



SAHLGRENKA AKADEMIN

**INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP
OCH FYSIOLOGI
ARBETSTERAPI**

**ARBETSTERAPEUTERS
UPPLEVELSER AV
BEDÖMNINGSSINSTRUMENTET
IN HOME OCCUPATIONAL
PERFORMANCE EVALUATION
(I-HOPE)**

Joel Meyer, Jesper Åman

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet
Kurs	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Greta Häggblom Kronlöf, Med. Dr., Leg Arbetsterapeut
Examinator:	Isabelle Ottenvall Hammar, Med Dr., Leg Arbetsterapeut

Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2018
Handledare:	Greta Häggblom Kronlöf, Med. Dr., Leg Arbetsterapeut
Examinator:	Isabelle Ottenvall Hammar, Med Dr., Leg Arbetsterapeut

Bakgrund	Inom arbetsterapi är det huvudsakliga målet att möjliggöra delaktighet i dagliga aktiviteter och att förbättra möjligheter till att leva meningsfulla liv. Arbetsterapeuter använder bedömningsinstrument för att förstå den situation som personen befinner sig i och efter dennes behov och mål kunna genomföra en lyckad intervention. In Home Occupational Evaluation (I-HOPE) är ett bildbaserat och personcentrerat bedömningsinstrument med fokus på äldres aktivitetsutförande i hemmiljö. En svensk version, I-HOPE/S, är under utveckling och under hösten 2017 utförde arbetsterapeuter bedömningar på patienter med hjälp av instrumentet. För en fortsatt utveckling av instrumentet är det viktigt att ta tillvara på de upplevelser som dessa arbetsterapeuter fått under användandet av bedömningsinstrumentet.
Syfte	Undersöka arbetsterapeuters upplevelser vid användningen av bedömningsinstrumentet I-HOPE/S i mötet med patienter.
Metod	I denna studie användes en kvalitativ metod med en induktiv analysansats. Deltagarna i studien var sju legitimerade arbetsterapeuter som genomfört bedömningar med hjälp av I-HOPE/S. Datainsamling skedde genom intervjuer. Dessa transkriberades och analyserades därefter med Graneheim och Lundmans kvalitativa innehållsanalys.
Resultat	I resultatet kategoriserades arbetsterapeuters upplevelser av bedömningsinstrumentet I-HOPE/S in i fyra kategorier. <i>Aktivitetskortens styrkor</i> berörde upplevelser om hur aktivitetskorten gett deltagarna mycket information, underlättade kommunikation samt bidrog till patientens delaktighet. <i>Brister och förslag på förbättring</i> avsåg upplevelser om vad instrumentet saknade i dess nuvarande form, att det var tidsvarierande samt hur det skulle kunna utvecklas. <i>Svårigheter för patienten</i> beskrev upplevelsen av att instrumentet ställde krav på uthållighet och en viss kognitiv förmåga hos patienten. <i>Arbetsterapeutens roll vid bedömning</i> representerade upplevelser som deltagarna hade om deras roll vid bedömning samt vad som kunde vara till stöd för denna roll.
Slutsats	Bedömningsinstrumentet I-HOPE/S upplevdes bidra till delaktighet och fokuserade på de aktiviteter i hemmiljön som var viktigast för personen. Fokus lades på personens deltagande och vilja, vilket är centralt inom arbetsterapi. Instrumentets bildbaserade grund upplevdes som en stor fördel och genom användningen av bilder underlättades kommunikationen, bidrog till diskussion och hjälpte patienten att hitta tidigare utförda och borttappade aktiviteter.

Abstract

Thesis:	15 hp
Program:	Occupational Therapy program 180 hp
Course:	ARB341 Bachelor thesis in Occupational Therapy
Level:	First Cycle
Semester/year:	St 2018
Supervisor:	Greta Häggblom Kronlöf, Ph.D, Reg. Occupational Therapist
Examiner:	Isabelle Ottenvall Hammar, Ph.D, Reg. Occupational Therapist
Keyword:	Occupational Therapists, Professional-Patient Relations, Communication, Qualitative research

- Background** In Occupational Therapy, the main goal is to enable participation in occupation of daily life and to enhance the ability to live meaningful lives. Occupational Therapists use assessment tools to understand the current situation of a person and his or her needs to succeed with an intervention. In Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE) is a picture-based and person-centered assessment tool that focuses on elderly's occupational performance in the home-environment. A Swedish version, I-HOPE/S, is under development and during the fall of 2017, occupational therapists did assessments using the I-HOPE/S. For a continued development of the assessment tool, it's evident to take advantage of the experiences these occupational therapists got while using the assessment tool I-HOPE/S.
- Aim** To examine Occupational Therapists experiences using the assessment tool I-HOPE/S in the interaction with patients.
- Method** This study used a qualitative method with an inductive analysis approach. Data were collected through interviews. These were transcribed and analyzed by Graneheim and Lundmans's qualitative content analysis.
- Result:** The participants experience were categorized in four categories. *Strengths of the Activity cards* concerned experiences how the activity cards gave the participants a lot of information, eased communication and how they contributed to patient participation. *Flaws and ideas of improvement* concerned experiences about what the instrument missed in its current form, that it was time varying and how it could develop. *Difficulties for the patient* described the experience that the instrument demanded perseverance and a certain cognitive ability of the patient. *The role of the Occupational Therapist in assessment* represented experiences that the participants had regarding their role in assessment and what could be in support of this role.
- Conclusion** The assessment tool I-HOPE/S perceived to contribute to participation and focused on occupations in the home-environment. The instrument's picture-based foundation was perceived as a big advantage and with the use of pictures the communication was eased, contributed to discussion and helped the patient to find previously done but now lost activities.

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Syfte	3
Metod	4
Metodval	4
Urval	4
Datainsamling	4
Databearbetning	5
Resultat	7
Aktivitetskortens styrkor.....	7
Brister och förslag på förbättring.....	9
Svårigheter för patienten.....	10
Arbetsterapeutens roll vid bedömning.....	11
Diskussion.....	13
Resultatdiskussion	13
Metoddiskussion	14
Etiska överväganden	15
Slutsats	16
Referenser	17

Bakgrund

Inom arbetsterapi är det huvudsakliga målet att möjliggöra delaktighet i dagliga aktiviteter (1). Detta görs genom att förbättra möjligheter för personer att leva meningsfulla liv eller genom att anpassa miljön främja delaktigheten i aktivitet (1). Miljö kan definieras som flerdimensionell, innehållande den fysiska, sociala, kulturella, ekonomiska och politiska omgivningen (2). Variationen av förutsättningar i miljön uppmuntrar till vissa beteenden men motverkar andra. Hur ett hinder eller problem upplevs av en person beror till stor del på förutsättningar i miljön och anpassning av den kan minska vidden av hinder eller problem för personen och på så sätt stödja till ett aktivt och självständigt liv (2).

