



SAHLGRENKA AKADEMIN

**INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP
OCH FYSIOLOGI
ARBETSTERAPI**

ARBETSTERAPEUTERS UPPLEVELSER KRING UPPDRAGET GENTEMOT BOSTAD MED SÄRSKILD SERVICE

En kvalitativ intervjustudie

Författare, Anna Diffner och Teresa Dhillon

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet
Kurs	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Christina Andersson Med dr, Leg. Arbetsterapeut,
Examinator:	Birgitta Gunnarsson Docent, Leg. Arbetsterapeut

Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2018
Handledare:	Christina Andersson Med dr, Leg. Arbetsterapeut
Examinator:	Birgitta Gunnarsson Docent, Leg. Arbetsterapeut

Bakgrund	Personer med psykiska funktionshinder har svårigheter att klara av vardagliga aktiviteter självständigt, att ha rutiner och sociala relationer. De kan vara inaktiva då de har svårighet att initiera aktivitet, kan ha lågt självförtroende, låg tilltro till den egna utförandekapaciteten och sakna meningsfulla aktiviteter. Forskning visar att arbetsterapeutiska interventioner för personer som har svårigheter att utföra meningsfulla aktiviteter bör vara flexibla och klientcentrerade för gynnsam rehabilitering. De aktivitetsgap som framkom utifrån forskning har även belyst vikten för arbetsterapeuten att arbeta utifrån ett psykosocialt perspektiv. Då riktlinjer framförallt påtalar kontakt med en arbetsterapeut vid problematik kring ADL, kroppsfunktion och förflyttning är frågan om det finns möjlighet till ett psykosocialt perspektiv i arbetet för arbetsterapeuten.
Syfte	Syftet med studien var att undersöka arbetsterapeuters upplevelser kring uppdraget gentemot bostad med särskild service med inriktning psykiatri.
Metod	Studien utfördes enligt en kvalitativ innehållsanalytisk ansats. Deltagarna var verksamma inom Hemsjukvården och hade uppdrag riktat mot bostad med särskild service boenden inom psykiatrin. Data utifrån intervjuerna analyserades med innehållsanalysen.
Resultat	Ur innehållsanalysen framkom tre kategorier, <i>Arbetsätt som är otillräckligt för uppdraget</i> , <i>Verksamhet brister i anpassning av nya områden</i> och <i>Bristfälligt samspel mellan professioner</i> . I kategorierna finns nio underkategorier
Slutsats	Studien visar på att samarbete mellan arbetsterapeut och personal på boende är avgörande för en framgångsrik rehabilitering. Den visar även att det finns brister i såväl samarbete som uppdragsbeskrivning vilket påverkar arbetssättet med patienterna. Det finns ett behov av vidare klinisk forskning kring arbetsätt utifrån patienternas behov för att tydliggöra uppdraget gentemot både arbetsterapeuter och personal på boenden.

Abstract

Thesis: 15 hp
Program: Occupational Therapy program 180 hp
Course: ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy
Level: First Cycle
Semester/year: St 2018
Supervisor: Christina Andersson PhD, OT Reg.
Examiner: Birgitta Gunnarsson Associate Professor, OT Reg.
Keyword: Occupational Therapy, psychiatric disability, psychosocial rehabilitation, home care service.

Background People with mental disabilities have difficulties coping with everyday activities independently, having a routine and social relationships. They are inactive because its a struggle for them to initiate activity, they have low self-esteem, have low confidence in their own performance capacity, and lack of meaningful activities. Research shows that occupational therapy interventions with people who experience difficulty in performing meaningful activities should be flexible and client-centered for a favorable rehabilitation outcome. Activity gaps derived from research have highlighted the importance of working with a psychosocial perspective as an occupational therapist. Since guidelines primarily recommend to involve an occupational therapist in interventions concerning ADL, functions of the body and ambulation, the question is if there is a possibility for using a psychosocial perspective in that line of work.

Aim The purpose of the study was to explore occupational therapist's experiences with assignments in supported housing facilities with a focus on psychiatric services.

