



SAHLGRENKA AKADEMIN

**INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP OCH
FYSIOLOGI
ARBETSTERAPI**

PERSONCENTRERAT ARBETE INOM SPECIALISERAD HANDREHABILITERING

- En kvalitativ intervjustudie om arbetsterapeuters resonemang

Författare: Ebba Gudmundsdottir och Linnea Palmerud

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet
Kurs:	ARB341 Själständigt arbete i arbetsterapi (examensarbete)
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2020
Handledare:	Patricia Gullberg, Magister i arbetsterapi
Examinator:	Susanne Gustafsson, Docent i arbetsterapi, Universitetslektor

Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbets terapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi (examensarbete)
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2020
Handledare:	Patricia Gullberg, Magister i arbetsterapi
Examinator:	Susanne Gustafsson, Docent i arbetsterapi, Universitetslektor

Bakgrund	Ett personcentrerat arbetssätt inom vården har visat sig bidra till positiva effekter för patienter, organisationer och vårdpersonal. Arbetssättet innebär att behandlaren ser varje patient som unik med egna viljor, förmågor och behov. Patienten ses också som en självklar partner i planering och genomförande av den egna vårdplanen. Inom specialiserad handrehabilitering finns tydliga riktlinjer på hur arbetsterapeuter ska behandla handens skador och sjukdomar. Inga studier på hur arbetsterapeuter inom specialiserad handrehabilitering arbetar personcentrerat har hittats, vilket är anledningen till att denna studie har genomförts.
Syfte	Syftet med studien var att belysa arbetsterapeuters resonemang om hur de arbetar personcentrerat inom specialiserad handrehabilitering.
Metod	En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats har genomförts. Fem intervjuer utfördes där deltagarna valdes genom ett strategiskt urval. Intervjuerna följde en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågeställningar. Intervjuerna transkriberades och analyserades enligt Graneheim och Lundmans kvalitativa innehållsanalys.
Resultat	Innehållsanalysen resulterade i ett övergripande tema: <i>Metoder för personcentrerat arbetssätt</i> samt tre huvudkategorier: <i>Använder samtal</i> , <i>Anpassar interventioner</i> samt <i>Använder tillgängliga resurser</i> . Varje huvudkategori innehöll två underkategorier vilka förklarade hur deltagarna använde de olika metoderna.
Slutsats	Studien visade på att arbetsterapeuter inom specialiserad handrehabilitering använder sig av olika ostrukturerade metoder för att arbeta personcentrerat. Studien belyser dessa metoder vilka kan vara till nytta för arbetsterapeuter, både erfarna och nya inom området, att ta till sig och tillämpa i praktiken.

Abstract

Thesis:	15 hp
Program:	Occupational Therapy program 180 hp
Course:	ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy
Level:	First Cycle
Semester/year:	ST 2020
Supervisor:	Patricia Gullberg M.Sc. in Occupational therapy
Examiner:	Susanne Gustafsson, Senior lecturer, Ass. Prof. in Occupational therapy
Keyword:	Hand therapy, Occupational therapy, Person-centered care

Background Person-centered care has shown positive outcomes for health organizations, patients and health care professionals. Person-centered care implies that healthcare professionals and patients work together and develop partnerships. Within specialized hand rehabilitation, there are specific working methods for how occupational therapists ought to treat the injuries and diseases of the hand. There are no studies found of how occupational therapists, within specialized hand therapy, apply a person-centered practice, which is the reason why this study has been conducted.

Aim The aim of the study was to highlight how occupational therapists in specialized hand therapy, use a person-centered approach in their daily work.

Method A qualitative interview study, with an inductive approach, was conducted. Five interviews were conducted, and the selection of interviewees were intentional. A semi-structured interview framework was used during the interviews. The information collected was transcribed and analyzed in accordance with Graneheim and Lundman's method of qualitative content analysis.

Result The content analysis resulted in a generic theme, *Methods of person-centered practice* and three main categories: *Use of conversations*, *Adapts interventions* and *Use of available resources*. Each category contained two sub-categories which explained how the occupational therapist used the different methods.

Conclusion The study concludes that occupational therapists, specialized in hand rehabilitation, used different unstructured methods to apply a person-centered work approach. The study highlights these methods, which in the future may be useful for therapists who are novice in the field, or for the experienced to learn and use in practice.

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	2
Metod	2
Metodval	2
Urval	3
Procedur	3
Datainsamling	3
Dataanalys	4
Etiska överväganden	5
Resultat	5
Använder samtal	6
Anpassar interventioner	7
Använder tillgängliga resurser	8
Diskussion	9
Metoddiskussion	9
Resultatdiskussion	11
Slutsats	14
Referenser	14

Bakgrund

Ett personcentrerat arbetssätt är något som eftersträvas allt mer i vården idag (1). Detta innebär att patienten i större utsträckning benämns som person och ses som en självklar partner i planering och genomförande av den egna vårdplanen. Personcentrering handlar om att se varje person som unik, med förståelse för att alla bär på olika erfarenheter samt har egna viljor, förmågor och behov (2). Vidare beskrivs att det behövs ett förhållningssätt där patienten bemöts som person och medmänniska, samt ett synsätt där varje enskild person är expert på sin egen vardag. Både behandlare och patient besitter värdefull kunskap som utnyttjas på bästa sätt när de ingår i ett partnerskap, med jämn maktfördelning och där behandlare ser sin patient som jämlike (2).

Att skapa en bra relation är en del i det personcentrerade arbetssättet (3). Genom att ge patienten uppmärksamhet samt att använda sig av humor och vardagligt samtal, skapas en relation som bygger på ömsesidig interaktion, acceptans och omtänksamhet. Ekman (2) beskriver personcentrering som en process, som börjar med att patienten berättar om sin upplevda situation. I detta steg är det viktigt att patienten får utrymme att berätta på sina egna villkor och att behandlare lyssnar aktivt. Nästa steg i processen benämns vara den mest centrala och innebär överenskommelser. Detta betyder att patienten inte endast ska bli informerad utan även involverad och delaktig i vården. Patient och behandlare bestämmer tillsammans hur vården eller rehabiliteringen ska genomföras. Det sista steget i processen är att säkerställa att åtgärderna genomförs på det sätt som planerats. Teamsamverkan, det vill säga samverkan mellan olika professioner, sker under hela processen. Därmed utgör dokumentationen en viktig del för att alla i vårdteamet, inklusive patienten, ska ha möjlighet att ta del av informationen (2).

Inom arbetsterapi förespråkas ett holistiskt synsätt på människan (4). Detta innebär att förståelse för en persons situation uppnås genom att sammanväga olika faktorer i person, aktivitet och miljö samt förstå dess dynamiska samspel. Enligt Kielhofner (5) räknas allting en människa gör som aktivitet vilket delas in i tre områden: produktivitet, lek och aktiviteter i dagliga livet. Produktivitet innefattar aktiviteter som avser betalt och/eller obetalt arbete. Lek innefattar aktiviteter som utförs frivilligt samt upplevs lustfyllda. Till aktiviteter i det dagliga livet räknas de aktiviteter som utförs för att ta hand om sig själv (5). Handen har en vital betydelse för aktivitetsutförandet och tillfällig eller permanent funktionsförlust i denna påverkar den drabbade i många avseenden, inte minst att självständigt kunna utföra aktiviteter i det dagliga livet (6).

