



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP
OCH FYSIOLOGI
ARBETSTERAPI

ARBETSTERAPEUTERS ERFARENHETER AV ATT ANVÄNDA BEDÖMNINGSINSTRUMENT INOM HEMSJUKVÅRD

Caroline Wiberg

Paulina Bonsfills

| | |
|----------------|-------------------------------------------------------|
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program: | Arbetsterapeutprogrammet |
| Kurs | ARB341 Själständigt arbete i arbetsterapi |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | VT 2017 |
| Handledare: | Gunilla Forsberg-Wärleby, Med.dr, leg arbetsterapeut |
| Examinator: | Synneve Dahlin Ivanoff, Professor, leg arbetsterapeut |

Sammanfattning

| | |
|----------------|-------------------------------------------------------|
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program: | Arbetsterapeutprogrammet 180 hp |
| Kurs: | ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Vt 2017 |
| Handledare: | Gunilla Forsberg-Wärleby, Med.dr, leg arbetsterapeut |
| Examinator: | Synneve Dahlin Ivanoff, Professor, leg arbetsterapeut |

| | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bakgrund | Som underlag till sina bedömningar behöver arbetsterapeuten samla in information om patientens problem och resurser vilket kan ske med hjälp av bedömningsinstrument. Arbetet inom hemsjukvården är komplext och det finns idag lite kunskap om hur arbetsterapeuter inom detta verksamhetsfält använder sig av bedömningsinstrument i den kliniska vardagen. |
| Syfte | Syftet med studien var att undersöka arbetsterapeuters erfarenheter av att använda bedömningsinstrument inom hemsjukvård. |
| Metod | Studien genomfördes genom en kvalitativ metod med en semistrukturerad intervjuguide. Intervjuer genomfördes med fem arbetsterapeuter yrkesverksamma inom hemsjukvården. Vid databearbetningen användes Graneheim och Lundmans kvalitativa innehållsanalys. |
| Resultat | Ur analysen framkom följande fem kategorier som beskrev arbetsterapeuternas erfarenheter av att använda sig av bedömningsinstrument: Bedömningsinstrument tydliggör aktivitetsproblem, erfarenhetsbaserade kunskaper, behov av specifika bedömningsinstrument, kvalitetssäkrande faktor samt behov av ökade kunskaper och mer tid. Resultatet visade att arbetsterapeuterna i hemsjukvården arbetade till stor del utifrån sin erfarenhetsbaserade kunskap. |
| Slutsats | Arbetsterapeutens uppdrag i hemsjukvården är komplex då den innehåller många faktorer som kan påverka användandet av bedömningsinstrument. Arbetsterapeutisk teori tillämpades utifrån ett personcentrerat sätt då det vid bedömningar rådde en helhetssyn där personal och anhöriga togs till hjälp i datainsamlingen. Det är viktigt att arbetsterapeuter kontinuerligt även i framtiden får utveckla kunskaper om bedömningsinstrument genom utbildning och diskussion med kollegor. |

Abstract

| | |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|
| Thesis: | 15 hp |
| Program: | Occupational Therapy program 180 hp |
| Course: | ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy |
| Level: | First Cycle |
| Semester/year: | St 2017 |
| Supervisor: | Gunilla Forsberg-Wärleby, Ph.D, Reg. Occupational Therapist |
| Examiner: | Synneve Dahlin Ivanoff, Professor, Reg. Occupational Therapist |
| Keyword: | Occupational therapy, assessment, assessment tool, home health care. |

| | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Background | As a basis for assessments the occupational therapist needs to collect information about the patient's problems and resources which can be done with the help of assessment tools. The work at home health care is complex and there is currently little knowledge of how occupational therapists in this field of work makes use of assessment tools in clinical practice. |
| Aim | The aim of the study was to investigate occupational therapists' experiences of the use of assessment tools in home health care. |
| Method | The study was conducted with a qualitative method using semi-structured interviews. The interviews were accomplished with five occupational therapists working in home health care. The data was analysed by using Graneheim and Lundmans qualitative content analysis. |
| Result: | The outcome from the analysis resulted in the following five categories that described the occupational therapists' experiences in the use of assessment tools: Assessment tools clarifies problems in activity, experience-based knowledge, the need of specific assessment tools, quality assurance factor and the need for increased knowledge and more time. The results showed that the work of the occupational therapists in home health care was largely based on their experience-based knowledge. |
| Conclusion | The task of the occupational therapist in home health care is complex as it involves many factors that can affect the use of assessment tools. The theory of occupational therapy was applied based on a person-centered approach as the assessment situation contained a holistic approach where staff and relatives assisted in data collection in partnership. It is important for occupational therapists in the future, to continuously develop their skills in the use of assessment tools through education and further discussion with colleagues. |

Innehållsförteckning

| | |
|-------------------------------------------------------|-----------|
| Bakgrund | 1 |
| Syfte | 3 |
| Metod | 3 |
| Urval | 3 |
| Datainsamling | 3 |
| Databearbetning | 4 |
| Resultat | 5 |
| Bedömningsinstrument tydliggör aktivitetsproblem..... | 5 |
| Erfarenhetsbaserade kunskaper..... | 6 |
| Behov av specifika bedömningsinstrument | 7 |
| Kvalitetssäkrande faktor | 8 |
| Behov av ökade kunskaper och mer tid | 9 |
| Diskussion | 11 |
| Resultatdiskussion..... | 11 |
| Metoddiskussion | 13 |
| Referenslista | 16 |

Bakgrund

Människan har ett behov av ett fungerande aktivitetsliv för att uppnå välbefinnande och hälsa (1). Dock är detta inte möjligt för alla människor då sjukdom och funktionsnedsättning kan medföra att individen inte kan delta i meningsfulla aktiviteter i sin vardag. Arbetsterapeutens arbete syftar till att hjälpa till att möjliggöra aktivitet för personer med nedsatt aktivitetsförmåga och problem i aktivitetsutförandet (1). Problem i aktivitetsutförandet kan bestå av personliga faktorer men även miljömässiga (2). I arbetsterapeutens uppgifter ingår att tillsammans med patienten bedöma vad som kan vara problem respektive resurser i aktivitetslivet samt att undanröja de hinder som står mellan patienten och ett fungerande aktivitetsliv. Som underlag till sina bedömningar behöver arbetsterapeuten samla in information om problem och resurser vilket kan ske med hjälp av bedömningsinstrument. Avsikten med föreliggande studie var att undersöka arbetsterapeuters erfarenheter av att använda bedömningsinstrument i sitt arbete i hemsjukvården.

Som stöd i sitt arbete har arbetsterapeuten teoretiska begrepps- och praxismodeller. Dessa fungerar guidande för hur teori ska användas i praktiken och hur arbetsterapeutiska interventioner kan fås fram. De kan ses som en nyckel för att förstå en persons aktivitetsliv, för att identifiera olika former av problematik men även resurser hos en patient. På så sätt får arbetsterapeuten stöd och struktur i att problemlösa, finna kreativa lösningar och skapa interventioner (3).