Method The study was conducted according to a qualitative content analysis approach. The participants worked in an home care service setting in the city of Gothenburg and had an assignment in supported housing facilities within a psychiatry setting. Data from the interviews were analyzed using Granheim and Lundman's content analysis method.

Result The content analysis revealed three categories, *modes of working inadequate for the assignment, operational shortcomings when adapting to new practice arenas* and *insufficient interaction between professions*. Within the categories there are nine sub-categories.

Conclusion The study shows that collaboration between occupational therapists and staff working in supported housing is crucial for a successful rehabilitation. Presently there are shortcomings in both collaboration and assignment description, which affects the methods used in working with the patients. There is further need for clinical research on working methods adapted to patient's needs in order to clarify the assignment scope for both occupational therapists and assisted housing staff

Innehållsförteckning

Bakgrund	5
Syfte	7
Metod	7
Metodval.....	7
Urval.....	7
Genomförande.....	8
Procedur.....	8
Etiska ställningstaganden	8
Intervju	8
Databearbetning.....	8
Resultat.....	9
Arbetsätt som är otillräckligt för uppdraget.....	10
Fysiska behov tillgodoses framför psykosociala.....	10
Klientcentrering upplevs som en utmaning	11
Arbetsättet med en komplex patientgrupp brister	11
Verksamhet brister i anpassning av nya områden	11
Upplevelser om att olika arbetskulturer krockar	11
Arbetsättet brister vid delade tjänster	12
Generell uppdragsbeskrivning är otillräcklig	12
Bristfälligt samspel mellan professioner	12
Professionerna är beroende av ett fungerande samarbete.....	13
Kunskap och okunskap om olika professioner påverkar	13
Otydliga arbetsområden kan leda till konkurrens.....	14
Diskussion	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats	17
Referenser.....	18

Bakgrund

Socialstyrelsen definierar psykiskt funktionshinder utifrån vad Nationell psykiatrisamordning har tagit fram vilket är "En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och om dessa begränsningar funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning." (1, s 14).

Vanliga symtom hos personer med psykiskt funktionshinder är svårighet att filtrera inkommande stimuli vilket kan bidra till överbelastning av kognitiva funktioner (2). Kognitiva funktionsnedsättningar kan visa sig som svårigheter med uppmärksamhet, arbetsminne, språk och perception. Ökad stresskänslighet, psykisk sårbarhet samt inlärningssvårighet kan också förekomma vilket kan påverka följsamheten vid rehabiliteringen (2). Som konsekvens av symtom kan olika aktivitetsproblem i vardagen uppstå. Aktivitetsproblem kan handla om att ta hand om sig själv självständigt, upprätthålla relationer och arbete (3). Det kan även visa sig genom svårigheter med problemlösning, som att sakna självförtroende eller en brist i motivation och att sakna mening i vardagen. Andra aktivitetsproblem i vardagliga livet kan exempelvis vara svårigheter att handla, laga mat och göra aktiviteter ute i samhället så som att åka kollektivt. Personerna kan även ha svårigheter med att organisera, som exempelvis få struktur och rutin i vardagen (3). Studier visar på att individer med psykiska funktionshinder upplever aktivitet som meningsfullt, specifikt aktiviteter som bidrar i ett samhällsperspektiv, aktiviteter som ger en känsla av produktivitet, gynnar social kontakt och aktiviteter som leder till självförtroende och tilltron till den egna utförandekapaciteten (4,5). Studier har visat att engagemang i aktivitet i en familjär kontext främjar återhämtning och skapar känslor av hopp, identitet, mening och självbestämmande (5).

