



**SAHLGRENKA AKADEMIN**

**INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP  
OCH FYSIOLOGI  
ARBETSTERAPI**

# **MERA ÄN BARA PRAT**

**Inger Jönsson, leg arbetsterapeut**

---

Examensarbete	15 hp
Kurs	ARB037 Självständigt arbete för magisterexamen i arbetsterapi
Nivå	Avancerad nivå
Termin/år	HT 2017
Handledare	Lena Mårtensson. Docent, leg arbetsterapeut
Examinator	Marie Peny-Dahlstrand. Med.Dr, leg arbetsterapeut

# Sammanfattning

Examensarbete	15 hp
Kurs	ARB037 Självständigt arbete för magisterexamen i arbetsterapi
Nivå	Avancerad nivå
Termin/år	HT 2017
Handledare	Lena Mårtensson. Docent, leg arbetsterapeut
Examinator	Marie Peny-Dahlstrand. Med.Dr, leg arbetsterapeut

---

Bakgrund	Artrit och artros är vanligt bland äldre, smärtan och stelheten kan leda till funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. En intervention för att möjliggöra aktivitetsutförande är handträning i grupp med fokus på kroppsfunktioner och ett komplement av utbildning om ledskydd och aktiviteter. Gruppens samspel påverkar kunskapsinhämtningen och vad som lärs beror på interaktion och vad samtalen berör i handträningsgruppen. Varken i sjukvården eller i forskningen om artrit och artros är det synligt att deltagarnas erfarenheter och kunskaper påverkar aktivitetsutförandet. Det saknas aspekter på interaktionen mellan deltagarna i en handträningsgrupp, samtalen och samspelets betydelse för ökad förmåga att utföra meningsfulla aktiviteter och öka livskvalitén.
Syfte	Att utforska erfarenheter av att delta och diskutera i en handträningsgrupp för personer med artrit eller artros
Metod	En kvalitativ studie med fokusgrupper för insamling av data och kvalitativ innehålls analys för att bearbeta och analysera data.
Resultat	De kvalitativa kategorierna beskrev att erfarenheter av att delta och diskutera i handträningsgrupp kan påverka aktivitetsutförandet och livskvalitén. Den avkopplande miljön bidrog till stimulerande samtal och diskussioner. Gemenskapen i gruppen framträdde genom ett ömsesidigt stödande och stärkande av varandra samt i samtalen om likheter och olikheter i att leva med ledsjukdom. Att känna sig hemma i gruppen öppnade upp för tillit och att i samtalen få förståelse från deltagarna medverkade till en känsla av bekräftelse. Deltagandet i handträningsgruppen inspirerade till nya aktiviteter och till förändring i vardagen
Slutsats	Att ta tillvara deltagarnas erfarenheter och kunskaper, låta de vara delaktiga i att inspirera och lära varandra är väsentligt. Det leder till en mer aktiv vardag och medverkar till ökad livskvalité för målgruppen.

## Abstract

Thesis	15 hp
Course	ARB037 Master theses in Occupational therapy
Level	Advanced level
Semester/year	AT 2017
Supervisor	Lena Mårtensson. Associated professor, reg occupational therapist
Examiner	Marie Peny-Dahlstrand. PhD. reg occupational therapist
Keyword	Experience, learning, hand-training group, activity, quality of life, qualitative method, focusgroup

---

Background	Arthritis and osteoarthritis are common among the elderly, the pain and rigidity can lead to impairment and occupational limitation. An intervention to enable activity execution is hand-training in a group focusing on body functions and a complement of training on management and activities. The group's interaction influences knowledge acquisition and what is learned depends on interaction and what the conversation concerns in the hand-training group. Neither in the medical care nor in the research of arthritis and osteoarthritis it is visible that the participants' experiences and knowledge affect the activity performance. There are no aspects of interaction between the participants in a hand-training group, the conversation and the importance of interaction for increased ability to perform meaningful activities and increase the quality of life.
Aim	To explore experiences of participating and discussing in a hand-training group for people with arthritis or osteoarthritis
Method	A qualitative study with focus groups for data collection and qualitative content analysis to process and analyze data.
Result:	The qualitative categories described that experience in attending and discussing in a hand-training group may affect the performance and quality of life. The relaxing environment contributed to stimulating talks and discussions. The community in the group emerged by mutual support and strengthening of each other as well as in the talks about similarities and differences in living with joint disease. To feel at home in the group opened up for confidence and in the conversation gained understanding from the participants contributed to a sense of confirmation. The participation in the hand-training group inspired new activities and changes in everyday life.
Conclusion	To take advantage of the participants' experiences and knowledge, let those be involved in inspiring and teach each other is essential. It leads to a more active everyday life and contribute to increased quality of life for the target group.

# Innehållsförteckning

Bakgrund .....	5
Syfte .....	9
Metod .....	10
Resultat.....	16
Diskussion .....	22
Resultatdiskussion.....	22
Metoddiskussion.....	27
Referenser.....	30

## Bakgrund

Ledsjukdom som artrit och artros drabbar personer över hela världen. Prevalensen för artrit varierar mellan 0.3-1 % och i västvärlden är det mer vanligt bland kvinnor än män. Symtom av artros påverkar cirka 18 % kvinnor och 10 % män över 60 år världen över (1). I Sverige är cirka en miljon personer påverkade av dessa två ledsjukdomar. Risk för att insjukna ökar med stigande ålder och sjukdomsdebuten uppträder i regel efter 50 års ålder (2). Smärta och stelhet i lederna är vanligt och kan leda till funktionsnedsättning och begränsad aktivitetsförmåga.

Det innebär svårigheter att utföra aktiviteter på samma sätt som innan sjukdomen debuterade (1-5). Behandling för personer med artrit och artros följer sjukvårdens rekommendationer från European league against rheumatism (EULAR) och är en modifierad behandling av icke farmakologisk och farmakologisk art. Valet av behandling beror på vad personen efterfrågar och förväntar sig samt graden av smärta, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och önskad livskvalité (3-5). Arbetsterapi har fokus på icke farmakologisk behandling och ett biopsykosocialt perspektiv med helhetssyn som bidrar till vidgad förståelse för personens vardagssituation och aktivitetsbegränsning (6). Funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning för en person med artrit eller artros varierar men att kunna utföra aktiviteter är väsentligt för att behålla hälsan och känna välbefinnande (7, 8). Att delta i ett socialt sammanhang efter sina förutsättningar främjar till hälsa och välmående. Som fakultet och vetenskap bidrar arbetsterapi till att möjliggöra och skapa engagemang i vardagslivet genom aktiviteter (7). Enligt Kielhofner (8) vill varje människa vara aktiv och alla människor har egna tankar och känslor om vad som är viktigt och meningsfullt att utföra. Att klara av vardagsaktiviteter i så hög utsträckning som möjligt formar personens identitet och sociala status samt de roller som personen har i relation till sin omgivning (8). Den teoretiska arbetsterapimodellen Canadian Model of Occupation Performance and Engagement (CMOP-E) (7-9) kan relateras till interventioner för personer med artrit eller artros.