Arbetsterapeuter arbetar med olika verktyg och processmodeller för att säkerställa att behandlingen för en person blir utförd på ett professionellt sätt (3). Ett exempel på en arbetsterapeutisk processmodell är The Occupational Therapy Intervention Process Modell (OTIPM) som sätter fokus på personens vilja, behov samt en god arbetsrelation (4). Processmodellen OTIPM utgår från ett top-down perspektiv och har ett aktivitetsbaserat synsätt. Med ett top-down perspektiv menas att arbetsterapeuten utgår från personens unika situation och anpassar sina val av metod utefter vad som är bäst för patienten (4). OTIPM har även ett personcentrerat fokus som inom hälso- och sjukvård bygger på partnerskapet mellan den professionella utövaren och personen som söker vård (4, 5). För detta partnerskap är personens berättelse om sin situation och vardag en utgångspunkt. Det är också av yttersta vikt att personen själv är delaktig i målsättning och val av insatser (5). Personcentrering handlar även om att se patienten som en person, med alla mänskliga aspekter som det innebär att vara en människa för att personen ska kunna vara aktiv och påverka sin behandling så mycket som möjligt (6).

Möjligheten att delta i och påverka sin egen behandling är något som många uppskattar och med hjälp av bilder kan personer med kommunikationssvårigheter uttrycka sina meningsfulla tankar (7). Bilder kan exempelvis användas som stöd i form av en samtalsmatta för att öka delaktigheten i målformulering och målsättning (7). Bilder har länge använts som en del i kommunikation människor emellan (8). En bild ger information till mottagaren dels genom avbildning men också som en symbol (8). Avbildning av ett aktivitetsutförande i form av en bild kan hjälpa en person att knyta an till aktiviteten och lättare uppfatta hur de själva skulle utföra samma aktivitet (9). Bilder kan även användas för personer med demens som hjälp för att se vilka styrkor och svagheter personen i fråga känner och ge denne en större möjlighet att själv påverka sitt stöd (10).

Inom arbetsterapi ses bedömningsinstrument både som ett verktyg och som en process (3). Ett bedömningsinstrument syftar till att samla information om en person för att kunna utveckla en intervention som är anpassad efter dennes behov och möjligheter (3). Bedömningar är en förutsättning för att arbetsterapeuten ska kunna förstå den situation som personen befinner sig i och efter dennes behov och målbild kunna genomföra en lyckad intervention (2). Användande av bedömningsinstrument kan stärka valet av intervention samt främja delaktighet hos personen som ges vård (11). Användandet av bedömningsinstrument kan ibland stå i konflikt med de ramar som arbetsterapeuterna arbetar efter. Ekonomiska restriktioner samt tidspress kan försvåra användandet av bedömningsinstrument. Det finns även en brist av bedömningsinstrument som fångar in helheten hos personen (11). I en amerikansk studie (12) med 260 deltagande arbetsterapeuter konstaterades att de flesta

utvärderingsinstrument användes för att bedöma kroppsfunction och att aktivitetsfokuserade bedömningsinstrument allt för sällan användes.

Ett arbetsterapeutiskt bedömningsinstrument som används för att bedöma en persons funktion i förhållande till hemmiljön är Housing Enabler (13). Det är utvecklat för att undersöka, skatta samt analysera tillgänglighetsproblem för personer som bor i vanliga hushåll (13). Susan Stark (14) menar dock att arbetsterapeutiska bedömningsinstrument med fokus på äldre personers utförande av meningsfulla aktiviteter i förhållande till hemmiljön har saknats och ur detta gap har bedömningsinstrumentet In Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE) utvecklats i USA. I-HOPE är ett bildbaserat och personcentrerat bedömningsinstrument med syfte att kartlägga vilka aktivitetsproblem som förekommer i hemmiljön hos äldre personer och vilka arbetsterapeutiska åtgärder som kan göras där. I-HOPE använder bilder, så kallade *Aktivitetskort*, för att illustrera olika vardagliga aktiviteter. Bedömningsinstrumentets uppbyggnad och form grundar sig i tre steg. I steg ett: *kategorisering*, sorteras aktivitetskorten av personen in i kategorier för att kartlägga vilka aktiviteter som denne inte gör och inte vill göra, gör nu utan problem, gör nu med svårighet/er, gör nu men oroas för framtiden eller gör inte men önskar att göra. I det andra steget: *prioriteringen*, prioriterar personen fem till tio aktiviteter som denne anser viktigast och anger genom *självskattningen* sin utförandekapacitet av dessa aktiviteter. I det tredje steget: *observationen*, observerar arbetsterapeuten personen då denne utför de prioriterade aktiviteterna. I detta steg ingår även en *poängsättning* och *sammanställning* av kategorisering, självskattning samt observation. Denna sammanställning används sedan som grund för intervention (14).

Personer i Sverige lever idag längre än tidigare och antalet personer 65 år och äldre beräknas öka de närmaste tio åren (15). Allt fler äldre personer bor kvar i hemmet, som kan vara en trygg miljö där människan har sina minnen, vanor och meningsfulla aktiviteter. Det bor idag allt färre äldre personer på särskilt boende och vård i hemmiljön har därav ökat (16). Det finns en brist på instrument som bedömer aktivitetsutförandet i äldre personers hemmiljö i Sverige, som tar hänsyn till personen, aktiviteten och miljön. För att fånga upp dessa tre variabler utvecklas en svensk version av I-HOPE kallad I-HOPE/S. Under hösten 2017 genomfördes ett pilotprojekt då arbetsterapeuterna i projektet skulle använda sig av och göra bedömningar med hjälp av I-HOPE/S. För fortsatt utveckling av instrumentet är det viktigt att kartlägga och beskriva de upplevelser som dessa arbetsterapeuter fått under användandet av bedömningsinstrumentet.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka arbetsterapeuters upplevelser vid användningen av bedömningsinstrumentet I-HOPE/S i mötet med patienter.