I den arbetsterapeutiska praxis- och processmodellen Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (4) beskrivs arbetsterapiprocessen i olika steg där arbetet sker utifrån ett klientcentrerat top-down perspektiv. Målet i arbetsterapiprocessen är att få fram interventioner som främjar utförande av uppgifter och möjliggör engagemang i aktiviteter som anses viktiga och meningsfulla för klienten. Till sin hjälp i de olika faserna i OTIPM (4) använder arbetsterapeuten både strukturerade och ostrukturerade bedömningsinstrument som fungerar som ett stöd och en guide för att kunna urskilja klientens självskattade styrkor men även svagheter med utförandet av för klienten meningsfulla uppgifter. I fasen med att identifiera självskattade styrkor och svagheter med utförandet kan arbetsterapeuten enligt OTIPM (4) med fördel använda sig av strukturerade bedömningsinstrument som till exempel Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (5) eller ADL-taxonomin (6). Även i fasen som innebär att genomföra en utförandeanalys kan instrument som bygger på observation användas, såsom ADL-taxonomin och Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (7). Resultatet vägleder arbetsterapeuten till att välja och planera en lämplig modell för intervention. Enligt OTIPM (4) kan utförandet av aktiviteten slutligen utvärderas genom ny observation med samma bedömningsinstrument (4).

Att använda sig av ett strukturerat bedömningsinstrument har fördelen att det kan fungera som ett stöd för minnet då det annars kan finnas en risk i att viss information kan glömmas bort vid exempelvis en ostrukturerad intervju (3). Dessutom hjälper ett strukturerat bedömningsinstrument arbetsterapeuten att ställa viktiga frågor som är relevanta i patientens fall. Att ha en struktur att följa hjälper också arbetsterapeuten att hålla sig neutral och behålla ett öppet sinne för vad som kan vara problem för patienten och inte riskera att lägga vikt vid sin förförståelse. Tidigare erfarenheter av möten med olika patientgrupper kan påverka beslut om arbetsterapeutiska interventioner och genom användandet av ett strukturerat bedömningsinstrument minskas risken att den enskilda patientens önsningar och behov förbises (3).

För att säkerställa att rätt information fås fram till beslutsunderlag är det en fördel att använda sig av reliabla och valida bedömningsinstrument. Att de är valida och reliabla innebär att de mäter det som är avsett att mätas samt att resultatet blir detsamma oavsett vem som utför bedömningen (8).

I arbetsterapeutisk litteratur beskrivs olika orsaker till att arbetsterapeuter ibland väljer att inte använda sig av bedömningsinstrument. En av anledningarna är att de inte anser sig komma fram till någon ny information om patienten med hjälp av bedömningsinstrument utan upplever att det räcker med att observera eller samtala med patienten (3). Ibland anges orsaker som exempelvis tidsbrist eller att kulturen på arbetsplatsen inte främjar användandet av standardiserade bedömningsinstrument (3). Andra orsaker som nämns är att arbetsterapeuten inte upplever att det finns något lämpligt bedömningsinstrument att använda. I de fall där patienter inte kan medverka då de är oförmögna att besvara frågor på grund av sjukdom och skada kan arbetsterapeuter välja att inte använda sig av bedömningsinstrument. Arbetsterapeuterna förlitar sig då mer på den icke standardiserade informationsinsamlingen genom samtal och observation (3).

Kommunen har ett omfattande ansvarsområde med många olika uppdrag. Inom kommunen finns en växande patientgrupp bestående av äldre personer (9). Äldre personer är en heterogen grupp människor som kan ha många olika sjukdomar och aktivitetsnedsättningar (8). Ett av kommunens uppdrag innebär att möjliggöra för äldre personer att bo kvar hemma så länge som möjligt trots aktivitetsnedsättningar. Dessutom bor många äldre i eget boende då det saknas platser på äldreboenden (8). Även vårdtiderna på sjukhusen har kortats ned och ansvaret för patienternas rehabilitering lämnas idag över till kommunen i ett tidigare skede i rehabiliteringsprocessen (8, 10). Sedan ett par år tillbaka pågår även en så kallad kommunalisering i Sverige vilket innebär ett övertagande av huvudmannskapet av hemsjukvård från primärvård till kommun. Detta tillsammans med det faktum att äldre personer i kommunen idag är en växande patientgrupp gör att hemsjukvården är en av Sveriges största aktörer vad gäller att erbjuda rehabilitering i hemmet (8-10).

Som stöd för personalen som arbetar i hemsjukvården har Göteborgs stad ett gemensamt styrande dokument kring användandet av bedömningsinstrument inom hemsjukvård (11).

Två tidigare studier om användandet av bedömningsinstrument har identifierats. En norsk studie genomfördes 2013 (12), för att undersöka 349 arbetsterapeuters resonemang (inom både hemsjukvård och specialistsjukvård) (12) om att använda eller inte använda bedömningsinstrument. Studien resulterade i fyra teman; bedömningsinstrument ger beslutsunderlag till målformulering och interventioner, ger en klientcentrerad vård, kan bidra till att arbetsterapeuter bättre kan förmedla innehållet i arbetsterapeutisk teori samt faktorer som förhindrar användandet.

Den andra studien gjord i USA av Alotaibi, Reed och Nadar (13) visade genom en enkät vilka bedömningsinstrument som användes inom olika verksamheter och vilka skäl som förelåg till att just dessa valdes. Genom studien framgick att användbarheten baserades bland annat på vad som var tillämpligt inom respektive verksamhet, vilka kunskaper som erhållits under utbildning och bedömningsinstrumentets betydelse i ett klientcentrerat perspektiv. Sammanfattningsvis har tidigare studier visat på klinisk nytta av att använda strukturerade bedömningsinstrument och faktorer som påverkar användandet av dessa i det kliniska arbetet. Arbetet inom hemsjukvården är komplext och det finns idag lite kunskap om hur arbetsterapeuter inom detta verksamhetsfält använder sig av bedömningsinstrument i den kliniska vardagen. Då det inom kommunen finns en växande patientgrupp bestående av äldre personer är hemsjukvården också en växande arena för arbetsterapeuter, där behovet av att

anställa arbetsterapeuter ökar (8, 10). Det är därför av vikt att ta del av arbetsterapeuters erfarenheter av att använda bedömningsinstrument i en stor verksamhet som kommunen.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka arbetsterapeuters erfarenheter av att använda bedömningsinstrument inom hemsjukvård.

Metod

Kvalitativ intervjumetod valdes då det ger en större bredd och djup i förståelse då det fokuseras på erfarenheter. I studien användes semistrukturerad intervjuguide (14, 15). Studien genomfördes med en induktiv ansats vilket innebar att studien utgick ifrån intervjumaterialet så förutsättningslöst som möjligt och att utgångspunkten fanns i empirin (14, 16).

Urval

Urvalet av arbetsterapeuter till studien gjordes inom en verksamhet för hemsjukvård i Göteborgs stad som arbetade för patienter i eget boende, äldreboende och korttidsboende. Inklusionskriterier var att arbetsterapeuterna skulle ha varit yrkesverksamma i minst 1 år. Exklusionskriterier var arbetsterapeuter med administrativa eller koordinerande arbetsuppgifter som inte innebar någon patientkontakt. Arbetsterapeuterna som var med i studien hade arbetat inom yrket mellan 7-17 år och var i åldrarna 30-60 år. Kontakt togs per telefon med verksamhetschef i en slumpvis vald hemsjukvård. Information om studien och samtyckesformulär skickades per e-post till verksamhetschefen. Arbetsterapeuterna enligt ovanstående urvalskriterier fick information från verksamhetschefen om studien och fick därefter anmäla sitt intresse. Fem arbetsterapeuter anmälde sitt intresse till studien. Informationsbrev och samtyckesformulär skickades per e-post. Arbetsterapeuterna fick skriva på samtyckesformulär för att tillstyrka sitt godkännande att delta i intervju. De fick även ge sitt tillstånd till att intervjuerna skulle spelas in och att ljudfilerna skulle komma att sparas på Göteborgs Universitet. I informationsbrev och i samband med intervjuerna informerades om rätten att avbryta deltagandet i studien.

