte ingår i OTIPM är simulerade aktiviteter, repeterande träning samt förberedande åtgärder, som inte är aktivitetsbaserade, aktivitetsfokuserade eller ekologiska och därmed kan utföras av andra professioner. De följande fyra interventionsmodellerna är så kallade kärninterventioner vilka är unika för just arbetsterapi och är utgångspunkt i denna studie.

Den första kärninterventionen är “Modellen för kompensation” som är aktivitetsfokuserad och aktivitetsbaserad (Fisher & Marterella, 2019). Syftet är att kompensera för nedsatt förmåga i aktivitet genom användning av hjälpmedel, anpassning av miljö och aktiviteter samt att lära ut kring alternativa strategier. En annan aktivitetsfokuserad kärnintervention är “Modellen för utbildning och undervisning” som består av grupputbildning kring faktorer som stödjer aktivitetsutförande. “Modellen för att förvärva färdighet i aktivitet” är både aktivitetsfokuserad och aktivitetsbaserad. Den innebär att patienter bibehåller eller utvecklar sitt aktivitetsutförande genom att träna i aktivitet, vilket kan ske med stöd av strategier och anpassad svårighetsgrad. Slutligen är den aktivitetsbaserade “Återställsmodellen för förbättring av kroppsfunktioner och andra patientkomponenter”. Denna har som syfte att bibehålla eller förbättra kroppsfunktioner genom träning i aktivitet. Av dessa interventioner kan samma åtgärd ingå i flera av kärninterventionsmodellerna.

Det finns god evidens för att aktivitetsförmågan kan öka vid aktivitetsbaserade interventioner i både slutenvården och öppenvården. I slutenvården kan det medföra ökad delaktighet i aktiviteter och att patienter upplever välbefinnande (Wall et al., 2024). Aktivitetsbaserade grupprogram inom slutenvården medförde tillfredsställelse hos patienter, utveckling av färdigheter genom att göra och att vara delaktiga i aktiviteter (Spalding et al., 2022). Det framkommer även i studier som observerat interventioner i öppenvården att användandet av aktivitetsbaserade interventioner har haft god effekt. Individer med typ 2-diabetes upplevde välbefinnande genom deltagande i meningsfulla aktiviteter som en del av ett aktivitetsbaserat program (Ağce & Ekici, 2020). Arbetsterapeuter inom onkologi förbättrade patienters aktivitetsutförande genom bland annat grupputbildningar och skapande aktiviteter (Udovicich et al., 2020). Aktivitetsbaserade interventioner medförde också förbättrat aktivitetsutförande och tillfredsställelse hos patienter med försämrade funktionstillstånd i övre extremiteten, detta genom exempelvis användning av hjälpmedel (Sheerin et al., 2023). Välbefinnandet ökade bland patienter med kronisk ryggsmärta efter att miljö och aktivitet anpassades av arbetsterapeuter (Demoulin et al., 2010). Delaktighet i I-ADL ökade bland patienter med Parkinsons sjukdom genom kompensatoriska strategier, hjälpmedel och uppgiftsspecifik träning med mera (Foster et al., 2021). Studier som behandlade hemrehabilitering visade att aktivitetsbaserade interventioner även fungerade i hemmet. I en studie kring träning för äldre personer jämfördes två träningsgrupper med varandra (Liu et al., 2017). Den ena gruppen tränade i styrketräning och den andra gruppen tränade även i aktivitet. Den senare gruppen hade kvarstående aktivitetsförmåga sex månader efter interventionen, detta till skillnad från gruppen som enbart utförde styrketräning som hade fått minskad aktivitetsförmåga vid uppföljning. Studier visar att aktivitetsbaserade interventioner där fokus ligger på att träna i uppgiftsspecifika aktiviteter (Bell et al., 2021) och vardagsaktiviteter såsom påklädnad eller att bada har positiva effekter på återhämtning efter stroke (Moon et al., 2022). För att möjliggöra träning i vardagliga aktiviteter krävs ibland samordning av flera aktivitetsbaserade interventioner, så som träning i aktivitet, compensation och miljöanpassning i hemmet samt att ge instruktioner till patient och anhöriga.

Öppenvården och slutenvården

Öppenvården och slutenvården ingår i regional hälso-och sjukvård (SKR, 2024).

Öppenvården är så kallad öppen med anledning av att vårdinsatser kan avslutas efter några timmar. Majoriteten av sjukvårdskontakter sker i öppenvården enligt en rapport från SKR (2023) som beräknade 86 miljoner vårdkontakter under år 2021. Öppenvård bedrivs i sjukhusmottagningar, primärvårdsmottagningar, specialistmottagningar och distanskontakter samt hembesök. Tre fjärdedelar av patienterna med kroniska sjukdomar har årligen en uppföljning hos öppenvården. De vanligast förekommande folksjukdomarna i Sverige är diabetes, astma, reumatoid artrit, KOL och hjärtsvikt. Genom behandling hos öppenvården kan komplikationer även förebyggas. Exempelvis kan framtida sjukhusinläggningar förebyggas genom att rökavvänjning erbjuds till en patient med KOL. Eftersom livslängden ökar och sjukvården idag har bättre behandlingsmöjligheter, är öppenvården på så vis betydelsefull utifrån ett folkhälsoperspektiv (SKR, 2023).

Slutenvård innebär att en patient blir inskriven på intensivvård- eller intagningsavdelning med insatser som ges under hela dygnet (SKR, 2024). Slutenvården indelas i planerad vård och oplanerad vård (SKR, 2022). Majoriteten av vårdinsatser i slutenvården tillhör oplanerad vård, vilket innebär att patienter ges omedelbara vårdinsatser på grund av sjukdom. Planerad vård är vanligt vid exempelvis kirurgiska ingrepp, där ingreppet planerats i förväg och vårdavdelningen på så vis planerat att en patient kommer uppta en vårdplats. Vårdplatser beskrivs nämligen vara dyra och begränsade, vilket belyser behovet av att ta vara på professioners olika kompetenser i slutenvården.

Arbeterapeutens roll och yrkesidentitet

I det multidisciplinära teamet kan arbetsterapeutens unika expertis om hälsa och aktivitet skapa ett helhetsperspektiv över patientens aktivitetsutmaningar (Bolt et al., 2022). Medan andra professioners fokus ligger på en mer funktionsfokuserad- eller medicinsk vård så är arbetsterapeutens förhållningssätt mer aktivitetscentrerad. Tidigare studier redogör för att kroppsfunction och funktionsträning inte nödvändigtvis behöver påverka aktivitetsförmågan (Árnadóttir et al., 2010; Bendixen et al., 2014; Herrador Colmenero et al., 2018; Kollen et al., 2009; Liu et al., 2017; Teri et al., 1989).

För att ta vara på arbetsterapeutens kompetens och motivera dennes expertis blir det därför viktigt att framhålla vikten av fokus på aktivitet (Bolt et al., 2022; Wall et al., 2024). Det framkom i en studie av Hess-April et al. (2017) att det patientcentrerade fokuset var av stort värde för arbetsterapeutens roll och yrkesidentitet och betydelsefullt för att bedriva arbetsterapeutiska interventioner. Det framgick även att det var viktigt att jobba utifrån de mål som var meningsfulla för patienter och som främjar delaktighet i aktiviteter samt roller och uppgifter. Det var viktigt för arbetsterapeuterna i studien att de strategier som de lärde ut och tränade med patienterna under sjukhusvistelsen, även skulle fungera i patienternas vardagsmiljö.

Problemformulering

Det finns skillnader i förhållningssätt mellan professioner i teamet, detta skapar ibland utmaningar för arbetsterapeuter att bedriva en aktivitetsbaserad vård inom akut- och subakut sjukhuskontext (Bolt et al., 2022). Aktivitetsbaserade arbetssätt kan förbises och nedprioriteras i medicinbaserade vårdssystem på grund av ekonomiska intressen (Wilcock & Hocking, 2015). Bristande resurser i form av tid, material och utrymme kan skapa utmaningar i arbetsterapeutens arbete och möjligheten att jobba patientcentrerat (Aas & Bonsaksen, 2023; Bolt et al., 2022; Hess-April et al., 2017). Tidigare studier visar att arbetsterapeuter gärna jobbar aktivitetsbaserat men att det finns en diskrepans där arbetsterapeuter upplever sig arbeta mer aktivitetsbaserat än vad de faktiskt gör i praktiken (Aas & Bonsaksen, 2023). Det förekommer att arbetsterapeuter använder sig av bedömningar och interventioner som inte nödvändigtvis går att härleda till just arbetsterapi (Fisher & Marterella, 2019). Detta på grund av att arbetsterapeuter ibland tar på sig andra professioners roller till följd av andra professioners förväntningar.

Sammanfattningsvis, utifrån denna bakgrund kan aktivitetsbaserade interventioner förbättra kroppsfunction och aktivitetsförmåga. Utifrån tidigare studier framkommer det att aktivitetsbaserade interventioner skulle kunna användas i större utsträckning. Denna studie avser därför att undersöka hur aktivitetsbaserade interventioner används i regional hälso-och sjukvård. På så sätt kan studien bidra med kunskap om hur en ökad användning av dessa interventioner kan underlättas.

Syfte

Syftet är att undersöka användningen av aktivitetsbaserade interventioner av arbetsterapeuter inom regional hälso- och sjukvård.