Metod

Metodval

Eftersom studiens mål var att beskriva fenomenet arbetsterapeuters upplevelser vid användning av bedömningsinstrumentet I-HOPE/S i mötet med patienter, valdes en kvalitativ metod med en induktiv analysansats. Kvalitativ metod har sin utgångspunkt i det holistiska synsättet och studerar egenupplevda upplevelser av ett fenomen (17). En induktiv analysansats används för att undersöka egna levda upplevelser av ett fenomen utan en teoretisk ingång (17).

Urval

Inklusionskriterier för deltagande i studien var legitimerade arbetsterapeuter som medverkat i pilotprojektet för utvecklingen av bedömningsinstrumentet I-HOPE/S och som genomfört klientbedömningar med hjälp av instrumentet. Kontaktuppgifter till de sju medverkande i pilotprojektet som utfört klientbedömningar fick författarna av de ansvariga för pilotprojektet och kontakt togs via e-post, där ett informationsbrev om studien och samtyckesformulär inkluderades. I informationsbrevet framgick studiens syfte, att ingen information i studien skulle kunna härledas till någon person, att intervjuerna skulle spelas in och rätten att avsluta deltagande i studien om så önskades. Samtliga som kontaktades tackade ja till att delta i studien och skrev på det medskickade samtyckesformuläret. Samtliga deltagare var kvinnor. Vidare översikt av antal deltagare, åldersfördelning, arbetslivserfarenhet, arbetsområde och antal genomförda bedömningar går att se i tabellen nedan (Tabell 1).

Tabell 1. Information om deltagarna

Antal deltagare	7 st
Åldersfördelning	34 år till 62 år
Arbetslivserfarenhet	7 mån till 41 år
Arbetsområde	Kommun, HSV, Daglig verksamhet, Forskning
Antal genomförda bedömningar	1 till 5

Datansamling

Datansamling gjordes genom sammanlagt sex intervjuer med de sju deltagarna i studien. En intervju genomfördes således med två deltagare samtidigt. Intervjuerna genomfördes i ett samarbete med två studenter från Luleå Tekniska Universitet (LTU) och delades upp mellan grupperna. Vid intervjuerna användes en ostrukturerad metod med öppna frågor. Frågorna formulerades på ett sätt som bjöd in deltagarna att berätta om sina egna upplevelser i så hög grad som möjligt (17). Tillsammans med studenterna från LTU formulerades

ingångsfrågorna: *Skulle du vilja berätta hur du upplevde att arbeta med bedömningsinstrumentet I-HOPE/S och Skulle du vilja berätta om hur du upplevt instrumentets betydelse för den fortsatta arbetsterapiprocessen.* Denna intervjuguide utgjorde grunden för intervjuerna och utvecklades med följdfrågor (*förklara mer, hur menar du, kan du utveckla ditt svar* och så vidare) för att fördjupa berättelsen hos deltagarna. Intervjuerna pågick mellan 22 och 56 minuter och genomfördes på deltagarnas arbetsplats, offentlig plats samt via videosamtal. Författarna genomförde tillsammans tre intervjuer där den ena agerade ledande i intervjun och den andra observerade samt hade möjlighet att ställa följdfrågor. Författarna alternerade mellan de två rollerna. Författarna lyssnade aktivt på samt uppmuntrade deltagaren att berätta genom att bekräfta personen med kroppsspråk och bejakande för att bekräfta och visa intresse för deltagarens berättelse (17). Samtliga deltagare fick möjligheten att välja den tid och plats där intervjun skulle ske och informerades om rätten att avbryta sitt deltagande innan intervjun startade. Intervjuerna spelades in på två mobiltelefoner genom applikationen röstmemo. De inspelade intervjuerna förvarades på ett USB minne.

Författarna och studenterna från LTU transkriberade de intervjuer de själva genomfört och delade sedan det transkriberade materialet med varandra. Därefter avslutades det aktiva samarbetet och det enskilda arbetet tog vid. Materialet bestod av sex transkriberade intervjuer.

Databearbetning

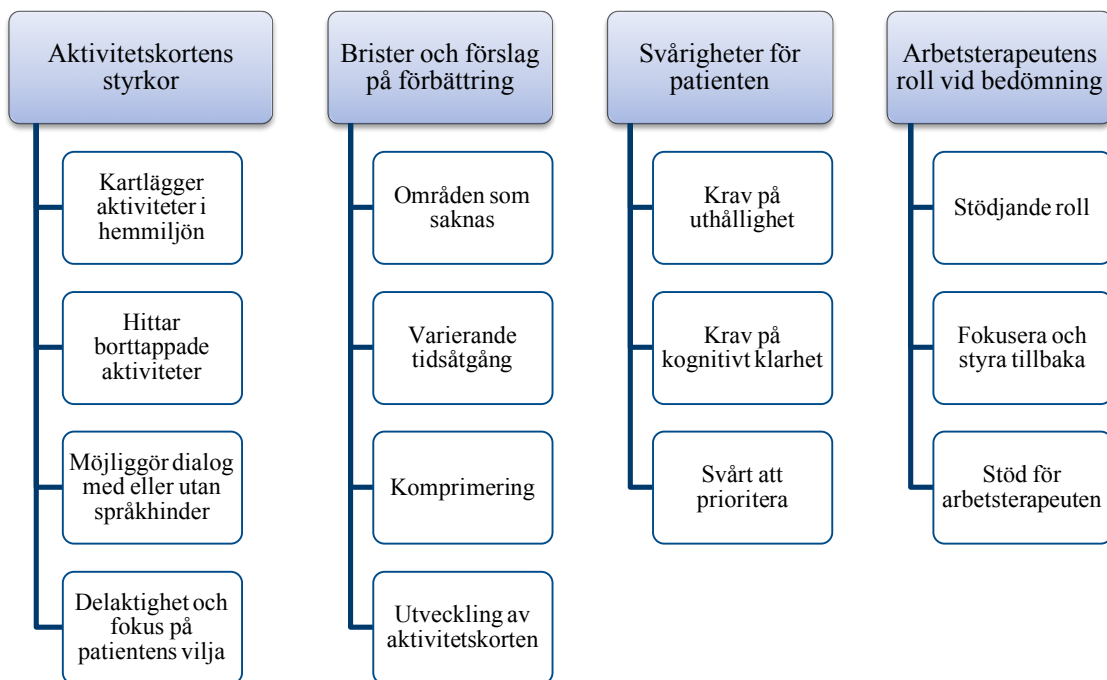
För att analysera insamlade data från intervjuerna genomfördes Graneheim och Lundmans (18) kvalitativa innehållsanalys. De transkriberade intervjuerna lästes i sin helhet upprepade gånger av båda författarna för att förstå helheten i dem. Meningsbärande enheter som svarade mot syftet togs sedan ut från intervjuerna. Den första analysen genomfördes tillsammans för att få en samförståelse mellan författarna, medan resterande intervjuer delades upp för att öka effektiviteten. Författarna diskuterade sedan de meningsbärande enheterna med varandra för att öka samförståelsen och fortsatt arbete med analysen var gemensam. Vid behov gick författarna tillbaka till rådata för att meningarnas kontext inte skulle försvinna. Analysen diskuterades med handledare, medstudenter samt examinator vid olika tillfällen under processens gång. En översikt över hur analysprocessen gått till med kondensering, kodning och kategorisering går att se på tabellen nedan (Tabell 2). Den resulterade i 14 underkategorier som sedan sorterades in i fyra huvudkategorier. Resultatet sammanfattades till en löpande text under de fyra huvudkategorier som togs fram och konkretiserades med citat från intervjuerna.