Datansamling

Den metod som användes i studien var kvalitativa intervjuer som utforskade arbetsterapeuters erfarenheter av att använda bedömningsinstrument. Intervjuerna var minst 30 minuter och maximalt 43 minuter långa. Intervjuerna skedde på arbetsplatsen och spelades in med hjälp av röstinspelaren på två datorer. Semistrukturerad intervjuguide användes för att möjliggöra följdfrågor som kunde uppkomma under intervjuerna (15). Båda författarna var närvarande vid samtliga intervjuer men en av författarna hade en ledande roll och den andra en observerande roll med möjlighet att ställa följdfrågor. Frågeområden som behandlades i studien var; "val av instrument", "faktorer som påverkar användning av instrument" och "nytta av instrument". Ljudfilerna från intervjuerna förvaras på institutionen för neurovetenskap och fysiologi på Göteborgs Universitet. Det transkriberade datamaterialet bestod av sammanlagt 56,5 A4-sidor, 1,5 radavstånd, Times New Roman, 12 p textstorlek.

Databearbetning

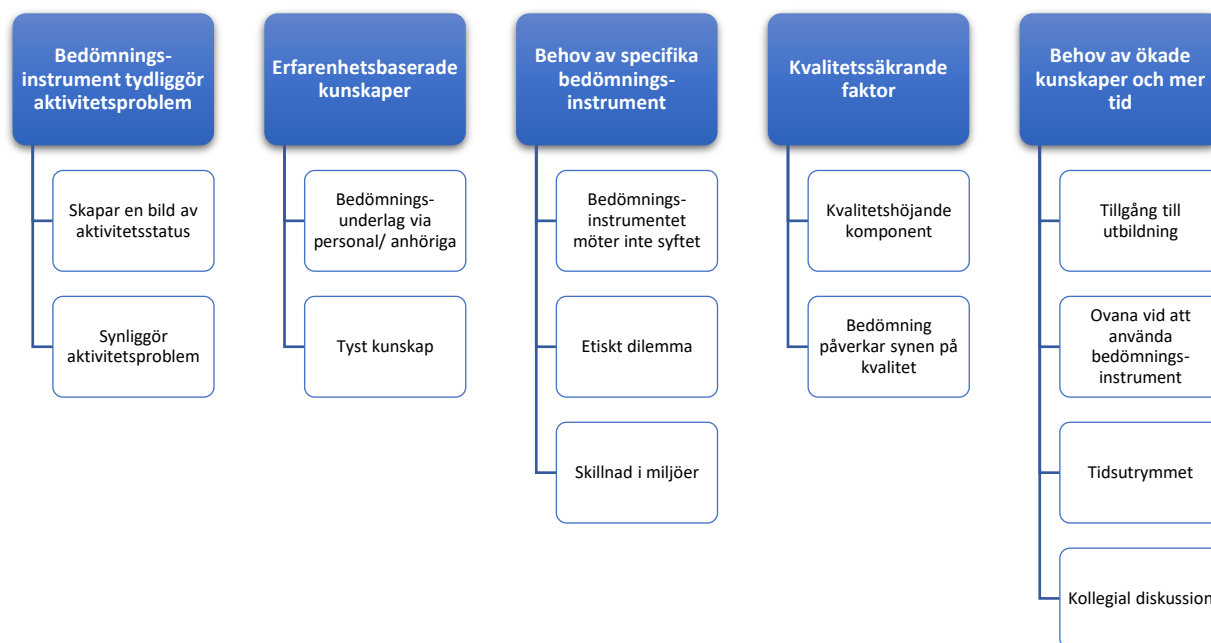
För analys av data användes Graneheim och Lundmans (17) innehållsanalys av kvalitativa intervjuer. Intervjuerna delades upp lika mellan författarna och transkriberades ordagrant på varsitt håll. Därefter fortsatte arbetet genom att innehållet diskuterades för att få en förståelse av helheten. Det transkriberade materialet studerades genom att ta ut meningsbärande enheter som svarade mot syftet. Den första intervjun analyserades tillsammans medan resterande intervjuer delades upp för bearbetning på varsitt håll av effektivitetsskäl. Fortsatt granskning av dessa gjordes sedan tillsammans för att säkerhetsställa samstämmigheten. Sammanlagt togs 148 meningsbärande enheter ut som sedan kondenserades. Att kondensera innebär att kärnan ur den meningsbärande enheten tas ut utan att väsentliga delar av innehållet förloras. De kondenserade meningsenheterna kodades till 123 koder. Analysen av koder resulterade i 53 underkategorier och 7 kategorier. Ytterligare en analys av koderna gjordes, då med större fokus på erfarenheterna av bedömningsinstrument för att kunna sälla ut det som inte svarade på syftet. Sammanlagt sållades 25 meningsbärande enheter bort som inte ansågs svara på syftet och då kvarstod 123 meningsbärande enheter. Det framtogs 13 nya underkategorier ur den nya analysen och sedan sorterades dessa slutligen in i fem huvudkategorier. Innehållet i resultatet skrevs samman till en löpande text under de fem kategorierna och belystes med citat.

Tabell 1. Exempel ur innehållsanalysen i databearbetningsfasen.

| Meningsbärande enhet | Kondenserad text | Kod | Underkategori | Kategori |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Där gör man inte så stora utredningar omkring en sådan enkel grej tyvärr. Det kanske är mer på skolan när man läser om det och ordsätter det på ett helt annat sätt än vad vi gör här ute kliniskt. | Man gör inte så stor utredning omkring en enkel grej. Det är mer i skolan som man gör det, men inte ute kliniskt. | Koppling mellan teori och praxis? | Tyst kunskap | Erfarenhetsbaserade kunskaper |
| ...använt delar av bedömningsinstrumentet som vid ADL-bedömning med ADL-taxonomin som underlag. | Använt delar av ADL-taxonomin vid ADL-bedömning | Använt delar av | Tyst kunskap | Erfarenhetsbaserade kunskaper |
| Sedan tror jag att de jobbar på att se om det finns andra som man skulle kunna använda inom kommunen, då. Sedan är det bra att det kommer uppifrån också, att de också är engagerade. | Jobbar på att se om det finns andra. Kommer uppifrån. | Direktiv uppifrån att använda | Kvalitets-höjande komponent | Kvalitetssäkrande faktor |

Resultat

Ur analysen framkom fem kategorier vilka var följande; bedömningsinstrument tydliggör aktivitetsproblem, erfarenhetsbaserade kunskaper, behov av specifika bedömningsinstrument, kvalitetssäkrande faktor och behov av ökade kunskaper och mer tid. Dessa kategorier beskrivs nedan (figur 1) så som det framkommit ur intervjuerna.



Figur 1. Analysen resulterade i fem kategorier och 13 underkategorier som visar arbetsterapeuters erfarenheter av att använda bedömningsinstrument inom hemsjukvård.

Bedömningsinstrument tydliggör aktivitetsproblem

När arbetsterapeuten står inför en ny patient som uppvisar olika aktivitetsproblem behöver dessa svårigheter kartläggas av arbetsterapeuten för att i nästa steg kunna skapa olika arbetsterapeutiska interventioner. Denna kartläggning görs genom att använda sig av strukturerade bedömningsinstrument för att på så sätt tydliggöra patientens aktivitetsproblem.