Forskningsfrågor

- I vilken utsträckning arbetar arbetsterapeuter med aktivitetsbaserade interventioner?
- Finns det faktorer i arbetsplatsens miljö som påverkar användningen av aktivitetsbaserade interventioner?
- Skiljer sig användningen av aktivitetsbaserade interventioner inom de regionala vårdformerna?
- Skiljer sig användningen av aktivitetsbaserade interventioner beroende på längden på behandlingen?
- Hur anser arbetsterapeuter att de använder sig av aktivitetsbaserade interventioner?

Metod

Design

Denna studie var en enkätstudie med explorativ- och induktiv ansats. Det innebär att studien hade för avsikt att utforska ett område, se möjliga mönster i insamlade data, identifiera samband och generera hypoteser (Creswell & Creswell, 2018). Studiedesignen var huvudsakligen kvantitativ men med ett kvalitativt inslag för att fördjupa analysen. Vidare hade studien en tvärsnittsdesign som innefattade att data samlades in under ett enskilt mättillfälle (SBU, 2016).

Urval

I ett tidigt stadiet kontaktades arbetsterapeuter i en region i södra Sverige via e-post och dessa blev tillfrågade att vara mellanhänder i studien. Uppdraget som mellanhand innefattade att sprida vidare enkäten till de som uppfyllde inklusionskriterierna (Ejlertsson, 2019), det vill säga yrkesverksamma arbetsterapeuter som var anställda och verksamma inom regional hälso-

och sjukvård. Två av tio sjukhus besvarade inte mailkontakten och ingick därför inte i studien. Primärvården valde att inte delta i studien vilket resulterade i att studiens syfte begränsades till specialiserad öppenvård, specialiserad slutenvård samt öppen eller sluten akutsjukvård. Information kring uppdraget som mellanhand bifogades till kontaktpersonerna tillsammans med en länk till enkäten samt informationsbrev till studiedeltagarna. En påminnelse skickades även ut efter enkätutskicket för att öka svarsfrekvensen. Författarna av studien skickade även ut påminnelser till arbetsterapeuter som uppfyllde inklusionskriterierna i deras eget kontaktnät för att öka svarsfrekvensen. Enligt Ejlertsson (2019) har svarsfrekvensen, det vill säga de tillfrågade som svarat, minskat och ligger för många undersökningar. Då studien behövde minst 30–70 respondenter utifrån kandidatarbetets riktlinjer skickades enkäten till cirka 140 antal (*n*) arbetsterapeuter i regionen. Av dessa var det 46 respondenter som deltog i studien, vilket är en svarsfrekvens på 32,8 %.

Datainsamling och enkätkonstruktion

Vid enkätstudier krävs ett gediget grundarbete med att skapa en bakgrund kring området, utifrån tidigare litteratur och forskning, för att därefter kunna formulera relevanta frågor (Ejlertsson, 2019). Data insamlades genom en enkätmodul skapad i programmet Sunet Survey (Artologik Software, u.å). Enkäten var publicerad och möjlig att besvara mellan den 18 mars år 2026 till den 10 april år 2026.

Enkätfrågorna utgick från Fisher och Marterella (2019) definition av aktivitetsbaserade interventioner. Det ingick även enkätfrågor kring faktorer som kunde påverka användandet av aktivitetsbaserade interventioner i enlighet med tidigare forskning och litteratur (Aas & Bonsaksen, 2023; Bolt et al., 2022; Fisher & Marterella, 2019; Hess-April et al., 2017; Wilcock & Hocking, 2015).

De 15 enkätfrågorna var kvantitativa förutom fråga 13 och fråga 15 (se Bilaga 1). Fråga 13 hade ett öppet svarsalternativ och avsåg att besvara den kvalitativa forskningsfrågan “Hur anser arbetsterapeuter att de använder sig av aktivitetsbaserade interventioner?”. Fråga 15 var en öppen fråga med syfte att fördjupa förståelsen för de kvantitativa frågeställningarna.

Aktivitetsbaserade interventioner var centrala i samtliga forskningsfrågor. För att undvika snedvridning och för att samtliga respondenter skulle kunna delta i enkäten oavsett kunskap om aktivitetsbaserade interventioner, så användes ett objektiva språk och det gavs exempel för att förtydliga vad som kunde ingå i respektive intervention. På fråga 8 och 9 (se Bilaga 1) definierades samtliga interventioner. I dessa frågor motsvarade alternativ ett “Modellen för kompensation”, alternativ två “Modellen för utbildning och undervisning”, alternativ tre “Modellen för att förvärva färdigheter i aktiviteter” och alternativ fyra “Återställsmodellen för förbättring av kroppsfunction” vilka var kärninterventionerna. Därtill motsvarade alternativ fem “Repeterande funktionsträning”, alternativ sex “Förberedande och behandlande åtgärder” och alternativ sju “Simulerade aktiviteter” vilka var icke-aktivitetsbaserade interventioner.

Innan enkäten skickades ut utfördes en pilotstudie. Pilotstudier genomförs för att skapa en uppfattning om hur undersökningen förstås av respondenter och vad som kan behöva förtydligas (Eliasson, 2018). En pilotstudie kan därför bidra till en utformning som minimerar risk för missförstånd och till att studien får en tydlig struktur som underlättar för respondenterna. Eftersom mellanhänderna uppfyllde inklusionskriterierna för studien så erbjöds de att delta i pilotstudien. Mellanhänderna blev tillfrågade om det fanns frågor eller svarsalternativ som behövde förtydligas, samt hur lång tid det tog att besvara enkäten. Respondenterna i pilotstudien angav exempel på frågor att ställa samt gav exempel på hur specifika begrepp och frågor kunde tydliggöras. Respondenterna önskade att få möjlighet att kommentera på vissa frågor och efterfrågade fler svarsalternativ på vissa frågor. Vidare angav respondenterna att enkäten tog fem till tio minuter att fylla i. Utifrån återkopplingen på pilotstudien anpassades enkäten i den mån det var möjligt utifrån studiens syfte.

Dataanalys

För att koda, göra beräkningar och analysera svaren från enkäten användes IBM SPSS Statistics (IBM Corp, 2025). Enkäten (se Bilaga 1) utgjordes främst av frågor där svaren angavs på skalnivåerna nominalskala, ordinalskala samt två frågor med öppna svarsalternativ. Interventionerna i enkäten har kategoriserats i fyra aktivitetsbaserade interventioner och tre icke-aktivitetsbaserade interventioner. De aktivitetsbaserade interventionerna är “Prova ut hjälpmedel/göra miljöanpassningar/testa alternativa strategier i aktivitet”, “Hålla i grupputbildning exempelvis artrosskola eller grupper för anhöriga”, “Träna i aktivitet för att

bli bättre i aktivitet...” och “Träna i aktivitet för att förbättra kroppsformåga”. Användningen av varje intervention angavs på en skala från 0–10. En indexvariabel hade skapats för att fånga i vilken utsträckning aktivitetsbaserade interventioner användes. Indexvariabeln skapades genom att summera värdena för de fyra aktivitetsbaserade interventionerna, och har därför ett värde mellan 0 och 40.

Data har huvudsakligen behandlats utifrån kvantitativ analys, medan de två öppna frågorna hanterades kvalitativt för att fördjupa analysen av resultaten (Creswell & Creswell, 2018). Den insamlade kvantitativa datan analyserades både deskriptivt samt genom sambandsanalyser och jämförelser mellan olika grupper. Icke-parametriska test användes eftersom de inte förutsätter att testvariablerna är normalfördelade. Deskriptiv statistik användes för att ge en beskrivning om hur respondenterna svarat på de olika enkätfrågorna; för att beskriva resultaten har genomgående centralmått, spridningsmått och frekvens använts (Eliasson, 2018). Frågeställningen “I vilken utsträckning använder arbetsterapeuter aktivitetsbaserade interventioner?” besvarades utifrån enkätfrågorna 8, 9, 13 och 14. Enkätfrågorna presenteras med deskriptiv statistik. Utöver detta gjordes Spearmans korrelationstest för att testa om det fanns samband mellan olika variabler och Kruskal-Wallis test eller Mann-Whitneys U-test för att analysera skillnader mellan grupper. För att besvara frågeställningen “Finns det faktorer i arbetsplatsens miljö som påverkar användningen av aktivitetsbaserade interventioner?” analyserades fråga 3 till 8 samt fråga 10 till 12 genom Spearmans korrelationstest. För att besvara frågeställning ”skiljer sig användningen av aktivitetsbaserade interventioner inom de regionala vårdformerna?” användes Kruskal-Wallis test. Frågeställningen “Skiljer sig användningen av aktivitetsbaserade interventioner beroende på längden på behandlingen?” utgår ifrån vad respondenterna svarat på enkätfråga 2. Det gjordes även ett Mann-Whitney U-test för att analysera skillnader mellan grupper. Vid samtliga statistiska test var signifikansnivån satt till $p < 0,05$ i enlighet med Ejlerthsson (2019).

Frågeställningen ”Hur anser arbetsterapeuter att de använder sig av aktivitetsbaserade interventioner?” besvarades genom följdfråga på fråga 13 och är en del av den kvalitativa analysen. De respondenter som angett att de arbetade aktivitetsbaserat fick ange exempel på detta, och svaren indelades efter ”I-ADL”, ”P-ADL” och ”kontext”. De respondenter som svarat att de inte arbetade aktivitetsbaserat fick också ange varför de inte gjorde detta, vilket beskrevs under “Hinder för aktivitetsbaserade interventioner”.