Tabell 2. Exempel på hur analysprocessen gått till vid bearbetning av data.

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Underkategorier	Kategori
Ehm...man får ju va rätt kognitivt...klar för att...klara av det	Man måste vara kognitivt klar för att klara av det	Kognitivt klar för att klara	Krav på kognitiv klarhet	Svårigheter för patienten
Det krävs nog ganska mycket av arbetsterapeuten också tror jag att man liksom får verkligen hålla fokus och...att man inte svävar ut eller låter dom prata om för mycket annat liksom, för då tar det ännu längre tid	Krävs mycket av arbetsterapeuten, att hålla fokus, annars tar det ännu längre tid	Krävs fokus	Fokusera och styra tillbaka	Arbetsterapeutens roll vid bedömning
Så första steget är ju väldigt bra alltså att man kan lägga det i kategorier och...ehm, absolut, man får ju mycket information av korten	Första steget är väldigt bra, man får mycket information av korten	Korten ger information	Kartlägger aktiviteter i hemmiljön	Aktivitetskortens styrkor

Resultat

I resultatet kunde arbetsterapeuters upplevelser av bedömningsinstrumentet I-HOPE/S kategoriseras in i fyra kategorier: *Aktivitetskortens styrkor*, *Brister och förslag på förbättring*, *Svårigheter för patienten* samt *Arbetsterapeutens roll vid bedömning*. Fördelningen av kategorier och underkategorier kan ses nedan (figur 1).



Figur 1. De fyra kategorier och deras 14 underkategorier som speglar arbetsterapeuters upplevelser vid användningen av bedömningsinstrumentet I-HOPE/S i mötet med patienter.

Aktivitetskortens styrkor

Att I-HOPE/S är bildbaserat upplevdes som positivt och som en styrka med instrumentet. Aktivitetskorten ansågs vara den centrala delen av instrumentet och med dess hjälp kunde arbetsterapeuterna kartlägga aktiviteter i hemmiljön och de bidrog också till att öppna upp för samtal och möjliggjorde dialog med patienten. Deltagarna belyste vikten av patientens delaktighet och vilja i processen avseende bedömning och målformulering. Med hjälp av aktivitetskorten upplevdes patienterna få möjlighet att själva kunna prioritera de aktiviteter som ansågs viktiga för dem.

Kartlägger aktiviteter i hemmiljön

Aktivitetskorten upplevdes täcka ett stort område av aktiviteter i hemmiljön vilket gav arbetsterapeuten mycket information om patienten och dennes problem. Det upplevdes ge ett bra underlag för arbetsterapeuten. Det upplevdes att alla de aktiviteter som kunde finnas i hemmiljön täcktes av aktivitetskorten och inga lämnades utanför.

”Det som jag tycker är bra är att jag tycker det är utförligt att det är liksom det är många aktiviteter i hemmet som man går igenom, så tycker att man får bra underlag med dom patienter som man jobbar med.”

Hittar borttappade aktiviteter

En annan del som kom fram var att aktivitetskorten upplevdes ge patienten ett stöd i att hitta borttappade aktiviteter. Det underlättade genom att se alla aktiviteter att tänka en extra gång på vad det var för något som patienterna gjort tidigare men av olika anledningar tappat bort och inte längre utförde. Det upplevdes kunna ge patienterna en extra tanke över aktiviteter som försvunnit från dem men som de ändå ansåg viktiga.

”Jag tyckte det var väldigt positivt just utifrån det faktum att dom här personerna som vi besökte hade många gånger kanske tappat bort vissa aktiviteter som dom faktiskt upplevde som problematiska när dom väl såg korten och ja men härleda till aktiviteter som dom hade gjort tidigare och aktiviteter som inte kanske dom riktigt själva hade tänkt på heller som problematiska.”

Möjliggör dialog med eller utan språkhinder

Aktivitetskorten upplevdes underlätta för patienter att uttrycka sig om de hade svårigheter med språket eller inte kunde uttrycka sig verbalt. Med bildernas hjälp upplevdes kommunikationen underlättas och de möjliggjorde även delaktighet under bedömningen.

”Det finns ju grupper som kanske har svårt med språket av olika anledningar och där kan ju en bild vara lättare att kommunicera med.”

Det upplevdes att aktivitetskorten var en god grund för att skapa en dialog kring aktiviteterna och undvika utfrågningen som fanns i andra instrument. De öppnade upp för en diskussion om aktiviteten och vad som krävdes för att utföra den. Eftersom fokus blev på aktiviteten och inte på vad patienten kunde och inte kunde avdramatiserades problemen hos denne.

”Man sitter och pratar kring kortet istället för att man ställer frågan, hur går det att städa. Att det blir mera liksom man tittar på det om att städa hur, ja det känns som att det blir mindre utfrågning och mera dialog.”

Delaktighet och fokus på patientens vilja

Deltagarna upplevde att delaktigheten hos patienten främjades genom aktivt deltagande i bedömningen. Bilderna upplevdes vara en bidragande faktor till detta.

”Jag tycker att det är bra för att hmm nu får ju individen själv bedöma var den kan, eller vad som kan, eller vad som är svårigheter och de kan berätta kring bilderna, det tycker jag är jättebra.”