För varje person blir aktivitetsindelningen unik då den utformas av viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet (5). Viljekraften styrs av nervsystemet och påverkas av tankar och känslor. Vanebildning handlar om beteendemönster och innefattar aktiviteter som utförs utan någon större tankeverksamhet. Vanor påverkas i stor utsträckning av den fysiska och sociala miljön samt bildar de roller som formar människans identitet. Roller bygger på ett beteendemönster utifrån en eller flera socialt definierade positioner och har stor påverkan på människors vardag. Utförandekapacitet avser förmågan att kunna utföra aktivitet och kräver både fysiska och kognitiva förmågor. Utförandekapacitet har betydelse för delaktighet i aktivitet och möjliggör därmed bibehållandet av viktiga roller (5).

Förutom finmotorik och greppförmåga utgör handen ett viktigt sinnesorgan och kommunikationsverktyg (6). På så vis har handen betydelse för människans funktion i vardagen utifrån flera aspekter. Arbetsterapeuter som är verksamma inom specialiserad handrehabilitering kommer i kontakt med patienter som har medfödda eller förvärvade handskador, vilka har

remitterats från läkare till specifika handmottagningar eller handkirurgiska mottagningar. De har en fördjupad kunskap om komplexa handskador och handens funktioner i aktivitet.

Försämrad eller utebliven handfunktion kan bidra till minskad utförandekapacitet och på så vis leda till ofrivillig rollförlust och inre kris hos patienten (5). För att få vardagen att fungera och motverka rollförlust hos patienter blir arbetsterapeuternas arbete inom specialiserad handrehabilitering betydelsefullt. Inom verksamhetsområdet finns tydliga riktlinjer för arbetsterapeuterna att följa, både vad gäller undersökning och interventioner (6, 7). Detta innebär användning av metoder som till stor del bygger på beprövad erfarenhet och kunskap utifrån den biomekaniska referensramen. Stort fokus ligger på anatomiska principer såsom att mäta ledvinklar, handstyrka och handens normalläge. En vanlig arbetsterapeutisk intervention kan innebära att patienten erhåller ett handträningsprogram som ska utföras ett antal gånger per dag (6, 7). En annan vanligt förekommande intervention är tillverkning och utprovning av ortoser, där den skadade handens leder vinklas i bestämda lägen, för att skydda och säkerställa att handen läker rätt (6). Utvecklingen följs upp genom att mäta greppstyrkan samt grader i böjning och sträckning i handens olika leder. Sammantaget fokuserar behandlingen av skada på att återgå till tidigare funktioner där normalläget eftersträvas i så stor utsträckning som möjligt (6,7). Detta tillvägagångssätt återspeglar ett bottom-up perspektiv vilket innebär att det, under planering av behandling, är större fokus på att behandla skadan än att utgå ifrån personen (8).

Av patientlagen framgår att vårdpersonal ska arbeta personcentrerat (9). I Etisk kod för arbetsterapeuter (10) framgår även att arbetsterapeuter är skyldiga att behandla varje person som unik och självbestämmande i de frågor som rör patientens vardag, vilket tangerar ett personcentrerat arbetssätt. Tidigare forskning (2, 11) som gjorts lyfter det personcentrerade arbetssättet som betydelsefullt för ökad kvalitet av vården, med positiva effekter för patienter, organisationer och vårdpersonal. I en studie (12), som inriktar sig på patienter med tumbasartros, framgår att aktivitetsutförandet och patientens totala upplevelse av rehabiliteringen påverkas positivt av ett personcentrerat arbetssätt. En bra relation mellan patient och behandlare lyfts upp i flera studier (3, 13, 14) som en grundförutsättning i personcentrerad vård, vilket anses öka patientens delaktighet och följsamhet i behandlingen samt bidra till högre patientnöjdhet. Författarna till föreliggande studie ansåg däremot att det saknas studier om hur arbetsterapeuter inom specialiserad handrehabilitering i Sverige arbetar personcentrerat. Denna studie avser att sammanställa arbetsterapeuters resonemang om hur de arbetar personcentrerat inom specialiserad handrehabilitering, för att på så sätt inspirera arbetsterapeuter inom området att reflektera och utveckla sitt eget personcentrerade arbetssätt.

Syfte

Syftet med studien var att belysa arbetsterapeuters resonemang om hur de arbetar personcentrerat inom specialiserad handrehabilitering.

Metod

Metodval

För att besvara studiens syfte användes en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats (15). Metoden lämpade sig då studiens avsikt var att beskriva arbetsterapeuters subjektiva resonemang. Metoden utgick ifrån ett holistiskt synsätt vilket innebär att deltagarnas olika resonemang studerades utifrån en helhetsbild (15).

Urval

Deltagarna utgjordes av fem arbetsterapeuter verksamma inom specialiserad handrehabilitering. Deltagarna valdes utifrån ett strategiskt urval vilket innebar att deltagarna valdes medvetet utifrån vad som ansågs vara av nytta för studien (15). För en ökad variation i svaren eftersträvades deltagare från olika verksamheter i olika delar av Sverige. Inklusionskriterierna var: legitimerad arbetsterapeut med minst ett års arbetserfarenhet inom specialiserad handrehabilitering, verksam inom specialiserad handrehabilitering vid studiens genomförande och som ägnar minst 80% av arbetstiden åt kliniskt arbete samt talar och förstår svenska. Inga exklusionskriterier tillämpades.

Deltagarna utgjordes av kvinnor i åldrarna 37–64. Deltagarna hade varit legitimerade arbetsterapeuter mellan 10–41 år och deras arbetserfarenhet inom specialiserad handrehabilitering varierade mellan 2–15 år. Deltagarna arbetade i olika verksamheter runt om i Sverige förutom två deltagare vilka arbetade inom samma verksamhet.

Procedur

Verksamhetschefer inom tio olika verksamheter i Sverige kontaktades genom mejl och tillfrågades om kontakt med en arbetsterapeut, som uppfyllde inklusionskriterierna och som kunde ställa upp för intervju. I samband med förfrågan skickades ett informationsbrev som bilaga där beskrivning av studiens syfte och bakgrund framgick. Av informationsbrevet framgick även information om sekretess, hur inspelning av samtal skulle ske samt hur data planerades att hanteras och avidentifieras. Fyra verksamhetschefer gav samtycke, två uppgav att de inte hade möjlighet att medverka och fyra svar uteblev. Tre av de verksamhetschefer som gett sitt samtycke valde var och en ut en arbetsterapeut som uppfyllde inklusionskriterierna. Den fjärde verksamhetschefen valde ut två arbetsterapeuter. Kontaktuppgifter förmedlades i samband med detta till författarna. Därefter skickades informationsbrev samt ett samtyckesbrev till de arbetsterapeuter som valts ut. Informationsbrevet innehöll en definition av vad personcentrering innebar utifrån Ekmans (2) teori. Samtyckesbrevet innehöll information om att medverkan var frivillig och när som helst kunde avbrytas utan att orsak behövde uppges. Efter att informations- och samtyckesbrev skickats, tackade samtliga deltagare "ja" till medverkan och samtliga intervjuer fullföljdes.

