



**SAHLGRENKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP**  
**OCH FYSIOLOGI**  
**ARBETSTERAPI**

# **TILLSAMMANS FÖR BÄTTRE VÅRDINSATSER**

En kvalitativ studie av skötares erfarenheter av instrumentet Min Förmåga inom psykiatrisk slutenvård med inriktning psykos

**Cajsa Hellstedt, Maja Hedegård**

---

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi (examensarbete)
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2019
Handledare:	Maria Almberg, fil mag, leg arbetsterapeut
Examinator:	Susanne Gustafsson, docent i arbetsterapi

# Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi (examensarbete)
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2019
Handledare:	Maria Almqvist, fil mag, leg arbetsterapeut
Examinator:	Susanne Gustafsson, docent i arbetsterapi

---

Bakgrund	Personer som drabbas av psykos kan uppleva betydande svårigheter i utförandet av aktiviteter i dagliga livet. När svårigheter i utförandet av aktiviteter uppstår finns risk för negativ inverkan på personens utveckling, hälsa och välmående. Arbetsterapeuten kan hjälpa personen att identifiera behov och hitta strategier för att överkomma de upplevda svårigheterna. En förutsättning för att kunna erbjuda rätt stöd är att införskaffa en förståelse för personen och dennes svårigheter i aktivitetsutförandet. Arbetsterapeuten är inte placerad på avdelningarna inom den psykiatriska slutenvården och träffar enbart patienten vid de tillfällen ett behov uppmärksammas av avdelningspersonal, exempelvis skötare. Det finns därför en problematik i att lyckas få en uppfattning av patientens aktivitetsutförande. Instrumentet Min Förmåga utformades för att skötare arbetande inom den psykiatriska slutenvården mer systematiskt skulle kunna observera patienter i deras aktivitetsutförande och därmed uppmärksamma behov av stödinsatser.
Syfte	Syftet med studien var att undersöka skötarens erfarenheter av att använda instrumentet Min Förmåga inom psykiatrisk slutenvård med inriktning psykos.
Metod	Föreliggande studie utgick ifrån material från tidigare genomförda fokusgrupper där skötarens erfarenheter av att använda instrumentet Min Förmåga diskuterades. Studien utgick från en kvalitativ ansats och analysen av fokusgruppsdiskussionerna genomfördes enligt den metod som beskrivs av Krueger et al.
Resultat	Deltagarna i fokusgrupperna upplevde att användandet av instrumentet Min Förmåga ökade deras medvetenhet kring områden som kunde vara problematiska för patienterna och att de fick en fördjupad insikt i patientens aktivitetsutförande. Användandet av instrumentet gav en tydligare struktur i deltagarnas sätt att vidareförmedla sina iakttagelser och deras kunskap kring patienternas funktionsnivå uppmärksammades mer av andra professioner. Deltagarna upplevde en osäkerhet kring användandet av vissa delar i instrumentet och handledning av arbetsterapeut ansågs vara av värde.

## Abstract

Thesis:	15 hp
Program:	Occupational Therapy program 180 hp
Course:	ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy
Level:	First Cycle
Semester/year:	ST 2019
Supervisor:	Maria Almberg, MSc, reg. occupational therapist
Examiner:	Susanne Gustafsson, associate professor in occupational therapy
Keyword:	Needs assessment, Mental health services, Occupational therapy, Psychiatric aides, Psychotic disorders

---

Background	People affected by psychosis may experience significant difficulties in performing activities of daily living. When difficulties in performing activities arise, there is a risk of negative impact on the person's development, health and well-being. An occupational therapist (OT) can help the person identify needs and strategies to overcome difficulties in their occupational performance, though to offer the appropriate support, the OT needs to acquire an understanding of the person and his or her difficulties. However, since OTs are not situated in the departments of psychiatric inpatient care, they only meet the patient when a need has had been noticed by department staff, for example, psychiatric aides. They therefore have a problem obtaining an overall picture of the patient's occupational performance. The instrument Min Förmåga was therefore designed to provide psychiatric aides with a systematic way of observing a patient's occupational performance in order to detect the patients' need of support.
Aim	The aim of the study was to explore the psychiatric aides' experience of using the instrument Min Förmåga in psychiatric inpatient care with a focus on psychosis.
Method	The present study was based on materials from previously conducted focus groups where the psychiatric aides' experiences of using the instrument were discussed. The study was based on a qualitative approach and the analysis of the focus group discussions was conducted according to the method described by Krueger et al.
Result	The participants from the focus groups experienced that the usage of Min Förmåga increased their awareness of areas that could be problematic for the patients and that they gained an in-depth insight into the patient's occupational performance. The usage of the instrument gave the participants a clearer structure in the way of communicating their observations, while their knowledge of the patients' level of functioning was noticed by other professions. The participants experienced an uncertainty regarding the use of certain parts of the instrument and that guidance from an OT could be of value.

# Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b> .....	1
<b>Syfte</b> .....	3
<b>Metod</b> .....	3
Studiedesign .....	3
Deltagare .....	3
Procedur och datainsamling .....	3
Material .....	4
Analys.....	4
<b>Resultat</b> .....	5
Instrumentet gav fördjupad insikt i patientens aktivitetsutförande .....	5
Instrumentet gav ett underlag för ställningstagande om fortsatta vårdinsatser .....	7
Osäkerhet kring instrumentet försvårade användandet .....	8
<b>Diskussion</b> .....	9
Metoddiskussion.....	9
Resultatdiskussion.....	10
Konklusion .....	12
<b>Referenser</b> .....	14
<b>Bilaga Instrumentet Min Förmåga</b>	

## Bakgrund

Ett grundläggande antagande inom arbetsterapi är att människan har ett inneboende behov av att vara aktiv för att uppnå hälsa, välmående och utveckling (1). Att leva med ett psykiskt funktionshinder som konsekvens av en psykisk sjukdom, såsom psykos, kan för den drabbade personen innebära betydande svårigheter i utförandet av vardagliga aktiviteter inom till exempel personlig vård, arbete och social gemenskap (2). Den psykiatriska rehabiliteringens syfte är att stödja personen för att kunna återgå till ett så självständigt och aktivt liv som möjligt utifrån personens egna förutsättningar och önskemål (3,4). En förutsättning för att kunna erbjuda rätt stöd är att införskaffa en förståelse för personen och dennes svårigheter i aktivitetsutförandet. För att erhålla denna förståelse är det nödvändigt med en grundlig utredning och bedömning (5).

Psykos är ett samlingsbegrepp för psykiska sjukdomstillstånd som ingår i definitionen psykiskt funktionshinder (6,7). I Sverige insjuknar årligen 1500–2000 personer i psykos (4). Tillståndet karaktäriseras av att den drabbade personen har en avvikande verklighetsuppfattning, där personen inte sällan missbedömer sina sinnesintryck och tankar och ibland därför anses handla irrationellt (6). Vanligt förekommande symtom är vanföreställningar och hallucinationer samt frånvaro av sjukdomsinsikt. Även symtom som avsaknad av vilja och initiativkraft kan förekomma (6). Ofta ses kognitiva funktionsnedsättningar såsom nedsatt uppmärksamhetsförmåga samt nedsatta exekutiva funktioner. Det kan medföra svårigheter i genomförandet av planerade handlingar och organisering av tid och därmed utförandet av aktiviteter (4).