Forskningsetiska avvägningar

Denna studie följde forskningsetiska aspekter med stöd av handledare i enlighet med den etiska koden för arbetsterapeuter (Sveriges arbetsterapeuter, 2022). En utgångspunkt i denna studie var respekt utifrån människans värde och självbestämmande (World Medical Association, 2024) och de etiska principerna för forskning om information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Informationskravet tillämpades genom att ett följebrev för mellanhand respektive respondent skickades ut i samband med enkätutskicket. Dessa innehöll information kring studiens syfte och vad det innebar att vara respondent i studien (Ejlertsson, 2019; Utbildningsdepartementet, 2003:460; World Medical Association, 2024). I följebrevet stod även information i enlighet med samtyckeskravet kring rätten att bestämma över sitt eget deltagande. Utifrån konfidentialitetskravet anonymiserades respondenterna och hantering av data utfördes så att anonymiteten inte kunde röjas. Data hanterades på ett säkert sätt med skydd mot obehörig åtkomst, delades inte vidare och kommer att raderas efter avslutad godkänd studie. Utifrån nyttjandekravet användes inhämtade uppgifter enbart utifrån studiens syfte och inte i annat ändamål.

Resultat

Av de 46 respondenter som besvarade enkäten var det 39,1 % som jobbade i specialiserad slutenvård, 37,0 % som jobbade i specialiserad öppenvård och 19,6 % i akutsjukvård. Utöver dessa var det 4,3 % som uppgav "Annat" och som inte inkluderades vid jämförelse mellan grupper i regional vård. I medelvärde hade respondenterna arbetat 13,2 år som arbetsterapeuter. Medelvärdet för antalet år på den nuvarande arbetsplatsen var 8,2 år.

I vilken utsträckning arbetar arbetsterapeuter med aktivitetsbaserade interventioner?

Resultatet visar på att "Modellen för kompensation" och "Modellen för att förvärva färdigheter i aktivitet" används mest och i lika stor grad (median=8,00), varav båda är aktivitetsbaserade interventioner. "Modellen för utbildning och undervisning" som är aktivitetsfokuserad och aktivitetsbaserad, samt "simulerade aktiviteter" som inte är aktivitetsbaserad används i lägst utsträckning (median=1,50 respektive 1,00). För detaljer, se Tabell 1.

Tabell 1*Användandet av aktivitetsbaserade- och icke aktivitetsbaserade interventioner, N=46*

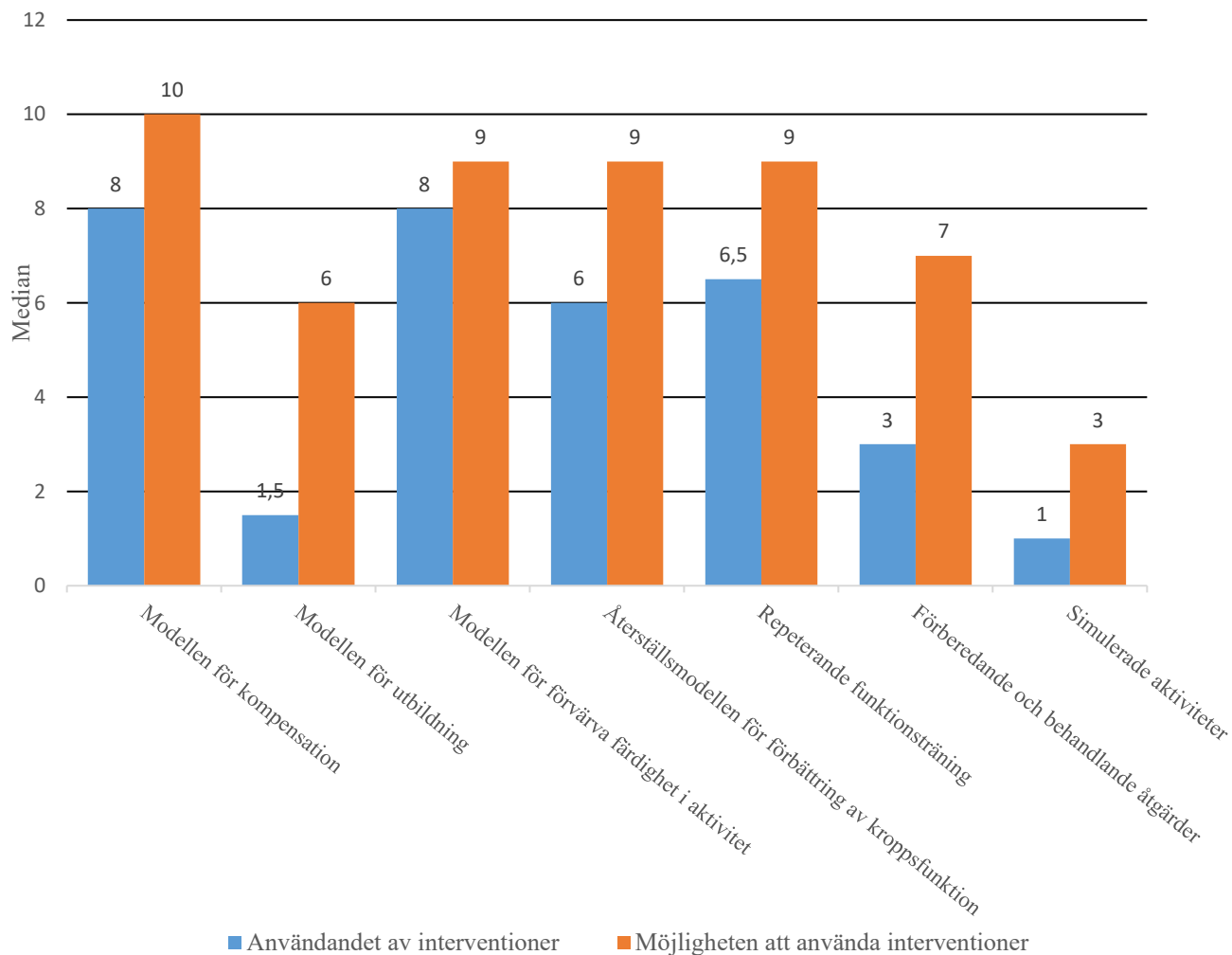
Intervention ^a	Median	(q1 - q3) ^b
Modellen för kompensation (ABI)	8,00	(6,00 - 10,00)
Modellen för utbildning och undervisning (ABI)	1,50	(1,00 - 5,00)
Modellen för att förvärva färdigheter i aktivitet (ABI)	8,00	(3,00 - 10,00)
Återställsmodellen för förbättring av kroppsfunktion (ABI)	6,00	(3,00 - 9,00)
Repeterande funktionsträning	6,50	(3,00 - 9,00)
Förberedande och behandlande åtgärder	3,00	(1,75 - 9,00)
Simulerade aktiviteter	1,00	(1,00 - 3,00)

Fotnot. ABI = Aktivitetsbaserade interventioner.^a Skala från inte alls (=0) till dagligen (=10). ^b q1= nedre kvartil (25%) q3= övre kvartil (75%).

Respondenterna angav att samtliga aktivitetsbaserade interventioner kunde appliceras i högre utsträckning än vad de gjorde i nuläget. Framför allt ”Modellen för utbildning och undervisning” uppgavs kunna användas i högre utsträckning (median 1,50 för användning jämfört med 6,00 för möjlighet att använda). Se Figur 1.

Figur 1

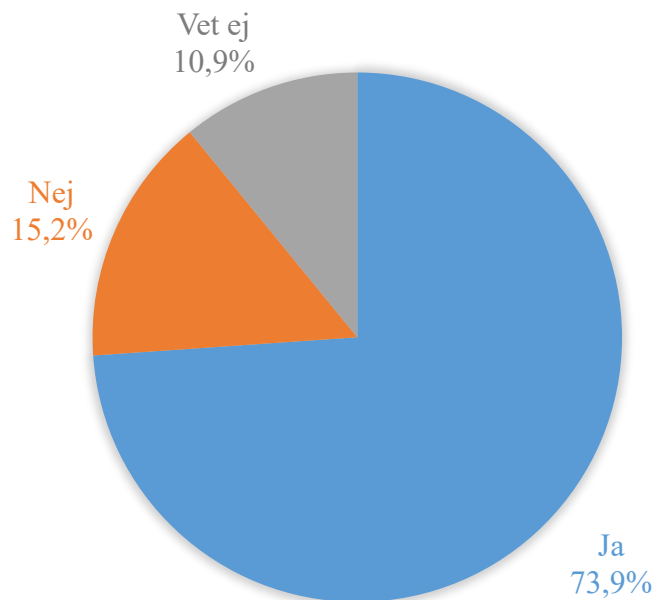
Användandet av samtliga interventioner i relation till möjligheten att använda sig av interventionerna i verksamheten



Fördelningen av svaren på frågan om respondenterna ansåg sig arbeta aktivitetsbaserat visade att tre fjärdedelar av respondenterna ansåg det. Av den resterande fjärdedelen svarade drygt hälften att de inte ansåg sig arbeta aktivitetsbaserat medan återstående respondenter inte visste om de arbetade aktivitetsbaserat (se Figur 2).