Personer med psykiskt funktionshinder innefattas av Lagen om stöd och service (LSS). Lagen reglerar vilka personer i samhället som har rätt till bostad med särskild service (BMSS) (6). För att uppfylla kriterierna för att erhålla BMSS behöver personen uppfylla vissa kriterier såsom att den psykiska funktionsnedsättningen ska vara varaktig och att vara i behov av omfattande stöd och service (7). Ytterligare insatser som kan förekomma vid psykiskt funktionshinder är hemsjukvård vilket ges till personer i hemmiljön (8). I hemsjukvård ingår även avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och sjukvård till personer som bor på särskilt boende. Särskilt boende kan dels gälla äldreboenden och dels boenden för personer med funktionsnedsättning. På särskilt boende har kommunen ansvar för personens hälsa och sjukvård och personalen på boendet kan hjälpa den boende att kontakta lämplig vårdgivare (8). Studier visar att personer som bor i BMSS boende mottar ofta mycket och långvarigt stöd av omvårdnadspersonal i vardagliga aktiviteter (4). Konsekvenser av att en utomstående utför de vardagliga aktiviteterna i hemmet kan leda till en beroendeställning mellan den boende och personal. Detta kan medföra att den som mottar stödet förlorar självförtroende och tilltron till den egna utförandekapaciteten. Vidare kan det leda till att personen drabbas av inaktivitet, isolerar sig och tappar motivationen vilket resulterar i svårigheter att delta i meningsfulla aktiviteter (4). Särskilt utmärkande är att individer med psykiskt funktionshinder har problem med att initiera aktivitet, vilket kan misstolkas som ett ökat hjälpbehov hos personalen. Individen kan i själva verket vara kapabel att självständigt utföra aktivitet med påstötning vid initieringen (2). För en person som flyttar till BMSS-boende förändras vardagen drastiskt då tidigare aktivitetsmönster, roller och vanor byts ut till nya vilket kan påverka hur personen ser på sig själv (9). Konklusion av forskning är att individer boende i BMSS-boenden med psykiskt funktionshinder har svårigheter med initiering av aktiviteter, sämre tilltro till den 6

egna förmågan att utföra aktiviteter och meningsfulla aktiviteter som i slutändan leder till inaktivitet och isolering från samhället (2, 8-9).

Inom psykosocial rehabilitering, såsom kommunalt stöd vid olika funktionshinder, finns grundläggande principer för hur arbetsterapeuter som arbetar med personer med psykisk ohälsa resonerar (10). Ur dessa principer utgår arbetsterapeuten från antagandet att aktivitet ger hälsa och fokuserar på klientens dagliga aktivitetsmönster. Arbetsterapeuten vill främja och motivera klienten till utförandet av aktiviteter som klienten upplever som meningsfulla. Vad som upplevs som en meningsfull aktivitet är därför tätt kopplat till klientens intressen. Centralt för arbetsterapeuten är ett holistiskt perspektiv, vilket betyder att väga in hela patientens komplexitet i bedömningen med individens specifika erfarenheter, förmågor samt problematik. Det är även av betydelse att arbeta klientcentrerat vilket innebär att arbetsterapeuten är uppmärksam på klientens kunskap om sig själv samt vikten av att klienten själv ska vara delaktig i den egna behandlingsprocessen (10,11). Klientens motivation är en drivkraft som behöver stärkas så att klienten kan initiera aktivitet, samt att underlätta förutsättningar för klienten att öka den sociala delaktigheten, då det har en positiv inverkan på individen i rehabiliteringen (10).

Model of Human Occupation (MOHO) (11) är en arbetsterapeutiskt aktivitetsfokuserad teorimodell som genomsyras av ett klientcentrerat arbetssätt, där klientens aktivitetsengagemang används för att uppnå resultat vid behandling. Aktivitetsengagemang är klientens görande, tänkande och kännande i olika situationer kring den arbetsterapeutiska behandlingen. För att kunna tillämpa MOHO i praktiken krävs en relation där arbetsterapeuten respekterar, förstår och stödjer klientens val och upplevelser. Ifall klienten har svårt för att uttrycka sig eller delta aktivt i samarbete är det även möjligt för arbetsterapeuten att samarbeta med andra som bryr sig om och känner patienten väl (11). Enligt MOHO syftar delaktighet i aktivitet till engagemang i arbete, lek eller aktiviteter i dagliga livet som är önskvärda eller nödvändiga för välbefinnande och en del av den sociokulturella kontexten (11). Delaktighet kan påverkas av individens roller, vanor, förmågor och begränsningar samtidigt som miljön både kan begränsa och möjliggöra delaktighet.