Datansamling

Innan datansamlingen påbörjades, diskuterade författarna kring sin förståelse i syfte att förhålla sig kritisk till denna. Datansamlingen gjordes genom intervjuer. Intervjuerna följde en semistrukturerad intervjuguide med fem frågeområden. Ett frågeområde handlade om *vad personcentrering betyder för arbetsterapeuterna*. Ett annat frågeområde var *hur de arbetar personcentrerat i patientmöten* vilket diskuterades utifrån datansamling, bedömning, åtgärd och uppföljning. Vidare undersöktes *vilka faktorer eller verktyg som främjar personcentrerat arbete* och *vilka faktorer som kan vara begränsande för personcentrerat arbete*. *Tankar kring utvecklingsmöjligheter för personcentrerat arbete inom verksamhetsområdet* undersöktes också. Följdfrågor ställdes vid behov där frågor som *kan du berätta mer, hur gör du* och *kan du ge exempel på* var återkommande genom alla intervjuer för att eftersträva uttömmande svar. Författarna testade först intervjuguiden på varandra i syfte att bli bekant med frågorna och säkerhetsställa att de formulerats på ett lättförståeligt sätt.

Intervjuerna genomfördes via videosamtal där fyra av intervjuerna genomfördes med hjälp av programmet Zoom och en intervju genom applikationen Messenger. Deltagarna valde själva vart

de satt under intervjun. Fyra deltagare satt i ett ostört rum på sin arbetsplats och en deltagare satt ostört i egen bostad. Vid intervjuerna deltog båda författarna, där den ena hade en i förväg bestämd roll som intervjuledare och den andra som stöttade upp med eventuella följdfrågor. Ena författaren höll i tre intervjuer och den andra författaren i de andra två. Intervjuerna varade mellan 20–30 minuter och spelades in på ljudfil. Intervjuerna gav 70 A4-sidor transkriberat material och 82 meningsbärande enheter.

Tillsammans med informations- och samtyckesbrev, arkiveras ljudfilerna på institutionen för neurovetenskap och fysiologi, arbetsterapi/fysioterapi på Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet i 10 år, där endast behöriga har åtkomst.

Dataanalys

Dataanalysen pågick parallellt med datainsamlingen och genomfördes utifrån Graneheim och Lundmans kvalitativa innehållsanalys (16). Efter varje intervju reflekterade författarna övergripande över intervjuns innehåll. Författarna transkriberade ordagrant var sin halva av ljudfilen till en analysenhet och alla fem analysenheter bildade arbetsunderlag för studien. Författarna läste varje analysenhet var för sig i anslutning till transkriberingen för att sedan tillsammans identifiera meningsbärande enheter som svarade mot syftet. De meningsbärande enheterna kondenserades till enklare meningar utan att förlora väsentligt innehåll. De kondenserade meningarna abstraherades och bildade i sin tur koder, vilka kort beskrev de meningsbärande enheternas innehåll. Varje analysenhet genomarbetades på detta sätt innan nästa intervju genomfördes. Efter att samtliga intervjuer genomförts och analysenheter kodats, skrevs koderna upp på post-it lappar som grupperades efter liknande innebörd. Grupperingarna mynnade ut i under- och huvudkategorier utifrån likheter och skillnader. Ingen kod kunde placeras i mer än en under- eller huvudkategori. Exempel på hur databearbetningen gått till illustreras i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på hur meningsbärande enheter kodats till kategorier under dataanalysen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Underkategori	Huvudkategori
...min kunskap och erfarenhet om en viss skada eller operation eller diagnos...jag behöver förmedla den till patienten så att dom också känner att mycket ansvar ligger på dom.	Jag förmedlar min kunskap och erfarenhet om en viss skada, operation eller diagnos till patienten så att den känner att mycket ansvar ligger på hen själv.	Förmedlar kunskap för att överlämna ansvaret	Förmedlar kunskap i behandlings-situationen	Använder samtal
...att man då tar hjälp av personer runt omkring som kan vara den där som påminner eller styr upp eller utmanar.	Tar hjälp av personer runt omkring som kan påminna, styra upp eller utmana.	Involverar omgivningen för att påminna, styra upp eller utmana	Involverar personer i patientens omgivning	Använder tillgängliga resurser
...är det någon man märker det här [träningsprogrammet]... patienten har inte förstått då behöver jag ju boka in extra besök för att se men det här funkar inte...	Jag bokar in extra besök om jag märker att patienten inte förstått träningsprogrammet.	Anpassar antal besök efter patientens behov	Anpassar efter patientens förmågor	Anpassar interventioner

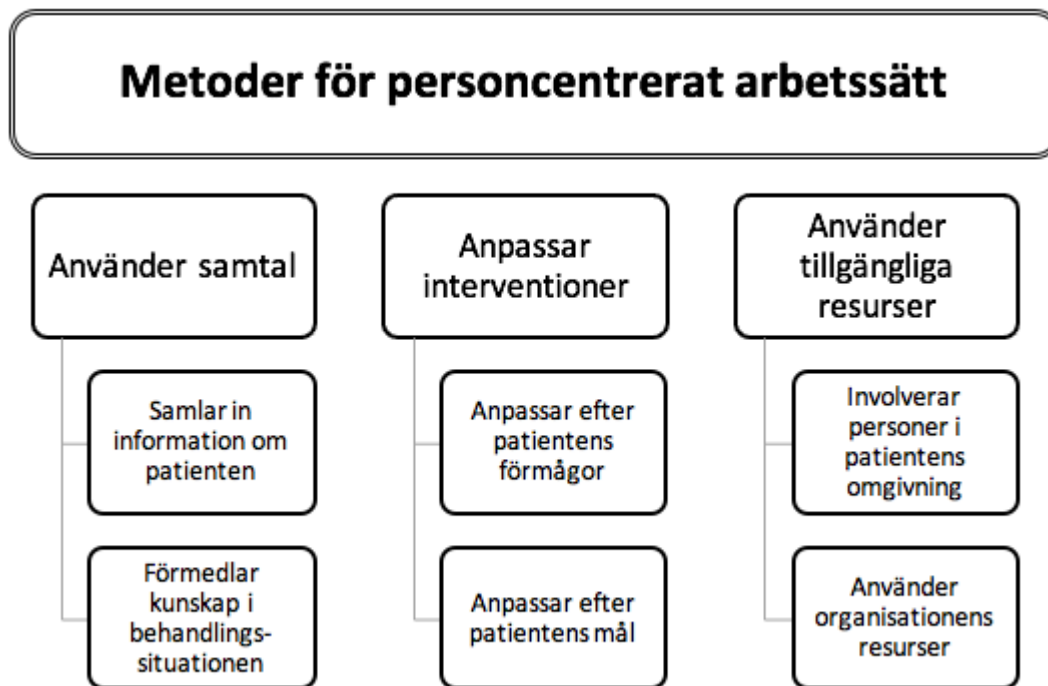
Etiska överväganden

Eftersom intervjuerna upptog arbetstid från deltagarna, kunde deltagarna uppleva en ökad arbetsbelastning och stress. Därav fanns en risk att svaren inte skulle bli uttömmande. Det fanns även en risk för att deltagarna kunde uppleva sig "granskade", då kunskap och insikt i att arbeta personcentrerat kunde finnas men samtidigt upplevas svår att tillämpa i praktiken. Vidare ansågs det föreligga en risk för social önskvärdhetsbias där deltagarna skulle svara på ett sätt som de trodde förväntades av dem och framställa deras arbetssätt mer personcentrerat än vad det var i verkligheten (17). För att minimera ovanstående risker, inleddes varje intervju med att informera deltagarna om att medverkan när som helst kunde avbrytas. Vidare betonades att det inte fanns några rätta eller felaktiga svar, utan att det var deras berättelser som ansågs intressant.