Modellen CMOP-E har fokus på aktiviteter och möjliggöra . Modellen lyfter fram personens möjlighet och berättigande till livskvalité och visar på att omgivningen är i relation till personen, det spirituella och aktiviteten. Spiritualiteten är kärnan, en genomgående kraft i personen som medverkar till att välja och engagera sig i omgivningens aktiviteter och bidrar till klientcentrerat arbete (7). Fysiska, affektiva och kognitiva funktioner har en väsentlig del i modellen och funktionerna påverkar personens utförande. Aktiviteterna i modellen refererar

till personlig vård, arbete och fritid, en grupp meningsfulla aktiviteter i vardagen (7, 9, 10). I dessa aktiviteter utvecklas färdigheter i att uttrycka känslor, etablera relationer, utveckla kunskap och finna mening och syfte med livet (7). Genom aktiviteter skapas också struktur i vardagen och medverkar till organisera tid (7, 10).

Omgivningen är i stark relation till personen och har i modellen fyra underliggande begrepp, den fysiska som inkluderar natur och byggd miljö, den sociala som innebär roller med alla dimensioner med socialt engagemang, relationer och grupptillhörigheter, den kulturella med seder och bruk samt den institutionella omgivningen som innebär bl. a sociala institutioner och policys. Dessa omgivningar runt personen kan förändras över tid (10).

Modellen är klientcentrerat med engagemang och möjliggörande. Klientcentrerat praxis innebär fokus på mål och planerade resultat, grundat på personens drivkraft och rättigheter (7, 9, 10). Arbetsterapeuten är den som förser personen med kunskap och information inför beslut om behandling och/eller åtgärd. Det innebär också som arbetsterapeut att möjliggöra det vill säga medverka genom att lyssna, uppmuntra, guida, utbilda så att personen löser sina egna problem. Det är fokus på respekt för personen och det är ett samarbete och utbyte av erfarenheter (10). Engagemanget i modellen är att bli engagerad, medverka och bli delaktig i hela processen. Det innebär att starta, genomföra och avsluta, det vill säga fullfölja det som är överenskommit (7). Sammanfattningsvis har strukturen i CMOP-E ett tredimensionellt förhållande med person-aktivitet-omgivning i tätt förbund med varandra. Det är en dynamisk interaktion av engagemang och utförande som främjar till aktivitet. Modellen betonar att när människor sätter i gång med en aktivitet är det en dynamisk interaktion och intresset av aktiviteten styrs av personens behov och är påverkat av omgivningen (7).

En av interventionerna som erbjuds i sjukvården för personer med artrit eller artros är en så kallad handträningsgrupp med behandling av paraffin följt av individuellt träningsprogram (3-5). Innan interventionen påbörjas utreds och bedöms personen av arbetsterapeut. I samtalet engageras personen för att kunna identifiera och välja de aktiviteter i omgivningen som personen önskar utföra och/eller har förmågan att delta i. Arbetsterapeuten bidrar med kunskap och information så att personen kan ta beslut om de behandlingar och/eller åtgärder som önskas för att uppnå livskvalité. I den arbetsterapeutiska utredningen vägs de fysiska,

affektiva och kognitiva förutsättningarna in i relation till det personen vill förändra i sitt aktivitetsutförande. I utredning och bedömning av aktiviteter inkluderas omgivningen med fysiska, sociala, kulturella och institutionella miljöer. Personens engagemang och spiritualitet påverkar målsättningen och möjligheten till att uppnå målet. En behandling som väljs är till exempel handträning för att förbättra utförandet av vardagsaktiviteter (7, 9,11).

I arbetsterapeutiska interventioner är utbildning, guidning, uppmuntran en del i möjliggöra att bibehålla och/eller förändra aktivitetsutförandet (3-5, 7). Utbildning om ledskydd och aktiviteter i handträningsgrupp är ett komplement till funktionell behandling och arbetsterapeuten beskrivs som lärare och står för kunskap och utbildning (7, 10, 11). I gruppbehandling är det mer än arbetsterapeutens kunskap som påverkar personerna. Samspelet och interaktionen mellan deltagarna inklusive arbetsterapeuten har betydelse för att kunna ta till sig kunskap. Enligt Marton, Booth (12) och Säljö (13) sker ett lärande i alla samtal med interaktioner. Interaktionerna påverkas av personernas erfarenheter som i sin tur är byggda på deras upplevelser och iakttagelser om hur omvärlden ser ut och hur de lärt sig att hantera sitt liv genom samspelet med omgivningen. Klimatet i en gruppbehandling är väsentligt för att inhämta kunskap, färdighet och för att utbyta erfarenheter. Ett tillåtande klimat ökar möjligheten att samtala och berätta om sig själv (12). Samtalen i gruppen kan bekräfta eller motsäga personernas sätt att tänka men också få dem utvecklas genom tänka i nya banor, till exempel förändra aktivitetsutförandet för att klara vardagen. För att vara mottaglig till förändring behöver kunskapen som erbjuds kännas lönande och betydelsefull (13-15).

Människan har en förmåga att ta vara på erfarenheter och använda dem för framtida behov. I varje samtal eller händelse finns en möjlighet att lära sig för framtiden och många färdigheter fås i miljöer som inte är förväntade (13). Lärandet sker i alla sammanhang, läroprocessen pågår konstant både på individuell nivå och på grupp nivå. Det lärandet som sker i en gruppbehandling likt en handträningsgrupp kan liknas både vid så kallad "situationsbetingat lärande" och "mästarlära" (14). Båda begreppen har sin grund i ett sociokulturellt perspektiv på lärandet, att kunskap och färdigheter utvecklas och förädlas i olika sammanhang över tid. I situationsbetingat lärande lär novisen av sin läromästare i den situation där kunskapen sedan skall användas. Målet är att kopiera och lära sig bemästra momentet. Läromästaren i situationsbetingat lärande kan vara arbetsterapeut och annan person i handträningsgruppen.

Mästarlära är lärandet mellan generationer och praxisgemenskap där novisen får lära sig av den rutinerade mentorn. Arbetsterapeutens metod att utbilda i handträningsgrupp om ledskydd och aktiviteter ligger nära mästarlärandet men även personer i gruppen kan var delaktiga i mästarlärandet (14). Lärandet sker mer eller mindre ständigt under samtalen. Vad som lärs beror på personerna i handträningsgruppen, arbetsterapeuten och hur alla interagerar med varandra samt vad det är för ämne som är i fokus (12-14).

I intervention handträningsgrupp som personen valt för att möjliggöra att bibehålla eller förändra aktivitetsutförandet är det störst fokus på smärtlindring, rörlighet och styrka i händerna (3-5, 7). Interventionen följer samma linje som forskningen, det vill säga, de flesta studier om artrit och artros (3-5) har fokus på förbättrad kroppsfunction. De erfarenheter och kunskaper som delges emellan personer i handträningsgrupp och påverkar aktivitetsutförandet är inte synligt i forskningen om artrit och artros (3-5) eller i sjukvården. Det saknas aspekter på interaktionen mellan personerna i handträningsgrupp, det vill säga samtalen och samspelets betydelse för att nå uppsatta mål och öka livskvalitén. En kunskapslucka värd att utforska för att bidra till ökad förmåga att utföra meningsfulla aktiviteter.



## **Syfte**

Att utforska erfarenheter av att delta och diskutera i en handträningsgrupp för personer med artrit eller artros.

# Metod

## Design

För att utforska erfarenheter av att delta och diskutera i handträningsgrupp för personer med artrit eller artros valdes en kvalitativ design med fokusgrupper som metod för datainsamling. Fokusgrupper är användbart när syftet är att utforska hur människor tänker och tycker om ett visst ämne, varför de har den uppfattningen de har. Metoden utvecklades inom socialvetenskapen på 1940-talet för att få intervjupersonerna mer aktiva i diskussionen, inte passiva och styrda av intervjuaren (16). Fokusgruppen leds av en moderator vars roll är att ställa de frågor om ämnet som skall diskuteras och stimulera deltagarna till att inspirera och utmana varandra till att uttrycka sina åsikter för att bidra till gemensamma och delade erfarenheter om ämnet. I fokusgruppen framhävs det kollektiva snarare än det individuella perspektivet av erfarenheterna (16-20).