Skapar en bild av aktivitetsstatus

När ett bedömningsinstrument skulle användas var det viktigt att ha ett syfte och mål med bedömningen. Detta beskrevs som en viktig punkt att ta ställning till innan ett bedömningsinstrument användes. Ett tydligt mål och syfte kunde ses i samband med att patienter flyttade in på äldreboende för att få en uppfattning om vad de klarar och inte klarar av i vardagsaktiviteterna.

“Vid ett första besök då använder vi ADL-taxonomi när de flyttar in på det somatiska boendet för att få en uppfattning om varför de kommer och hur deras aktivitetsstatus är.”

Ett annat syfte och mål som kunde uppfylla användandet av bedömningsinstrument var när någon annan efterfrågade en djupare bedömning av patientens aktivitetsförmåga. En efterfrågan kunde göras av biståndshandläggare som behövde bedömningen som

beslutsunderlag till om patienten skulle beviljas hemtjänst eller en plats på äldreboende. Då användes bedömningsinstrument i syftet att visa patientens aktivitetsstatus.

“det kan vara också för att det efterfrågas från biståndshandläggare innan de ska ta beslut och då vill de ha en lite mer strukturerad och noggrann bedömning ifrån oss”

Synliggör aktivitetsproblem

Många gånger kunde svårigheter och funktionshinder hos patienterna vara dolda för omgivningen. Oftast anades ett aktivitetsproblem men omgivningen kunde inte direkt säga vad det berodde på. Här användes bedömningsinstrument i syftet att få svar på misstanken om aktivitetsproblem. Exempel på sådana funktionshinder som gav aktivitetsproblem var kognitiva funktionsnedsättningar med nedsatt närminne. Genom bedömningsinstrumentet kunde den dolda problematiken synliggöras och kunde ge ökad förståelse från personal och anhöriga.

Ibland kunde det uppstå situationer i arbetsterapeutens arbete när patienten inte verkade helt nöjd trots insatta åtgärder. I sådana situationer kunde patienterna ha svårt att sätta ord på det som de upplevde saknades och som de önskade få hjälp med. Här kunde bedömningsinstrumentet underlätta för båda parter att sätta ord på aktivitetsproblemet. I sådana situationer användes självskattningsinstrument, exempelvis COPM.

“Om man har patienter som inte är riktigt nöjda och om man vill något annat och då tycker jag det är bra att komma till rätta om vad de vill själva.”

Att använda sig av olika bedömningsinstrument sågs som viktigt för att synliggöra problem som kunde te sig väldigt olika. Det var även en metod att göra patienten delaktig i processen. Härigenom fås hjälp i att bena ut problem och resurser i olika aktiviteter. På korttidsboendet användes bedömningsinstrumenten mycket i syftet att sätta upp rimliga och nåbara mål tillsammans med patienten.

Erfarenhetsbaserade kunskaper

I många fall där det kunde upplevas svårt att använda sig av bedömningsinstrument fanns andra sätt för arbetsterapeuten att inhämta data. Denna ostrukturerade datainsamling skedde ofta utifrån arbetsterapeutens egna erfarenhetsbaserade kunskaper i hur datainsamling kunde ske för att få en likvärdig bedömning som om bedömningsinstrument hade använts. Detta kunde göras genom att involvera personal/ anhöriga som en informationskälla. Den erfarenhetsbaserade kunskapen kunde även bestå av så kallad tyst kunskap innehållande de erfarenheter som erhållits genom många år i yrket.

Bedömningsunderlag via personal/ anhöriga

Personal och anhöriga sågs som en viktig källa till information. Arbetsterapeuten tog ofta del av tidigare bedömningar gjorda av arbetsterapeuter på sjukhus. När patienterna kom till äldreboenden eller korttidsboenden hade oftast en bedömning av patientens aktivitetsstatus redan utförts. Vid utskrivning kunde det då stå klart och tydligt vilken arbetsterapeutisk insats som behövdes göras. Det medförde att en ny bedömning inte ansågs nödvändig när de kom hem till sin bostad, äldreboende eller korttidsboende.

“Jag har kanske redan fått den informationen från sjukhuset.”

Att samla in information via personal och anhöriga ansågs vara en viktig del i samband med bedömningar vid kognitiv svikt. Då förlitades mer på observationer samt kontakter med personal och anhöriga för att få en uppfattning om patientens aktivitetsförmåga. Detta ansågs vara värdefullt då de ofta hade en god bild av patientens aktivitetsliv och en uppfattning av vad som kunde vara svårt i aktivitetsutförandet. De hade också kunskap om patientens inneboende resurser.

Tyst kunskap

Arbetsterapeuten arbetade utifrån sin tysta kunskap och den erfarenhetsbaserade kunskapen som erhållits genom flera år i yrket. Teorin tillämpades genom arbetsterapeutens erfarenheter och blev det som kallas praxiskunskap. Delar av bedömningsinstrument användes där arbetsterapeuter såg att det passade in i bedömningen.

Många gånger användes inte bedömningsinstrumentet rakt av enligt manualen då vissa delar sågs som mer viktiga än andra. Detta berodde på av vilken orsak patienten kom i kontakt med arbetsterapeuten. Bedömningsinstrumentet ADL-taxonomin kunde fungera mer som en samtalsguide och genom denna erhöles information om det som patienten beskrev som problem. Denna information gav ett bra första möte och ett första utgångsläge som underlag. Om det inte var tillräckligt utfördes även en ADL-bedömning med observation av aktiviteten. Även där kunde delar av ADL-taxonomin som ansågs viktiga att observera väljas ut.

“annars så är det ju mycket observationer och vanlig samtalsintervju och det är ju inget utifrån något bedömningsinstrument... men man har ju med sig lite olika delar av kanske framför allt ADL-taxonomin i bakgrunden.”

Trots att bedömningsinstrument användes delvis var erfarenheten trots detta att det ändå erhöles ett gott underlag till bedömningar och att det inte påverkade kvaliteten på arbetsterapeutens insats. I bedömningen togs hänsyn till olika faktorer i patientens liv och de aktivitetsproblem som patienten hade. Att använda bedömningsinstrument helt enligt en manual passade inte alltid in i sammanhanget utan det skedde en modifiering. Arbetsterapeuten använde sin teoretiska kunskap i kombination med erfarenhetsbaserad kunskap. Den teoretiska kunskapen som erhållits under utbildningen gick inte att tillämpa i verkligheten exakt så som teorin beskriver då den inte alltid ansågs stämma in i den kliniska verksamheten. Ofta behövde den modifieras och anpassas till patientens specifika situation.

Behov av specifika bedömningsinstrument

För att få rätt underlag till beslut om interventioner upplevdes det viktigt att finna ett lämpligt bedömningsinstrument som passar till det som avses utredas. Dock fanns erfarenheten att det inte alltid fanns att tillgå eller att det som fanns ansågs olämpligt att använda.

Bedömningsinstrumentet möter inte syftet

En önskan fanns om att använda sig av bedömningsinstrument mer men att det ibland saknades specifika bedömningsinstrument för ändamålet. Orsaken kunde vara att det inte fanns några bedömningsinstrument som specifikt svarade på informationen som eftersöktes. I genomförandet av vissa bedömningsinstrument krävs en förmåga från patientens sida om att medverka och kunna identifiera problemområden. Dock kunde en del av patienterna ha svårigheter i att skatta sig själva och kunna tala om vad som var självuppfattade problem. I

dess fall gjordes valet att inte använda sig av instrument som exempelvis COPM, det utfördes en annan form av bedömning istället.