Begreppet aktivitet innefattar enligt Law et al. (8) allt som en person gör för att sysselsätta sig själv, det vill säga vardagliga handlingar och uppgifter som skapar mening och värde för personen i förhållande till dennes kultur. Det som formar aktivitetsutförandet är det dynamiska samspelet mellan aktivitetsformen, personen och miljön. Aktivitetsutförandet handlar om förmågan att kunna välja, organisera och på ett tillfredsställande sätt utföra aktiviteter som för personen anses direkt eller indirekt meningsfulla (8). I en studie (9) framkom det att personer med psykos har betydande svårigheter inom social förmåga samt i utförandet av aktiviteter i dagliga livet (ADL) och instrumentella aktiviteter i dagliga livet (I-ADL). Dessa aktiviteter är nödvändiga för upprätthållandet av personlig vård respektive upprätthållandet av hushållet (9). Social förmåga är i sin tur en viktig förutsättning för en välfungerande vardag och väsentlig för integrering i samhället (10). När svårigheter i utförandet av aktiviteter uppstår finns risk för negativ inverkan på personens utveckling, hälsa och välmående (11).

De aktiviteter som personen utför i sitt dagliga liv och den inverkan det har på dennes hälsa och välmående står i fokus inom arbetsterapi (12). Med stöd av olika bedömningar kan arbetsterapeuten införskaffa en förståelse för de faktorer som påverkar och formar de aktiviteter som personen utför (5). Arbetsterapeuten kan hjälpa personen att identifiera begränsningar och resurser samt hitta strategier för att överkomma svårigheter i aktivitetsutförandet. Bedömning av aktivitetsutförande är en väsentlig del i arbetsterapiprocessen som ligger till grund för beslut om lämpliga insatser (12). Att drabbas av psykos utan att få rätt insatser kan i allvarliga fall resultera i att personen upplever aktivitetsberövande. Det innebär att personen saknar möjlighet att tillägna sig meningsfulla aktiviteter till följd av exempelvis ohälsa, brist på jobbmöjligheter och diskriminering (11,13).

Enligt en arbetsterapeut, verksam vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset inom området Psykiatri Psykos, finns det inom den psykiatriska slutenvården en problematik i att lyckas få en helhetsbild av patientens aktivitetsutförande inom ADL, I-ADL och social förmåga. En del i problematiken är att arbetsterapeuterna inte är placerade på avdelningarna och enbart träffar patienten vid de tillfällen ett behov uppmärksammas av avdelningspersonal, exempelvis skötare (Personlig kommunikation med M Wikeby 2019-01-08). Enligt uppgifter från en skötare, verksam vid en psykiatrisk slutenvårdsavdelning, är skötare den yrkesgrupp som har hand om större delen av den omvårdnad som rör patienternas välmående. Vanligtvis har skötare undersköterskekompetens med inriktning mot psykiatri (Personlig kommunikation med H Johansson 2019-02-04). De har kunskap om diagnostik och medicineringens effekter samt sköter kontakt med anhöriga. De stöttar även patienterna med samtal och underlättar kontakten med andra aktörer såsom rehabiliteringspersonal (10). Om skötaren uppmärksammar att en patient har svårigheter i utförandet av aktiviteter kan denne kontakta ansvarig läkare som i sin tur bedömer om remiss ska skickas till arbetsterapeut för vidare utredning (Personlig kommunikation med H Johansson 2019-02-04).

För att få en ökad förståelse för patientens situation tar arbetsterapeuten ofta hjälp av den information som dokumenteras av skötare på avdelningen. Ett återkommande problem som framkommit var att det skötarna observerade och som de sedan dokumenterade och förmedlade vidare för patientens fortsatta vård inte överensstämde med patientens faktiska funktionsnivå. I många fall kunde inte skötarna redogöra för hur det exempelvis går till när patienten duschar, om denne tar egna initiativ eller behöver mycket stöd och påminnelser. Det framkom även att skötarnas uppfattning av samma patients funktionsnivå skilde sig åt. Det medförde att patienterna erbjöds olika mycket stöd och insatser beroende på vilken skötare som arbetade. Arbetsterapeuten identifierade ett behov av ett mer strukturerat sätt att inhämta och vidareförmedla information kring patientens aktivitetsutförande (Personlig kommunikation med M Wikeby 2019-01-08).

För att överbrygga behovet av ett mer strukturerat sätt att inhämta och vidareförmedla information utformades instrumentet Min Förmåga (14, bilaga). Min Förmåga är ett instrument för strukturerat samtal om och observation av aktivitetsutförande. Instrumentet skapades för att personal som arbetar inom psykiatrisk vård mer systematiskt skulle kunna observera ineliggande patienter i ADL, I-ADL samt social förmåga. Min Förmåga består av tre delar; intervju med patienten och dess närstående eller boendepersonal, observation av patientens aktivitetsutförande samt ställningstagande om huruvida nuvarande stödinsatser är tillräckliga (14). Upphovspersonen till instrumentet ansåg att det var av vikt att skötarna kunde uppmärksamma vilka patienter som behövde utredas samt förmedla detta vidare. Om patientens svårigheter i aktivitetsutförande inte uppmärksammas finns risken att patienten inte utreds och därmed går miste om stödinsatser som denne eventuellt är i behov av. Upphovspersonen till instrumentet ansåg därför att den inhämtade informationen kunde vara av värde för patientens fortsatta vårdinsatser samt skapa bättre förutsättningar för arbetsterapeuten att kunna genomföra en mer rättvisande bedömning (Personlig kommunikation med M Wikeby 2019-01-08).

Vid sökning i databaser har författarna till föreliggande studie erfarit att det finns brist på tidigare forskning kring instrument som berör ADL, I-ADL och social förmåga och som används av skötare. Ett instrument som tar dessa områden i beaktning skulle kunna vara till fördel för både arbetsterapeuten och patienten. Om patienternas aktivitetsutförande och behov uppmärksammas kan även arbetsterapeutisk utredning påkallas vilket kan leda till att patienten får en mer rättvisande bedömning och det stöd denne är i behov av. Då fortsatt

utveckling och användning av Min Förmåga till stor del är beroende av hur skötarna upplever användandet av instrumentet genomfördes fokusgruppsdiskussioner där skötarnas roll och erfarenheter av instrumentet diskuterades. Författarna till föreliggande studie avsåg därför att analysera insamlade data från fokusgruppsdiskussionerna för att undersöka skötarnas erfarenheter av att använda instrumentet Min Förmåga.

## Syfte

Syftet med studien var att undersöka skötarens erfarenheter av att använda instrumentet Min Förmåga inom psykiatrisk slutenvård med inriktning psykos.

## Metod

### Studiedesign

Föreliggande studie utgick ifrån material från tidigare genomförda fokusgrupper. En kvalitativ ansats har valts då författarna avsåg att studera personers erfarenheter av ett fenomen (15). För den datainsamling som genomfördes användes fokusgrupper som forskningsmetod. Fokusgruppsmetoden innefattar diskussioner i grupp där deltagarna diskuterar olika aspekter av ett ämne ledda av en moderator (16). Metoden delar vissa grundläggande antaganden med socialkonstruktivismen, vilket handlar om att människans erfarenheter och kunskap förändras i samspel med andra och därmed kan leda till utveckling och fördjupad förståelse inom ett område (17). Enligt Krueger et al. (16) fungerar fokusgrupper särskilt bra då syftet är att undersöka och få en ökad förståelse för personers uppfattningar, känslor och tankar kring bland annat idéer, produkter och tjänster. Ny kunskap kring det studerade ämnet kan användas för att utvärdera och utveckla projekt eller fungera som stöd när beslut ska fattas.