## Deltagare och sammanhang

Rekryteringen av deltagarna till studien skedde våren 2016 från två områden inom Primärvården Närhälsan i Västra Götalandsregionen och de benämns område A och område B i studien. Enhetscheferna inom områdena A och B godkände skriftligen att studien genomfördes på verksamheten och författaren till studien var inte verksam arbetsterapeut inom Närhälsan under tidsperioden. Sökningen av deltagarna skedde i journalsystemet av enhetscheferna i områdena A och B och urvalet var deltagare som deltagit i en handträningsgrupp under 2013 och under våren 2014 och matchade inklusionkriterier; verifierad artrit eller artros bedömd av läkare eller arbetsterapeut, deltagit i en handträningsgrupp vid minst fyra tillfällen under behandlingsperioden samt kan diskutera på svenska. Urvalet blev 30 deltagare på område A och 19 deltagare på område B. Förfarandet av att kontakta deltagare inom område A och B skiljde sig åt av praktiska skäl och berodde på hur tillgänglig enhetschef eller arbetsterapeut var på telefon.

Inom område A togs första kontakten till deltagarna brevlades av enhetschefen. I brevet ställdes en förfrågan om att delta i studien, medverka att diskutera i fokusgrupp vid ett tillfälle och att godkänna till att bli kontaktad av studieansvarig. För att godkänna att bli kontaktad skulle deltagarna meddela sitt godkännande per telefon eller mejl till enhetschefen.

Deltagarna som inte svarat på brevet fick påminnelse per brev eller telefon av enhetschefen

och efter påminnelsen tillkom ytterligare två deltagare. Elva deltagare gav sitt godkännande och studieansvarig kontaktade dem per telefon och erbjöd två datum för fokusgrupp och de angav vilket datum för fokusgrupp de kunde delta i. Utifrån angivna datum fördelades deltagarna in i två fokusgrupper, fem respektive sex deltagare i varje fokusgrupp. Ett välkomstbrev med datum, tid och lokal och en blankett för samtycke skickades ut till deltagarna. Innan fokusgruppen ägde rum ringde två deltagare återbud på grund av sjukdom. Slutliga antalet deltagare i studien från område A var nio deltagare i åldern 51-92 år, varav åtta kvinnor och en man.

Inom område B togs första kontakten till deltagarna brevlades av enhetschefen. I brevet ställdes en förfrågan om att delta i studien, medverka att diskutera i fokusgrupp vid ett tillfälle och att godkänna till att bli kontaktad av studieansvarig och i brevet erbjöds två datum för fokusgrupp. För att godkänna att bli kontaktad skulle deltagarna meddela sitt godkännande per telefon till arbetsterapeuten och samtidigt ange vilket datum för fokusgrupp de kunde delta i. Deltagarna som inte svarat på brevet fick påminnelse per telefon av arbetsterapeuten och efter påminnelsen tillkom ytterligare tre deltagare. Tio deltagare gav sitt godkännande och studieansvarig kontaktade dem per telefon och bekräftade deltagarens valda datum för fokusgrupp. Det blev två fokusgrupper, fem respektive sex deltagare i varje fokusgrupp. Ett välkomstbrev med datum, tid och lokal och en blankett för samtycke skickades ut till deltagarna. Slutliga antalet deltagare i studien från område B var tio deltagare i åldern 58-96 år, varav åtta kvinnor och två män.

Tabell I. Demografisk data av deltagare i fokusgrupper  $n = 19$

	$n = 19$	%	Område A $n = 9$	Område B $n = 10$
<i>Ålder</i>				
Medelålder	74 (51-96)		74 (51-92)	74 (58-96)
<i>Kön</i>				
Kvinnor	16	84 %	8	8
Män	3	16 %	1	2
<i>Hushåll</i>				
Ensamhushåll	6	32 %	4	2
Flerhushåll	13	68 %	5	8
<i>Diagnos</i>				
Artrit	4	21 %	-	4
Artros	13	68 %	7	6
Artrit och artros	2	11 %	2	-

## Genomförandet

Två fokusgruppsdiskussioner i område A och två fokusgruppsdiskussioner i område B genomfördes under våren 2016 i Närhälsans lokaler på respektive område. Lokalerna var de behandlingsrum som handträningsgrupperna tidigare använt. Diskussionerna leddes av studieansvarige som agerade som moderator. En arbetsterapeutisk kollega till moderatören var assistent och assisterade i praktiska göromål och var ett stöd för moderatören i diskussion och reflektion av fokusgrupper.

Innan fokusgruppen startade erbjöds deltagarna paraffinbehandling av händer, en välkänd aktivitet, i syfte att skapa avslappnad och trivsamt atmosfär som oftast bidrar till att börja samtala och minnas vad som diskuterades i handträningsgruppen. I tre fokusgrupper var deltagarna positiva till erbjudandet och erhöll paraffinbehandlingen och en fokusgrupp avstod helt. Förtäring erbjöds till deltagarna för att bidra till trivsamt (16-19).

Fokusgruppen inleddes med att moderatören beskrev syftet med studien om att utforska erfarenheter av att delta och diskutera i handträningsgrupp, att det förväntade resultatet kan användas till att utveckla gruppbase metoder med inriktning på lärandet för att möjliggöra förändringar i aktivitetsutförandet. Vidare beskrev moderatören hur fokusgruppsdiskussionen genomförs och betonade att det gemensamma i diskussionen av erfarenheter från handträningsgruppen är det som är intressant och att diskussionsfrågorna ställs till gruppen för att stimulera till interaktion för att få fram det gemensamma i diskussionerna (16-19).

Genomförandet följde en utarbetad frågeguide enligt Kreuger (21) där det rekommenderas att börja med en öppningsfråga för att få deltagarna att bekanta sig med varandra.

Öppningsfrågan blev en presentation av moderator, assistent och deltagare och efter presentationen ställdes en introducerande fråga som berörde ämnet; ”Är det något särskilt ni minns från handträningsgruppen?”. Därefter leddes frågorna över till så kallade nyckelfrågor som behandlade ämnet för fokusgruppsdiskussionen (21).

- När ni träffades så här i en handträningsgrupp, vad pratade ni om?
- Diskuterade ni om vardagsaktiviteter, vad pratade ni om?
- När ni tränade era händer, vad tyckte ni att ni lärde er?
- Att träffa andra personer med liknade hälsoproblem, vad har ni för nytta av det?
- Vad är det ni vill lära?

Fokusgruppen avslutades med slutfrågan ”Har ni något mer att berätta eller förtydliga om er syn på lärandet?” i syfte att ge deltagarna möjlighet att tillägga eller förtydliga i ämnet som diskuterats (21). Fokusgruppsdiskussionerna spelades in på ljudband och inspelningen startade innan presentationen började och stängdes av när slutfrågan var färdigdiskuterad. Diskussionstiden för fokusgrupperna varierade mellan 55-70 minuter.