Figur 2

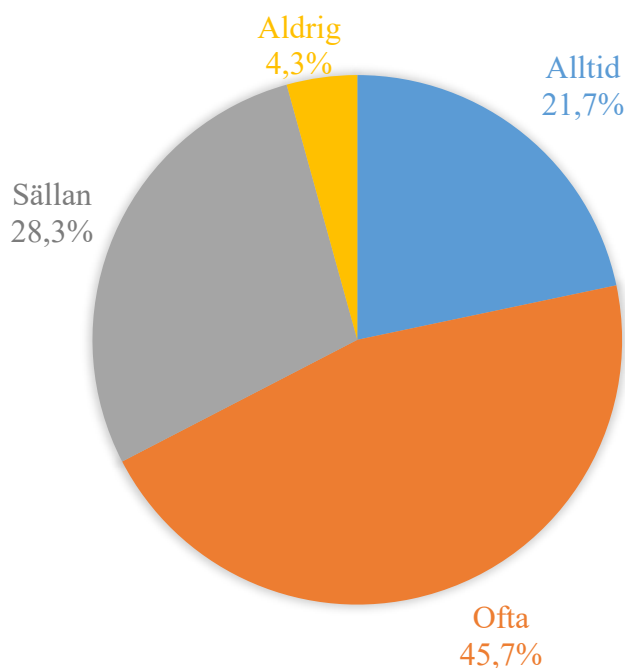
Respondenters uppfattning av att arbeta med aktivitetsbaserade interventioner enligt OTIPM:s definition



Enligt resultatet ansåg nästan hälften av respondenterna att de ofta använde sig av teorier och modeller i sitt arbete, en dryg fjärdedel angav att de sällan använde sig av teorier och modeller i sitt arbete och 4,3% att de aldrig gjorde det (se Figur 3). På frågan “Är det något mer du vill tillägga utifrån studiens syfte?” angav flera respondenter att de inte aktivt använde sig av teorier och modeller i sitt dagliga arbete men att dessa låg som grund i deras arbete. En respondent nämnde att litteratur kunde fungera som stöd vid mer komplexa situationer.

Figur 3

Användningen av arbetsterapeutiska teorier och modeller i arbetet med patienter



Det fanns ett signifikant samband mellan användandet av aktivitetsbaserade teorier och modeller ($p=0,009$), och användandet av aktivitetsbaserade interventioner. Sambandet hade en måttligt stark positiv korrelation (se Tabell 2).

Tabell 2

Samband mellan användande av aktivitetsbaserade teorier och modeller och användande av aktivitetsbaserade interventioner, $N=46$

	Användande av ABI ^b	
	Korrelationskoefficient	P-värde ^c
Användande av aktivitetsbaserade teorier och modeller ^a	0,382	0,009

Fotnot: Spearmans korrelationstest. ABI = aktivitetsbaserade interventioner. Signifikans markerat med fetstil.

^a Skala från 0=Aldrig till 4=Alltid. ^b Indexvariabel 0–40. ^c Tröskel för signifikans, $P < 0,05$

Finns det faktorer i arbetsplatsens miljö som påverkar användningen av aktivitetsbaserade interventioner?

Det framkommer inga signifikanta samband mellan miljöfaktorer och användningen av aktivitetsbaserade interventioner. Under arbetsplatserfarenhet, andra professioners rollförväntningar och förståelse från patienter och anhöriga var sambandet negativt (se Tabell 3).

Tabell 3

Samband mellan miljöfaktorer och användande av aktivitetsbaserade interventioner, N=46

Miljöfaktorer	Användande av ABI ^a	
	Korrelationskoefficient	P-värde ^b
Yrkeserfarenhet (antal år)	0,075	0,624
Arbetsplatserfarenhet (antal år)	-0,027	0,854
Andra professioners rollförväntningar (1–5)	-0,056	0,713
Förståelse från patienter och anhöriga (1–5)	-0,051	0,735

Fotnot. Spearmans korrelationstest. ABI = Aktivitetsbaserade interventioner.

^a Indexvariabel 0–40. ^b Tröskel för signifikans, $P < 0,05$

Drygt hälften (52,2%) av respondenterna uppgav att andra professioner hade ”bra” koll på vad arbetsterapeuter gör, medan drygt en fjärdedel (28,3%) uppgav ”mycket bra” koll och en mindre del (6,5%) angav ”dålig” koll. På frågan om respondenterna upplevde att patienter och deras anhöriga visste vad en arbetsterapeut kunde bidra med var det mer än hälften som angav ”bra” eller ”mycket bra” (63,0%) och mindre än en tiondel ”dåligt” (8,7%). Vidare angav respondenterna att de arbetade mer aktivitetsbaserat när de hade resurser i form av kompetensutveckling (median 39,1 kontra 6,5), lokaler och material (median 47,8 kontra 4,2) samt stöd från kollegor (median 84,8 kontra 2,2). Gällande tid svarade endast en respondent ”nej”. Grupperna var dock små och med hänsyn till att många svarade ”delvis” nådde ingen skillnad statistisk signifikans avseende miljöfaktorer och användningen av aktivitetsbaserade interventioner. För detaljer, se Tabell 4.

Tabell 4*Samband mellan miljöfaktorer och användande av aktivitetsbaserade interventioner, N=46*

Användande av ABI ^a			
	n (%)	Median (q1 - q3) ^b	P-värde ^c
Kompetensutveckling			0,283
Ja	18 (39,1)	16,00 (13,00 - 26,00)	
Nej	3 (6,5)	12,00 (11,00 - 17,00)	
Delvis	25 (54,3)	19,00 (16,00 - 28,00)	
Tid			0,320
Ja	31 (67,4)	18,00 (13,50 - 28,00)	
Nej	1 (2,2)	-	
Delvis	14 (30,4)	19,50 (15,00 - 26,00)	
Stöd från kollegor			0,915
Ja	39 (84,8)	18,00 (13,50 - 26,50)	
Nej	1 (2,2)	-	
Delvis	6 (13,0)	16,50 (15,00 - 28,00)	
Lokaler och material			0,312
Ja	22 (47,8)	20,50 (13,00 - 28,00)	
Nej	2 (4,3)	13,00 (12,00 - 14,00)	
Delvis	22 (47,8)	17,00 (14,00 - 26,00)	

Fotnot. Kruskal-Wallis test. ABI = Aktivitetsbaserade interventioner.

^a Indexvariabel 0–40. ^b q1= nedre kvartil (25%) q3= övre kvartil (75%). ^c Tröskel för signifikans, P <0,05

Skiljer sig användningen av aktivitetsbaserade interventioner inom de regionala vårdformerna?

Det visade sig att användningen av aktivitetsbaserade interventioner låg på en jämn nivå mellan de olika vårdformerna i regional vård. Enligt medianen använde specialiserad slutenvård aktivitetsbaserade interventioner i något högre utsträckning än de övriga vårdformerna (median 18,50 kontra median 16,00 respektive 17,00). Vid analys framgick det att de två respondenterna som angett ”annat” arbetade i hemrehabilitering respektive slutenvård och öppenvård. De två respondenter som angett ”annat” hade en högre användning

av aktivitetsbaserade interventioner (median=28,50) än andra vårdformer, skillnaderna var inte signifikanta (se Tabell 5).

Tabell 5

Användningen av aktivitetsbaserade interventioner utifrån olika vårdformer i regional vård, N=46

	Användande av ABI ^a		
	n (%)	Median (q1-q3) ^b	P-värde ^c
Vårdform			0,321
Specialiserad öppenvård	17 (37,0)	16,00 (13,00 - 28,00)	
Specialiserad slutenvård	18 (39,1)	18,50 (14,00 - 28,00)	
Akutsjukvård	9 (19,6)	17,00 (13,00 - 23,00)	
Annat	2 (4,3)	28,50 (26,00 - 31,00)	
Samtliga	46 (100,0)	18,00 (13,75 - 27,25)	

Fotnot. Kruskal-Wallis test. ABI = Aktivitetsbaserade interventioner.

^a Indexvariabel 0–40. ^b q1= nedre kvartil (25%) q3= övre kvartil (75%). ^c Tröskel för signifikans, P <0,05

Skiljer sig användningen av aktivitetsbaserade interventioner beroende på längden på behandlingen?

Det fanns ett signifikant samband mellan behandlingstid och användandet av aktivitetsbaserade interventioner inom både specialiserad slutenvård (p=0,020) och specialiserad öppenvård (p=0,031). De respondenter som angivit en behandlingstid på sju dygn eller fler angav att de använde aktivitetsbaserade interventioner i högre utsträckning än de vars patienter var inneliggande kortare tid i snitt (median 31,50 kontra 16,50). Liknande resultat fanns inom öppenvården där de respondenter som angivit sju eller fler besökstillfällen använde sig av aktivitetsbaserade interventioner i högre utsträckning (median 27,50 kontra 15,00). För detaljer, se Tabell 6. Av de som arbetade inom akutsjukvård angav ingen längre behandlingstid än 3–4 dagar.

Tabell 6

Sambandet mellan behandlingslängd i slutenvård (n=16) och öppenvård (n=16) och användande av aktivitetsbaserade interventioner

	Användande av ABI ^a		
	n (%)	Median (q1 - q3) ^b	P-värde ^c
Specialiserad slutenvård (n=16)			0,020
1–6 dygn	12 (75,0)	16,50 (14,00 - 21,00)	
7 eller fler dygn	4 (25,0)	31,50 (22,00 - 33,50)	
Specialiserad öppenvård (n=16)			0,031
1–6 besök	10 (62,5)	15,00 (9,75 - 16,50)	
7 eller fler besök	6 (37,5)	27,50 (20,50 - 29,25)	

Fotnot. ABI = Aktivitetsbaserade interventioner. Signifikans markerat med fetstil.