Den egna viljan sattes i fokus genom att patienten själv prioriterade vilka aktiviteter den ansåg som viktigast. Det upplevdes som att instrumentet öppnade upp en möjlighet för patienterna att vara mer delaktiga samt att det lyssnades på viljan hos patienten.

” Styrkorna tycker jag är det här att det blir ett lätt sätt att få fram...vad som är viktigt för honom [patienten], vad han vill arbeta med eller hon.”

Brister och förslag på förbättring

Vid användandet av instrumentet upplevdes vissa brister med det. Dessa brister bestod i avsaknad av instruktioner för arbetsterapeuten och att instrumentet hade för stort fokus på fysiska miljöhinder och inte tog hänsyn till kognitiva nedsättningar. Att bedömningen beroende på patient kunde ta lång tid upplevdes också som en brist och till följd av detta kom en önskan fram om en komprimerad form då vissa delar av instrumentet kändes överflödiga. Det upplevdes också finnas utvecklingspotential med bilderna för att bland annat tilltala fler målgrupper än äldre personer.

Områden som saknas

Det upplevdes att det saknades instruktioner för vilken status hos patienten bedömningen skulle utgå ifrån. Att patienter som hade stöd och med hjälp av bedömningsinstrumentet kunde utföra aktiviteter framkom inte i bedömningen. Det upplevdes att det saknades kategorier och att patienten ibland inte kunde placera en aktivitet under något existerande alternativ.

” Det kändes att jag saknade en mappning där man gör med stöd eller att någon annan gör. ”

Det upplevdes också att det lades ett stort fokus på hinder i den fysiska miljön, men att kognitiva eller andra hinder hos patienten förbisågs. Detta upplevdes som att något saknades och att bedömningen inte ansågs vara fullständig.

” Den var också i den fysiska miljön hela tiden med vilka hinder som fanns det var ju inte för vilka hinder som finns, för individen kan också ha hinder men de kom aldrig fram. ”

Varierande tidsåtgång

En annan upplevelse var att det kunde ta lång tid att genomföra bedömningen och att arbetsterapeuterna behövde avsätta mycket tid för den. Hur lång tid bedömningen tog berodde också på vem patienten var samt erfarenheten och vanan hos arbetsterapeuten.

”Det tar ju en viss tid man måste avsätta ordentligt med tid för att kunna utföra det”

Deltagarna upplevde också att besöken kunde skilja i tid från en bedömning till en annan.

”Om man ser också till längden mellan dom här två besöken så skilde dom ju sig...åt...eh...ganska rejält faktiskt.”

Komprimering

Instrumentet upplevdes som stort, omständligt och att det upprepades saker. Deltagarna upplevde att det var många delar och steg som skulle hinnas med och göras under bedömningen. Det upplevdes att självskattningen kunde vara överflödig då patienten redan kategoriserat aktiviteter som den inte kunde göra. En önskan om att ha instrumentet i en enklare och komprimerad form framkom.

”Det kändes som att dom redan hade prioriterat på nåt sätt dom aktiviteter som, som var betydelsefulla för patienten. Så kände, så att det blev lite då, man börjar fråga igen då, hur värderar du den här aktiviteten och, eh, jag kan uppleva att det blev, att det kändes nästan lite onödigt.”

Utveckling av aktivitetskorten

Bildernas utformning och estetik upplevdes inte riktigt anpassade till det svenska samhället. De upplevdes också kunna vara i bättre kvalitet och inte så gamla och mörka. Den estetiska kvalitén på bilderna upplevdes dock inte påverka patienterna negativt. Bilderna upplevdes heller inte visa alla aktiviteter från start till mål. Detta kunde leda till missuppfattningen att patienten kunde genomföra en aktivitet när den i själva verket endast kunde utföra det steg som illustrerades i bilden.

”Ja förbättringsförslag kanske titta litegrann på, jag vet inte om man kanske tydliggöra bilderna ännu mer, ta lite nyare bilder en del är ju lite mörka och känns som de var för ett tag sedan...”

Det upplevdes att bilderna kunde exkludera vissa patientgrupper då aktiviteterna riktades mot äldre personer som bor kvar hemma. Det upplevdes svårt att använda instrumentet på patienter i arbetsför ålder med ett stort socialt behov. Det upplevdes saknas aktiviteter för en yngre målgrupp.

”Min första deltagare där han är ju under 65 och egentligen i arbetsför ålder och har arbetat nyligen och har ju ett helt annat kanske referenser till socialt liv, gå på bio café restauranger så han kanske inte riktigt kände igen sig i allt.”

Svårigheter för patienten

Instrumentet upplevdes ställa krav på patienten i form av uthållighet för att orka genomföra samtliga steg och krav på en viss kognitiv förmåga eller att vara ”klar” i huvudet. Att inte ha tillräcklig kognitiv förmåga upplevdes försvåra komplicerade delar av instrumentet som prioriteringen.

Krav på uthållighet

Att genomföra instrumentet tog viss tid och patienterna upplevdes ibland väldigt trötta vid bedömningens slut. För att orka genomföra bedömningens samtliga steg upplevdes ett krav på uthållighet av patienterna.

”spontant känns det lite tidskrävande så...och patienten måste ju också ha uthållighet också liksom för det är ju...det tar ju sin lilla tid och hålla fokus och vara koncentrerad och hänga med ”

En annan upplevelse var att det krävdes uthållighet för att genomföra samtliga steg i instrumentet under ett tillfälle.

”Men jag tänker ju liksom rent praktiskt så måste ju patienten vara ganska pigg...om man ska kunna orka genomföra alla dom grejerna på en...ett och samma tillfälle.”

Krav på kognitiv klarhet

Det upplevdes att det behövdes en kognitiv klarhet hos patienten under bedömningen då det annars kunde försvåra delar av instrumentet där det ställdes krav på patientens kognitiva förmåga. Det upplevdes att instrumentet enbart klarades av till fullo om patienten var klar i huvudet.

”ehm...man får ju vara rätt kognitivt...klar för att...klara av det.”

Det upplevdes även att bedömningsinstrumentet var komplext för patienten och att det ställde krav på att kunna koppla det som patienten ser till sitt eget liv.