### Deltagare

I det material som författarna till föreliggande studie fått ta del av genomfördes tre fokusgruppsdiskussioner med sju till nio deltagare i varje grupp. Samtliga deltagare i fokusgrupperna var skötare som arbetade som dag- och kvällspersonal på fyra olika avdelningar inom Psykiatri Psykos för inneliggande vård. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle ha delgivits information kring användandet av instrumentet samt haft erfarenhet av att använda det. Upphovspersonen till instrumentet arbetade endast aktivt med implementeringen på två av de fyra avdelningarna. De andra två avdelningarna delgavs enbart information kring instrumentet för att kunna använda sig av det. Därav har avdelningarna tagit del av olika mycket handledning i användandet av instrumentet. Urvalet av lämpliga deltagare till fokusgruppsdiskussionerna gjordes av avdelningscheferna på de fyra avdelningarna utifrån bemanningsmöjligheter. Respektive avdelningschef fick skriftlig information om fokusgrupperna och skötarna gav sitt muntliga samtycke i samband med deltagande. Deltagarna, som var 23 till antalet, var i åldrarna 25–62 år, deras arbetserfarenhet inom psykiatri varierade mellan 2–34 år och 65 procent var kvinnor.

### Procedur och datainsamling

Fokusgruppsdiskussionerna, som föreliggande studie baserats på, genomfördes av två legitimerade arbetsterapeuter under 2014. Den arbetsterapeut som agerade moderator för

samtliga grupper hade tidigare erfarenheter av att leda fokusgruppsdiskussioner. Den andra, upphovspersonen till instrumentet, kände till arbetsplatsen väl och agerade biträdande moderator under diskussionerna. En fokusgruppsdiskussion ägde rum på resursenheten AIR i Göteborg och två ägde rum på Mölndals sjukhus. Samtliga fokusgruppsdiskussioner genomfördes i konferensrum i en avskild miljö där skötarna satt runt ett ovallt bord och kunde se varandra väl. I alla tre fokusgrupper deltog skötare från olika avdelningar. Skötarna informerades muntligt att data skulle aidentifieras och att materialet skulle analyseras innan de gav sitt samtycke till deltagande. Diskussionerna pågick i cirka 90 minuter per grupp. För att få en förståelse för skötarnas erfarenheter av att använda instrumentet Min Förmåga diskuterades skötarnas roll och arbete på avdelningen samt instrumentets införande, nyttan av det och eventuella problem. Diskussionerna spelades in med en ljudupptagnings-app på mobil och materialet transkriberades av upphovspersonen till instrumentet. Författarna till föreliggande studie har inte tagit del av ljudfiler eller fältanteckningar från fokusgruppsdiskussionerna. Analysarbetet har därför enbart baserats på det transkriberade materialet. Författarna fick tillgång till materialet i november 2018.

## Material

Instrumentet Min Förmåga implementerades år 2014 inom verksamheten Psykiatri Psykos Sahlgrenska Universitetssjukhuset på två psykiatriska slutenvårdsavdelningar för personer 18–65 år. Instrumentet har validitets- och reliabilitetstestats av studenter vid Umeå Universitet med gott resultat (18). Materialet till föreliggande studie bestod av transkriberade inspelningar från de tre genomförda fokusgrupperna där skötarens erfarenheter av att använda instrumentet diskuterades. Materialet omfattade 33 A4 sidor (Times New Roman 12p, enkelt radavstånd, 2,5 cm marginal). Transkriberingen saknar noteringar om icke-verbal kommunikation som exempelvis suckar, pauser och gestikuleringar.

## Analys

Analysen har utgått ifrån den metod som beskrivs av Krueger et al. (16). Analysen är en dynamisk process som tar sin början redan vid planeringsstadiet av fokusgrupperna (16). Författarna till föreliggande studie har inte varit delaktiga i genomförandet av fokusgruppsdiskussionerna, varken i planering eller datainsamling, och analysprocessen modifierades därför och tog sin början i kodningsprocessen. För att få en tydligare och mer systematisk struktur i analysarbetet tog författarna stöd av de fyra steg som Dahlin-Ivanoff et al. (17) delar in analys av fokusgruppsdiskussioner i. Båda författarna har varit delaktiga i utförandet av analysen.

Analysprocessen, som är iterativ, tog sin början genom att författarna oberoende av varandra läste igenom det transkriberade materialet flertalet gånger för att skapa en övergripande uppfattning av skötarnas erfarenheter. Vidare lästes materialet noggrant igenom med fokus på att finna mönster och återkommande perspektiv som ansågs beskriva skötarnas erfarenheter av att använda instrumentet Min Förmåga. Mönster, perspektiv och tankar som uppstod antecknades i marginalerna och illustrativa citat markerades.

Utifrån de fynd som antecknats identifierades preliminära teman och tillhörande kategorier. Författarna läste därefter, oberoende av varandra, om materialet flertalet gånger tills inga nya fynd hittades. Färgpennor användes för att markera diskussioner i grupperna som berörde de olika temana och kategorierna. Vidare sammanställdes de preliminära temana och



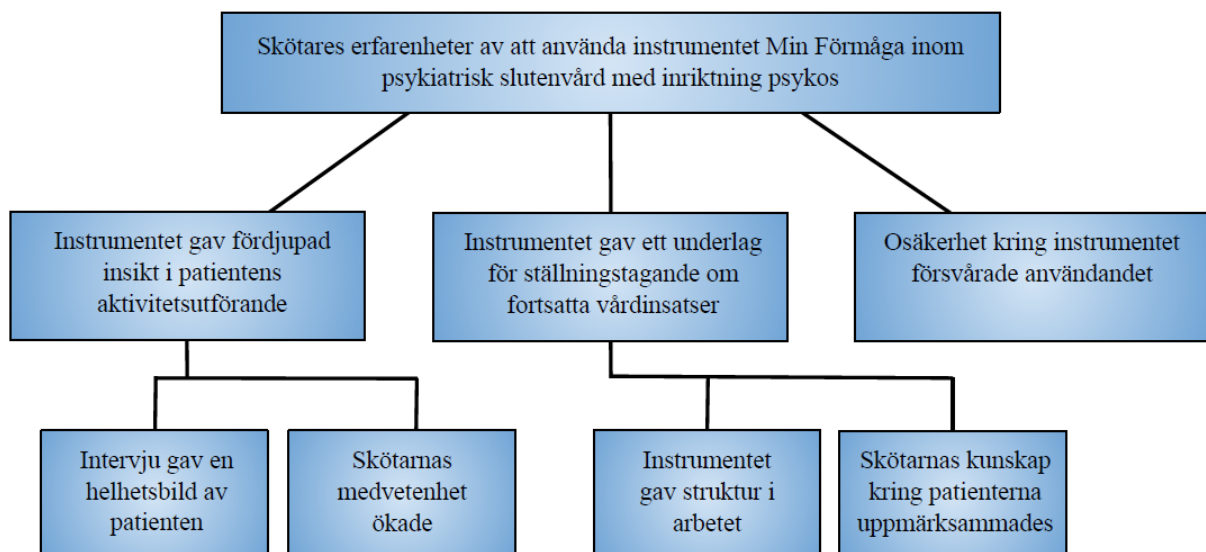
kategorierna i ett dokument på datorn och diskussionerna placerades in under den kategori de ansågs tillhöra. Ovannämnda process genomfördes på samtliga fokusgruppsdiskussioner.