“Många som har svårt att säga vad de tycker och skatta sig själva och sina förmågor, då tycker jag att man inte kan genomföra det [COPM].”

Etiskt dilemma

Vid progredierande sjukdom där inte någon fysisk förbättring kan uppnås ansågs det oetiskt att använda sig av bedömningsinstrument.

“Svårt sjuka, exempelvis ALS- patienter, då kanske man inte i kommunen använder bedömningsinstrument eftersom prognosen är mer progredierande så känns det inte etiskt rätt.”

Vid progredierande sjukdomar och i livets slutskede är det viktigt att tillgodose patientens behov med bibehållen respekt. I dessa situationer användes mer observation och samtal som bedömning för att se vad som kunde underlätta för patienten.

Ytterligare ett etiskt dilemma kunde identifieras vid kognitiv svikt. För även om syftet att använda sig av bedömningsinstrument vid kognitiv svikt kunde ses så ansågs det inte alltid lämpligt att använda sig av det. Ur ett etiskt perspektiv kändes det kränkande att använda sig av det om inte patienten förstod sammanhanget och inte kunde svara adekvat på de frågor som fanns i bedömningsinstrumentet.

Skillnad i miljöer

Den fysiska miljön på korttidsboendet skiljer sig från patientens hemmiljö. Resultatet från en bedömning baserades där på en helt annan, lite mer tillrättalagd miljö än i hemmet. Där kunde exempelvis sängens placering, rummets utseende eller andra faktorer i den fysiska miljön medföra att bedömningen inte blev generaliserbar. Bedömning gjord i en miljö upplevdes vara svår att överföra till annan.

Istället gjordes i vissa fall hembesök innan utskrivning för att se över hemmiljön och hur det fungerade hemma.

Kvalitetssäkrande faktor

Att använda bedömningsinstrument upplevdes kunna bidra till att vården blev mer jämlik utifrån mer lika bedömningar. Det kunde härigenom ses en högre validitet samt att subjektiviteten minskade i bedömningarna.

Kvalitetshöjande komponent

Användandet av bedömningsinstrument förespråkades i kommunens styrande dokument och det ansågs att det var en kvalitetssäkring att använda sig av bedömningsinstrument i verksamheten. Att använda sig av bedömningsinstrument i arbetet förespråkades av flera anledningar och däri ingick en strävan i att arbetet skulle leda till så lika bedömningar som möjligt, att det fanns en reliabilitet i det. Dock kunde det behövas ett ökat engagemang ifrån arbetsgivarna att följa upp rutiner kring användandet av bedömningsinstrument och att det inte var tillräckligt med styrande dokument utan det måste till något mer utöver dessa. Det kunde finnas ett behov av mer uttalade rutiner i användandet av bedömningsinstrument.

Bedömning påverkar synen på kvalitet

Erfarenheten var att det exempelvis i ADL-taxonomin saknades siffror, vilket medförde att det kunde upplevas att det inte var möjligt att fullt ut använda i ett utvärderande syfte. Ibland kändes det lättare att utvärdera resultat i form av siffror. Det kunde underlätta vid utvärdering och för att fastställa om patienten förbättrats i utförandet av aktiviteten. Bedömningen kunde kännas som en subjektiv sådan om det inte fanns några siffror att ta fram.

Det uttrycktes således till viss del en frustration över att det i arbetsterapeutiska bedömningar många gånger saknades siffror, men även att en bedömning av aktivitet inte alltid ansågs ha samma tyngd som exempelvis ett test som mäter funktion där siffror erhålls. Ett bedömningsinstrument som ger siffror kan upplevas som mer objektiv och att beskrivning av en observation ibland kan kännas som en mer subjektiv bedömning.

“man kan ju bli lite frustrerad emellanåt att man behöver en siffra för att kunna utvärdera detta, istället för att det är min bedömning, det jag ser.”

Det fanns en känsla av att bedömningen generellt sett inte gav samma kvalitet om inte bedömningsinstrument användes. Den uppfattades mer subjektiv och kunde mista sin tillförlitlighet i validitet. När bedömningsinstrument användes kunde det bidra till en mer objektiv bedömning och därmed ge en kvalitetssäkring.

“...då har man ju nånting som är validerat och nåt mer objektivt och inte helt utifrån vad jag ser och tycker. Det är ju väldigt mycket utifrån våra egna subjektiva bedömningar hela tiden. Och det blir ju inte samma kvalitet naturligtvis.”

Behov av ökade kunskaper och mer tid

Det fanns flera faktorer som hade potential att påverka användandet. Det sågs ett kontinuerligt behov av uppdaterade kunskaper men också mer tid.

Tillgång till utbildning

Efter ett antal år som yrkesverksamma fanns erfarenheten att det i vissa fall saknades uppdaterad kunskap och utbildning i bedömningsinstrument. AMPS kunde nämnas som ett exempel på ett bedömningsinstrument där det krävdes utbildning. Många av utbildningarna fanns dock inte geografiskt inom räckhåll och det påverkade både verksamhetens och arbetsterapeutens egna ekonomi om resor behövde göras där det krävdes övernattnings. Verksamheten ställde sig trots detta positiv till vidareutbildning i bedömningsinstrument och inköp av manualer, dock behövde arbetsterapeuterna själva veta vilka manualer de skulle efterfråga. Verksamheten medgav även auskultation på andra arbetsplatser för att se hur de tillämpar bedömningsinstrument, om det uttrycktes en önskan om detta.

Ovana vid att använda bedömningsinstrument

Om det saknades erfarenhet i att använda sig av vissa bedömningsinstrument upplevdes det bidra till en känsla av osäkerhet i användandet. Om vanan och tryggheten i att använda sig av ett visst bedömningsinstrument inte fanns, kunde det medföra att det undveks.

“Är det något som man inte har större erfarenhet av och kanske inte har kunskap om så tenderar man att inte använda sig av bedömningsinstrument i lika stor utsträckning.”

Vad gäller bedömning av kognitiv svikt uttrycktes det att bedömningsinstrument i det sammanhanget sällan användes och att vanan i att utföra dessa saknades. Det fanns en önskan i att bli bättre på dessa. Här sågs möjligheten att specifika kognitiva bedömningsinstrument kunde utgöra ett underlag för arbetsterapeuten att kunna bedöma om ett eventuellt hjälpmedel för kognitiv svikt skulle kunna underlätta.

Tidsutrymmet

En av de stora faktorerna som deltagarna beskrev som bidragande till att de inte använde sig av bedömningsinstrument är att det saknades tid. Att använda bedömningsinstrument ansågs ta mycket tid och för att hinna med allt i sitt arbete så använde sig arbetsterapeuterna av andra enklare, snabbare sätt att genomföra bedömningar.

“Man vänjer sig nog att inte behöva använda det och då gör man det inte, det går fortare att göra det helt enkelt på annat sätt.”

“Man skaffar sig snabbt lite erfarenhet och så tycker man att det funkar och vi har ju rätt många ärenden och då hinner man inte bena ut ett ärende så på det.”

Arbetsterapeuterna erfor att det många gånger var en hög arbetsbelastning och mycket arbetsuppgifter på den korta tid som de hade på sin arbetstid. Det medförde att de inte prioriterade användandet av bedömningsinstrument i de fall där det inte fanns tidsutrymme för det.