^a Indexvariabel 0–40. ^b q1= nedre kvartil (25%) q3= övre kvartil (75%). ^c Tröskel för signifikans P <0,05

Hur anser arbetsterapeuter att de använder sig av aktivitetsbaserade interventioner?

P-ADL

Flera av respondenterna hade gett exempel på hur de använde sig av aktivitetsbaserade interventioner. Framför allt användes aktivitetsbaserade interventioner i P-ADL exempelvis genom träning i på-och avklädning med eller utan hjälpmedel. Vidare angavs träning i hygien, toalettbesök, förflyttningar samt att äta och dricka. En respondent beskrev att miljö eller aktivitet anpassades. Slutligen angav en respondent att träning i aktivitet skedde under P-ADL bedömning.

I-ADL

Respondenterna angav ett flertal köksaktiviteter som bland annat innefattade att patienter involverades i att välja ut enklare maträtter att laga, träna i att öppna matlagningsförpackningar, brygga kaffe eller baka. I nästan samma utsträckning som köksaktiviteter, angavs fritidsaktiviteter såsom träning i att svinga en golfklubba, skapande såsom att sy, virka, sticka eller trä pärlor, spela spel, spela instrument, handarbete såsom att fläta och makramé, snickeri, promenader, trädgårdsarbete såsom att vattna blommor eller

klippa kvistar, och lek samt träning ute i kollektivtrafik. Hushållsaktiviteter nämndes härnäst såsom att stryka, planera och göra inköp, tömma diskmaskin, diska för hand, moppa golvet, dammsuga, vika handdukar eller bädda vårdssäng. Arbetsrelaterade uppgifter angavs även såsom arbete vid datorarbetsplats, skriva för hand eller annan arbetsrelaterad uppgift. Flera respondenter nämnde även samtal om aktivitet, såsom samtal gällande förhållningssätt för aktivitetsbalans.

Kontext

En respondent angav att verkliga aktiviteter utfördes men i en sjukhusmiljö. Avdelningar kunde anpassas så att de efterliknade patientens verkliga kontext såsom genom anpassning av sitthöjd. Vissa respondenter angav att de tränade i patientens hemmiljö och i en reell miljö. En respondent nämnde att patientens egna kläder användes vid på- och avklädning. En respondent nämnde användning av arbetssimulator. En respondent angav att den kunde applicera sin kunskap i patientens kontext utan att vara på plats, genom att exempelvis kartlägga patientens kontext med WRI eller WEIS. En respondent angav att fiktiva miljöer kunde vara ett alternativ.

Hinder för aktivitetsbaserade interventioner

Det fanns olika anledningar till att respondenter inte använde sig av aktivitetsbaserade interventioner. Exempel som angavs var att resurser saknades i verksamheten, att arbetskulturen var hindrande, att interventioner utfördes i en klinisk kontext, att verkliga kontexter inte ingick i uppdraget, att det fanns tidsbrist och högt patientflöde samt att övriga arbetsuppgifter prioriterades. Patientfaktorer nämndes också som hindrande, såsom att patienter inte kunde ta till sig strategier på grund av trauma, och att akuta skador var hindrande relaterat till försämrad kroppsfunction, smärta eller förband.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka användningen av aktivitetsbaserade interventioner av arbetsterapeuter inom regional hälso- och sjukvård. Ett övergripande resultat var att arbetsterapeuter använder sig av aktivitetsbaserade interventioner i förhållandevis hög

utsträckning, och då framför allt ”Modellen för kompensation” och ”Modellen för att förvärva färdigheter i aktivitet”. De faktorer som främst visades ha samband med högre användning av aktivitetsbaserade interventioner var behandlingslängd och att arbetsterapeuter förankrade sitt arbete i teorier och modeller. Kompetensutveckling och tillgång till lokaler och material tenderade också att ha betydelse, medan sociala faktorer som stöd från kollegor och förståelse från anhöriga inte påvisades ha någon inverkan. Respondenterna gav en lång rad exempel på verkliga aktiviteter de tränade med patienterna, både personliga som hygien, på- och avklädning, samt instrumentella som att tvätta, diska, städa, spela instrument etcetera. Även om aktiviteterna utfördes i sjukhusmiljö försökte de efterlikna patientens verkliga kontext.

Ett påtagligt resultat var att arbetsterapeuter såg möjlighet till att använda sig mer av aktivitetsbaserade interventioner i sitt patientarbete, framför allt ”Modellen för utbildning och undervisning”. Modellen är främst en aktivitetsfokuserad intervention där det primära syftet är att utbilda eller konsultera kring aktivitetsutförande. Den består av utbildande gruppinterventioner som riktar sig mot aktivitetsutförande, såsom grupputbildningar eller workshops (Fisher & Marterella, 2019). Detta för att utnyttja den kunskap patienter och eller anhöriga har kring sitt aktivitetsutförande eller situationsspecifika sammanhang enligt Transactional Model of Occupation (TMO). Arbetsterapeuten kan därtill bidra med struktur eller strategier kring hur patienten kan använda sina förmågor. Dock framkommer det inte i studien hur arbetsterapeuter önskar att dessa arbetsuppgifter skulle kunna appliceras i praktiken. Även om användandet upplevs högt av arbetsterapeuter ser de utrymme för att använda sig mer av det i sitt dagliga patientarbete. Enligt en studie av Higgins et al. (2014) finns det faktorer som kan stödja arbetsterapeuters användande av gruppinterventioner. Det kan exempelvis vara en ökad kunskap kring gruppstrategier, ökade resurser i form av tid och personal, tillgång till träningsmanual samt internutbildning. Sådana åtgärder skulle kunna öka användningen av utbildande och undervisande gruppinterventioner inom regional vård.

Bland de tydligaste resultaten var att det fanns ett signifikant samband mellan förankringen av teorier och modeller i arbetet och användandet av aktivitetsbaserade interventioner. Nielsen et al. (2020) diskuterar utvecklandet av aktivitetsbaserade- och aktivitetsfokuserade interventioner samt effekterna inom olika användningsområden. Bland annat drar de slutsatsen att en förutsättning för utvecklandet av mer komplexa interventioner kan vara att kombinera olika metodologiska tillvägagångssätt. För att härleda Niensens et al. (2020)

resonemang till resultatet från denna studie hade det kunnat vara så att de respondenter som svarat att de använder teorier och modeller i sitt arbete hittar lösningar och kreativa tillvägagångssätt på hur de praktiskt kan arbeta aktivitetsbaserat utifrån sina teoretiska erfarenheter inom arbetsterapi. Resultatet kan tolkas som ett förhållningssätt som grundar sig i teorier och modeller är en förutsättning för användandet av aktivitetsbaserade interventioner. Hur OTIPM kan appliceras i klinisk kontext beskrivs av Sirkka et al. (2014). Sju faser beskrivs i studien där författarna belyser hur arbetsterapeuter exempelvis utbildat sig i OTIPM, ingått i gruppdiskussioner och skapat en ny struktur för verksamheten utifrån OTIPM. Dessa faser och exempel på förändringar, kan ge inspiration till hur verksamheter kan gå till väga för att förankra OTIPM i det kliniska arbetet.

Sambanden mellan användandet av aktivitetsbaserade interventioner och sociala omgivningskomponenter var inte signifikanta enligt studiens resultat. Styrkan på sambanden var mycket svaga gällande sådana faktorer som yrkeserfarenhet, arbetsplatserfarenhet, andra professioners rollförväntningar och förståelse från patienter och anhöriga. De respondenter som angav att de hade stöd från kollegor, en annan social omgivningskomponent (Fisher & Marterella, 2019), använde sig av aktivitetsbaserade interventioner i något högre utsträckning än de som endast delvis upplevde sådant stöd. I tidigare studie av Daud et al. (2016) redogörs det för att en bristande förståelse från andra professioner kan fungera som hindrande och att andra professioner kan ha förväntningar kring tillämpningen av det biomedicinska förhållningssättet. Resultaten av denna studie tyder dock på att det är andra faktorer som spelar större roll för användandet av aktivitetsbaserade interventioner än sociala omgivningskomponenter.

Avseende tidskomponenter för personalen (Fisher & Marterella, 2019), angav respondenter att de använde sig av aktivitetsbaserade interventioner i ungefär samma utsträckning om de hade tid eller endast delvis tid (endast en respondent upplevde sig inte ha tid alls). Enligt tidigare forskning framgår det däremot att tidskomponenter för personalen kan påverka användandet av aktivitetsbaserade interventioner (Daud et al., 2016). Arbetsterapeuter har även rapporterat att aktivitetsbaserade interventioner kan vara just tidskrävande (Gumede et al., 2024). Respondenter i denna studie angav under öppet svarsalternativ att tid var ett hinder och att andra arbetsuppgifter prioriterades. Aktivitetsbaserat arbete tycktes således ändå påverkas av tidskomponenter respektive uppgiftskomponenter (Fisher & Marterella, 2019).