” på sätt och vis är det ju ganska komplext...och det kräver mycket deltagande av patienten. Han ska titta på bilder, man får ju ha bra syn och allt de här...förstå vad man ser och...kunna liksom koppla till sitt eget liv ehm...och sen ska de rangordnas under dom här fem kategorierna...och sen ska dom slås ihop och rangordnas ”

Svårt att prioritera

Ett steg som av deltagarna upplevdes som svårt för patienten att genomföra var prioriteringen. I vissa fall lyckades inte patienten genomföra steget hela vägen. Ju fler aktiviteter patienten kategoriserade som problematiska, desto svårare var prioriteringen att genomföra.

” säg att det är mellan femton och tjugo aktiviteter och på nåt sätt försöka hitta vad är det som är viktigast av allt det här...ehm det blev väldigt svårt för den personen i alla fall ”

Arbetsterapeutens roll vid bedömning

Det upplevdes att arbetsterapeuten behövde ha en dynamisk roll och anpassa sig i styrningen under bedömningen. Detta för att hålla samtalen inom instrumentets ramar så att fokus inte försvann. Att stötta patienten var vanligt vid bedömningarna för att hjälpa patienten att komma till rätta i och klara av den. Upplevelser av vad som kunde vara till stöd för denna roll framkom också. Det upplevdes att instrumentets olika steg samt manualen var ett stöd för arbetsterapeuten under bedömningarna. Det upplevdes vara en underlättande faktor att vara två arbetsterapeuter under bedömningen för att hitta stöd i varandra under de första bedömningarna.

Stödjande roll

Att stödja patienten under bedömningen upplevdes som viktigt. Detta innebar att ge instruktioner, guidning, uppmuntra patienterna till reflektion och att ställa frågor. Graden av stöttning upplevdes också bero på behovet hos patienten vid den enskilda bedömningen.

” jag stöttade nog upp vid alla tillfällen tror jag, att jag fick stötta upp mer eller mindre, men det var en som sorterade själv, resten fick jag sortera för ”

Fokusera och styra tillbaka

Arbetsterapeuterna upplevde att det var viktigt att hålla fokus på instrumentet och att de blev tvungna att styra tillbaka då patienterna svävade ut. En brist på fokus och styrning kunde leda till att bedömningen drog ut på tiden. Det upplevdes att patienterna ibland hade lätt att prata om saker som inte hörde till bedömningen. Deltagarna fick då hjälpa patienten tillbaka till bedömningen när de svävade ut.

”det krävs nog ganska mycket av arbetsterapeuten också tro jag att man liksom får verkligen hålla fokus och...att man inte svävar ut eller låter dom prata om för mycket annat liksom, för då tar det ännu längre tid ”

Stöd för arbetsterapeuten

Manualen upplevdes som ett stöd för att genomföra bedömningen på ett strukturerat sätt.

” jag tyckte att när, när jag läste manualen innan så fick jag en bild hur ska jag lägga upp det och hur ska det gå till och jag tyckte att det var ett skönt stöd ”

Även att vara två arbetsterapeuter vid bedömningen ansågs av de som gjort bedömningen tillsammans som ett stöd.

” jag tyckte det var bra när vi var två då, det är ju ett stöd när man har varandra ”

Diskussion

Resultatdiskussion

Föreliggande studie visade att den bildbaserade grund som I-HOPE/S bygger på upplevdes vara en styrka. Aktivitetskorten upplevdes vara en central del av instrumentet och Houts et al (19) menar att bilder tillsammans med text och instruktioner är något som mycket väl kan öka en patients förståelse och uppmärksamhet. Vidare beskriver Sachs och Josman (9) att bilder kan användas för att knyta an till aktiviteter och öka förståelsen för hur den specifika aktiviteten ska utföras. Detta anser författarna stämmer överens med studiens resultat där aktivitetskorten upplevdes bidra till ökad förståelse och konkretisering av de aktiviteter som illustrerades.

Aktivitetskorten upplevdes i föreliggande studie bidra till delaktighet samt att instrumentet fokuserade på patientens vilja. Aktivitetskorten gav även patienten möjlighet att diskutera kring aktiviteterna som de illustrerade. Arbetsterapi fokuserar på att vara personcentrerad och i detta är patientens deltagande i behandling och målsättning av yttersta vikt (5). Det är också viktigt att patientens egen berättelse av sin unika situation kommer fram (5). I existerande arbetsterapeutiska modeller som OTIPM (4) utgår arbetsterapeuten från patientens vilja och unika situation och enligt deltagarna upplevelser passar I-HOPE/S bra in under dessa kriterier. Kielhofner (2) menar att meningsfullhet i aktivitet eftersträvas av personer och att delta i meningsfulla aktiviteter höjer motivationen. Författarna anser att aktivitetskorten i samband med den delaktighet som patienterna upplever bidrar till en större meningsfullhet för patienten. Författarna menar att deltagande i den egna bedömningen kan höja motivationen hos patienten då detta är en meningsfull aktivitet för dem. Bedömningsinstrumentet tycks genom aktivitetskorten bidra till personcentrering gentemot de patienter som arbetsterapeuter möter.

Föreliggande studies resultat visade att patienter med hjälp av aktivitetskorten kunde hitta borttappade aktiviteter. Med borttappade aktiviteter avses aktiviteter som tidigare utförts, inte längre utförs samt glömts bort att de tidigare utförts. Kielhofner (2) menar att personer vill utföra sådana aktiviteter som är värdefulla, som de är kapabla till att utföra samt aktiviteter som tillgodoser personens behov. Att förlora kapaciteten att utföra meningsfulla aktiviteter kan leda till rollförändringar, vilket i sin tur kan ha en negativ inverkan på personens hälsa och välmående (2). Författarna anser att det av denna anledning är en stor styrka att instrumentet bidrar till att finna borttappade aktiviteter som patienten tidigare ansett meningsfulla.

I underkategorin *Krav på kognitiv klarhet* upplevdes att patienten behövde förmåga att klara av att förstå vad aktivitetskorten illustrerade och kunna koppla dessa till sitt eget liv och kontext. Deltagarna beskrev detta krav på kognitiv förmåga genom uttrycken ”kognitivt klar” samt ”klar i huvudet”. Denna förmåga krävdes även för att kunna prioritera aktiviteter utifrån sin egen situation. Det upplevdes svårt för patienten att genomföra instrumentets olika steg om den kognitiva förmågan brast. Upplevelsen av att en viss kognitiv förmåga krävdes var inte enbart upplevelser som uppkom i mötet med patienter utan även efter det att deltagarna reflekterat över deras upplevelser med patienter som inte har dessa kognitiva svårigheter. Bilder har tidigare visat sig vara användbara för personer med kognitiv svikt och kan genom detta ändå ge patienten en möjlighet att påverka sin egen behandling (10). Författarna anser att det inte är så att patienter med kognitiva hinder inte skulle kunna klara av att använda sig

av I-HOPE/S, men att mer krävande delar av instrumentet kan försvåra för patienten om det finns problem med den kognitiva förmågan.