Forskning har visat på att arbetsterapeutiska interventioner, för individer som bor på BMSS och har svårigheter att utföra meningsfulla aktiviteter, bör vara flexibla och klientcentrerade snarare än standardiserade program. För att rehabiliteringen ska vara så gynnsam som möjligt (4). Detta för att de arbetsterapeutiska interventionerna då ger möjlighet till ökad interaktion och delaktighet i samhället (2). En studie visade att oavsett i vilket stadie av rehabiliteringen personen befinner sig så är aktiviteter som leder till social delaktighet prioriterade som viktigast för deltagarna (12).

Everyday Life Rehabilitation (ELR) är en modell för intervention speciellt utformad för arbete med personer boende på BMSS (4). ELR utvecklades för att underlätta för deltagare att engagera sig i meningsfulla aktiviteter. Modellen består av olika principer och procedurer som arbetsterapeuten ska följa. Dessa är att forma ett samarbete som är klientcentrerat, att vara fokuserad på återhämtning, sätta mål efter vad klienten vill, att finna en passande träning i aktivitet som kan appliceras i en verklig situation, att sätta en tidsram, stöd under processen för att nå mål och upprätthålla dem, nära samarbete med andra arbetsterapeuter, kommunalanställda vårdare och de andra boende. Det ingår även råd, information och utbildning till arbetsterapeuter och kommunalanställda vårdare samt deras chefer. Från de klientcentrerade målen som baserats på meningsfull aktivitet kan sedan arbetsterapeuten gradvis öka svårighetsgraden och de kommunala vårdarnas roll är då att hjälpa klienten att

upprätthålla nya förmågor (4). Vid användande av metoden krävs att arbetsterapeuten kontinuerligt är flexibel och utgår från patientens symtombild vid varje möte (13).

Enligt författarnas erfarenhet finns idag ingen organiserad struktur där arbetsterapeuter arbetar i nära samverkan med BMSS-boenden. I stället tar omvårdnadspersonal på BMSS-boenden kontakt med en arbetsterapeut i Hemsjukvården vid behov. I riktlinjer beskrivs när en arbetsterapeut inom hemsjukvården ska kontaktas; vilket involverar problematik som ökad fallrisk, hjälpmedelsfrågor, sitt- och sväljproblem, risk för trycksår och osäkerhet kring ordinerad behandling eller hjälpmedel. Kontakt ska även tas vid förändrade behov hos patienten, som exempelvis förändring i kroppsfunction eller den kognitiva förmågan, förändring i aktivitetsförmåga vid ADL och förändrat behov av hjälpmedel. Utifrån aktivitetsgap som framkommit ur forskning så som att personer med psykiskt funktionshinder i boendemiljön kan bli inaktiva, ha svårigheter med att initiera aktivitet och med att utföra meningsfulla aktiviteter (2,4) kan arbetsterapeutiska insatser ur ett psykosocialt perspektiv vara gynnsamt. Då riktlinjerna från framförallt påtalar kontakt med arbetsterapeut vid problematik kring ADL, kroppsfunction och förflyttning vill författarna undersöka arbetsterapeuters resonemang om uppdraget och om det finns möjlighet till ett psykosocialt perspektiv i sitt arbete.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka arbetsterapeuters upplevelser kring uppdraget gentemot bostad med särskild service med inriktning psykiatri.

Metod

Metodval

Kvalitativ metod lämpar sig när forskaren behöver analysera personers beskrivningar för att skapa insikt kring en frågeställning (14). Som lämplig metod för studien valdes därför kvalitativ metod då syftet med studien var att undersöka arbetsterapeuters upplevelser kring deras uppdrag. Författarna valde att utgå från induktiv ansats (15). För att få en djupare förståelse för arbetsterapeuternas uppdrag valdes intervjuer som datainsamlingsmetod.