Kollegial diskussion

För att uppdatera sig om det senaste inom bedömningsinstrument brukade många ta chansen att fråga studenter som kom till verksamheten. Studenten som hade närmare anknytning till utbildningen och teorin som undervisas på arbetsterapeutprogrammet ansågs ha färsk kunskap och kunde bidra med ny, aktualiserad sådan.

Inom verksamheten fördes kontinuerligt en kollegial diskussion kring bedömningsinstrument samt att det genomfördes nätverksträffar med andra arbetsterapeuter i närliggande stadsdelar. Det beskrevs också att de delgav kunskap till sina kollegor om någon varit på utbildning samt om någon hittat värdefull kunskap och information om det senaste inom bedömningsinstrument.

“Någon är duktig på att läsa från socialstyrelsen, någon från Sveriges Arbetsterapeuter, man får då lite inspiration där och på så sätt delger varandra.”

Inom arbetsgruppen och i nätverksträffarna fördes diskussioner som ledde till att kunskap fördes vidare. På det sättet delade arbetsterapeuterna med sig av sina erfarenheter och sin kunskap. Detta innebar en form av uppdatering av kunskaper och det senaste inom professionen. Att diskutera med andra bidrog till en kunskapsöverföring som alla kunde dra nytta av.

Däremot framkom det att arbetsterapeuterna inte prioriterade att prata om användandet av bedömningsinstrument så mycket som de kanske önskade och kände att de behövde göra, det fanns annat som arbetsterapeuterna prioriterade att ta upp till diskussion, exempelvis förflyttningsutbildning och nya rön om hjälpmedel. Nätverksträffarna var uppskattade, upplevdes givande och det önskades mer tid till detta. Det sågs en möjlighet till att dessa kunde utveckla verksamheten och bidra till att ge arbetsgruppen ny kunskap. Det gav ett

mervärde och berikade både sett ur ett kunskapsperspektiv men även att det upplevdes ge en trygghet i att våga använda bedömningsinstrument i olika situationer.

“Vi har våra AT-möten regelbundet men det är mycket annat som diskuteras. Kanske man borde prioritera och lägga mer tid på att prata mer om det här.”

Diskussion

Resultatdiskussion

Resultatet visade att användandet av bedömningsinstrument utgjorde en del av bedömningen där patientens aktivitetsproblem och behov kunde synliggöras. Det användes när ett tydligt syfte kunde ses och kunde fungera som ett beslutsunderlag till olika arbetsterapeutiska interventioner eller när det efterfrågades av andra professioner. Dock framkom det att arbetsterapeutisk teori och användandet av bedömningsinstrument ofta tillämpades utifrån erfarenhetsbaserade kunskaper.

I kategorin erfarenhetsbaserade kunskaper framgick att arbetsterapeuterna ofta inhämtade information om patientens problem och resurser genom så kallade ostrukturerade datainsamlingsmetoder. Det innefattade samtal där patientens berättelse stod i centrum men även att anhöriga och personal involverades och kunde fylla på denna berättelse. Detta är essensen i personcentrerad vård där en viktig del är partnerskap vilket innebär att samtala med anhöriga och personal som tillsammans med arbetsterapeuten och patienten själv bildar ett team. Personcentrering är också en viktig del av arbetsterapeutisk teori och ett centralt begrepp i mötet med patienten (18).

Det framkom i resultatet att strukturerade bedömningsinstrument används på ett modifierat sätt. Arbetsterapeuterna arbetade utifrån sin tysta kunskap och den erfarenhetsbaserade praxiskunskapen som erhållits genom flera år i yrket. Teorin tillämpades men på ett anpassat sätt beroende på patientens behov och kontext.

I en studie av Jamtvedt et al (19) beskrevs kunskapsbaserad praxis hos arbetsterapeuterna som kärnan och bestående av en blandning av arbetsterapeutens teoretiska kunskap, egna erfarenheter och patientens enskilda önsningar och behov. Artikeln vill lyfta att även om det förespråkas att använda sig av den teoretiska kunskapen i arbetsterapi så har den enskilda arbetsterapeutens erfarenheter lika god evidens som teoretisk och forskningsbaserad evidens.

I resultatet uttrycktes att det användes delar av bedömningsinstrument. Kunskapen fanns i bakgrunden och att bedömningsinstrument kunde användas som ett stöd men att de sällan användes “rakt av”. I vissa situationer kunde ADL-taxonomin utgöra ett underlag till samtal om aktiviteter i det dagliga livet. Detta bekräftas också i en artikel där studier gjorts inom flera hälsoprofessioner (där även arbetsterapeuter ingick) (20). Det beskrevs att ungefär 96% av alla beslut fattades utifrån den egna kliniska erfarenheten. Informationsinsamling till beslutsunderlag skedde till stora delar genom samtal (20). Så skedde även i föreliggande studie där arbetsterapeuterna tillämpade sin kunskap i personcentrering och kombinerade den med sin praxiskunskap.

Under kategorin kvalitetssäkrande faktor framkom det att verksamheten har styrande dokument och riktlinjer som förespråkar användandet (11). Det fanns en positiv inställning till att arbetsterapeuterna skulle använda bedömningsinstrument och det fanns även angivet i de styrande dokumenten vilka sådana som rekommenderades (11). Dock upplevdes det att det

kunde finnas ett större behov av diskussion med arbetsgivaren hur användandet ska ske och om hur rutiner kring detta i hemsjukvårdens verksamhet skulle se ut. Uppgiften att skapa egen rutin i användandet låg hos den enskilde arbetsterapeuten. Samtidigt är det viktigt att arbetsterapeuten tar besluten kring de specifika, detaljerade rutinerna kring användandet. Ansvar för hur bedömningsinstrument skulle användas i detalj var något som låg på den enskilde arbetsterapeuten att bedöma i den enskilde patientens fall men att mer dialog med arbetsgivaren kring ämnet kunde upplevas vara ytterligare ett stöd i detta arbete.

Ibland upplevde arbetsterapeuterna att deras bedömningar kunde anses vara subjektiva då det ofta handlade om bedömningar i form av observation. Bedömningar i form av observation kan anses som subjektiva då det handlar om vad bedömaren ser och att den personen kan riskera att mer lägga märke till sådant som personen har med sig i sin förförståelse och sina tidigare erfarenheter. Bedömningsinstrument som mätte funktion och där resultaten registreras via siffror upplevdes mer objektiva. Enligt Alotaibi et al (13) vilka undersökte arbetsterapeuters val av bedömningsinstrument framkom det att många av instrumenten riktade sig mot funktion och kroppsstruktur. Men för att följa International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (21) behövdes aktivitetsnivå och delaktighet inkluderas. I studien poängterades att bedömningsinstrument för att bedöma detta behövde vara lätta att använda, tidseffektiva och enkla att poängsätta (13).

Det arbetsterapeuter först och främst bedömer är aktivitet, vilket ofta sker genom observation. I en bedömning genom observation finns också alltid risken att viktiga delar av utförandet förbises då det är många faktorer som bedömaren behöver vara fokuserad på. I en utförandeanalys som det beskrivs i OTIPM (4) handlar det bland annat om att både se hur effektivt patienten utför handlingen, om tempot, om personen anpassar utförandet, hur uppgiften organiseras av personen, hur den inleds, fortskrider och avslutas. Även en observation av miljöns beskaffenhet och hur personen utnyttjar den skall tas med i bedömningen (4). Att hinna med att observera alla dessa delar i en analys ställer höga krav på bedömarens observationsförmåga och objektivitet. Det ställer även krav på att observationen kan sammanfattas och formuleras tydligt så att andra kan ta del av den. Kommunen har i sitt ansvar uppdraget att följa hälso- och sjukvårdslagen (22) där det påtalas vikten av att vårdgivare bör erbjuda och eftersträva en så jämlik vård som möjligt. Således skulle det kunna sägas att det finns ett behov av bedömningsinstrument som både är valida, reliabla men de behöver även vara lätta att använda och poängsätta. Detta är kvalitetskomponenter som behövs i ett bedömningsinstrument och som bidrar till att bland annat säkerställa att hälso- och sjukvårdslagen efterlevs och att det sker en kontinuerlig strävan mot en så jämlik vård som möjligt (8, 22).