## **Dataanalys**

Data från fokusgrupperna bearbetades med innehållsanalys enligt ”Kvalitativ innehållsanalys” av Lundman och Hällgren Granheim (22). Kvalitativ innehållsanalys är en metod som lämpar sig inom vårdvetenskap och fokuserar på tolkning av texter från utskriften av bandat material. Innehållsanalysen har en induktiv ansats, det vill säga förutsättningslös analys av texter som är baserade på berättelser av människor, till exempel erfarenheter från personer med artrit eller/och artros. Det är betraktaren som är vägledande i den kvalitativa analysen och texten bör ses i sitt sammanhang vilket innebär att flera tolkningar kan vara möjliga (22). Det ljudinspelade råmaterialet av fokusgruppsdiskussionerna transkriberades av författaren till studien. Författaren lyssnade igenom ljudinspelningarna från de fyra analysenheterna ett flertal gånger för att förbereda analysprocessen och underlätta sökningen efter meningsbärande enheter i den utskrivna texten. Analysprocessen utfördes i flera steg. Fyra tabeller, en för varje fokusgrupp, skapades för att strukturera upp processen. Den nedskrivna texten i analysenheterna analyserades och de stycken av texter som hörde ihop genom innehåll och sammanhang och matchade syftet fördes över i en tabell under kolumnen meningsbärande enheter i respektive fokusgruppstabell. I nästa steg kondenserades de meningsbärande enheterna, det vill säga texten kortades ner och det centrala innehållet bevarades. Följande steg var att abstrahera den kondenserade texten, det vill säga lyfta innehållet till en högre nivå och tänka abstrakt och från det perspektivet skapades koder. Koder är som en etikett på meningsenheten och ett verktyg att se data på ett nytt sätt. Abstraktionens giltighet kontrollerades ständigt mot meningsenhet och kondenserad text. Nästa steg i processen var bildandet av subkategorier och kategorier utifrån innehåll och koder som hör samma och svarade på frågan ”vad?” och kategorierna omfattade subkategorier på olika abstraktions nivåer (22, 23).

Tabell II. Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
B-Jo vi pratade lite, det finns skedar som är böjda. C-Jo sista gången pratade vi om att det finns. A-Jo, kniv, osthyvlar. Är man svag av artros är det inte lätt. B-Det var ju hjälpmedel som kom fram då, pincetterna och lite käckä saker som man kunde nypa så slapp man det tråkiga försöket ta i nått sådär och jag tycket faktiskt det var roligt. Det var lite svårt att lära sig men så blev man bättre.	Pratade om hjälpmedel. Bra med hjälpmedel om man är svag, en del hjälpmedel kan vara lite svåra att lära sig.	Anpassa. Göra på annat sätt. Redskap att hantera tillståndet.	En boll mot praktisk förändring.	Bollar som sätts i rullning.

Analysprocessen fortsatte med jämförelser av materialet. De fyra tabellerna skrevs ut på dokument och raderna med meningsbärande enheter-kondenserad text-kod-underkategori-kategori klipptes isär för att jämföras om innebörden i raderna var samma från de olika fokusgrupperna. Därefter skrevs kategorier i tabellerna ned på dokument och jämfördes med varandra och de som var på olika abstraktionsnivåer men tolkades höra samman bildade en kategori. Det var ett ständigt reflekterande och tolkande och författaren återgick till analysenheterna och tabellerna ett flertal gånger under analysprocessen för att bringa klarhet i materialet. Genom hela analysprocessen fördes dialog med handledare och vid bildandet av kategorier fördes tätare diskussioner för analysera och tolka innehållet. De slutgiltiga fyra kategorier blev; avkoppling, gemenskap, bekräftelse och bollar som sätts i rullning. Resultatet presenteras på en beskrivande nivå i form av kategorier och subkategorierna med citat från fokusgruppsdiskussionerna (22).

### Etiska aspekter

Utförandet och hantering av material till studien följer de forskningsråd som Centrala etikprövningsnämnden rekommenderar (24). Deltagarna har erhållit muntlig och skriftlig information om studien och gett samtycke till att delta. I materialet aidentifierades deltagarna och det ljudinspelade råmaterial och den transkriberade texten har förvarats på ett

säkert sätt under arbetets gång och förstördes när studien var skriven. Studien innehåller inga känsliga personuppgifter eller utförs på biologiskt material eller innebär fysiska/psykiska ingrepp och är därför inte etikprövad av etikprövningsnämnden (24).

## Resultat

Kategorierna är ”avkoppling”, ”gemenskap”, ”bekräftelse” och ”bollar som sätts i rullning”. Avkoppling innebär erfarenheter av att deltagande i gruppen ger en stunds lindring från besvären och en stunds återhämtning. Gemenskap innebär att samhörigheten med varandra förstärks när deltagarna stödjer och stärker varandra och diskuterar likheter och olikheter. Bekräftelse fås genom igenkännande och förståelsen i samtalen med varandra. Bollar som sätts i rullning innebär att gruppdeltagandet och samtalen leder till att en tanke föder en annan tanke som i sin tur kan leda till förändrad medvetenhet, inspirera till nya aktiviteter och bidra till egen kreativitet för att lösa problem i vardagen. Resultatet i studien presenteras i kategorier med subkategorier och belyses med citat.

Tabell III. Kategorier och subkategorier

<b>Kategori</b>	<b>Avkoppling</b>	<b>Gemenskap</b>	<b>Bekräftelse</b>	<b>Bollar som sätts i rullning</b>
Subkategori	En stunds lindring	Stödjande och stärkande	Förståelse	En boll mot medvetenhet
Subkategori	En stunds återhämtning	Lika men olika	Känna sig hemma	En boll mot aktivitet
Subkategori				En boll mot praktisk förändring

### Avkoppling

Denna kategori omfattar erfarenheter av att handträningsgruppen ger ett tillfälle att slappna av och lindra smärtan, att få en stunds återhämtning från vardagen, en möjlighet att träffas, ha trevligt och prata av sig. Kategorin omfattar två subkategorier som beskriver olika former av avkoppling.

#### En stunds lindring

Subkategorin handlar om att delta i handträningsgrupp innebär en stunds lindring från smärtan och stelheten och en känsla av att kunna röra på händerna och fingrarna, mjukt och smidigt. Även om lindringen bara är för en stund är erfarenheten att den inspirerar till ökad aktivitet och utförande av vardagsaktiviteter med händerna.



Citat:

*P3. Jag tycker nog kombinationen av värme och träningen, när de blir lite uppmjukande, det känns väldigt skönt när man suttit en stund. Då kan man träna, utan att det gör särskilt ont.*

*P4. Det var så vi gjorde, de var väldigt bra.*

*P2. Ja det var så vi gjorde o jag tycket väl att det var positivt.*

*P3. Det känns positivt (hm, mm, mm).*

### En stunds återhämtning

Subkategorin handlar om handträningsgruppen som en form av återhämtning genom att sitta och prata med varandra om allt möjligt. Denna form av avkoppling innebär en vilsam stund, ett tillfälle att "bara vara". Att kunna prata om roliga händelser bidrar till fokus på annat än vardagsproblem. En stund med positiva och glada personer medverkar till att lättare glömma besvären och få en stund andhämtning från vardagen.

Citat:

*P8. Vi hade det väldigt trevligt i de grupper jag var med i men vi pratade inte så mycket om problemen, det fanns där, vi hade dem, men vi pratade mer om roliga grejer (mycket prat och nickande)*

*P7. Ja roliga grejer.*

*P8. Ja, vi kände de här liksom, det var väldigt skönt att sitta så här, ja det var en stunds avkoppling.*

*P7. Ja, hm*

*P9. Jaa*

### **Gemenskap**

Denna kategori omfattar erfarenheter som bidrar till gemenskap. Att få stöd av andra gruppdeltagare i självupplevda situationer både stödjer och stärker och medverkar till känsla av samhörighet med gruppen. Medvetenheten om att det finns många likheter och olikheter skapar en enighet hos gruppdeltagarna. Kategorin omfattar två subkategorier som beskriver gemenskap i handträningsgruppen.