Nyttan bedömdes av författarna överväga riskerna då medverkan i studien fick deltagarna att reflektera över hur de arbetar personcentrerat, vilket väckte tankar kring vad som fungerade bra respektive kunde behöva utvecklas. Studien ansågs även kunna inspirera andra arbetsterapeuter till att reflektera över sitt personcentrerade arbetssätt eller till vidare forskning inom området.

Resultat

Resultatet baseras på innehållet av de fem genomförda intervjuerna och analysen av dessa. Resultatet visade att deltagarna använder olika metoder för att arbeta personcentrerat. Analysen genererade ett övergripande tema: *Metoder för personcentrerat arbetssätt*, vilket ansågs återkommande i deltagarnas berättelser samt genomsyrar alla kategorier. Tre huvudkategorier framkom vilka beskrev ett resonemang om de metoder som uppfattades bidra till ett personcentrerat arbetssätt. Dessa huvudkategorier var: *Använder samtal*, *Anpassar interventioner* samt *Använder tillgängliga resurser*. Under varje huvudkategori har två underkategorier identifierats (se figur 1.) vilka förklarar hur de olika metoderna tillämpades. En utförligare beskrivning, styrkt med citat återges nedan.



Figur 1. Figuren visar resultatets tema, huvudkategorier och underkategorier för hur arbetsterapeuter inom specialiserad handrehabilitering arbetar personcentrerat.

Metoder för personcentrerat arbetssätt

Att arbetsterapeuterna använde sig av olika metoder för att arbeta personcentrerat var återkommande i deltagarnas berättelser. Dessa metoder användes oftast i kombination med varandra och i flesta fall ostrukturerat. Det ansågs bero mycket på patienten vilka metoder arbetsterapeuterna använde och hur de användes.

Använder samtal

Deltagarna beskrev hur de arbetar personcentrerat genom att använda samtal. Det framkom att samtal användes huvudsakligen för att samla in information om patienten och för att förmedla den kunskap patienten behövde för att vara delaktig i sin egen behandling.

Samlar in information om patienten

Deltagarna resonerade kring att de arbetar personcentrerat genom att använda samtal för att samla in information om patienten och för att skapa sig en bild av patientens situation och behov. Deltagarna ansåg det som viktigt för det personcentrerade arbetet att skapa en relation till patienten. Detta gjordes genom att eftersträva en icke-auktoritär relation som bygger på en dialog mellan arbetsterapeut och patient. Vidare ansåg de att det var mer personcentrerat att samla in information om patienten genom avslappnat samtal eller "småprat" än att använda strukturerade instrument. Avslappnat samtal uppfattades generera i att värdefull information kom fram samt skapade bra grund för vidare samarbete med patienten. Deltagarna beskrev hur de skapade förutsättningar för avslappnat samtal genom att inte endast ha fokus på samtalet och patienten utan samtidigt till exempel klippa bort gips eller prova ut en ortos.

Uppfattningen hos deltagarna var att de inte kom patienten lika nära i de fall där språkförbistringar fanns och exempelvis tolk användes. Förutsättningarna för att prata om vardagliga ämnen upplevdes då bli begränsade och samtalet ansågs istället bli mer formellt.

För att arbeta personcentrerat ansåg deltagarna att de behövde kunskap om bland annat patientens upplevelser, intressen och sociala kontext. Utifrån denna information kunde deltagarna skapa sig en bild av vem patienten var, vilka behov patienten hade och hur fortsatt planering och upplägg av rehabiliteringen kunde göras. Om behov fanns, kunde strukturerade instrument användas längre fram i processen.

“...sedan kanske man ska göra en ortos och då när jag står och gör den så blir det att man står och småpratar väldigt mycket och då får man väldigt mycket information bara i det här... samtalet... som bara blir, man får väldigt mycket extra där och det är det som gör att man kan bli ännu mer personcentrerad tycker jag.” (deltagare 2)

Förmedlar kunskap i behandlingssituationen

Deltagarna beskrev att patientens delaktighet var en viktig del i det personcentrerade arbetet. De ansåg därför att de arbetar personcentrerat genom att förmedla kunskap som gav patienten förutsättningar att vara delaktig i sin egen behandling. Detta innebar bland annat att arbetsterapeuterna utbildade patienten om handens anatomi, diagnoser och skador samt delade med sig av sin kunskap och erfarenhet kring rehabiliteringsprocessen. Deltagarnas uppfattning var att de till stor del förmedlade kunskap genom samtal men i vissa fall kompletterade de samtalet med bilder eller videoklipp för ökad förståelse. Genom att förmedla sin kunskap ansåg deltagarna att det gav patienten ökad trygghet och motivation till att genomföra behandlingsplanen samt förbättrade behandlingsresultaten.

“...vi utbildar och förklarar för patienten för att den ska förstå tillräckligt mycket för att kunna vara involverad i sin behandling...” (deltagare 3)

Anpassar interventioner

Deltagarna förklarade att en del av deras personcentrerade arbetssätt var att anpassa arbetsterapeutiska interventioner efter patientens mål och förmågor. De eftersträvade att se personen och möta dennes behov och förväntningar utan att de krav, restriktioner och ramar som organisationen ställer på dem eller att den expertkunskap som de besitter, på något sätt försummas.

Anpassar efter patientens förmågor

Deltagarna ansåg att en del i det personcentrerade arbetssättet innebar att anpassa de arbetsterapeutiska interventionerna efter personens förmåga att ta till sig information. Detta kunde innebära att träningsmängd och träningsform anpassades. Det bästa alternativet kunde i vissa fall vara träningsprogram medan i andra fall lämpade sig bättre med träning i form av aktivitet, som ofta var fallet vid behandling av barn.

“Om jag märker att det är en person som är ganska försiktig och lite sådär orolig och ängslig och... hur ska det här gå, då kanske jag lägger på träningsprogrammet extra gånger och jag pushar och säger det här måste du göra... du måste använda handen till det här, det här är viktigt du måste göra det här.” (deltagare 1)

Deltagarna ansåg att det även ingick i det personcentrerade arbetssättet att dela upp träningen i flera delar där patienten fick fokusera på enstaka övningar åt gången beroende på hur mycket information patienten kunde ta till sig. Att säkerställa att instruktionerna nått fram till patienten upplevde deltagarna som viktigt. Detta gjordes antingen i direkt anslutning till att instruktionerna getts, där patienten ombads återberätta vad hen skulle göra eller genom att boka in uppföljningsmöten där patienten fick visa hur hen tränat.