De respondenter som upplevde bristande kompetensutveckling, som kan vara en geopolitisk komponent (Fisher & Marterella, 2019), använde sig av aktivitetsbaserade interventioner i betydligt lägre utsträckning än de som upplevde att de hade tillräckligt med kompetensutveckling. Detta går i linje med tidigare forskning som säger att brist på erfarenhet och kunskap kring aktivitetsbaserade interventioner kan hindra användningen av aktivitetsbaserade interventioner (Daud et al., 2016). De respondenter som upplevde att de inte hade lokaler och material, vilka kan benämnas som fysiska omgivningskomponenter (Fisher & Marterella, 2019), uppgav också att de använde sig av aktivitetsbaserade interventioner i betydligt lägre utsträckning. Annan forskning stödjer att lokaler och material kan ha en inverkan på användandet av aktivitetsbaserade interventioner (Daud et al., 2016; Gumedde et al., 2024). Även om sambanden i denna studie var påtagliga var de inte statistiskt signifikanta, vilket kan bero på det begränsade antalet respondenter. Sammanfattningsvis finns ändå tendenser i resultaten som tyder på att geopolitiska och fysiska faktorer som kompetensutveckling och tillgång till lokaler och material spelar roll för användandet av aktivitetsbaserade interventioner inom regional vård.

Det framgick att användandet av aktivitetsbaserade interventioner inte skiljde sig mellan de olika vårdformerna då medianen var förhållandevis jämn mellan specialiserad öppenvård, specialiserad slutenvård samt akutsjukvård. Vidare framkommer det att aktivitetsbaserade interventioner appliceras i nästan lika hög utsträckning i de olika vårdformerna vilket går emot tidigare forskning som säger att aktivitetsbaserade interventioner kan hindras i exempelvis en akut sjukhuskontext (Bennetts et al., 2025; Bolt et al., 2022; Gumedde et al., 2024). Under öppet svarsalternativ beskrevs det även hinder med aktivitetsbaserade interventioner i akutsjukvården och specialiserade slutenvården med hänsyn till tid. Patienterna i akutsjukvården hade en kortare behandlingslängd än patienterna i den specialiserade slutenvården och specialiserade öppenvården. Det framgick av resultatet att en längre behandlingslängd, antingen genom fler dygn inneliggande på avdelningen eller fler antal besök, medförde ett ökat användande av aktivitetsbaserade interventioner. I resultatet går det att utläsa att användandet av aktivitetsbaserade interventioner inom akutsjukvården motsvarade användandet i de grupperna med kortast behandlingslängd inom den specialiserade slutenvård och specialiserade öppenvården. Vilket stämmer med att patienterna hade kortare behandlingslängd inom akutsjukvården. I detta sammanhang kan patientens

behandlingslängd också betraktas som en tidskomponent som kan främja användandet av aktiviteter hos patienter (Fisher & Marterella, 2019). Det framkom att användandet av aktivitetsbaserade interventioner var högre vid längre behandlingslängd snarare än vilken vårdform. Denna studie behandlar inte varför det är så, dock kan det vara av intresse för framtida studier att kartlägga vilka faktorer som inverkar på varför behandlingslängden påverkar användandet av aktivitetsbaserade interventioner. Det framkommer i tidigare studier att det i akuta kontexter, där patienten har en kortare behandlingslängd och en press till snabb utskrivning, funnits utmaningar för arbetsterapeuter att hitta en tydlig roll och identitet (Britton et al., 2016). Detta förutsätter en press på att snabbt tillämpa kliniskt resonemang för att skapa en överblick över patienten som underlättar en smidig utskrivning.

Flera respondenter resonerade kring hur de ansåg att de arbetade aktivitetsbaserat. Utifrån definitionen av Fisher och Marterella (2019) utvecklade vissa respondenter sina svar kring hur de använde sig av resurser i miljön för att kunna arbeta aktivitetsbaserat. Exempelvis angav arbetsterapeuter att det fanns möjligheter till att använda sig av patienters egna kläder för träning i på-och avklädning även i sjukhusmiljö. Andra angav att de hade möjlighet att träna i patientens nära kontext, det vill säga i patientens egna hem. Detta visar på hur arbetsterapeuter utnyttjar och hittar resurser i sin omgivning för att på kreativa sätt jobba med aktiviteter utifrån olika situationskomponenter och olika förutsättningar i miljön så som exempelvis tidskomponenter och uppgiftskomponenter (Fisher & Marterella, 2019). Såsom deltagare beskrev det kunde arbetsterapeuter bistå med så verkliga aktiviteter som möjligt genom att anpassa den kliniska miljön. I likhet med andra studier kan kontextuella hinder i sjukhusmiljö överkommas genom att aktiviteterna anpassas utifrån de medel som finns i den kliniska miljön (Che Daud et al., 2022). Samtidigt angavs vissa exempel som inte tydligt gick att härleda till aktivitetsbaserade interventioner enligt definitionen av Fisher och Marterella (2019) såsom användning av arbetssimulator och att interventioner utfördes i en klinisk kontext. Anledningar till att respondenter inte arbetade aktivitetsbaserat kunde kopplas till olika situationskomponenter. Att aktivitetsbaserade interventioner inte ingick i uppdraget på grund av riktlinjer är en sociokulturell komponent (Fisher & Marterella, 2019). Akuta tillstånd hos patienter som hindrade tillämpningen av aktivitetsbaserade interventioner är en klientkomponent (Fisher & Marterella, 2019). Att vissa respondenter arbetade i en klinisk miljö som inte var kontextuell, är en fysisk omgivningskomponent (Fisher & Marterella, 2019). Arbetskultur som inte främjade aktivitetsbaserat arbete, är en sociokulturell komponent

(Fisher & Marterella, 2019). Såsom en respondent beskrev det krävde aktivitetsträning struktur vilket är en uppgiftskomponent (Fisher & Marterella, 2019), träning över tid vilket är en tidskomponent (Fisher & Marterella, 2019) och att detta sällan är möjligt i regional slutenvård, vilket är en geologisk komponent (Fisher & Marterella, 2019). På så vis kan flera situationskomponenter inverka som främjande eller hindrande i arbetet med aktivitetsbaserade interventioner. Det framkommer inte i studien om det finns förarbetade strategier eller riktlinjer riktade till användandet av arbetsterapeutiska interventioner på arbetsplatserna. En tidigare studie framhåller att utmaningar som ofta finns vid införandet av aktivitetsbaserade interventioner kan förbättras genom tydligare riktlinjer (Che Daud et al., 2022). Detta kan i sin tur förbättra effekten av behandlingen.

Metoddiskussion

Respondenterna för studien arbetade inom samma region, därför kan resultatet skilja sig från andra svenska regioner. Samtliga sjukhus kontaktades inom regionen, varav två av sjukhusen inte deltog. En förfrågan skickades även ut till verksamma inom primärvården, dock avböjde primärvården att delta i studien vilket möjligtvis påverkat resultatet och vilka slutsatser som går att dra från studien. Av de cirka 140 personer som enkäten skickades ut till låg bortfallet på 67,2% vilket traditionellt räknas som ett förhållandevis stort bortfall (Eljertsson, 2019). Det behövs ett tillräckligt stort stickprov från populationen för att få ett representativt resultat för populationen och undvika snedvridning (Eliasson, 2018). I studien deltog 46 respondenter vilket är inom kriteriet för kandidatuppsatsen på 30–70 deltagare. Dock påverkar det höga bortfallet generaliserbarheten och tillförlitligheten för studiens resultat och slutsatser. Vid studier av större populationer kan signifikans enklare förekomma till skillnad från vid mindre populationer. På samma vis kan signifikanta skillnader trots mindre urval betraktas som ett betydande fynd som motiverar ytterligare forskning

Enkäten konstruerades av författarna till studien och har därav inte tidigare testats för validitet och reliabilitet (Creswell & Creswell, 2018). Innehållsvaliditeten kan däremot stärkas när en pilotstudie utförs vilket varit aktuellt för studien. Genom att öka validiteten mäter studien det som avses att mäta. Det var även viktigt att använda teoretiskt förankrade och definierade begrepp för att öka validiteten i undersökningen (Eliasson, 2018). För att undvika missförstånd i frågorna blev en del teoretiska begrepp omformulerade och exemplifierades för

att skapa en tydligare fråga. Detta gjordes för att operationalisera och förtydliga begrepp som är teoretiskt förankrade till begrepp som används i praktisk verksamhet (Eliasson, 2018). Det finns ändå en risk för att frågor varit otydliga och inneburit att respondenter missförstått enkätfrågor vilket kan ha påverkat resultatet. Reliabilitet innebär huruvida undersökningen är pålitlig, utifrån att upprepade undersökningar ska kunna ge samma resultat (Eliasson, 2018). För att minska risken för låg reliabilitet genomfördes en pilotstudie för att förenkla enkätfrågorna för tydligare tolkning hos respondenter. Vid datainsamlingen kontaktades författarna av en respondent som hade en fråga kring enkäten och denna fråga besvarades utan värderingar för att undvika att påverka resultatet. En respondent återkopplade på det öppna svarsalternativet på fråga 13 att respondenten önskade att svara "Delvis" på frågan. Författarna har vid enkätkonstruktion erbjudit svarsalternativet "Delvis" i den mån det varit möjligt, dock har överväganden gjorts där författarna vid vissa frågor efterfrågat ett tydligt ställningstagande och uteslutit svarsalternativet "Delvis" för att få ett tydligare resultat. Samtidigt bidrar "Delvis" till att respondenterna inte behöver välja ett alternativ om de är osäkra på sitt svar. En annan respondent beskrev att frågor varit svåra att besvara då det inte funnits möjlighet i enkäten att komplettera vissa svar med information i fri text. Då studien hade en primärt kvantitativ design fanns inte utrymme för fler öppna svarsalternativ. Dock fanns två öppna svarsalternativ för att ge möjlighet till respondenterna att tillägga eller utveckla svar samt för att besvara den kvalitativa forskningsfrågan. På fråga 1 tillfrågades respondenterna att ange sin huvudsakliga arbetsplats. Under frågan svarade två respondenter svarsalternativet "annat" under regional vårdform, varav den ena jobbade inom hemrehabilitering och den andra inom både specialiserad öppenvård och specialiserad öppenvård. Analyser kring användandet av aktivitetsbaserade interventioner i olika vårdformer kan således ha påverkats av bortfallet. Eftersom de få deltagare som angav att de arbetade inom akutsjukvården nästan inte hade någon variation i svaren om behandlingslängd, var analys om samband mellan användandet av aktivitetsbaserade interventioner och behandlingslängd för akutsjukvården inte aktuellt.