### Stödjande och stärkande

Subkategorin handlar om att dela med sig av erfarenheter som bidrar till att stödja och stärka varandra i aktiviteter och självkänsla. Att ta del av hur andra löser situationer uppfattas stärka självförtroendet. Det öppnar upp för tillit till och förtroende för andras råd och erfarenheter och inger mod att själv prova nya råd och tips. Ömsesidiga stödjande och stärkande av varandra i gruppen medverkar till att uppleva mindre oro inför aktiviteter och till att våga mer.

Citat:

*P.3 Prova ingefära var det en som sa till mig, hon kokar vatten, citron och ingefära, hon har blivit jättebra.*

*P.1 Det är såna saker som är bra att höra, annars så är man så ensam i sina funderingar.*

### Lika men olika

Subkategorin handlar om erfarenheter om att vara lika men ändå olika.

Genom de delade erfarenheterna av funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och vardagsproblem som framkommer under samtalen i handträningsgruppen upptäckts många likheter även om sjukdomar, medicinsk behandling och sjukdomsgrad är olika. I mötet med andra deltagare upptäckts att fysiska förutsättningarna kan se lika ut och i praktiken innebära olika svårigheter eller/och? tvärtom. Det medverkar till att känslan hur man mår är både lik och olik andra personer.

Citat:

*P6. Det är alltid roligt att vara i grupp då alla kan få prata och diskuterar.*

*P8. Å berätta precis hur man känner sig.*

*P9. Ja.*

*P6. Ja precis.*

*P7. Det är inte alls lika.*

*P9. Nä nä, det är inte alls nödvändigt.*

## **Bekräftelse**

Denna kategori beskriver erfarenheter som bidrar till bekräftelse. Att känna igen sig och att i samtalen få instämmande och intygande från deltagare i handträningsgruppen medverkar till bekräftelsen av den egna känslan om hur det är att leva med ledsjukdom. Kategorin omfattar två subkategorier som beskriver bekräftelse i handträningsgruppen.

## Förståelse

Subkategorin handlar om erfarenheter av att få berätta om sin situation och bli lyssnad på. Att få förståelse från andra gruppdeltagare inger en trygghet som i sin tur inger mod att uttrycka frustration och att beklaga sig. Att lyssna på andras erfarenheter från relationer i närfamiljen och hur det hanteras, beskrivs som bidra till ökad förståelse för dessa situationer och för omvärlden.

Citat:

*P15. Det kom fram lite de här med relationer, familjen, hur man kan tackla utanför. Höra på erfarenheter för då ser man att man inte är själv (ja, nä, hm). Höra hur man själv upplever sig själv i en situation där man alltid får be om hjälp hela tiden.*

*P19. Sätta sig ner och tycka synd om sig själv är farligt, man får acceptera tillvaron, göra vad man kan.*

*P15. Ja se det är rätt, göra var man kan.*

## Känna sig hemma

Subkategorin handlar om erfarenheten av att känna igen sig genom andra i handträningsgruppen. Att lyssna på hur andra har uppfattas bidra till en känsla av hemmastaddhet, vilken i sin tur bidrar till öppenhet och ärlighet i samtalen. Hemmastaddheten öppnar upp för tillit och förtroende och att dela med sig av känslor. Att känna sig hemma i gruppen och kunna byta erfarenheter beskrivs som betydelsefullt för de deltagare som inte har erfarenhet av att leva med ledsjukdom. Erfarenheten från deltagandet i handträningsgruppen är att träffa samma personer i gruppen innebär möjlighet till att lära känna varandra vilket öppnar upp för igenkännande och bekräftelse. Graden av igenkännande beror på deltagarna i

handträningsgruppen och erfarenheter visar att olika personligheter påverkar samtal och diskussioner.

Citat:

*P4. Vet att vi hade väldigt trevligt.*

*P1. Bra att träffa andra som är i samma situation, jag känner ingen annan som har artros*

### **Bollar som sätts i rullning**

Denna kategori beskriver hur deltagandet i handträningsgruppen på olika sätt inspirerar till nya aktiviteter och att innehållet i träffarna inspirerar till förändring på olika sätt.

#### En boll mot medvetenhet

Subkategorin handlar om erfarenheter av förändrad medvetenhet i form av kunskap, insikt och självuppfattning genom handträningsgruppen. Att lyssna på andra deltagares livsberättelser och vardagsproblem medverkar till kunskap om sin egen situation. Reflektion utifrån andra deltagares berättelser vid gruppträffar påverkar tankar och förändrar uppfattning om hur man själv har det, vilket leder till både förståelse och distans för de egna problemen. Nya tankar som har sin utgångspunkt i gruppsamvaron tar fart och öppnar upp till att förändra synen på sig själv eller till att förändra sin situation.

Citat:

*P16. När man i början kommer till en grupp då har man inte accepterat sin situation, men ser man då andra som lever livet, då vill man också komma dit, då blir det positivt. Å man lägger om tankegången.*

*P15. Goda förebilder.*

*(Hummande och jakande från gruppen).*

*P16. Javisst, de här fixar vi!*

#### En boll mot aktiviteter

Subkategorin handlar om att handträningsgruppen ger positiva erfarenheter av att röra på sig, vilket ger incitament för att var mer aktiv i vardagen som helhet. Kunskapen om hur

handträningen går till gör det möjligt att själv träna när det behövs för att vara aktiv i vardagen. Att samtala om olika träningsformer i handträningsgruppen erfars som inspiration till att börja röra på sig och testa nya aktiviteter.

Citat:

*P8. Jag fick ett väldigt gott tips av en som var med där då, varmvattengympa.*

*Hon gick på varmvattengympa, en av deltagarna i en grupp som jag var med.*

*P7. Då måste ja fråga vad finns de?*

### En boll mot praktiska förändringar

Subkategorin handlar om samtalen i handträningsgruppen där man delar med sig av varandras erfarenheter inspirerar till praktiska förändringar. Att lyssna på hur andra deltagare med liknande besvär har förändrat för att underlätta vardagen inspirerar till att använda nya hjälpmedel eller att utföra en vardagsaktivitet på annat sätt. Genom samtalen i gruppen få kännedom om sjukvårdens möjligheter och hur myndigheter kan hjälpa, inspirerar till att ta del av det som samhället erbjuder. Att lyssna och diskutera idéer och lösningar på vardagsproblem leder till egen reflektion och fundering i nya banor som inspirerade till nya praktiska lösningar.

Citat:

*P14. Någon (från en grupp) har sagt till mig; du skall inte gå ner för trapporna, du skall backa, de skulle jag **aldrig** kommit på själv.*

*P18. Det var mycket lättare.*

*P14. Ja, mm, det var inget jag skulle tänkt på.*

# Diskussion

## Resultatdiskussion

I resultatet framkommer att erfarenheter från deltagarna i en handträningsgrupp visar på att delta och diskutera i en handträningsgrupp främjar till ökat aktivitetsutförande. Resultatet kan relateras till den teoretiska modellen CMOP-E där person-aktivitet-omgivning är i tät relation med varandra och aktiviteten är starkast med en dynamisk interaktion i engagemang och utförande för att möjliggöra aktivitet (7, 9, 10, 11). Omgivningen, som delvis utgörs av deltagarna i handträningsgruppen är betydelsefull för aktivitetsutförande och välmående. Deltagarnas engagemang bidrog och berikade till erfarenhetsbytet i gruppbehandlingen. Utifrån resultatet är det relevant att betona vikten av att personer med artrit och/eller artros träffas, diskuterar och delge erfarenheter. Betydelsen av att lära av varandra i grupp stärks av senare års forskning enligt Ellström (27) om lärandets sociala och kulturella karaktär där man menar att personer lär sig genom delaktighet och medverkan i organiserad verksamhet.