Urval

En strategisk urvalsmetod användes då studiens syfte var att undersöka upplevelser hos en specifik yrkesgrupp. Sammanlagt bestod studien av fem arbetsterapeuter som arbetar inom Hemsjukvården i GöteborgsStad med uppdrag riktat mot BMSS-boenden inom psykiatri. Inklusionskriterier var arbetsterapeuter anställda inom GöteborgsStad, arbetar inom Hemsjukvård och ha uppdrag riktat mot psykiatriboenden. För denna studie fanns inga exklusionskriterier och deltagarna var arbetsterapeuter yrkesverksamma i fyra olika delar inom GöteborgsStad. Samtliga deltagare var kvinnor i åldrarna mellan 30-61 och hade arbetat inom verksamheten mellan 1-8 år. Majoriteten av deltagarna kombinerade sitt uppdrag mot BMSS-boenden med andra uppdrag inom Hemsjukvården som exempelvis äldreomsorgen. Tjänsterna varierade mellan 50-100% inom funktionshinderområdet och resterande inom andra områden.

Genomförande

Procedur

Författarna började med att via mejl kontakta verksamhetschefer (se bilaga 1) inom Hemsjukvården med uppdrag riktat mot psykiatriska BMSS boenden med en förfrågan om genomförande av studien. Med förfrågan skickades även beskrivning av studien och ett urval av tidigare forskning om ämnet. Utifrån de verksamhetschefer som godkände genomförandet av studien kontaktade författarna arbetsterapeuter på verksamheterna. Arbetsterapeuterna kontaktades via mejl med förfrågan (se bilaga 2) om deltagande samt informationsbrev om studien. På grund av för få deltagare gjordes ett tillgänglighetsurval genom användning av snöbollsmetod (16), som innebär att ytterligare deltagare rekryteras utifrån deltagarnas nätverk. Detta gjordes genom att författarna mejlade ut en förfrågan till anmälda arbetsterapeuter om kollegor som potentiella deltagare av studien. Två av deltagarna svarade med information om kollegor som var intresserade att delta i studien. Författarna skicka mejl till dessa arbetsterapeuter som bekräftade intresse av studien. Därmed användes en strategiskt urvalsmetod tillsammans med ett snöbollsurval (17) för att totalt inkludera fem deltagare. Deltagarna fick skriva under en samtyckesblankett innan intervjun startade. Samtliga intervjuer spelades in på ljudfil och transkriberades sedan av den författare som utfört intervjun.

Etiska ställningstaganden

Deltagarna fick information om studiens syfte, vad deltagandet skulle innebära, att allt material angående studien behandlas konfidentiellt. De informerades även om att deltagandet var frivilligt och intervjuerna kunde avbrytas när som helst utan närmare förklaring.

Intervju

Utifrån forskning om BMSS-boenden och författarnas förförståelse kring BMSS-boenden och deras riktlinjer, utformades en frågeguide (se bilaga 3) med tre frågeområden för en semistrukturerad intervju. Frågeområdena berörde uppdraget, insatser och förbättringsområden av uppdraget. Exempel på frågor var ”Kan du beskriva ditt uppdrag?” och ”Vad tillför ditt arbetsterapeutiska synsätt vården för patienten?” Författarna utgick från frågeguiden och ställde kompletterande frågor såsom ”Kan du utveckla?” vid behov. Deltagarna fick välja var de ville utföra intervjun för att det skulle kännas så bekvämt som möjligt. Samtliga deltagare valde att utföra intervjun på sin arbetsplats. Lokalerna som användes gick att stänga så att det blev en lugn och tyst miljö.

Intentionen var att båda författarna skulle närvara under samtliga intervjuer men då två intervjuer skedde samtidigt genomfördes dessa med varsin författare enskilt. Under de intervjuer där båda författarna var närvarande utförde en författare intervjun och en observerade. Rollerna intervjuare och observanter byttes mellan intervjuerna. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplats och varade mellan 20 och 80 minuter. I slutet av varje intervju kunde observatören ställa följdfrågor om något behövdes tilläggas.