Slutsats och implikationer

Denna enkätstudie utforskade användandet av aktivitetsbaserade interventioner i regional hälso- och sjukvård. Aktivitetsbaserade interventioner användes i relativt hög utsträckning vilket är i linje med arbetsterapeutisk praxis. Behandlingslängd och användandet av teorier och modeller hade signifikant samband med högre användning av aktivitetsbaserade interventioner. Kompetensutveckling samt lokaler och material hade betydelse även om det

inte nådde statistisk signifikans. Därav bör fokus vid utveckling av sjukhusmiljöer som stödjer användande av aktivitetsbaserade interventioner ligga på att tillhandahålla användbart material, teknik och fungerande lokaler. Fokus bör även ligga på kompetensutveckling och vidareutveckling. Arbetsterapeuter angav flera relevanta exempel på aktivitetsbaserade interventioner, men det fanns vissa exempel som inte tydligt gick att härleda till aktivitetsbaserade interventioner. Exempelvis nämndes användning av arbetssimulator och att interventioner utfördes i en klinisk kontext. Denna diskrepans mellan teori och praktik stärker behovet kontinuerlig kompetensutveckling och ökad kunskap om teorier och modeller. Nyttan med studien är en ökad kunskap kring vilka förutsättning som kan påverka användandet av aktivitetsbaserade interventioner, vilket kan förväntas öka användningen av aktivitetsbaserade interventioner inom regional vård. Framtida förbättringsarbeten kan utifrån studiens resultat utgå från att prioritera användningen av teorier och modeller, kompetensutveckling och lokaler samt material för att öka användningen av aktivitetsbaserade interventioner inom verksamheterna. En utmaning för arbetsterapeuter kan vara att hantera brist på resurser och begränsad behandlingstid. Fortsatt forskning kan handla om användandet av aktivitetsbaserade interventioner i övriga regioner i Sverige och med större urval för ökad tillförlitlighet.

Referenser

- Aas, M. H., & Bonsaksen, T. (2023). Exploring occupation-based practice among occupational therapists in hospitals and rehabilitation institutions. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 30(7), 1074–1084. <https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2059564>
- Ağce, Z-B., & Ekici, G. (2020). Person-centred, occupation-based intervention program supported with problem-solving therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01521-x>
- Árnadóttir, G., Löfgren, B., & Fisher, A. G. (2010). Difference in impact of neurobehavioural dysfunction on Activities of daily living performance between right and left hemispheric stroke. *Journal of rehabilitation medicine*, 42(10), 903–907. <https://doi.org/10.2340/16501977-0621>
- Artologik Software for the web. (u.å). *SUNET Survey*. [Enkätverktyg]. <https://www.artologik.com/se/survey-report>
- Bell, A., Grampurohit, N., Marino, R. J., Duff, S., Kaplan, G., Calhoun Thielen, C., & Mulcahey, M. J. (2021). Home Activity-based Interventions for the Neurologically Impaired Upper Extremity: A Scoping Review. *Home Health Care Management & Practice*, 33(2), 108–116. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1084822320953836>
- Bendixen, H. J., Ejlersen Wæhrens, E., Wilcke, J. T., & Sørensen, L. V. (2014). Self-reported quality of ADL task performance among patients with COPD exacerbations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(4), 313–320. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.899621>
- Bennetts, M., Furness, L., & Tynan, A. (2025). Implementation of occupation-centred practice by occupational therapists in acute adult physical settings: A mixed method study in a regional and rural health service. *Australian occupational therapy journal*, 72(2), Artikel e70002. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.70002>

- Bolt, B., Lalor, A., Barclay, L., Brown, S., & Growse, L. (2022). Occupational therapists' experiences of implementing occupation-based practice in neurology, and its impact on professional identity. *British Journal of Occupational Therapy*, 85(8), 595–602. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/03080226211058368>
- Britton, L., Rosenwax, L., & McNamara, B. (2016). Occupational therapy in Australian acute hospitals. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(4), 257-265. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12298>
- Che Daud, A. Z., Azera Wan Azeland, W. S., Rahman, P. A., Kounosuke Tomori, & Mohamad Sabri, M. Q. (2022). Perceived barriers to implementing occupation-based intervention. *Brazilian Journal of Occupational Therapy / Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30(1), Artikel e2890. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1590/2526-8910.ctoAO223828902>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5 uppl.). Sage publications.
- Daud, A. Z. C., Judd, J., Yau, M., & Barnett, F. (2016). Issue in Applying Occupation based Intervention in Clinical Practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 222(2016), 272-282. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.158>
- Demoulin, C., Grosdent, S., Capron, L., Tomasella, M., Somville, P. R., Crielaard, J. M., & Vanderthommen, M. (2010). Effectiveness of a semi-intensive multidisciplinary outpatient rehabilitation program in chronic low back pain. *Joint bone spine*, 77(1), 58–63. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2009.11.003>
- Ejlertsson, G. (2019). *Enkäten i praktiken* (4 uppl.). Studentlitteratur.
- Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början* (4 uppl.). Studentlitteratur.
- Erlandsson, L., & Persson, D. (2020). *ValMO-modellen* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Fisher, A. G., & Marterella, A. (2019). *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Center for Innovative OT Solutions.

Foster, E. R., Carson, L. G., Archer, J., & Hunter, E. G. (2021). Occupational Therapy Interventions for Instrumental Activities of Daily Living for Adults With Parkinson's Disease: A Systematic Review. *The American journal of occupational therapy*, 75(3), 190030p1-190030p24. <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.046581>

Gumede, P. L., Christopher, C. J., & Naidoo, D. (2024). Perceptions on transitioning from impairment-based to occupation-based practice in public healthcare within KwaZulu-Natal. *South African Journal of Occupational Therapy*, 54(1), 63–73. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.17159/2310-3833/vol54no1a8>

Herrador Colmenero, L., Perez Marmol, J. M., Martí-García, C., Querol Zaldivar, M. L. Á., Tapia Haro, R. M., Castro Sánchez, A. M., & Aguilar-Ferrándiz, M. E. (2018). Effectiveness of mirror therapy, motor imagery, and virtual feedback on phantom limb pain following amputation: A systematic review. *Prosthetics and orthotics international*, 42(3), 288–298. <https://doi.org/10.1177/0309364617740230>

Hess-April, L., Dennis, L., Ganas, N., Phiri, L., & Phoshoko, P. (2017). Occupation-based practice in a tertiary hospital setting: occupational therapists' perceptions and experiences. *South African Journal of Occupational Therapy*, 47(3), 25–31. <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2017/vol17no3a5>

Higgins, S. M., Schwartzberg, S. L., Bedell, G., & Duncombe, L. W. (2014). Current Practice and Perceptions of Group Work in Occupational Therapy. *Group*, 38(4), 317-333. <https://doi.org/10.13186/group.38.4.0317>

Hocking, C., & Sutton, D. (2024). Contribution of occupation to health and well-being. I G. Gillen & C. Brown (Red.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (14 uppl., s. 111-122). Wolters Kluwer.

IBM Corporation. (2025). *IBM SPSS Statistics* (Version 31) [Statistik programvara]. IBM SPSS Software

Kehoe, R., & Rice, M. (2016). Reality, virtual reality, and imagery: Quality of movement in novice dart players. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(4), 244–251.

<https://doi.org/10.1177/0308022615616820>

Kollen, B. J., Lennon, S., Lyons, B., Wheatley-Smith, L., Scheper, M., Buurke, J. H., Halfens, J., Geurts, A. C., & Kwakkel, G. (2009). The effectiveness of the Bobath concept in stroke rehabilitation: what is the evidence?. *Stroke*, 40(4), Artikel e89–e97.

<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.533828>

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/10.3109/11038120903563785>

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460).

Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

Liu, C. J., Xu, H., Keith, N. R., & Clark, D. O. (2017). Promoting ADL independence in vulnerable, community-dwelling older adults: a pilot RCT comparing 3-Step Workout for Life versus resistance exercise. *Clinical Interventions in Aging*, 12(1), 1141–1149.

<https://doi.org/10.2147/CIA.S136678>

Lough, C.L., Rice, M.S., & Lough, L.G. (2012). Choice as a strategy to enhance engagement in a colouring task in children with autism spectrum disorders. *Occupational therapy international*, 19(4), 167–211. <https://doi.org/10.1002/oti.1337>

Nielsen, K. T., la Cour, K., Christensen, J. R., Pilegaard, M. S., von Bülow, C., Brandt, Å., Peoples, H., Jonsson, H., & Wæhrens, E. E. (2020). Lessons learned about occupation-focused and occupation-based interventions: A synthesis using group concept mapping methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(7), 481–492.