Materialet från samtliga diskussioner sammanställdes under lämpliga teman och kategorier, för att särskilja de olika grupperna gavs de olika textfärg. Slutligen skapades en summering för varje enskilt tema och kategori för att göra materialet mer hanterbart och för att underlätta tolkningen av materialet och skapa en förståelse för innebörden.

Varje fas av analysen genomförde författarna enskilt, men tankar, fynd och eventuella oenigheter som framkommit diskuterades innan nästkommande fas i processen påbörjades. Författarna fick fram likartade fynd men olika beteckningar användes för att namnge teman och kategorier. Dessa diskuterades tills enighet uppstod, för att försäkra att analysprocessen fortskred i enlighet med vald metod.

## Resultat

I fokusgruppsdiskussionerna framkom tre teman med tillhörande kategorier som beskriver skötarnas erfarenheter av att använda instrumentet Min Förmåga vilket beskrivs i figur 1. Följande teman kunde identifieras: *Instrumentet gav fördjupad insikt i patientens aktivitetsutförande*, *Instrumentet gav ett underlag för ställningstagande om fortsatta vårdinsatser* samt *Osäkerhet kring instrumentet försvårade användandet*.



Figur 1. Schematisk bild över syfte, teman och kategorier.

### *Instrumentet gav fördjupad insikt i patientens aktivitetsutförande*

Deltagarna betonade att de i sin roll som skötare har ett ansvar kring att aktivera patienterna och se till att de har det bra under sin vistelse på avdelningen. De förklarade att de arbetar nära patienten och att en viktig del i deras arbetsuppgifter är att uppmärksamma patienternas beteenden. Deltagarna upplevde att instrumentets olika delar tillsammans gav en bild av patienten som stämde bättre överens med verkligheten. De menade att instrumentet bidrog till

att de fick en fördjupad förståelse för patientens funktionsnivå och utförande av aktiviteter. Hur användandet av instrumentet gav deltagarna en fördjupad insikt i patientens aktivitetsutförande visade sig genom två kategorier: *“intervju gav en helhetsbild av patienten”* och *“skötarnas medvetenhet ökade”*.

#### *Intervju gav en helhetsbild av patienten*

Deltagarna uttryckte i diskussionerna att den del i instrumentet som berör intervju gav svar på det skötare i sin yrkesutövning behöver ha kännedom om kring patienterna. Deltagarna menade att möjligheten att intervjua patienten, boendepersonal och närstående gav en bild av hur patientens funktionsnivå varit under en längre tid samt bidrog till en helhetsbild som kunde ge en möjlig förklaring till varför patienter återinskrivs gång på gång. I diskussionerna framkom det att intervjuerna oftast genomfördes med boendepersonal då vissa patienter ibland uppfattades som svåra att få kontakt med. Intervjuerna gav deltagarna en övergripande förståelse för hur det fungerade för patienten i hemmet, på boenden och på avdelningen. Den information som intervjuerna frambringade uppfattades av deltagarna vara en viktig del att ta i beaktning, då omgivningens uppfattning av patienten och patientens syn på sig själv och sin funktionsnivå kan skilja sig mycket åt. Deltagarna upplevde även att de lärde känna patienterna på ett djupare plan genom att få mer kunskap om patientens vanor, intressen och behov. Nedanstående diskussion visar hur deltagarna upplevde att de fick en annan bild av patienten efter intervju med patient samt boendepersonal.

Deltagare (D): Jag fick fram en massa på en patient. Han var jättedålig hos oss, verkligen, och vi trodde väl att han var så fruktansvärt sjuk och han verkade inte klara någonting men så fick vi reda på att han hade intressen, att han styrketränade och samlar på olika former av tidningar. Och det var verkligen den bilden jag absolut inte hade. Så det var jättenyttigt.

Moderator (M): Vad säger ni andra om den delen?

D: Jag håller med. Och just det här också att det kan vara en helt annan bild före det akuta skovet än vad det är då när de är så sjuka. Så det är bra att ha med sig den där intervjudelen. Och patientens beskrivning kan ju skilja sig. Det kan ju vara som att det absolut inte är några problem med någonting, “jag sköter allting själv” och håret är rastahår liksom, ett fågelbo, ja ni vet hur kläderna är, aldrig bytta.

#### *Grupp II*

#### *Skötarnas medvetenhet ökade*

Deltagarna upplevde att observation av patienten i utförande av aktiviteter i kombination med intervju var ett stöd i deras arbete genom att det gav en påminnelse om vad de i deras yrkesroll bör uppmärksamma. Flertalet deltagare uppgav att de tidigare antagit mycket och att instrumentet gav en mer detaljerad bild som ibland visade sig vara en helt annan än de förväntat sig. Enligt deltagarna hjälpte instrumentet dem att uppmärksamma patienten på ett nytt sätt. Genom observation av patientens utförande i olika aktiviteter och genom att ställa mer detaljerade frågor kring aktiviteterna upplevde deltagarna att de fick en fördjupad insikt i patientens funktionsnivå. Deltagarna menade att användningen av instrumentet resulterade i en ökad medvetenhet kring behovet av att uppmärksamma de områden där svårigheter kunde förekomma. De upplevde att instrumentet gav en fördjupad insikt i den problematik patienterna faktiskt hade och att det var något som de inte alltid uppmärksammat innan implementeringen av Min Förmåga. Flertalet deltagarna upplevde att de fick fördjupad

kunskap om patienten. Nedanstående citat visar hur en deltagares medvetenhet kring patientens aktivitetsutförande förändrats efter användning av instrumentet.

D: Jag har lärt mig att fråga mer, som “vad är det du handlar, hur tillagar du, hur ser en lunch ut”. Vem gör vad. Inte bara äter och så sätter den sig och äter och då är det bortom mitt ansvar. Sen detta med “tvättar du själv”. Nu frågar jag i hur många grader och om de sorterar färgerna. Är det rena och smutsiga kläder i samma hög, alltså du vet sådana där detaljgrejer har jag lärt mig på grund av det här. Nu kan jag säga, innan har jag antagit. Tänk man antar så mycket och det är ju helt fel. Det har jag fått ut av det här. Nu tänker jag när jag går in i rummet. Tittar på ett annat sätt.

*Grupp III*

### ***Instrumentet gav ett underlag för ställningstagande om fortsatta vårdinsatser***

Deltagarna förklarade att de i sin yrkesroll behöver veta varför patienten är på avdelningen samt ha en god inblick i patientens mående. I diskussion kring skötares kompetens betonade deltagarna att skötare besitter mycket kunskap kring patienterna, att de ser dagsläget och iakttar mycket som andra professioner kanske inte uppmärksammar. Rapportering av patientens behov och situation uppfattades av deltagarna som en viktig arbetsuppgift och de menade att skötare kan bidra med ett annat perspektiv. Majoriteten av deltagarna upplevde att instrumentet var ett stöd i att förmedla vidare de iakttagelser som gjorts. Två kategorier kunde identifieras som förklarar hur deltagarna uppfattade att instrumentet underlättade vid ställningstagande om patientens fortsatta vårdinsatser: “*instrumentet gav struktur i arbetet*” och “*skötarnas kunskap kring patienterna uppmärksammades*”.