“...kan man inte förvänta sig att all information går fram bara för att man har lämnat den...så är det en stor skada behöver vi träffa dom ganska snart igen och just det där med att man checkar av... visa mig nu hur du har gjort dina övningar... ja och sen korrigerar man.” (deltagare 5)

Anpassar efter patientens mål

Att fokusera på de evidensbaserade åtgärder som behövdes för att en handskada skulle läka och samtidigt ta hänsyn till patientens önskemål var något som lyftes fram som något deltagarna förhöll sig till i syfte att arbeta personcentrerat. Deltagarna beskrev att det var viktigt att respektera patientens egna mål och planera utifrån deras situation och vardag. Åtgärderna beskrevs ofta som standardiserade men att fokus skiftades och det standardiserade anpassades utefter patientens mål och situation. I vissa fall kunde anpassningen av interventionerna även handla om att prova ut hjälpmedel för att patienten skulle kunna utföra det hen ville och behövde.

“...modifiera behandlingen om det är en patient som ställer jättestora krav på att klara belastning snabbt eller om det är en professionell musiker som har enorma krav på rörlighet och smärtfrihet jämfört med en... byggnadsarbetare som egentligen bara vill ha stabilitet och smärtfrihet och styrka men rörligheten är inte jätteviktig... så kan man ju såklart modifiera inom rimliga gränser efter vad rehabiliteringsprogrammet tillåter” (intervju 3)

Använder tillgängliga resurser

Deltagarna uppgav att de använde tillgängliga resurser för att stärka det personcentrerade arbetssättet. De beskrev hur personer i patientens omgivning involverades samt hur olika organisatoriska resurser användes.

Involverar personer i patientens omgivning

Deltagarna ansåg sig arbeta personcentrerat genom att involvera personer i patientens omgivning. Anhöriga involverades ibland för att påminna om de restriktioner som gällde och för att motivera patienten till att följa behandlingsplanen. När det handlade om barn förklarade deltagarna att de utöver anhöriga, även engagerade pedagoger i förskolan vilka kunde bistå med att uppmuntra och hitta passande lekar som stimulerade barnen.

“Det händer ju också att man [barnet] kan glömma bort sin hand... att det varit så mycket obehag så man [barnet] hållit undan till exempel och nästan kopplat ur... och då kan man ju be pedagoger eller föräldrar eller så att hjälpa dem att hitta lekar där du [barnet] måste jobba med båda händerna till exempel... så att man stimulerar och uppmuntrar” (deltagare 5)

Använder organisationens resurser

Deltagarna förklarade hur de använde organisationernas resurser för att arbeta personcentrerat. Det framkom att de erbjöd sina patienter alternativa sätt att mötas, att patienterna inte behövde åka in till mottagningarna utan att möten kunde ske digitalt om patienterna så önskade. Det beskrev också att om patienterna behövde extra stöd i sin träning, erbjöd de intensivträning under en kortare period där patienterna kunde komma dagligen och träna på mottagningen med stöd

från arbetsterapeut. För de patienter som bodde långt från mottagningarna, erbjuds övernattnig på vårdavdelning under den period då intensivträning pågick. Deltagarna beskrev även att de arbetade personcentrerat när de tog stöd av kollegor vid behov. Detta kunde innebära att diskutera med en kollega om alternativ behandling eller få ny input. Detta ansågs personcentrerat då fler perspektiv ofta uppfattades ge bättre behandlingsresultat.

“Vi kanske kan ses...digitalt i stället och då tänker jag att det kommer också in i personcentreringen att kunna erbjuda... andra sätt att mötas.” (deltagare 2)

Diskussion

Metoddiskussion

Studien följer en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (16). Det anses ge möjlighet till en öppen analys och därmed öka studiens trovärdighet. En kvalitativ metod ger målgruppen utrymme att föra ett resonemang (15). En induktiv ansats fångar upp det som är specifikt inom specialiserad handrehabilitering. Istället för enskilda intervjuer hade exempelvis fokusgruppsintervjuer (15) kunnat göras. Detta hade kunnat bidra till att deltagarna inspireras av varandra, vilket i sin tur kunnat leda till fördjupade diskussioner. Nackdelar med denna metod kan vara att personer som har svårt att tala i grupp får mindre utrymme, vilket kan bidra till snedvridet resultat (15). Vald metod och ansats anses därför bäst lämpad för att belysa arbetsterapeuters resonemang kring hur de arbetar personcentrerat inom specialiserad handrehabilitering.

Studien bygger på resonemang från fem arbetsterapeuter som valdes utifrån ett strategiskt urval. Enligt Kristensson (15) är ett strategiskt urval lämpligt när forskaren eftersträvar deltagare som kan bidra till en varierad och trovärdig data, vilket författarna i föreliggande studie ville uppnå. Då tid för studiens genomförande var begränsat och det fanns en svårighet i att hitta deltagare som hade möjlighet att medverka, fattades beslut om att intervjua två deltagare från samma verksamhet. Detta anses inte ha påverkat studiens resultat i någon större utsträckning då deltagarnas resonemang skiljer sig åt samt att intervjuerna hölls var för sig. På så sätt minimeras risken för att de påverkat varandra eller att de inte vågat uttrycka sina åsikter på grund av närvarande kollega. Det som kan ha påverkat resultatet är att dessa två deltagare har tillgång till samma organisatoriska resurser. Alla deltagare arbetade med liknande patientgrupp men verksamheterna kunde skilja sig åt organisatoriskt, vilket ökar förutsättningarna för överförbarheten av studien. Studien anses kunna överföras till liknande verksamhetsområden där arbetsterapeuter arbetar på öppna mottagningar som exempelvis vårdcentraler.

Att beslutet om vilka arbetsterapeuter som skulle medverka i studien till stor del låg hos verksamhetscheferna, kan ha bidragit till ett snedvridet resultat. Detta då verksamhetscheferna kan ha haft i åtanke att vilja få verksamheten att framstå mer positivt och därmed valt ut arbetsterapeuter som är väl insatta i det fenomen som undersökts. Det hade därför möjligtvis lämpat sig bättre om författarna själva kunnat välja ut deltagare för studien.

Det var en stor spridning i deltagarnas ålder och erfarenhet som gjorde gruppen heterogen. Detta anses ha bidragit till ett bredare resonemang då yrket samt arbetsterapiutbildningen är i ständig utveckling. Därmed kan synen på och kunskapen om personcentrering variera mellan generationer och erfarenhet. En bred spridning bland deltagarna ökar studiens tillförlitlighet (15). Gruppen var däremot homogen gällande kön då den endast utgjordes av kvinnor. Det hade varit

önskvärt att gruppen bestod av både män och kvinnor för en ökad bredd. Däremot anses inte detta påverka resultatet då yrket är kvinnodominerat och därmed speglar verkligheten. Eftersom deltagarna arbetat inom verksamhetsområdet under en längre tid och arbetade kliniskt vid studiens genomförande har de hunnit utveckla ett eget arbetssätt, vilket anses ha ökat studiens trovärdighet och bidragit till ett större djup i intervjuerna.