Resultatet beskriver att *avkoppling* står för en smärtlindrande stund med tillfälle för trevliga samtal. Upplevelsen av att känna mindre smärta kan bidra till en mer avslappnande miljö och till att vara i nuet. Att vara del i ett sammanhang där flera människor upplever lugn och harmoni kan förstärka den egna känslan för återhämtning enligt författaren till föreliggande studie. Samtala om det som stunden ingav och inte behöva prestera kunde också upplevas som vilsamt. En avspänd miljö är fördelaktigt för att stimulera till samtal och interaktion enligt litteraturen (12). En annan förklaring till känslan av avkoppling kunde bero på att det fanns tid för att bara vara under behandlingen och vilket gav utrymme för reflektion och en stunds medveten närvaro enligt författaren till föreliggande studie. Avkopplingen kunde bidra till att engagera det innersta, spiritualiteten eller andligheten, det som den teoretiska modellen CMOP-E beskriver (7) ger mening åt livet.

Resultatet visade på att känslan av *gemenskap* formades när deltagarna i handträningsgruppen var stödjande och stärkande mot varandra i olika situationer samt diskuterade likheter och olikheter i att leva med ledsjukdom. Tillfället att sitta och samtala om vardagssituationen kunde uppmuntra till att dela med sig av råd och stöd. Relaterat till arbetsterapeutiska modeller (7, 8) kunde den nya kontexten ge möjlighet till att utveckla en form av socialt

deltagande där deltagaren kunde ikläda sig nya roller, roller som kunde innebära medmänniska men också expert med specialistkunskap utsprungna från egna erfarenheter. Detta nya sammanhang kan knytas an till omgivningens betydelse för förändringar. Att omgivningen påverkar person-aktivitet och kan variera över tid beskrivs i CMOP-E (7). Det ömsesidiga erfarenhetsbytet med stödande och stärkande karaktär skapade sannolikt en tillhörighet i handträningsgruppen. En gemenskap som blev betydelsefull för att komma ihåg och ta till vara på de erfarenheter som framkom och kunde bidra till att våga mer själv. Enligt Ellström (27) är känslan av gemenskap i en grupp en god förutsättning för att kunna komma ihåg och lära sig. Resultatet visade att samtalen kunde ge inblick i andras hälsoproblem och ge nya perspektiv på ledsjukdom. Att jämföra kroppsfunktioner och aktivitetsförmågor kunde mynna ut i en form av konsensus som kan tolkas att deltagarna i handträningsgruppen upplevde sig lika men ändå olika. Den gemenskap som deltagarna upplevde av att dela svårigheter och hälsoproblem bekräftas även i studier av Dahlin Ivanoff (25, 26). Forskning av samma författare stärker också behovet av att vara i grupp och tillhöra ett sammanhang (15, 26).

*Bekräftelse* innebär att få förståelse för andra deltagare och att känna sig hemma i handträningsgruppen. Resultatet visade att vid samtal och diskussioner i handträningsgruppen kunde deltagarna humma och nicka till varandra i samförstånd vilket kan förklara att de upplevde förståelse och kände igen sig. Omgivningen, det vill säga handträningsgruppen, kunde med sannolikhet påverka vad som skulle diskuteras och samtalsämnena kom troligtvis an på vilka värderingar, tankar och attityder som fanns i gruppen och vad som kändes tillåtet, vilket stärker vikten av ett tillåtande klimat som bl.a Kreuger och Dahlin Ivanoff förespråkar (18, 19). Förklaringen till att deltagarna i föreliggande studien vågade uttrycka känslor vid samtalen i handträningsgrupperna kan finnas i förförståelsen att leva med ledsjukdom. Det kan upplevas enkelt att samtala med människor som förstår och skönt att inte alltid behöva förklara. Resultatet i föreliggande studie visade att det upplevdes givande att träffa personer med liknande sjukdomsbild och det värderades högt att dela erfarenheter med personer som förstår. Samma slutsats visar Dahlin Ivanoffs studier (15, 26, 28) av en annan sjukdomsgrupp. Förståelsen i handträningsgruppen skulle kunna vara en bidragande orsak till känslan av trygghet. Känslan av att känna sig hemma kunde få deltagarna att våga öppna sig och berätta om självupplevda situationer och händelser. Att få träffa samma deltagare i

handträningsgruppen kan medverka till ärlighet, men kan också upplevas som motsatt förhållande om det inte finns möjlighet till att lära känna varandra och bli förtroliga. Känslan av ensamhet verkade minska när det blev tydligt att flera delade på samma erfarenhet som berörde livssituationer, ett påstående som också bekräftas från fler studier (26, 28).

*Bollar som sätts i rullning* visar på att färdigheter och kunskaper utvecklas i samtal med andra i handträningsgruppen och i diskussionerna föds nya idéer. Det kan vara en kreativ tanke som föder en annan tanke som sedan leder fram till förändring. Resultatet visade att samtal och resonemang om livet i allmänhet kunde fortplanta sig likt en boll mot medvetenhet. Troligtvis berodde det på att begränsningar och resurser blev mer tydliga när man deltog i handträningsgruppen och det kunde öka medvetenheten om hur man själv hade det i förhållandet till andra. Författaren till föreliggande studie tolkar att resultatet visar på att det blev en medveten reflektion som kunde orsaka både positiva och negativa känslor, beroende på deltagarens situation, men oavsett reaktion skapades en insikt hos deltagaren som inte tidigare hade funnits. Det kan illustrera en ökad motivation till att kunna utnyttja den inneboende kraft som enligt COPM-E (7) finns hos varje deltagare för att kunna ta till vara på de inre resurserna.

Resultatet kunde påvisa att deltagarna i handträningsgruppen delade med sig av aktiviteter som främjade hälsan och de engagerade sig i att finna lämpliga fysiska aktiviteter. Engagemangets betydelse för att kunna utföra aktiviteter nämns i flera arbetsterapeutiska modeller (7, 9) och ett antagande enligt Turpin, Iwama (9) är att aktiviteter är idiosynkratiskt med mening att engagemang i aktiviteter varierar från person till person. Det kan ge en förklaring till varför en del deltagare i handträningsgrupperna kunde uppleva svårighet att finna träning som var passande. Genom att ta del av träningserfarenheter från andra deltagare i handträningsgruppen ökade engagemanget för träning. Det kan vara en bidragande orsak till att erfarenheter inspirerades som en boll mot aktiviteter för att prova nya träningsformer. Det kan också bero på att träningsformerna framställdes som trevliga och roliga i handträningsgruppen och i kombination med viljan att röra på sig kunde det leda till att komma igång med ny eller gammal fysisk aktivitet.