### ***Instrumentet gav struktur i arbetet***

Deltagarna upplevde att instrumentet skapade ett bra underlag, särskilt vid vårdplaneringar, och att den information de framförde blev mer strukturerad. De menade att instrumentet i sin helhet bidrog till ett mer systematiskt sätt att dokumentera de iakttagelser som gjorts. De upplevde att instrumentet gav tillräckligt med information kring patientens funktionsnivå för att de skulle kunna göra ett ställningstagande om behov av vidare utredning och att instrumentet gav ett bättre underlag vid rapportering till andra professioner. De diskuterade hur det dokumenterade underlaget kunde underlätta arbetet och att det skulle kunna skapa en historik över patientens funktionsnivå. Deltagarna menade att det i sådana fall skulle kunna medföra att personal kan ta del av förändringar som skett över tid och mer konkret ta reda på vilka behov patienten har utan att behöva gissa eller anta. En del deltagare ansåg även att underlaget som instrumentet frambringade skulle kunna vara av nytta för nästkommande inrättning som ska behandla patienten. Det framkom i diskussion kring dokumentering av den information de inhämtat att det varierade mellan deltagarna i hur ofta de dokumenterade eftersom det i deras yrke inte är något krav. Flera deltagare menade dock att de dokumenterade mer efter implementeringen av Min Förmåga. Den generella uppfattningen bland deltagarna var att instrumentet bidrog till ett bättre underlag och att den information som inhämtats kunde förmedlas mer korrekt. I nedanstående diskussion framkommer det att deltagarna upplevde att den struktur som instrumentet gav underlättade ställningstagande om fortsatta vårdinsatser.

M: Skulle man kunna begära en utredning av arbetsterapeut genom detta?

D: Ja flera gånger.

M: Har det fungerat?

D: Ja en sådan utredning ger ju ännu mera att man får tillräckligt med info för att göra ett sådant ställningstagande.

D: Ja absolut, det gör det. Vi har mer information. En konkretisering av funktionsnedsättning.

D: Man får mycket info för att göra ett ställningstagande till om patienten behöver vidare utredning av arbetsterapeuten, både om han försämrats eller förbättrats.

*Grupp I*

### *Skötarnas kunskap kring patienterna uppmärksammades*

Deltagarna ansåg att en viktig uppgift i rollen som skötare är att föra patientens talan. De förklarade att de analyserar, dokumenterar och förmedlar vidare sina iakttagelser till andra professioner. Majoriteten av deltagarna upplevde att deras kunskap kring patientens situation och behov inte alltid togs till vara på eller att deras kunskap inte efterfrågades av andra professioner. Ett fåtal av deltagarna upplevde det motsatta, att deras kunskap faktiskt togs tillvara på. I diskussionerna betonade dock deltagarna att bemötandet är personbundet och skiljer sig från avdelning till avdelning. Den generella upplevelsen bland deltagarna var att läkarna är de som bestämmer och att skötare har svårt att få sina röster hörda. Deltagarna upplevde att viss förändring skett i och med att Min Förmåga implementerades och började användas. De menade att instrumentet medfört att deras kunskap tagits mer på allvar och att fler efterfrågat resultatet från bedömningarna, däribland läkare och socialsekreterare. Några av deltagarna menade att det resulterat i att en del patienter fick det stöd de ansågs vara i behov av först efter bedömning genomförd. Nedanstående diskussion visar hur deltagarna upplevde att användandet av instrumentet bidrog till att deras kunskap blev mer uppmärksammas.

D: Ja förut var det ju bara vad man själv tyckte och vad patienten eventuellt kunde föra fram på en vårdplanering som...

D: Nu är det ganska skönt att ha något mer än bara åsikter.

M: Vad är det ni har mer nu?

D: Nu har vi ju observerat och skrivit, i och med att vi inte ska skriva tolkningar eller någonting, vi har observerat "detta är vad han gör eller klarar av, alltså detta har vi sett". Istället för att säga "jag tycker att han...". Så det är mer konkret, man kan se svart och vitt att vi har gjort detta och hur det ser ut. Helst så tolkningsfritt som möjligt, "och boendet säger det här och han själv säger detta och vi säger detta", så det blir ett sätt att formalisera det på.

D: Även fast man kunnat säga innan vad man ser fastän det varit mer objektivt, så var det ingenting att ta på. Nu är det ju någon som har sagt att "det här ska vi använda", vilket innebär att det är accepterat också och att det kommer fram på ett annat sätt.

*Grupp II*

### *Osäkerhet kring instrumentet försvårade användandet*

En del av deltagarna upplevde att det ibland var svårt att veta hur de skulle gå tillväga när de skulle använda sig av Min Förmåga. Deltagarna menade att de upplevde en viss osäkerhet

kring hur de skulle använda instrumentet i de situationer som kunde uppfattas som känsliga, när det var lämpligt att använda instrumentet samt hur intervjuer och observation skulle genomföras. På grund av att patienterna har symtom såsom paranoia upplevde deltagarna att det ibland kunde vara känsligt att observera och ställa frågor. Några av deltagarna upplevde även att vissa delar i instrumentet i viss mån kunde uppfattas som integritetskränkande. I diskussionerna rådde det skilda meningar om vad som är integritetskränkande och vad som är en naturlig del inom omvårdnad. Deltagarna upplevde även att det fanns en osäkerhet kring hur olika begrepp i instrumentet skulle tolkas och viss oenighet kring dessa framkom i diskussionerna, exempelvis vad ”adekvat socialt beteende” och ”adekvat kroppsspråk” innebär. En del deltagare menade att de förklaringarna som gavs till begreppen i instrumentet var ett bra stöd som kunde minska osäkerheten. Majoriteten av deltagarna upplevde att instrumentet är ett bra redskap att ha tillgång till men betonade att de behöver få tid att sätta sig in i det samt att det finns ett behov av handledning. I nedanstående diskussion framkommer det att deltagarna hade olika uppfattningar om vad som är känsligt vid observation.

D: Ja det är svårt att våga be om att få se deras fötter ibland, eller oftast. Det är känsligt med fötter.

D: Man kan ju få se fötter när man delar strumpor.

D: Ja det är svårt.

M: Vad säger ni andra? Är fötter svårt?

D: Det är inte det lättaste.

M: Någon som har bra tips?

D: Jo när jag delar strumpor tittar jag. Säger då att jag gärna vill se hur din fötter mår.

D: Men herregud frågar du så?

D: Ja det är klart att jag gör, det brukar gå bra.

D: Det gör jag också!

D: Nä gör du det?

D: Ja precis så.

D: För mig är fötter så intimt, det är att klampa över integriteten, det blir för nära. Men liksom det är svårt. Det beror på hur man kommer nära varandra.

*Grupp III*

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Författarna till föreliggande studie har diskuterat det material som funnits att tillgå, dess begränsningar och vad det kunnat innebära för studiens resultat. Fältanteckningar och ljudfiler är material som anses betydelsefullt för tolkningen av deltagarnas uppfattningar, känslor och tankar (19). Författarna har enbart haft tillgång till det transkriberade materialet som saknar noteringar om icke-verbal kommunikation vilket inneburit att författarna inte haft möjlighet att ta hänsyn till intensiteten i det som sägs eller interaktionen mellan skötarna. Ovannämnda faktorer kan ha påverkat djupet i analysen. Författarna anser dock att skötarna var såpass samstämmiga i de tre grupperna och att diskussionerna varit entydiga vilket minskar risken för att författarna betonat fel saker i resultatet. En fördel för analysarbetet hade varit om författarna hade närvarat i fokusgrupperna, då det blir svårare och mer tidskrävande att göra en analys av hög kvalitet ju mindre erfarenhet analytikern har av diskussionerna (19).