Datainsamlingen gjordes genom videosamtal utifrån en semistrukturerad intervjuguide som utformades för att svara på studiens syfte. Resultatet kan ha påverkats av att intervjuerna inte hölls genom fysiska möten. Att ses fysiskt kan leda till en mer avslappnad atmosfär där kroppsspråk lättare kan läsas av. Detta underlättar bland annat avgörandet för när deltagarna har pratat klart eller funderar vidare. Deltagarna informerades via mail om vad begreppet personcentrering innebar för att alla deltagare skulle ha samma förutsättningar att resonera kring sitt personcentrerade arbetssätt och att väcka tankar för mer berikad information. Förfarandet uppfattas ha ökat studiens trovärdighet. Att intervjun följde en semistrukturerad intervjuguide anses stärka studiens giltighet då deltagarna fick utrymme att resonera fritt utifrån öppna frågeställningar (15). Detta anses ha bidragit till en djupare diskussion och författarna fick möjlighet att ställa följdfrågor för mer uttömmande svar.

Mättnad anses ha uppnåtts då det under de sista två intervjuerna inte framkom någon ny information (15). Det är dock svårt att dra några generella slutsatser. Ett sätt att öka tillförlitligheten i en studie anser Kristensson (15) vara ett större antal deltagare. Författarna anser att det hade kunnat vara en fördel med fler deltagare även i denna studie. Intervjuerna var förhållandevis korta vilket kan ha sin förklaring i att författarna har liten erfarenhet av att intervjua. Detta har med stor sannolikhet påverkat djupet i svaren och utgör därmed en brist i studien.

Någon provintervju utfördes inte på grund av svårigheter att hitta deltagare till studien samt begränsad tid för studiens genomförande. En provintervju med utomstående part skulle kunnat bidra till att följdfrågor formulerats tydligare mot studiens syfte (15). Författarna provade dock intervjuguiden på varandra för att under intervjuerna kunna formulera sig på ett enkelt sätt för att undvika missförstånd och information som inte svarade på studiens syfte. Det är däremot en styrka i studiens design att båda författarna deltog vid alla intervjuer med förbestämda roller.

En utomstående handledare granskade analysprocessen och resultatet vilket ökar studiens tillförlitlighet (15). Handledaren har dessutom använt sig av samma metod tidigare i egen forskning. Det ökade även studiens tillförlitlighet att författarna var två och utförde hela analysprocessen tillsammans. Varje meningsbärande enhet diskuterades utifrån syftet för att därefter kondenseras, koda och placeras i kategorier med medverkan från båda författarna. Genom att arbeta med analysen tillsammans minskades risken för att författarna använde sin förförståelse om arbetssättet inom verksamhetsområdet. Eftersom en av studiens författare har arbetserfarenhet av specialiserad handrehabilitering, är en relativt hög förförståelse ett faktum. Då studiens andra författare har låg förförståelse, var förförståelsen något som båda författarna kritiskt bevakade under hela analysprocessen, vilket anses ha stärkt studiens tillförlitlighet. Författarna bestämde även att i de fall författaren kände till verksamheten eller deltagaren, skulle den andra författaren leda intervjun. Ett förfarande som även upplevs etiskt korrekt.

Under analysen avvek författarna delvis från Graneheim och Lundmans kvalitativa innehållsanalys (16) där all data ska analyseras efter att datainsamlingen är färdig. Författarna har inspirerats av Grounded Theory (15) och valde att identifiera meningsbärande enheter, kondensera och koda efter varje genomförd intervju för att därefter identifiera underkategorier

och huvudkategorier efter att alla intervjuer genomförts. Detta anses ha ökat studiens tillförlitlighet då det säkerställdes att varje intervju gav information som svarade på syftet och följdfrågorna kunde utvecklas under tiden för mer berikande information under studiens gång (15).

Genom att använda post-it lappar vid identifiering av underkategorier och huvudkategorier fick författarna en större helhetsbild och det tycktes underlätta upptäckten av koder som passade in under två underkategorier. Detta tillvägagångssätt förtydligade även identifiering av samband mellan underkategorierna och därmed att hitta gemensamma huvudkategorier. Även detta tillvägagångssätt anses ha ökat studiens tillförlitlighet.

Risken för att deltagarna skulle uppleva en ökad arbetsbelastning och stress samt att inte ta sig tid att besvara med uttömmande svar anses inte ha påverkat deltagarna eller intervjuernas kvalitet. Det kan bero på att de själva bestämde när intervjun skulle genomföras samt att intervjuerna var av avslappnad karaktär. Några av deltagarna uttryckte reflektionen kring det egna arbetssättet som givande.

Social önskvärldhetsbias innebär att deltagarna svarar enligt vad de tror är önskvärt istället för att svara sanningsenligt (17). Risken för detta anses ha minimerats och inte påverkat studiens resultat i någon större utsträckning då författarna tydliggjort att det inte finns några rätta eller fel svar samt att deltagarna avidentifieras. Att författarna i förväg hade bestämda roller vid intervjuerna, där den ena inte tog så stort utrymme, kan ha varit en bidragande faktor till minskad upplevelse av maktposition trots att författarna var två och deltagaren ensam.

Resultatdiskussion

Resultatet av intervjustudien med syftet att belysa arbetsterapeuters resonemang kring hur de arbetar personcentrerat inom specialiserad handrehabilitering, visar på att arbetsterapeuterna använder olika metoder, som delvis kan kopplas till den process som Ekman (2) beskriver samt till arbetsterapeutisk teori (5, 8).

Ekman (2) beskriver att personcentrerad uppnås genom ett förhållningssätt där patienten bemöts som person samt att patient och behandlare ingår i ett partnerskap. Av deltagarna i föreliggande studie, framgick det att datainsamlingen oftast genomförs genom ostrukturerat samtal. Detta ansågs vara del av det personcentrerade arbetssättet då ett avslappnat samtal eller småprat anses ge en helhetsbild av personen och dennes behov, samtidigt som det informella samtalet bidrar till att de skapar en relation och ett partnerskap med patienten. En studie (3) bekräftar detta genom att beskriva hur samtal kring vardagliga ämnen främjar en jämbördig relation mellan terapeut och patient. Detta stärks ytterligare i en studie (18) där det framgår att relationen gynnas av att terapeuten återkommande visar på värme, omtänksamhet och respekt. Det finns därmed studier (3,18) som styrker föreliggande studies resultat, att ett personcentrerat arbetssätt kan uppnås genom att använda samtal.

Occupational Therapy Interventions Process Model (OTIPM) (8) är en personcentrerad processmodell. I processmodellen beskrivs utveckling av terapeutisk relation som något som pågår under hela behandlingsprocessen. Det läggs stor vikt att få till ett samarbete som bygger på tillit samt ömsesidig respekt och kommunikation. Fokus ligger då på att förstå patienten, vilket görs genom att ta reda på så mycket som möjligt om personen, dennes utförandesammanhang och förmåga till att klara av de aktiviteter som hen vill, behöver och/eller förväntas av hen för att upprätthålla roller på ett kompetent och tillfredsställande sätt. Ytterligare ett mål med att utveckla

en terapeutisk relation är att ta reda på patientens prioriteringar (8). Detta styrker resultatet i föreliggande studie om att använda samtal, anpassa arbetsterapeutiska interventioner efter patientens mål och förmågor samt involvera personer i patientens omgivning är adekvata delar i ett personcentrerat arbete.