Att både diskutera och praktiskt visa vardagsaktiviteter och hjälpmedel gav ett implicit lärande som i efterhand kunde få deltagarna i handträningsgruppen medvetna om att samtalen väckt nya tankar. Idéerna kunde fortplanta sig som en boll mot praktiska förändringar. En förklaring till att nya tankar spirade bland deltagarna i handträningsgruppen var att i undervisningen av hjälpmedel och verktyg framkom det erfarenheter som kunde bidra till egna praktiska lösningar. Den förklaringen stärks av vad flera författare som Lauvås, Handal och Ellström skriver om lärandet (14, 27). En annan förklaring var att deltagarna i handträningsgruppen kunde inspirera varandra att tänka utanför de traditionella hjälpmedlen från sjukvården. Det kunde leda till besök i butiker som inte var inriktade på hjälpmedel för att finna ut nya redskap. Nya lösningar och egna strategier utvecklades hos deltagarna i handträningsgruppen. I forskning om artros i höft och knä (30) har det framkommit att självutvecklade strategier och egna påkomna förändringar upplevs oftast mer givande än att bli lärd av någon annan (30). När deltagarnas egna preferenser och erfarenheter kunde interageras med andras erfarenheter påverkades och förändrades tankarna hos deltagarna i handträningsgruppen. Tankarna blev antingen bekräftade eller förkastade, vilket oavsett ledde till utveckling av ny kunskap som kunde bidra till förbättrad aktivitetsförmåga. Detta antagande stärks av litteraturen (13, 14) om lärandet i praktiken. Resultatet i denna kategori stärker det biopsykosociala perspektivet av att människan är föränderlig och samspelet med den biologiska grunden, den inre världsbilden, det sociala och kulturella förhållandet påverkade aktiviteter och hälsa (6, 29).

Resultatet visade att deltagarna i handträningsgrupperna påverkades av varandras erfarenheter, ett lärande genom interaktion som enligt socialkonstruktivismen är en lärande process (19). Den kunskap som deltagarna fick del av genom att diskutera och dela med sig av erfarenheter blev en form av erfarenhetslärande. Detta begrepp enligt Ellström (27) delar upp i lärandet i ett formellt lärande och i ett informellt lärande. Det formella lärandet är ett planerat lärande som till exempel i arbetsterapeutiska interventioner medan däremot det informella lärandet syftar på det som sker i vardagslivet som till exempel i en handträningsgrupp där erfarenheter förädlas genom samtal och diskussioner.

Deltagarna i handträningsgrupperna var positiva till att träffa andra deltagare med ledsjukdom. Behandlande arbetsterapeut i interventionen handträningsgrupp bör reflektera

över att alla människor är unika och vad som var och en upplever som betydelsefullt är individuellt (7, 8). Det som kan upplevas positivt för en deltagare, till exempel att få mer insikt i vad sjukdomen innebär kan upplevas som negativt och ledsamt för en annan deltagare men slutsatsen är att nyttan är större än risken med att sammanföra personer med liknande sjukdomsbild. Att bidra till att behålla självständigheten i aktiviteter trots en kronisk ledsjukdom ger förutom de personliga vinsterna också nytta för samhället genom minskat behov av sjukvård, mediciner och olika insatser från kommunen.

Den mer teoretiska utbildningen i arbetsterapeutiska interventionerna har brister som hänger samma med att det är svårt att överföra teori till praktik (27). Från resultatet i föreliggande studie finns ett exempel på detta om ortoser. Flera deltagare berättade att de lärt sig av andra deltagare i handträningsgruppen om hur ortoser appliceras och att ortoser minskar smärtan, en information som oftast räknas till arbetsterapeutens kompetensområde. I den praktiska erfarenheten från handträningsgrupper finns andra exempel där deltagaren bidrar med verklighetsbaserade erfarenheter och kunskaper för att bemästra vardagen, något som kan vara svårt för arbetsterapeuten att lära ut.

Rätten till att kunna utföra aktiviteter kan uppfattas som självklar men för målgruppen är professionell hjälp värdefull. För att utveckla arbetsterapeutens roll att kunna möjliggöra för deltagaren att utveckla egna strategier är det av betydelse att ta tillvara deltagarnas erfarenheter och kunskaper samt finna former för att växla teori och erfarenhet som gynnar lärandet (7, 10). Det teoretiska lärandet kan med fördel varieras mellan de olika lärostilarna för att lyfta fram kunskap. Erfarenhetsbaserat lärande bör kompletteras med planerad utbildning för erfarenhetslärandet tenderar till att vara bundet till en viss situation enligt Ellström (27). Lärandet får därför ett begränsat värde för att klara av nya situationer och det är svårt att utveckla kunskap bara på basis av erfarenheter (27). Att finna balansen mellan teori, spontana samtal och diskussioner i en handträningsgrupp kan vara utmanande. Det finns en risk i att styra för mycket, det kan leda till att deltagarna inte upplever den avkopplingen som till stor del stimulerade till samtal och erfarenhetsbyte.

## Metoddiskussion

I kvalitativa studier är det viktigt att hålla det teoretiska perspektivet i åtanke. Syftet med studien var i fokus under hela studien från planeringen av ämne för diskussion, i datainsamlingen och i alla delar av analysprocessen (16, 18, 20, 21). För design av studien valdes fokusgruppmetod och kvalitativ innehållsanalys. Författaren till föreliggande studie var i dialog med sakkunnig handledare under forskningsarbetet för att utveckla djupare analys av materialet och säkerställa förfarandet av studien. Gruppens homogenitet med erfarenheter av att delta och diskutera i grupp bidrog till en öppenhet i diskussionen. Detta stimulerade till en rik information som bidrog till resultatets riklighet. Genom samspelet i diskussionerna bekräftas, förstärks och motsätts enligt Kreuger och Casey (16) deltagarens erfarenheter vilket ger metoden hög nivå av giltighet. Den välbekanta miljön som fokusgruppsdiskussionerna hölls i har beskrivits av Kreuger, Casey, Morgan och Dahlin Ivanoff (16-19) främja trygghet och att våga samtala. För att stimulera deltagarna till att interagera erbjöds en välkänd aktivitet, paraffinbehandling. Om det påverkade resultatet är oklart men de grupper som valde paraffinbehandling förde en intensivare diskussion som genererade mer råmaterial. Att få deltagarna börja diskutera och interagera i fokusgrupp är av största vikt för resultatet, för resultatet från fokusgrupper skiljer sig ifrån andra kvalitativa studier genom att de gruppmissiga gemensamma erfarenheterna är mer betydelsefulla än den enskildes (16-20).

Tiden mellan deltagandet i handträningsgruppen och i fokusgruppen kan ha påverkat vad deltagarna mindes. Två till tre år är relativt lång tid och tidsperioden kan vara orsak till att deltagarna växlade mellan erfarenheter från handträningsgruppen till erfarenheter här och nu i diskussionerna. När det gäller frågorna, hade de testats i en handträningsgrupp på författarens arbetsplats men en provgrupp i ett område hade gett mer möjlighet till att utveckla frågornas tydlighet i ämnet. Det som är fördelen med metoden är att det är möjligt att ingripa och förtydliga i frågor och i diskussioner, vilket också gjordes. Ingripandet kunde med fördel skett oftare för att utveckla enigheter och oenigheter för de positiva erfarenheterna genomsyrate diskussionerna. Fler negativa erfarenheter hade berikat innehållet och således gett mer fördjupning i ämnet (16-21). Risken med att avbryta en livlig diskussion är att det kan bli tyst och att diskussionen inte kommer igång igen och risken att det skulle kunna hända påverkade moderatoren vilket ledde till en mängd råmaterial som inte behövdes (16, 18, 20, 21). Att leda fokusgrupp som påminde om handträningsgrupp krävde ständig påminnelse om att ha det

teoretiska perspektivet och inte falla in i rollen som arbetsterapeut. Frågor som uppstod till moderatorn som var direkt riktade till yrkesprofessionen valdes att svara kortfattat på och sedan leda in på ämnet, övriga frågor leddes in till gruppen för diskussion. Aspekten på att moderatorn påverkar resultatet omnämns i Dahlin-Ivanhoff och Hultbergs studie (25) och för minska inflytandet uppmuntrades deltagarna att influera och interagera med varandra. Deltagarna hade inget tidigare förhållande till moderatorn men vetskapen om att moderatorn var arbetsterapeut ökade troligtvis till att ställa frågor. Gruppstorlekarna var jämnstora och alla var delaktiga i grupperna vilket bidrog till meningsfullt och användbart innehåll till resultatet. Alla uttalande formulerades positivt, vilket medför en risk att få endast positiva erfarenheter. Det kan bero på att de som anmälde sig som intresserade med att bidra med sina synpunkter visade sig vara stort sett nöjda med handträning som behandlingsform.