Förförståelse är enligt Malterud (15) de erfarenheter, perspektiv och hypoteser forskaren bär med sig. Det kan medföra att forskaren redan har en tanke om vilka fynd som ska framkomma och därmed inte tar hänsyn till hela materialet. Viss mån av förförståelse kan dock vara av godo för forskningsprocessen om forskaren är medveten om den och kan reflektera kring dess påverkan. Författarna till föreliggande studie hade tidigare kunskap om aktivitetsutförande samt patientgruppen. Denna förförståelse kan ha påverkat vad författarna förväntat sig få fram i resultatet men också varit nödvändig för att finna motivation till studien och för att förstå materialet (15,17).

Resultatet av fokusgruppsanalysen kan enligt Krueger et al. (16) stärkas av att en annan forskare tar del av samma material och kommer fram till liknande fynd. Författarna till föreliggande studie valde att utföra analysen på ett systematiskt sätt, till stor del oberoende av varandra, för att säkerställa att analysprocessen fortskred i enlighet med vald metod och för att författarna inte skulle påverkas av varandras synsätt. Trovärdigheten av resultatet kan därför stärkas av att det fanns en enhetlighet i vad författarna var för sig kom fram till i analysen.

Enligt Dahlin-Ivanoff (17) kan trovärdigheten i en studie stärkas genom att deltagarna i fokusgruppsdiskussionerna uppmuntras att berätta om sina erfarenheter. Moderatoren som höll i diskussionerna hade erfarenhet av att leda fokusgrupper vilket kan stärka att diskussionerna genomfördes på ett, för metoden, lämpligt sätt. Det är även önskvärt att få fram kontraster i åsikter och att mångfalden i målgruppen representeras vid fokusgruppsdiskussioner (17,16). De tre fokusgrupperna var homogena sett till att deltagarna var skötare som hade erfarenhet av att använda instrumentet Min Förmåga samt heterogena då det fanns en spridning i ålder, kön och arbetserfarenhet vilket gör det troligare att olika åsikter framkom i diskussionerna och att resultatet därmed representerar målgruppens olika erfarenheter.

Fokusgrupperna fyller enligt Krueger et al. (16) sitt syfte när deltagarna känner sig bekväma, respekterade och fria att ge sina åsikter utan att känna sig bedömda. Ett av målen är att få fram deltagarnas faktiska tankar och känslor. Att upphovspersonen till instrumentet närvarade vid fokusgruppsdiskussionerna kan ha bidragit till att skötarna inte vågade uttrycka de erfarenheter de hade av instrumentet, vilket i sin tur kan ha påverkat materialet som resultatet baserats på. Denna risk anses dock minska då skötarna kom från fyra olika avdelningar och upphovspersonen till instrumentet enbart arbetade med implementering på två av dem. Riskerna med genomförandet av studien kan vägas upp av nyttan att undersöka instrumentets användbarhet och om det finns fördelar för det kliniska arbetet inom psykiatrisk slutenvård som kan bidra till att överbrygga det identifierade kunskapsgapet. Någon etikprövning bedöms inte ha varit aktuell då föreliggande studie är en kandidatuppsats samt att datainsamlingen genomfördes som en del av det förbättringsarbete som ständigt pågår inom vården (20).

## Resultatdiskussion

Det framkom i resultatet att användandet av instrumentet Min Förmåga ökade skötarnas medvetenhet kring områden som kunde vara problematiska för patienterna och att intervju med patienten, boendepersonal och närstående skapade en helhetsbild av patienten. Skötarna upplevde att de fick en fördjupad insikt i patientens situation och behov. Användandet av instrumentet har även bidragit till att skötarna fått en tydligare struktur i sitt sätt att vidareförmedla sina iakttagelser och att deras kunskap kring patienternas funktionsnivå uppmärksammats mer. Vidare framkom det att skötarna upplevde osäkerhet kring användandet av vissa delar i instrumentet och att det finns ett behov av handledning.

Personer som drabbas av psykos har ofta betydande svårigheter i aktivitetsutförandet inom områden som ADL, I-ADL och social förmåga (9). Det är väsentligt att kunna utföra aktiviteter inom dessa områden och det anses därför vara av stor vikt att personen får adekvata stödinsatser (9,13). En tanke bakom instrumentet Min Förmåga var att personal mer systematiskt skulle kunna intervjua patienter, boendepersonal och närstående samt observera patienternas aktivitetsutförande inom ADL, I-ADL och social förmåga för att kunna uppmärksamma de svårigheter patienterna eventuellt har (14). I resultatet framkom att användandet av instrumentet Min förmåga gav skötarna en fördjupad insikt i patientens aktivitetsutförande. Författarna till föreliggande studie tolkar det som att den helhetsbild som intervjuerna genererar i kombination med de områden som observeras har bidragit till att skötarna erhållit ett nytt, mer aktivitetsfokuserat, sätt att iaktta patienternas aktivitetsutförande och funktionsnivå på. Den fördjupade insikt skötarna erhållit genom användandet av Min Förmåga har medfört att patienternas svårigheter tagits i beaktning. Det har också bidragit till större möjligheter för skötarna att avgöra när behov av utredning från arbetsterapeut föreligger. Således uppfattas instrumentet fylla det behov som identifierats avseende vikten att uppmärksamma patientens svårigheter i aktivitetsutförande.

I resultatet framkom det även att skötarna upplevde vissa svårigheter kring användandet av Min Förmåga. Det faktum att skötarna upplevde osäkerhet kring vissa delar i instrumentet kan vara nödvändigt att se över för att instrumentet ska komma till så stor nytta som möjligt och användas kontinuerligt. Författarna till föreliggande studie anser att utbildning och handledning i användandet av instrumentet är väsentligt för att minska osäkerheten. Utbildning och handledning bör ske av arbetsterapeut då deras spetskompetens innefattar bedömning av aktivitetsutförande.

När arbetsterapeuten ska genomföra en utredning finns ett behov av att inhämta tillräcklig information för att få en förståelse för patienten, vilket måste avvägas i förhållande till eventuella praktiska begränsningar (5). En annan tanke bakom instrumentet var därför att arbetsterapeuten skulle kunna ta del av den dokumenterade informationen som instrumentet frambringat. I resultatet framkom att skötare i sin yrkesroll inte har krav på att dokumentera och att det fanns en variation i hur ofta skötarna dokumenterade. Författarna till föreliggande studie anser därför att vidareförmedlingen av den inhämtade informationen skulle kunna gynnas av en tydligare struktur för hur informationen ska dokumenteras. Det skulle för arbetsterapeuten kunna innebära ett bra underlag samt skapa bättre förutsättningar för en mer rättvisande bedömning.

Brister i kommunikation har visat sig vara en stor faktor till att missöden inom vården uppstår och att dessa brister troligare uppstår när det finns hierarkiska skillnader och tvetydighet i vem som ansvarar för vad. Att personal inte använder lämpligt medel för att vidareförmedla information är ytterligare en bidragande faktor till sämre kommunikation och felbedömningar (21). I resultatet framkom att skötarna upplevde att de fick en bättre struktur i sitt sätt att vidareförmedla iakttagelser och att deras kunskap kring patienten togs mer tillvara på jämfört med innan implementeringen av Min Förmåga. Att det blir lättare för andra professioner att ta till sig den kunskap skötarna besitter beror troligtvis på att det finns en tydligare struktur i deras sätt att rapportera sina iakttagelser. Den struktur skötarna upplevde att Min Förmåga gav och det underlag som instrumentet frambringat kan enligt författarna till föreliggande studie i viss mån betraktas som ett redskap som kan användas av skötare för att underlätta kommunikationen med andra professioner och överbrygga den hierarkiska ordningen. Författarna anser att instrumentet därmed kan öka chanserna för att arbetsterapeutisk

utredning påkallas samt att det kan bidra till att patienten får den utredning och de insatser hen är i behov av.