Att tiden inte räckte till att använda sig av bedömningsinstrument inom hemsjukvården visade sig vara en av orsakerna till att bedömningsinstrumenten inte alltid användes. I och med det faktum att Sveriges befolkning blir allt äldre och att det är platsbrist på äldreboenden så har det blivit en stor belastning på hemsjukvårdens resurser och behov av arbets- terapeutiska insatser (8-10). För att kunna ge alla hemsjukvård och för att hinna med alla patientärenden så prioriterades det inte alltid att använda sig av bedömningsinstrument då det var för tidskrävande.

I och med att tidsutrymmet inte räckte till så fanns inte alltid möjlighet till att på arbetstid söka efter mer kunskap och utbildning i användandet av bedömningsinstrument. Det bidrog till att arbetsterapeuterna använde sig mer av sin erfarenhetsbaserade kunskap och kollegialt stöd. I en studie gjord i England beskrevs att 94 % av de hälsoprofessioner som presenterades i studien använde sig av sin erfarenhetsbaserade kunskap och 82 % använde sig av kollegors

erfarenheter i det kliniska arbetet (23). Det kunde ses även i föreliggande studie att arbetsterapeuterna använde sig av varandras kunskap men även av studenters uppdaterade kunskap i användandet av bedömningsinstrument. Erfarenheter i att använda sig av bedömningsinstrument kunde även delas mellan kollegor på nätverksträffar och på arbetsplatsmöten då tid för diskussion fanns.

Det arbetsterapeuterna önskade var mer tid i den kliniska verksamheten till att sätta sig in i bedömningsinstrument som skulle kunna tänkas användas i verksamheten. Detta bekräftas även i en artikel av S Bennet (20) att det ofta är ett hinder att det inte finns utrymme att på arbetstid söka relevant litteratur som kan användas i praxis.

Metoddiskussion

Valet av metodanalys för studien är Graneheim och Lundmans (14) innehållsanalys och används i samband med kvalitativa studier. Den kvalitativa metoden var lämplig att använda då studiens syfte var att beskriva arbetsterapeuters erfarenheter av att använda bedömningsinstrument. Intervjuguiden möjliggjorde följdfrågor vid intervjuerna vilket gav möjlighet att fördjupa svaren (15). Dock sågs en svaghet i form av författarnas ovana att intervjua utifrån öppna frågor vilket kan ha påverkat utfallet. Det kan tänkas att detta innebar att de följdfrågor som kanske hade kunnat ge ännu mer djup till studien inte alltid ställdes.

Flera olika delar i urvalet sågs som kan ha påverkat resultatet, både fördelar men också nackdelar. Arbetsterapeuterna som var med i studien hade lång yrkeserfarenhet. Detta är en styrka i studien då deltagarna hade mycket värdefull information att delge. Å andra sidan om längden i yrkeserfarenhet hade varierat mer hos deltagarna hade det kunnat bidra med en större variation av erfarenheter. Det är möjligt att resultatet blivit något annorlunda om det funnits deltagare med kortare yrkesverksam tid sedan utbildningstiden.

I studien var det endast fem arbetsterapeuter som deltog. Om studiens tidsram hade varit längre, hade möjligheten funnits till att inkludera fler deltagare i studien vilket hade kunnat ge ett annat djup av deltagarnas erfarenheter att använda sig av bedömningsinstrument (14).

De arbetsterapeuter som deltog i studien var verksamma i samma stadsdel i Göteborgs Stad. Resultatet hade kunnat få en större bredd och variation om även arbetsterapeuter som arbetade i hemsjukvård från andra stadsdelar inkluderats. Då hade det varit möjligt att få en större nyansering av erfarenheter i urvalsgruppen (14). Den specifika arbetskulturen som finns inom olika verksamheter kan visa sig i skillnader i användandet och detta i sin tur kunde ha påverkat resultatet.

Arbetsterapeuterna hade erfarenhet av att arbeta med patienter både i ordinärt boende, äldreboende och korttidsboende. Ingen av deltagarna hade någon erfarenhet av att arbeta inom Lagen om särskilt stöd-boende (LLS-boende). Det hade varit av intresse att även få ta del av erfarenheter av användning av bedömningsinstrument som finns inom detta område som också är en del av hemsjukvårdens verksamhet.

Om ovan nämnda faktorer vad gäller urvalsgruppen hade uppfyllts hade det kunnat ge studien en högre grad av överförbarhet.

På grund av studiens tidsram fanns inte möjlighet till att göra en provintervju. Om det hade gjorts en sådan hade det kunnat ge en bättre uppfattning om kvaliteten i frågeguiden och frågornas formulering hade kunnat utformas på ett annat sätt. En provintervju hade också

kunnat ses som en värdefull övning i att kunna lyssna aktivt och ställa relevanta följdfrågor (14-16).

Författarnas förförståelse såsom studenter vid arbetsterapeutprogrammet kan ha bidragit till att arbetsterapeuterna upplevde sig tala med personer som har förkunskapen i att använda sig av bedömningsinstrument. Detta kan ha lett till att svaren inte blev så utförliga som till en intervjuare utan förförståelse.

Graneheim och Lundmans (14) innehållsanalys har flera steg som ska följas för att få fram kärnan i de intervjuades utsagor. I första steget skedde en transkribering av de inspelade intervjuerna. Därefter gjordes en analys genom att meningsbärande enheter togs ut som svarade på studiens syfte. Denna analys skedde genom att författarna analyserade den första intervjun tillsammans och därefter delades resterande av det transkriberade materialet på hälften i och med de tidsramar som fanns i studien. Det kan ses som en svaghet att inte hela fasen med att ta ut meningsbärande enheter ur samtliga intervjuer gjordes tillsammans. Men det som ses som en styrka är dock att den första intervjun gjordes tillsammans för att skapa en samstämmighet i de resterande analyserna som sedan gjordes på varsitt håll. Före kodning gjordes en kontroll av samstämmigheten genom att diskutera om de meningsbärande enheter som valts ut svarade mot syftet (14).

I forskningsetik beskrivs tre etiska principer som är viktiga som forskare att ta hänsyn till och det är skyldighet att göra gott, rättvis behandling och respekt för individen. Under forskningsprocessen sågs flera delar som fick tas hänsyn till utifrån dessa tre etiska principer (24).

Skyldighet att göra gott står för att forskarna alltid ska ha med sig att studien som görs ska mynna ut till något gott och inte skada (24). Eftersom studien endast är gjord på en verksamhet så uppkom tanken att studien kunde upplevas som utpekande till den verksamhet som var berörd. Detta har tagits hänsyn till genom att inte ange vilken stadsdel i kommunen som deltog. En annan etisk fråga var att studien skulle kunna orsaka oro hos deltagarna att det som sades i intervjuerna skulle kunna komma fram till arbetsgivaren eller kollegor. Deltagarna utlovades konfidentialitet och att studien skulle genomföras på gruppnivå. Det sågs en nytta med studien för verksamheten där studien skulle kunna leda till ett utvecklings- och förbättringspotential.