För att bedöma kvaliteten i den kvalitativa studien är det viktigt att reflektera över tillförlitligheten, giltigheten och överförbarheten. Analysprocessen genomfördes i systematiskt ordning för att säkerställa att resultatet återspeglade vad som diskuterades i grupperna. Redogörelse för urval, datainsamling, genomförande samt bearbetning och analys ökar trovärdigheten till studiens resultat (22). Återkommande reflektion och tolkning av materialet utfördes för att få berättelserna i sitt sammanhang och se vad som var framträdande i analysen. Författaren förde en ständig dialog med handledaren för att öka validiteten i studien. Tillförlitligheten handlar om hur överförbart resultatet är till andra grupper. En aspekt som talar för överförbarheten är att det som diskuterats i studien berör de flesta sjukdomsgrupper och studiens resultat stärks genom tidigare studier (15, 26) som påvisar betydelsen av att samtala i grupp med likasinnade.

## **Konklusion**

Resultatet från föreliggande studie antyder att det som sker i en handträningsgrupp, det vill säga samtalens och samspelets betydelse är värdefullt för aktivitetsutförandet. Genom att dela erfarenheter lärde sig deltagarna av varandra. Resultatet visade att delta och diskutera i handträningsgrupp kan bidra till ökat välbefinnande och förändrat aktivitetsutförande. Kunskapen från denna studie kan bidra till att utveckla arbetsterapeutiska interventioner med tydligare inriktning på lärandet. En sådan inriktning för att möjliggöra förändring i aktivitetsutförandet i ett hållbart livssammanhang och vara ett viktigt komplement till metoder

som syftar till att stärka kroppsfunktioner. Att ta tillvara deltagarnas erfarenheter och kunskaper, låta de vara delaktiga i att inspirera och lära varandra är väsentligt. Det leder till mer aktiv vardag och medverka till ökad livskvalité för målgruppen.

## Referenser

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; c1948. [citerad 2014-03-09]. Hämtad från: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>
2. Reumatikerförbundet [Internet]. Stockholm: Reumatikerförbundet; c1945-2013. [uppdaterad 2013-01-21; citerad 2013-10-26]. Reumatiska sjukdomar. Hämtad från: <https://reumatikerforbundet.org/reumatism/>
3. Moe RH, Kjekken I, Uhlig T, Hagen KB. There is inadequate evidence to determine the effectiveness of nonpharmacological and nonsurgical interventions for handosteoarthritis: An overview of high-quality systematic reviews. *Phy Ther.* 2009;89(12):1363-70.
4. Steuljens EE, Dekker JJ, Bouter LM, Schaardenburg DD, Kuyk MA, Van den Ende EC. Occupational therapy for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2008.
5. Rannou F, Poiraudeau S. Non-pharmacological approaches for the treatment of osteoarthritis. *Best Pract & Res Clin Rheuma.* 2010;24:93-106.
6. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196:4282:129-36.
7. A.Townsend EA, Polatajko HJ. Enabling occupation II: Advancing an occupation therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007.
8. Kielhofner G. Model of human occupation: theory and application. 4 uppl. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
9. Turpin M, Iwama MK. Using occupational therapy models in practice: a fieldguide. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2011.
10. Kielhofner G. The Canadian model of occupational performance. I Kielhofner G, redactor. *Conceptual foundations of occupational therapy.* 3 uppl. Philadelphia: F. A. Davis; 2004. s.94-107.
11. B.Sumsion T, Tischler-Draper L, Heinicke S. Applying the canadian model of occupational performance. I: Duncan EAS, redaktör. *Foundation for practice in occupational therapy.* Edinburg: Churchill Livingston; 2011. s.81-93.
12. Marton F, Booth S. Om lärande. Lund: Studentlitteratur; 2000
13. Säljö R. Lärande i praktiken, ett sociokulturellt perspektiv. Stockholm: Nordstedt Akademiska Förlag; 2000.

14. Lauvås P, Handal G.Handledning och praktisk yrkest teori. Lund: Studentlitteratur; 2001.
15. Dahlin Ivanoff S, Klepp K I, Sjöstrand. Development of health education programme for elderly with age-related macular degeneration: a focus group study. Pat Educat Counseling. 1998;34:63-73.
16. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 3 uppl. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2008.
17. Morgan DL, redaktör. Focus group kit. Vol. 1, The focus group guidebook. Thousand Oaks, Calif; Sage Publications; 1998.
18. Krueger RA, redaktör. Focus group kit. Vol. 4, Moderating focus groups. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1998.
19. [Dahlin-Ivanhoff S. Fokusgruppsdiskussioner. I: Ahrne G, Svensson P, redaktör. Handbok i kvalitativa metoder. Stockholm: Liber AB; 2011.](#)
20. Kitzinger J. The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. Soc Health & Illnes 1994;16(1):103-21.
21. Krueger RA, redaktör. Focus group kit. Vol. 3, Developing questions for focus groups. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1998.
22. Lundman B, Hällgren Granheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I: [Grandskär M, Höglund-Nielsen B, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården.](#) Lund: Studentlitteratur; 2012. s.187-201.
23. Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004;24(2):105-21.
24. Centrala etikprövningsnämnden [Internet] Stockholm. [okänt år] [citerad 2014-01-02]. Personuppgifter i forskning; Hämtad från: <http://www.epn.se>
25. [Dahlin Ivanhoff S](#), Hultberg J. Understanding the multiple realities of everyday life: Basic assumption in focus-group methodology. Scand J Occup Ther. 2006;13(2):125-32.
26. Dahlin Ivanoff [S](#), Sjöstrand J, Klepp K I, Axelsson Lind L, Lundgren Lindqvist B. [Planning a health education program for de elderly visually impaired person – focus group study.](#) Dis Rehabil. 1996;18:(10):515-22.
27. Ellström P-E. Livslångt lärande. [Internet] Hämtad från: <http://www.vasa.abo.fi/users/psalo/Web/ellstrm.pdf>

28. [Dahlin Ivanhoff S.](#) Focus group discussions as a tool for developing a health education programme for elderly persons with visual impairment. *Scand J Occup Ther.* 2002;9:3-9.
29. Hägg E. *Den föränderliga människan. Ett biospsykosocialt perspektiv.* Lund: Studentlitteratur AB; 2010.
30. Klinger L, Spaulding SJ, Polatajko HJ, MacKinnon JR, Miller L. Chronic pain in elderly: occupational adaptation as means coping with osteoarthritis of hip and/or knee. *Clin J Pain.* 1999;15:275-83.