För att patienterna skulle klara av att genomföra instrumentet så upplevdes det krävas ett stöd från arbetsterapeuten under bedömningens olika steg. Det krävdes olika stöd för olika patienter. En del av patienterna behövde mycket stöd med bilderna då deras fysiska status gjorde att de inte kunde hantera aktivitetskorten. En annan del var att deltagarna upplevde det variera i tid med bedömningen och att patienten ofta svävade ut i diskussionerna om aktiviteterna på bilderna. Detta ställde krav på deltagarna i studien att kunna styra om diskussionerna så att de åter hamnade inom ramarna för bedömningen. Detta ledde till en negativ aspekt av den tid som instrumentet krävde i samband med de ramar som deltagarna arbetade efter. Det är en risk med bedömningsinstrument att de kan stå i konflikt med ekonomiska och tidsmässiga ramar som arbetsterapeuter jobbar efter (11). Författarna fick genom studien en förståelse för att erfarenheten av bedömningsinstrumentet hos deltagarna samt patientens kognitiva förmåga kunde påverka hur lång tid bedömningen tog samt hur svår den var att genomföra.

Metoddiskussion

För studien valdes en kvalitativ metod med en induktiv ansats. Det eftersöktes ingen numerisk kunskap och på grund av detta föredrogs en kvalitativ metod (17). Inom kvalitativ metod är det inte möjligt att ta ett fenomen ur sin naturliga kontext och beskriva det utanför kontexten utan allt sker i samband mellan kontext och fenomen (17). Valet av analysmetod var Graneheim och Lundmans (18) kvalitativa innehållsanalys. För att mäta kvalitét i kvalitativa studier används de fyra begreppen *trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet* samt *överförbarhet* (17).

För att hantera studiens *trovärdighet* ser författarna det som en styrka att båda deltog under intervjuerna samt under analysprocessen. Författarnas handledare är involverad i projektet som en av de ansvariga forskarna som utvecklar I-HOPE/S. Handledaren var noga med att inte dela med sig av upplevelser som deltagarna tidigare berättat för henne samt inte styrde arbetet på något sätt för att få ett positivt resultat. Författarna diskuterade tillsammans med handledare, medstudenter samt examinator för att säkerställa en datanära analys.

Då det bara var kvinnor som deltog i studien och att det fanns en risk att erfarenheter och uppfattningar kunde skilja sig mellan könen så har författarna diskuterat att det var den yrkesspecifika kunskapen som eftersöktes och att könstillhörighet därför inte bör ha påverkat resultatet. Vidare ser författarna till studien att den stora skillnaden i yrkesverksamma år, sju månader till 41 år, som en styrka då detta gav en varierad och bred kunskap av fenomenet som undersöktes. Vidare har även deltagarnas variation av verksamhetsområden enligt författarna gett upphov till en djupare och bredare data.

Studiens *pålitlighet* hanterades genom att författarna innan studiens start tog del av samma material som deltagarna i pilotprojektet haft tillgång till. Författarna hade dock inte på förhand någon förförståelse om hur instrumentet var att använda i mötet med patienter. Vidare anses inte förförståelsen haft någon inverkan på resultatet av studien.

Författarnas ovana av öppna intervjuer med följdfrågor kan ses som en svaghet och kan ha påverkat datamängden i form av att det kanske inte alltid ställdes följdfrågor när det borde ha gjorts. För att hantera detta formulerades frågor metodnära på ett sätt som bjöd in deltagarna

att berätta om sina egna upplevelser i så hög grad som möjligt (17). Författarna lyssnade aktivt på samt uppmuntrade deltagarna att utveckla sina svar med hjälp av följdfrågor med syfte att öka djupet i svaren (17).

En av intervjuerna genomfördes med två deltagare samtidigt och en risk med denna form kunde varit att båda deltagarna inte skulle komma till tals eller att deltagarna inte vore så öppna som de skulle varit vid en enskild intervju. Författarna anser att data från denna intervju inte påverkades av den gemensamma intervjusituationen och även här anser författarna att det var en styrka att båda deltog under intervjun. Att deltagarna i denna intervju genomfört en bedömning tillsammans bidrog till ett fördjupat samtal dem emellan under intervjun vilket bidrog till en bredare insamlade data.

Under analysprocessen anser författarna att det gemensamma arbetet var till fördel för studien för att motverka risker som oerfarenhet. Författarna diskuterade och reflekterade över oklarheter i den transkriberade texten och analysen för att gemensamt uppnå konsensus (18).

Studien genomfördes delvis i samarbete med två studenter från LTU. Detta samarbete kom till för att möjliggöra deltagande i studien för samtliga arbetsterapeuter som genomfört bedömningar med I-HOPE/S. Eftersom det inte var tidsmässigt möjligt för författarna att intervjua alla deltagare blev lösningen att inleda ett samarbete med studenter från LTU.

Bekräftelsebarheten i studien har hanterats genom att författarna tydligt redogjort för de olika stegen i analysen och följt processen enligt Graneheim och Lundman (18). Att diskussioner fördes med andra parter stärker även detta studiens bekräftelsebarhet.

Författarna anser att studiens *överförbarhet* är relevant för den fortsatta utvecklingen av bedömningsinstrumentet I-HOPE/S. Vidare kan resultatet också föra vidare styrkan med bildbaserade instrument för att utveckla fler instrument med den grunden.

Etiska överväganden

I enlighet med lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor så skickades ett informationsbrev innehållande en presentation av studien samt dess syfte ut till samtliga deltagare (20). Informationsbrevet innehöll även ett informerat samtycke där det tydligt förklarades att deltagande var valfritt och att deltagarna hade rätt att avsluta sitt deltagande om så skulle önskades.

Det är inom kvalitativ forskning viktigt att deltagarna i studien visas respekt och att personlig integritet skyddas (17), därför var författarna till studien noggranna med att avidentifiera deltagarna i den färdiga studien för att ingen av den insamlade datan skulle kunna härledas till enskild deltagare.