Ekman (2) förklarar personcentrering som att se till det unika hos varje person och vikten av att behandlaren har förståelse för patienters olika erfarenheter, viljor, förmågor och behov. En studie (19) visar på att partnerskapet, mellan behandlare och patient, påverkas negativt om ett alltför stort fokus läggs på skadan. Patienterna upplever sig mindre delaktiga i beslutstagandet, vilket i sin tur påverkar behandlingen negativt. Detta bekräftar arbetsterapeuternas resonemang i föreliggande studie, om att det är viktigt att se personen och inte endast skadan för att uppnå ett personcentrerat arbetssätt.

Studiens resultat visar på att det är viktigt att patienten är delaktig i beslutfattande, vilket bland annat rör sig om behandlingens utformning. Det framkommer även att arbetsterapeutiska interventioner anpassas efter patientens förmågor. Förståelsen för att alla patienter har olika förutsättningar att ta till sig information blir därmed viktig. The Intentional Relationship Model (IRM) (20) är en teorimodell som syftar till att öka förståelsen för hur användning av olika förhållningssätt kan skapa förutsättningar för en lyckad relation mellan arbetsterapeut och patient. Modellen lyfter fram sex förhållningssätt: förespråkande, uppmuntrande, instruerande, problemlösande, samarbetande och empatiskt (20). IRM (20) skulle därför kunna utgöra ett stöd för arbetsterapeuter inom specialiserad handrehabilitering, när kunskap ska förmedlas och patienter motiveras för att interventionerna ska upplevas som positiva samt leda till önskvärda resultat.

Uppfattningen hos arbetsterapeuterna är att de utbildar patienterna och förmedlar viktig information om restriktioner, instruktioner och vad som händer om träning uteblir. Denna beskrivning kan kopplas till begreppet hälsolitteracitet (21). Hälsolitteracitet definieras som den individuella förmågan att ta till sig och använda information som syftar till att bibehålla eller främja hälsa, samt kunna fatta beslut i frågor som rör den egna hälsan. I en studie (22) framgår det att det finns olika nivåer av hälsolitteracitet, däribland funktionell nivå. Målet med funktionell hälsolitteracitet är att förmedla viktig information som hälsorisker och instruktioner. Fördelen med detta uppges vara att patienten får en ökad insikt och lättare kan ta ställning till de förslag som ges (22). Deltagarna i föreliggande studie resonerar om att de strävar efter att anpassa hur de går tillväga för att patienten ska kunna ta till sig och förstå den information som ges och tar hjälp av bilder eller videoklipp. På så sätt kan arbetsterapeuternas beskrivning av hur de arbetar personcentrerat även sägas understödja hälsolitteracitet.

Då samtalet visat sig ha stor betydelse för det personcentrerade arbetssättet, väcks frågor om i vilken utsträckning resultatet är applicerbart utifrån ett mångfaldsperspektiv. Att arbetsterapeuten och patienten inte pratar samma språk eller att patienten inte kan kommunicera genom tal är då logiskt sett en begränsande faktor för personcentrering. Deltagarna berättar om att de kompletterar samtalet med bland annat bilder och videoklipp som kan användas i dessa fall för att förmedla kunskap. Insamling av information blir dock svårare. Det framgår att deltagarna använder sig av tolk vid behov. Det kan ifrågasättas om även detta kan vara begränsande då tolken utgör en mellanpart mellan patient och arbetsterapeut, vilket kan försvåra möjligheterna till att bygga en relation. En nyligen publicerad studie (23) visar på att patienter som har ett annat modersmål än sin läkare upplever språkskillnaderna som ett hinder för personcentrerad

kommunikation. Dessa språkbarriärer upplevdes däremot inte lika avgörande för upplevelsen av vården när det förelåg en god relation mellan patient och läkare, vilken uppnåddes genom att läkaren var inlyssnande och behandlade varje patient som unik person. En läkare som tillämpade ett personcentrerat arbetssätt ansågs därmed viktigare av patienterna än att de hade samma modersmål (23).

En del i det personcentrerade arbetet, anser arbetsterapeuterna i föreliggande studie, ligger i att anpassa åtgärder efter person. Både utifrån personens förmågor samt utefter vad patienten vill, behöver eller förväntas klara av i sin vardag. Ekman (2) talar om överenskommelser som en del i den personcentrerade processen. Överenskommelser kan tolkas som att två parter möts halvvägs, och utifrån vad deltagarna berättar så kompromissar dem när det kommer till träningsmängd och val av övningar för att öka chanserna till att patienten fullföljer rehabiliteringsplanen. Ett sådant förfarande kan öka följsamheten till behandlingsinsatser och på så sätt understödja rehabiliteringsprocessen.

Inom specialiserad handrehabilitering finns mycket kunskap kring handens alla strukturer, skadors påverkan på handens funktioner och vad som krävs för att handen ska bli så funktionell som möjligt igen. Däremot är det patienten som är expert på sitt liv och därmed har svaren på vilka förväntningar som patienten själv eller dennes omgivning ställer på handfunktion. Detta kan kopplas till top-to-bottom-up perspektivet som Fisher (8) beskriver. Detta perspektiv innebär att arbetsterapeuter kombinerar top-down och bottom-up perspektiven under behandlingsprocessen. Top-down perspektivet används genom att ta reda på vem patienten är och vad denne anser viktigt. Top-down perspektivet används även vid målsättning där målet kan vara att gå tillbaka till det patienten anser viktigt. Bottom-up perspektivet används för att reda ut vilken kroppsfunction som orsakar att patienten inte kan utföra det den vill samt vid utformning och prioritering av behandlingsåtgärder (8). Resultatet i föreliggande studie indikerar således att arbetsterapeuterna i användandet av sina personcentrerade metoder kan sägas tillämpa ett top-to-bottom-up perspektiv.

Deltagarna beskriver att de följer upp att deras patienter har förstått instruktioner och restriktioner kopplat till de åtgärder som valts. Deltagarnas uppfattning om att uppföljning är en del i att arbeta personcentrerat styrks av både den personcentrerade processen som Ekman (2) talar om samt omnämns som ett steg i den arbetsterapeutiska processmodellen (8).

En handskada som leder till minskad eller helt utebliven handfunktion, kan sätta den drabbade personens invanda beteendemönster i obalans. Restriktioner om vad handen får utsättas för och inte kan även verka hindrande och svåra att förhålla sig till. Av resultatet framgår att arbetsterapeuter inom specialiserad handrehabilitering ser till vilka personer som finns i patientens närhet och involverar dem om det kan gynna patientens rehabilitering. Resonemanget om att detta är en metod för ett personcentrerat arbete, anser författarna kan kopplas till arbetsterapeutisk teori. Kielhofner (5) hävdar att vanor delvis formas utifrån den sociala miljön som personen befinner sig i, vilket anses stödja resonemanget om att personer i patientens närhet, genom påminnelser och uppmuntran, kan underlätta patientens inläring och acceptans av förändrade vanor.