En del i en välfungerande teamsamverkan handlar om att uppfatta när ett behov av kompletteringar från andra professioner föreligger samt vara villig att överlåta delar av sitt kunskapsområde till andra professioner om det kan vara till fördel för verksamheten (22). Eftersom arbetsterapeuten inte är placerad på de psykiatriska avdelningarna föreligger en risk att patienternas aktivitetsutförande inte tas i beaktning och därmed ett behov av att överlåta delar av arbetsterapeutens aktivitetsperspektiv till skötaren. På så vis kan Min Förmåga bidra till att teamarbetet höjs till en ny nivå med ett mer interprofessionellt samarbete. I ett interprofessionellt team är de olika yrkesrollerna beroende av varandra och mål uppnås genom gemensamma insatser vilket skiljer sig från det multiprofessionella teamet där de olika yrkesrollerna är tydligt avgränsade från varandra. Interprofessionella team ställer högre krav på organisation men kan också ge en högre kvalitet på arbetet (23).

En god kommunikation kan bidra till att risken för felbedömning av patientens aktivitetsutförande och funktionsnivå minskar. Författarnas uppfattning är att om patienterna kan få en mer rättvisande bedömning skulle det kunna leda till att patienten får de insatser hen är i behov av och därmed möjlighet att välja, organisera och utföra meningsfulla aktiviteter på ett tillfredsställande sätt (8). Det kan i sin tur ha en positiv inverkan på personens utveckling, hälsa och välmående och på så sätt reducera risken för aktivitetsberövande (11,13).

För att öka kvaliteten på den psykiatriska vården behövs ett bra teamarbete där det finns engagemang och samordning mellan de olika professionerna samt att de resurser som finns tas tillvara på (24). Författarna till föreliggande studie diskuterar om instrumentet Min Förmåga skulle kunna bidra till en mer effektiv vård som i sådana fall kan innebära att personen löper mindre risk att återinskrivas i slutenvården vilket blir mer hållbart i längden. Effektivitet inom vården handlar om att resurserna ska komma till så stor nytta som möjligt och användas på ett rättvist sätt (25). Valet av insatser ska därför väljas utifrån vilken nytta den ger patienten (26). En viktig del i att uppnå god vård är att den ska fördelas på lika villkor för alla (27). Användandet av ett instrument som Min Förmåga skulle kunna bidra till att patienterna får en mer strukturerad och likvärdig bedömning vilket kan innebära att vården blir mer jämlik och inte lika beroende av den personal som arbetar. Om instrumentet kan underlätta för skötare att ta ställning till när arbetsterapeutisk bedömning är nödvändig och om arbetsterapeuten i sin tur kan genomföra en mer rättvisande bedömning skulle det kunna bidra till en mer effektiv vård.

## Konklusion

Resultatet tyder på att Min Förmåga kan fylla den brist som tidigare identifierats då patientens aktivitetsutförande uppmärksammas, vilket skapat bättre förutsättningar för skötare att påvisa behov av arbetsterapeutisk bedömning. Författarnas uppfattning är att det finns en nytta i användandet av instrumentet, att det medför ett värde för arbetsterapeuten, skötaren och patienten. Min Förmåga kan vara till nytta för arbetsterapeutisk praxis då instrumentet kan underlätta för arbetsterapeuten att genomföra en rättvisande bedömning och besluta om vidare insatser. Instrumentet bidrar även till att skötarens kunskap uppmärksammas vilket underlättar för kommunikation och teamarbete, något som är en viktig faktor för att kunna erbjuda god vård. Dessa faktorer skapar större möjligheter för patienten att erhålla adekvat vård och stöd för att minska begränsningar i aktivitetsutförande och förhoppningsvis minska risker för återinskrivning i slutenvården. För att Min Förmåga ska komma till så stor nytta som möjligt



rekommenderas utbildning och handledning av arbetsterapeut. Förhoppningen är att studiens resultat kan leda till ett ökat intresse av användning av Min Förmåga inom psykiatrisk slutenvård med inriktning psykos. Då föreliggande studie enbart undersökte skötares erfarenheter av att använda instrumentet rekommenderas att vidare undersökning genomförs kring hur instrumentet påverkat arbetsterapeutisk praxis samt patienternas fortsatta vårdinsatser.

## Referenser

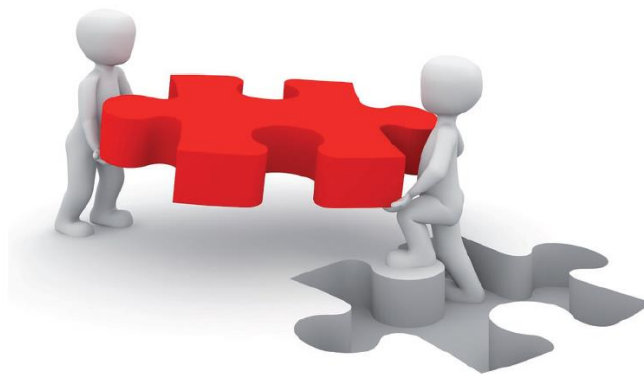
1. Wilcock AA, Hocking C. An occupational perspective of health. 3 uppl. Thorofare: Slack incorporated; 2015.
2. Nationell psykiatrisamordning. Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder (SOU 2006:5) [Internet]. Stockholm: Milton [citerad 2019-03-28]. Hämtad från: <https://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/vad%20ar%20psyk%20fh%20nat%20ps.pdf>
3. Flyckt L. Psykiatrisk rehabilitering. I: Herlofson J, Ekselius L, Lundin A, Mårtensson B, Åsberg M, redaktörer. Psykiatri. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 765–80.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd: stöd för styrning och ledning [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. [citerad 2019-03-28]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21065/2018-9-6.pdf>
5. Kielhofner G, Forsyth K. Bedömningsinstrument: att välja och använda strukturerade och ostrukturerade metoder för att samla information. I: Kielhofner G, redaktör. Model of human occupation: teori och tillämpning. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 151–66.
6. Allgulander C. Klinisk psykiatri. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.
7. Lundin L, Mellgren Z. Orsaker till psykiska funktionsnedsättningar. I: Lundin L, Mellgren Z, redaktörer. Psykiska funktionshinder: Stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 71–97.
8. Law M, Polatajko H, Baptiste S, Townsend E. Core concepts of occupational therapy. I: Townsend E, redaktör. Enabling occupation: an occupational therapy perspective. Rev. uppl. Ottawa: Coat Publications Ace; 2002. s. 29–56.
9. Viertiö S, Tuulio-Henriksson A, Perälä J, Saarni SI, Koskinen S, Sihvonen M, et al. Activities of daily living, social functioning and their determinants in persons with psychotic disorder. Eur Psychiatry. 2012 aug;27(6):409–15.
10. Ottosson H, Ottosson JO. Psykiatriboken. Stockholm: Liber; 2007.
11. Finlay L. The practice of psychosocial occupational therapy. 3 uppl. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd; 2004.
12. Creek J, Bullock A. Assessment and outcome measurement. I: Creek J, Lougher L, redaktörer. Occupational therapy and mental health. 4 uppl. Edinburgh: Elsevier/Churchill Livingstone; 2008. s. 81–107.
13. Whiteford G. Occupational deprivation: understanding limited participation. I: Christiansen CH, Townsend EA, redaktörer. Introduction to occupation: the art and science of living. 2 uppl. London: Pearson Education; 2011. s. 303–28.

14. Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Min förmåga (aktivitetsbedömning) [Internet]. Göteborg: Kompetenscentrum för schizofreni, Västra Götalandsregionen; [uppdaterad 2018-11-23; citerad 2019-03-27]. Hämtad från: <https://www.sahlgrenska.se/forskning/kompetenscentrum-for-schizofreni/arbetsmetoder/min-formagafunktionsbedomning-i-slutenvarden/>
15. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.
16. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 5 uppl. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2015.
17. Dahlin-Ivanhoff S, Holmgren K. Fokusgrupper. Lund: Studentlitteratur; 2017.
18. Shakely Y, Williamsson D. Psykometrisk utvärdering av instrument för ADL-förmåga hos psykospatienter [examensarbete på Internet]. Umeå: Umeå Universitet; 2018 [citerad 2018-12-07]. Hämtad från: <https://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1211969/FULLTEXT01.pdf>
19. Kreuger RA. Analyzing and reporting focus group results. Thousand oaks, California: Sage Publications; 1998.
20. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet [citerad 2019-03-27]. Hämtad från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
21. Sutcliffe K, Lewton E, Rosenthal M. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. Acad Med. 2004 feb;79:186–94.
22. Bihari Axelsson S, Axelsson R. Från revirtänkande till altruism. I: Berlin J, Sandberg H, redaktörer. Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 189–208.
23. Thylefors I. Babels torn: om tvärprofessionellt teamsamarbete. Stockholm: Natur & kultur; 2013.
24. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B, Ramanuj P, O'Brien RW, Tomoyasu N, et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. World Psychiatry. 2018 feb;17(1):30–8.
25. Ferraz-Nunes J, Karlberg I. Hälsoekonomi: begrepp och tillämpningar. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
26. Rönnberg L. Hälso- och sjukvårdsrätt. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2016.
27. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. [citerad 2019-04-24]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20626/2017-5-19.pdf>

## Bilaga Instrumentet Min Förmåga

# MIN FÖRMÅGA<sup>®</sup>

Aktivitetsutförande – Strukturerat samtal och observation



## 1. Strukturerat samtal avseende aktivitetsutförande i bostaden

### Guide:

**Städa:** Finns och används städredskap, rengöringsmedel och dammsugare. Utförs aktiviteten med ett gott resultat och i tillräcklig omfattning?

**Tvätta:** Tvättar kläder i tvättmaskin/handtvätt, väljer lämpligt tvättprogram? Använder tvättmedel? Sorterar tvätten rent/smutsigt och vit/kulör, lägger in ren tvätt i skåpen? Utför aktiviteten med ett gott resultat och i tillräcklig omfattning?

**Handla:** Handlar brukaren i närbutik/storköp? Hur planeras inköp, blir inköpen som planerat, finns ekonomi för inköpen. Fungerar transport till och från affären, förvaras varor på lämplig plats i kyl, frys eller skafferi?

**Matlagning:** Vad och var äter brukaren, finns regelbundna mattider, hur tillagas måltiden/halv eller helfabrikat, finns struktur för att rensa ut utgången mat, utförs diskning och iordningställande efter matlagning.

**Ekonomi:** Betalar räkningarna i tid, behöver påminnelser eller stöd? Finns planering så att pengarna räcker månaden ut?

**Hygien:** Använder hygienprodukter och i lämplig mängd. Torkar håret/huden torr med ren handduk, sköter brukaren händer/fötter/naglar, klipper och kammar håret? Klär sig brukaren i rena kläder som är passande för väderlek och social situation?

**Sysselsättning:** Hur ser brukarens vardag ut? Finns intressen och/eller inplanerade regelbundna aktiviteter/arbete? I vilken omfattning?

**Sociala kontakter:** Hur ser brukarens sociala nätverk ut, närstående och professionella?

**Sömn:** Hur fungerar sömnen/dygnsrytmen? Finns rutiner vid sänggående?

1a. Brukarens beskrivning: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

1b. Närståendes/boendepersonals beskrivning: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Observation av brukarens nuvarande aktivitetsutförande på avdelningen

### 2a. Personlig ADL

*Beakta vid skattning:* Har brukaren förmåga att fokusera och nå målet med uppgiften med önskvärt resultat? Påbörjas och avslutas aktiviteten inom rimlig tid och på eget initiativ? Med vilken frekvens utförs aktiviteten? Observera hur brukaren tar hand om händer, fötter, hår, tänder och huden. Klär sig brukaren i rena kläder som är adekvata för väderlek och social situation? Finns fungerande rutiner vid sänggående och skapas en optimal sovmiljö? Finns ett sammanhållet och stabilt sömnmönster? Behövs praktisk hjälp eller påminnelser avseende brukarens personliga ADL vid aktivitetsutförande?

Dusch	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Hårvård	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Tandvård	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Händer	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Fötter	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Hud	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Klädsel	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Sömnhygien	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Sömn	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____

### 2b. Instrumentell ADL

*Beakta vid skattning:* Har brukaren förmåga att fokusera och nå målet med uppgiften med önskvärt resultat. Påbörjas och avslutas aktiviteten inom rimlig tid och på eget initiativ? Håller brukaren ordning vid sin sängplats, bäddar och bäddar rent vid behov, torkar av, tar bort disk? Tar brukaren hand om sina kläder och lägger smutsiga kläder för tvätt och rena i garderoben? Iordningställer brukaren dusch/toalett efter användande? Har brukaren ett adekvat ätbeteende, tar till sig en lagom mängd mat, går till matsalen på utsatta mattider? Om du följt brukaren till t.ex. en kiosk: iaktogs några svårigheter att hitta, plocka varor och betala? Behövs praktisk hjälp eller påminnelse avseende brukarens instrumentella ADL vid aktivitetsutförande?

Sängplats	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Garderob/sängbord	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Matsal	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Toalett/dusch	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Besök på t.ex. kiosk	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____

### 2c. Social förmåga

*Beakta vid skattning:* Är den sociala interaktionen på avdelningen gentemot personal, andra brukare eller besökare adekvat? Uppmärksamma ögonkontakt, mimik, gester, hållning, kroppsriktning. Har brukaren förmåga att föra ett enklare samtal t.ex. initiera ett samtal, finns det en röd tråd, förmåga att lyssna, hitta nya samtalsämnen, avväga när ett samtal är lämpligt? Ber brukaren om hjälp för mycket eller för lite, i förhållande till faktiskt hjälpbehov? Behov av praktisk hjälp eller påminnelse avseende social förmåga?

Adekvat socialt beteende	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Adekvat kroppsspråk	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Föra enklare samtal	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____
Förmåga att be om hjälp	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> ANM _____

**3a. Ange nuvarande boendesituation.**

- Ordinärt boende utan stöd
- Ordinärt boende med stöd
- Bor i föräldrahemmet
- Stödboende
- Är hemlös

**3b. Ta ställning till om nuvarande boendesituation med befintliga stödinsatser är tillräckliga i förhållande till din intervju och boservation.**

- Ingen åtgärd. Nuvarande boende/stödinsatser är tillräckliga. Brukarens förmåga i aktivitetsutförande överensstämmer med de krav som ställs i nuvarande boende.
- Behov av åtgärd. Nuvarande boende/stödinsatser är otillräckliga. Patientens förmåga i aktivitetsutförande överensstämmer INTE med de krav som ställs i nuvarande boende.

**Anteckningar:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_