Eftersom båda författarna deltog under intervjutillfällena så fanns en risk att deltagarna befunnit sig i ett ojämnt maktförhållande. Författarna anser dock inte att detta hade någon påverkan på intervjuerna. De öppna frågorna med fokus på att ha ett samtal kan ha motverkat detta. Deltagarna fick också chansen att tala med författarna om sina känslor efter intervjutillfället.

Eventuella risker med studien har därigenom diskuterats och i övervägande mot nyttan ser författarna att föreliggande studies resultatet kan leda till värdefull information för de forskare

som driver utvecklingen av I-HOPE/S. Författarna av studien anser därigenom att nyttan med studien överväger riskerna.

Slutsats

Denna studie speglar arbetsterapeuters upplevelser vid användningen av bedömningsinstrumentet I-HOPE/S i mötet med patienter. Instrumentet upplevdes bidra till delaktighet och fokuserade på de aktiviteter i hemmet som är viktigast för patienten. Det fokus som lades på patientens deltagande och vilja är något som är centralt inom arbetsterapi och instrumentets tydliga riktning mot detta anser författarna vara en styrka. Instrumentets bildbaserade grund upplevdes som en stor fördel och genom användandet av aktivitetskort underlättades kommunikationen, bidrog till diskussion och hjälpte patienten att hitta tidigare utförda, men nu borttappade aktiviteter.

Den övergripande upplevelsen av bedömningsinstrumentet i mötet med patienter var positiv, men att genomföra instrumentets samtliga steg upplevdes som tidskrävande, omständligt, i vissa fall upprepande och krävande för patienten. Detta visade, enligt författarna, instrumentets höga potential men att det krävs ytterligare utveckling.

Denna studies resultat kan ge en bild av hur bildbaserade bedömningsinstrument kan hjälpa patienter att vara delaktiga i sin egen bedömning samt vilka fördelar som finns med att använda sig av bilder. Vidare forskning kan behövas för att belysa frånvaron av bedömningsinstrument som använder sig av bilder och belysa de fördelar bilder kan ha. Vidare kan det även vara av intresse att studera bildbaserade bedömningsinstrument som redan existerar och används inom arbetsterapi för att utöka kunskapen om bildstöd som en stödjande faktor i bedömningen.

Resultatet i föreliggande studie kan påvisa nyttan med att redogöra för upplevelser som arbetsterapeuter har av nya bedömningsinstrument. De upplevelser som arbetsterapeuter har av nya bedömningsinstrument kan visa hur de kan anpassas för att kunna användas inom olika verksamheter och för olika målgrupper. För att ett bedömningsinstrument ska fungera i längden och verka för en hållbar utveckling är det därför viktigt att undersöka de upplevelser användarna av dem har. Av samma anledning kan det också vara viktigt att undersöka patienters upplevelser av nya instrument. Därför kan även en studie om hur patienter upplever bedömningsinstrumentet I-HOPE/S vara önskvärd.

Referenser

1. Wilcock AA, Hocking C. An occupational perspective of health. 3 uppl. Thorofare: SLACK Inc; 2015.
2. Kielhofner G. Model of human occupation : teori och tillämpning. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
3. Prior S, Duncan EAS. Assessment skills for practice. I: Duncan EAS, redaktör. Skills for practice in occupational therapy. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone Elsevier; 2009. s. 75-90.
4. Fisher AG. OTIPM : en modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi. 3. rev. uppl. uppl. Nyman A, Förbundet Sveriges a, redaktörer. Nacka : Förbundet Sveriges arbetsterapeuter; 2011.
5. Sveriges Arbetsterapeuter. Personcentrering inom arbetsterapi [internet] Nacka: Sveriges arbetsterapeuter; 2016 [uppdaterad 2016-09-07; citerad 2017-12-05]. Tillgänglig från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Forbundets-forlag/Personcentrering-inom-arbetsterapi-2016/>.
6. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care — Ready for prime time. European journal of cardiovascular nursing. 2011;10(4):248-51.
7. Murphy J, Boa S. Using the WHO-ICF with talking mats to enable adults with long-term communication difficulties to participate in goal setting. Augmentative and alternative communication. 2012;28(1):52-60.
8. Grahn D. Bilden som kommunikation – En studie om bildens betydelse för äldre personer som minnesstöd, kommunikation och tydliggörandet av vardagen [internet]. Luleå: FoU Norrbotten; 2006; 31. [citerad 2018-01-05]. Tillgänglig från: http://www.demenscentrum.se/globalassets/fou_pdf/31_founorrbotten_bilden_som_kom2006.pdf.
9. Sachs D, Josman N. The activity card sort: A factor analysis. OTJR: Occupation, Participation and Health. 2003;23(4):165-74.
10. Murphy J, Oliver T. The use of talking mats to support people with dementia and their carers to make decisions together. Health & Social care in the community. 2013;21(2):171-80.
11. Horghagen S, Dolva A-S, Solbakken AI, Hagby C, Sveen U, Thyness EM, et al. Moving into a knowledge-based practice. Occupational therapists justifications for the use or non use of assessment tools. På vei inn i en kunnskapsbasert praksis. Ergoterapeuters begrunnelser for bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. 2015;58(6).
12. Mohammed Alotaibi N, Reed K, Shaban Nadar M. Assessments used in occupational therapy practice: An exploratory study. Occupational therapy in health care. 2009;23(4):302-18.
13. Iwarsson S, Haak M, Slaug B. Current developments of the housing enabler methodology. The British Journal of Occupational Therapy. 2012;75(11):517-21.
14. Stark SL, Somerville EK, Morris JC. In-home occupational performance evaluation (I-HOPE). The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association. 2010;64(4):580.
15. Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning 2013-2060 [internet] Stockholm, Örebro; 2013: BE; 1654 - 1510 [citerad 30 november 2017]. Tillgänglig från: https://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2013I60/BE0401_2013I60_SM_BE18SM1301.pdf.
16. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2017 [internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Art nr 2017-2-2 [citerad 30 november 2017]. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Vard-och-omsorg-om-aldre-15.pdf>.
17. Henricson M. Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad. Andra upplagan uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2017.
18. Graneheim UH, Lundman B. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 1. uppl. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2008. s. 187-201.

19. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education and Counseling*. 2006;61(2):173-90.
20. Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2015:320) [internet] Stockholm: Utbildningsdepartementet [citerad 12 januari 2018]. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