<https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1561940>

Moon, K., Jang, W., Park, H. Y., Jung, M., & Kim, J. (2022). The Effects of Occupation-Based Community Rehabilitation for Improving Activities of Daily Living and Health-Related Quality of Life of People with Disabilities after Stroke Living at Home: A Single Subject Design. *Occupational Therapy International*, 2022(1), Artikel e6657620. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1155/2022/6657620>

Pitonyak, S., & Wilbur, L. K. (2024). Activities of daily living and instrumental activities of daily Living. I G. Gillen & C. Brown (Red.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (14 uppl., s. 706-743). Wolters Kluwer.

Robinson, L. J., Wilson, C., Norris, S., Fallen-Bailey, R., Dick, E., & Hackett, K. L. (2026). Promoting functional independence and reducing the risk of hospital-associated deconditioning for acutely hospitalised older adults: a group concept mapping service evaluation. *Disability & Rehabilitation*, 48(4), 1021–1037. <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2549796>

Sackaloo, K., Strouse, E., & Rice, M. S. (2015). Degree of preference and its influence on motor control when reaching for most preferred, neutrally preferred, and least preferred candy. *Occupational Therapy Journal of Research*, 35(2), 81–88. <https://doi.org/10.1177/1539449214561763>

Sheerin, M., O'Riordan, C., Conneely, M., Carey, L., Ryan, D., Galvin, R., & Morrissey, A. M. (2023). Effectiveness of occupational therapy interventions on function and occupational performance among adults with conditions of the hand, wrist, and forearm: A systematic review and meta-analysis. *Australian occupational therapy journal*, 71(1), 175–189. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12905>

Sirkka, M., Zingmark, K., & Larsson-Lund, M. (2014). A process for developing sustainable evidence-based occupational therapy practice. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 21(6), 429–437. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952333>

Socialstyrelsen. (2024). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)*.

Spalding, K., Gustafsson, L., & Di Tommaso, A. (2022). Occupation-based group programs in the inpatient hospital rehabilitation setting: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 44(10), 2138–2148. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1813818>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2016). *SBU:s ordlista*. <https://web.archive.org/web/20190526135505/https://www.sbu.se/sv/var-metod/sbu-ordlista/#u>

Sveriges arbetsterapeuter. (2022). *Etisk kod för arbetsterapeuter*.

Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). *Fakta om vårdplatser*. https://extra.skr.se/download/18.5f94e9591811657edb8aab81/1655359946413/Fakta-om-vardplatser_0615.pdf

Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Fakta om öppen hälso- och sjukvård*. <https://extra.skr.se/download/18.3cd0d917188ba18743490b25/1687769443822/Fakta-om-%C3%B6ppen-h%C3%A4lso-och-sjukv%C3%A5rd.pdf>

Sveriges Kommuner och Regioner. (2024). *VI2000- Verksamhetsindelning för regioner 2024*. <https://extra.skr.se/download/18.72fac55919386070c9525b33/1733401138324/VI2000%201203.pdf>

Teri, L., Borson, S., Kiyak, H. A., & Yamagishi, M. (1989). Behavioral disturbance, cognitive dysfunction, and functional skill- Prevalence and relationship in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(2), 109–116. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1989.tb05868.x>

Törnquist, K., & Sonn, U. (1994). Towards an ADL Taxonomy for Occupational Therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1(2), 69–76. <https://doi.org/10.3109/11038129409106665>

Udovicich, A., Foley, K. R., Bull, D., & Salehi, N. (2020). Occupational Therapy Group Interventions in Oncology: A Scoping Review. *The American journal of occupational therapy*, 74(4), 205010p1-205010p13. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.036855>

Världshälsoorganisationen. (1948). *Constitution of the world health organization*. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Wall, G., Isbel, S., Gustafsson, L., & Pearce, C. (2024). Occupation-based interventions to improve occupational performance and participation in the hospital setting: a systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 46(13), 2747–2768. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/09638288.2023.2236021>

Wilcock, A. A., & Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health*. Thorofare, N.J. Slack, cop.

World Medical Association. (2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Wook Lee, S., & Kielhofner G. (2020). Vanebildning: Aktivitetsmönster i dagliga livet. I R. R. Taylor (Red.), *Model of human occupation* (s. 87–106).

Bilaga 1 (1)

1. Vilken del inom regional vård jobbar du? Om flera arbetsplatser ange den arbetsplats som du jobbar på mest.

- ☐ Specialiserad slutenvård
- ☐ Specialiserad öppenvård
- ☐ Akutsjukvård
- ☐ Annat, ange:

2. Denna fråga vänder sig till dig som jobbar inom akutsjukvården.

Hur många dygn är patienterna i snitt inlagda på avdelningen där du utför patientarbete?

- ☐ Mindre än 1 dygn
- ☐ 1-2 dygn
- ☐ 3-4 dygn
- ☐ 5 eller flera dygn

Denna fråga vänder sig till dig som jobbar inom öppenvården.

Hur många besök har patienterna i snitt i din verksamhet där du utför patientarbete under en halvårsperiod?

- ☐ 1-2 besök
- ☐ 3-4 besök
- ☐ 5-6 besök
- ☐ 7 eller fler besök

Denna fråga vänder sig till dig som jobbar inom slutenvården.

Hur många dygn är patienterna i snitt inlagda på avdelningen där du utför patientarbete?

- ☐ 1-2 dygn
- ☐ 3-4 dygn
- ☐ 5-6 dygn
- ☐ 7 eller fler dygn

3. Hur många år har du arbetat som arbetsterapeut?

0 år 40 år eller fler

4. Hur länge har du arbetat som arbetsterapeut på din nuvarande arbetsplats?

0 år 40 år eller fler

5. Hur väl upplever du att andra professioner på arbetsplatsen vet vad en arbetsterapeut gör?

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Varken bra eller dåligt
- ☐ Dåligt
- ☐ Mycket dåligt

6. Hur väl upplever du att patienter och deras anhöriga under vårdtiden förstår vad du som arbetsterapeut kan bidra med?

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Varken bra eller dåligt
- ☐ Dåligt
- ☐ Mycket dåligt

7. Upplever du att du får tillräckligt med kompetensutveckling inom arbetsterapeutiska metoder i verksamheten där du utför patientarbete?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Delvis

8. Hur ofta använder du dig av följande interventioner i ditt arbete under en genomsnittlig månad?

	Inte alls 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Dagligen 10
Prova ut hjälpmedel/göra miljöanpassningar/testa alternativa strategier i aktivitet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hålla i grupputbildning exempelvis artrosskola eller grupper för anhöriga.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Träna i aktivitet för att bli bättre i <i>aktivitet</i> (t ex brygga kaffe för att förbättra aktivitetsutförande).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Träna i aktivitet för att förbättra <i>kroppsförmåga</i> (t ex brygga kaffe för att förbättra hand-och armförmåga).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Repeterande funktionsträning såsom upprepad rörelseträning eller kognitiv träning.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Förberedande åtgärder där behandlande åtgärder kan ingå såsom paraffinbad, massage och passivt rörelseuttag.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Interventioner där aktivitet och/eller miljö är simulerade (t ex VR, CI terapi, rollspel, träning i dusch när patienten har badkar).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Anser du att följande interventioner tillämpas eller kan tillämpas i din verksamhet där du utför ditt patientarbete?

	Inte aktuellt 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mycket bra 10
Prova ut hjälpmedel/göra miljöanpassningar/testa alternativa strategier i aktivitet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hålla i grupputbildning exempelvis artrosskola eller grupper för anhöriga.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Träna i aktivitet för att bli bättre i <i>aktivitet</i> (t ex brygga kaffe för att förbättra aktivitetsutförande).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Träna i aktivitet för att förbättra <i>kroppsförmåga</i> (t ex brygga kaffe för att förbättra hand-och armförmåga).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Repeterande funktionsträning såsom upprepad rörelseträning eller kognitiv träning.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Förberedande åtgärder där behandlande åtgärder kan ingå såsom paraffinbad, massage och passivt rörelseuttag.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Interventioner där aktivitet och/eller miljö är simulerade (t ex VR, CI terapi, rollspel, träning i dusch när patienten har badkar).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Anser du att du har tid för att utföra arbetsterapeutiska interventioner?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Delvis

11. Anser du att du har stöd från kollegor för att utföra arbetsterapeutiska interventioner?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Delvis

12. Anser du att du har lokaler och material för att utföra arbetsterapeutiska interventioner?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Delvis

13. Enligt OTIPM är "aktivitetsbaserade interventioner" när arbetsterapeuten tränar med patienter i verkliga aktiviteter och i en verklig kontext.

Upplever du att du utifrån denna definition arbetar med aktivitetsbaserade interventioner?

- ☒ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

Om du svarade ja på föregående fråga, ange ett exempel där du använder dig av aktivitetsbaserade interventioner:

13. Enligt OTIPM är "aktivitetsbaserade interventioner" när arbetsterapeuten tränar med patienter i verkliga aktiviteter och i en verklig kontext.

Upplever du att du utifrån denna definition arbetar med aktivitetsbaserade interventioner?

- ☐ Ja
☒ Nej
☐ Vet ej

Om du svarade nej på föregående fråga, ange varför du inte arbetar aktivitetsbaserat.

14. I vilken omfattning använder du dig av arbetsterapeutiska teorier och modeller i ditt arbete med patienter?

- ☐ Alltid
☐ Ofta
☐ Sällan
☐ Aldrig

15. Är det något mer du vill tillägga utifrån studiens syfte:

Skicka nu