Av deltagarna framgår att verksamheterna har olika resurser att tillgå, såsom digitala möten och intensivträningsprogram, vilka på olika sätt kan stödja patienten till att vara delaktig och fullfölja sin rehabilitering. Att vara medveten om vilka resurser som finns att tillgå samt att erbjuda

patienten olika alternativ anses av arbetsterapeuterna som en del i hur de arbetar personcentrerat. Att organisatoriska resurser används för att arbeta personcentrerat kan resultera i att rehabiliteringen kan skilja sig åt beroende på verksamhet. Detta kan leda till ojämlig vård och olika förutsättningar för att arbeta personcentrerat. En studie (24) bekräftar att det kan finnas organisatoriska faktorer som påverkar möjligheten att arbeta personcentrerat negativt trots att man i samma studie ser stora fördelar med att arbeta personcentrerat i målsättning och vårdplan. Här finns således ett område i behov av fortsatt kvalitetsarbete, nämligen att säkerställa jämlik vård för att möjligheten att arbeta personcentrerat också ska kunna säkerställas. Det hade därför varit intressant att utforska om patientens omgivning skulle kunna användas i större utsträckning. Det hade även varit intressant att undersöka hur de organisatoriska resurserna skiljer sig åt mellan olika verksamheter som bedriver specialiserad handrehabilitering.

Det har tidigare nämnts att personcentrerat arbete har visat sig bidra med goda effekter för både patienter, organisationer och vårdpersonal (2, 11). I en studie (25) som undersökt sambandet mellan arbetsmiljö och personcentrerad vård, framgår att ett personcentrerat arbetssätt bidrar till att den upplevda stressen bland vårdpersonalen minskar medan arbetstillfredsställelse ökar och det psykosociala klimatet förbättras. På så sätt har ett personcentrerat arbetssätt även betydelse ur ett hållbarhetsperspektiv.

Slutsats

Studiens resultat visar att arbetsterapeuter inom specialiserad handrehabilitering använder olika metoder på ett ostrukturerat sätt för att arbeta personcentrerat. Dessa metoder är: använder samtal, anpassar interventioner samt använder tillgängliga resurser. Syftet med metoderna anses ”gå hand i hand” med vad etablerad teori menar att personcentrerad innebär. Samtal används för att skapa relation och arbetsterapeutiska interventioner anpassas efter patientens vilja och behov och får på så sätt patienten delaktig i beslutfattandet. Att använda tillgängliga resurser kan ses vara mer förankrat i den arbetsterapeutiska teorin, där synsättet om vanor och roller skapas utifrån personens omgivande miljö.

I resultatet framkommer det att samtal är en metod som arbetsterapeuterna använder för att arbeta personcentrerat och att det personcentrerade arbetet därmed begränsas vid eventuella språkförbristningar. Det framkommer dock inte om eller hur språkförbristningar kompenseras. Det hade därför varit intressant att forska vidare på om arbetsterapeuter inom specialiserad handrehabilitering har andra metoder för att arbeta personcentrerat när språkförbristningar uppstår.

Denna studie har sammanställt vilka metoder som kan användas för att arbeta personcentrerat inom specialiserad handrehabilitering. Den kan därför fungera som ett stöd för arbetsterapeuter som är nya inom verksamhetsområdet. Studien kan även inspirera arbetsterapeuter inom specialiserad rehabilitering att reflektera över sitt eget personcentrerade arbete, bidra med ny kunskap om metoder som kan appliceras i arbetet samt inspirera till vidare forskning inom området.

Referenser

1. Udo C. Personcentrerad vård [Internet]. Stockholm: Vårdhandboken; [okänt år] [uppdaterad 2020-01-09; citerad 2020-03-25]. Hämtad från:

<https://www.varhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d/>

2. Hedman H. Patienten - personens röst. I: Ekman I, redaktör. Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik. Stockholm: Liber; 2014. s. 7-20.
3. Crepeau E, Garren K. I looked to her as a guide: the therapeutic relationship in hand therapy. *Disabil Rehabil.* 2011;33(10): 872-81.
4. Christiansen C, Maum CM, Bass J. The Person-Environment-Occupational Performance (PEOP) Model. In: Duncan EAS, editor. *Foundations for practice in occupational therapy.* 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2015. p. 93-104.
5. Kielhofner G. *Model of human occupation: teori och tillämpning.* Lund: Studentlitteratur; 2012.
6. Runnquist K. *Handens Rehabilitering Vol.1 Undersökning, Behandlingsprinciper, Behandlingsmetoder.* Lund: Studentlitteratur; 1992.
7. McMillan I. The biomechanical frame of reference in occupational therapy. In: Duncan EAS, editor. *Foundations for practice in occupational therapy.* 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2015. p. 179-93.
8. Fisher AG. *Occupational Therapy Intervention Process Model: A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered and Occupation-based Interventions.* Colorado: Three Star Press; 2009.
9. Patientlag (2014:821) [Internet]. Stockholm: Sveriges Riksdag [citerad 2020-12-06]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
10. Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. *Etisk kod för arbetsterapeuter: antagen av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktige 1992. uppl. 5.* Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter FSA; 2018.
11. Lusk JM, Fater K. A Concept Analysis of Patient-Centered Care. *Nurs Forum.* 2013;48(2):89-98.
12. Shankland B, Beaton D, Ahmed S, Nedelec B. Effects of client-centered multimodal treatment on impairment, function, and satisfaction of people with thumb carpometacarpal osteoarthritis. *J Hand Ther.* 2016;30(3):307-13.
13. Hansen AØ, Kristensen HK, Lauridsen HH, Cederlund R, Tromborg H. Client-Centered Rehabilitation for Outpatients With Hand-Related Injuries: A Preliminary Questionnaire. *HAND.* 2016;11(1):142.
14. Constand MK, MacDermid JC, Law M, Dal Bello-Haas V. Patient-centered care and distal radius fracture outcomes: A prospective cohort study analysis. *J Hand Ther.* 2014;27(3):177-84.
15. Kristensson J. *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap.* Stockholm: Natur & Kultur; 2014.

16. Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M & Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2017.
17. Forsyth K, Kviz FJ. Survey research. I: Taylor RR, Kielhofner G, editors. Kielhofner's research in occupational therapy: methods of inquiry for enhancing practice. 2 uppl. Philadelphia: F.A. Davis; 2017. S.91-109.
18. Morrison TL, Smith JD. Working Alliance Development in Occupational Therapy: A Cross-Case Analysis. *Aust Occup Ther J*, 2013;60(5): 326–33.
19. Rebeiro KL. Client Perspectives on Occupational Therapy Practice: Are We Truly Client-Centred? *Can J Occup Ther*. 2000;67(1): 7–14.
20. Solman B, Teena C. Occupational Therapy and the Therapeutic Use of Self. *Br J Occup Ther*. 2016;79(8):514–16.
21. Svensk MeSH [Internet]. Stockholm: Karolinska institutet. Universitetsbiblioteket; 1998. [citerad 2020-05-10]. Hämtad från: <https://mesh.kib.ki.se/term/D057220/health-literacy>.
22. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000; 15(3):259-67.
23. Paternotte E, Van Dulmen S, Bank L, Seeleman C, Scherpbier A, Scheele F, et al. Intercultural Communication through the Eyes of Patients: Experiences and Preferences. *Int J Med Educ*. 2017;8: 170–5.
24. Phoenix M, Vanderkaay S. Client-Centred Occupational Therapy with Children: A Critical Perspective. *Scand J Occup Ther*. 2015; 22(4):318–21.
25. Sjögren K, Lindkvist M, Sandman PO, Zingmark K, Edvardsson D. To what extent is the work environment of staff related to person-centered care? A cross-sectional study of residential aged care. *J Clin Nurs*. 2014;24(9-10): 1310-9.