Respekt för individen togs hänsyn till genom arbetsterapeuternas frivillighet att vara med i studien genom ett informationsbrev. I informationsbrev och i samband med intervjuerna informerades om rätten att avbryta. Det gav arbetsterapeuterna ett val att avstå ifrån sitt deltagande och rätten till att välja själva (24).

Det skulle kunna diskuteras om det fanns ett maktförhållande vid intervjuerna då två personer intervjuade och att studiedeltagaren var själv men det ansågs ändå jämnas ut av det faktum att studiedeltagaren fick välja intervjuplats och att det fanns en möjlighet att kunna avbryta (15).

Kliniska implikationer

-Resultatet kan bidra till verksamhetsutveckling och att det eventuellt i framtiden avsätts mer tid till diskussioner om vilka kunskaper som behövs för att vidareutvecklas i användandet av bedömningsinstrument i hemsjukvården.

-Det kan ge en medvetenhet om att det finns ett ökat behov av kunskap om bedömningsinstrument som används för att bedöma kognitiv nedsättning samt hur dessa kan tillämpas för att ta fram lämpliga interventioner.

-Resultatet tydliggör att arbetsterapeuters erfarenhetsbaserade kunskap är mycket viktig. I hemsjukvården innebär det att arbetet med att inhämta information till beslutsunderlag sker utifrån ett personcentrerat perspektiv där patientens berättelse står i centrum och kompletteras av personal och anhöriga.

Slutsats

Arbetsterapeutens uppdrag i hemsjukvården är komplex då den innehåller många faktorer som kan påverka användandet av bedömningsinstrument. Arbetsterapeutisk teori tillämpades utifrån ett personcentrerat sätt då det vid bedömningar rådde en helhetssyn där personal och anhöriga togs till hjälp i datainsamlingen. Det är viktigt att arbetsterapeuter kontinuerligt även i framtiden får utveckla kunskaper i bedömningsinstrument genom utbildning och diskussion med kollegor.

Fortsatt forskning

För att bidra till vidare kunskaper om användandet av bedömningsinstrument kunde det vara av värde att exempelvis genom en kvantitativ studie utreda hur det skiljer sig mellan olika stadsdelar vad gäller erfarenheter i användandet av bedömningsinstrument. Lokala rutiner och den specifika kulturen inom varje verksamhet kan göra att det finns skillnader i användandet. Det skulle kunna ge intressant information om främjande faktorer som skulle kunna leda till att rutiner som underlättar användandet implementeras i andra verksamheter.

Vidare forskning kan behövas kring att ta fram nya bedömningsinstrument som lämpar sig för att använda i hemmiljö samt med äldre patienter som har många olika sjukdomar. I resultatet identifierades ett behov av bedömningsinstrument som är enkla att använda, som inte tar för lång tid att tillämpa och administrera och som dessutom fungerar i aktiviteter i det dagliga livet i hemmiljön.

Resultatet visade att det saknades lämpliga bedömningsinstrument att använda vid progredierande sjukdomar. Att använda bedömningsinstrument vid progredierande sjukdomar kändes inte etiskt rätt. Det här tyder på att ett behov finns av vidare forskning för att utveckla arbetsterapeutiska bedömningsinstrument som kan tillämpas i dessa situationer. Idag finns det palliativa registret som i huvudsak vänder sig till sjuksköterskor och fokuserar på patientens fysiska och psykiska symtom (25). Det skulle behöva tillföras ett utökat arbetsterapeutiskt perspektiv med utveckling av arbetsterapeutiska bedömningsinstrument i det palliativa registret. Detta behövs för att kunna mäta och utvärdera kvaliteten i arbetsterapeutiska interventioner.

Studier om hur erfarenhetsbaserad kunskap används inom arbetsterapi är fortsatt intressant då arbetsterapeuterna arbetar utifrån detta. Det är viktigt då det ger möjlighet till att förstå vad som främjar överförandet av den teoretiska kunskapen till praxis.

Referenslista

1. Eklund M, Gunnarsson B, Leufstadius C. Aktivitet & relation : mål och medel inom psykosocial rehabilitering. 1. uppl.. ed. Lund: Studentlitteratur; 2010.
2. Kielhofner G. Model of human occupation: teori och tillämpning. Lund: Studentlitteratur; 2012.
3. Prior. S, Duncan ES. Assessment skills for practice. In: Duncan EAS, editor. Skills for practice in occupational therapy 2009. S. 75-90.
4. Fisher AG. OTIPM : en modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi. 3. rev. uppl.. ed. Nyman A, FSA, editors. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter; 2011.
5. Law M. Canadian occupational performance measure : svensk version. 4. uppl.. ed. Stockholm: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter; 2006.
6. Törnquist K. ADL-taxonomi : en bedömning av aktivitetsförmåga. Sonn U, editor. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter; 2001.
7. Fisher AG. AMPS : bedömning av motoriska färdigheter och processfärdigheter. Vol. 2, Användarmanual. 7. uppl.. ed. Fort Collins, Colorado: Umeå: Three Star Press; NRA; 2012.
8. Socialstyrelsen. [Hämtad 2016-12-06] Tillgänglig från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18907/2012-12-9.pdf>.
9. Göteborgs Stad. Äldres hälsa: En sammanställning av äldre personers hälsa i Göteborg. Göteborg: 2014.
10. Johansson S. Hemsjukvård i förändring: Södermanland: tema: kommunaliseringen av hemsjukvården. Arbetsterapeuten. 2012;12-13.
11. Göteborgs Stad. Riktlinjer för Bedömningsinstrument Arbetsterapi och Fysioterapi/ sjukgymnastik. Göteborg: 2014.
12. Horghagen S. Moving into a knowledge-based practice. Occupational therapists justifications for the use or non use of assessment tools. Ergoterapeuten (Oslo). 2015;58(6):48-59.
13. Mohammed Alotaibi N, Reed K, Shaban Nadar M. Assessments Used in Occupational Therapy Practice: An Exploratory Study. Occup Ther Health Care. 2009;23(4):302-18.
14. Henricson M. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2012.
15. Trost J. Kvalitativa intervjuer. Lund: Studentlitteratur AB; 1997.
16. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. 3. [rev.] uppl.. ed. Brinkmann S, editor. Lund: Studentlitteratur; 2014.
17. Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008.
18. Ekman I. Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik. Stockholm: Liber AB; 2014.
19. Jamtvedt G, Nortvedt MW. Evidence-based occupational therapy - a contribution to better practice! Ergoterapeuten (Oslo). 2008;51(1).
20. Bennett S, Tooth L, McKenna K, Rodger S, Strong J, Ziviani J, et al. Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. Aust Occup Ther J. 2003;50(1):13-22.
21. World Health Organization. Klassifikation av funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa: svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.

22. Sveriges riksdag. [Hämtad 2017-03-07] Tillgänglig från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763.
23. Upton P. Knowledge and Use of Evidence-based Practice by Allied Health and Health Science Professionals in the United Kingdom. *J Allied Health*. 2006;35(3):127-133.
24. Castensson A. Samverkan för nätbaserad högskoleutbildning. *Forskningsetik - 10 frågor och svar*. : SNH; 2015.
25. Palliativ vård i livets slutskede: Nationellt vårdprogram. [Hämtad 2017-03-10] Tillgänglig från: <http://media.palliativ.se/2017/01/Vårdprogram.pdf>.