Databearbetning

Data analyserades med Graneheim och Lundmans innehållsanalys (18). Analysmetoden hade en induktiv ansats och texten tolkades både textnära i det uppenbara innehållet och det underliggande budskapet. Efter varje intervju diskuterade författarna den spontana upplevelsen och innehållet i intervjun. Därefter transkriberade författarna sina intervjuer ordagrant. Intervjuerna bildade 39 transkriberade sidor med 1,5 radavstånd vilket utgjorde analysmaterialet för studien. Under första steget i analysen läste författarna texten på ett överskådligt plan för att få en helhetsbild av arbetsmaterialet. Utifrån syftet diskuterade

författarna arbetsmaterialet i sin helhet och reflekterade tillsammans över det övergripande innehållet. Därefter identifierade författarna meningsenheter först var för sig och sedan jämfördes dessa tillsammans. Meningsenheterna kondenserades till 183 meningsbärande enheter och abstraherades sen till koder. Den första intervjun kondenserades tillsammans för att säkra att författarna kondenserade på samma sätt. Benämning av koderna gjordes på varsitt håll men vid osäkerhet lämnades de kondenserade meningsenheterna för diskussion. Koderna jämfördes och delades upp i 21 preliminära underkategorier. Författarna jämförde sedan innehållet av underkategorierna och sammanförde dessa till sju underkategorier. Ett exempel på meningsenheter, kondenserade meningsenheter, kod, underkategori, kategori visas nedan i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på hur meningsenheter har kondenserats, kodats och delats in i underkategorier och kategorier.

Meningsenhet	Kondenserade meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
ja...det kunder ju finnas (skratt) det kunde ju finnas ett uppdrag..	Det kunde finnas ett uppdrag	Avsaknad av uppdrag	Generell uppdragsbeskrivning är otillräcklig	Verksamhet brister i anpassning av nya områden
och på dom flesta boenden så ska det även finnas stödpedagoger...så då jobbar dem lite mer med...aktiviteter och såna saker som vi kanske skulle kunna jobba med också...	På de flesta boenden finns stödpedagoger som jobbar med aktivitet, sådant som vi kanske skulle kunna jobba med.	Liknande arbetssätt	Otydliga arbetsområden kan leda till konkurrens	Bristfälligt samspel mellan professioner

Resultat

Ur analysen framkom tre kategorierna *Arbetssätt som är otillräckligt för uppdraget*, *Verksamhet brister i anpassning av nya områden* och *Bristfälligt samspel mellan professioner* och nio underkategorier som visas i figur 1.



Figur 1. Sammanställning av kategorier och underkategorier av arbetsterapeuters upplevelser kring uppdraget gentemot BMSS.

Arbetsätt som är otillräckligt för uppdraget

I resultatet framkommer att det är framförallt fysiska behov hos patienterna som tillgodoses. En första bedömning är vanligen en bedömning av fysiska behov och hjälpmedelsbedömning. Överlag framkommer att deltagarna försöker att se till helheten och arbeta klientcentrerat men det framkommer även att de ibland är tvungna att utföra insatser som inte upplevs meningsfullt för patienterna. Deltagarna beskriver patientgruppen som en komplex grupp att arbeta med som delvis beror på att det är svårt att vinna deras förtroende. Kategorin består av *Fysiska behov tillgodoses framför psykosociala*, *Klientcentrering upplevs som en utmaning* och *Arbetsättet med en komplex patientgrupp brister*.

Fysiska behov tillgodoses framför psykosociala

En övervägande upplevelse är att de vanligaste ärendena som inkommer från boendena är behov av fysiska hjälpmedel och kompensatoriska strategier. Deltagarna berättar att antal ärenden som inkommer varierar och under vissa perioder upplevs det som få ärenden. På boenden där deltagarna inte har regelbunden kontakt kontaktas de endast vid akuta behov av insatser. I samband med utlämning av hjälpmedel utförs även utbildning med personal på boendena för att hjälpmedel och förflyttningar ska ske på ett korrekt och säkert sätt. Utöver ärenden med fysiska hjälpmedel och kompensatoriska strategier upplever deltagarna att de har en tipsande och coachande roll gentemot personal på boendena för att stödja till aktivitet. Under första mötet med patient är det primärt fysiska bedömningar med hjälp av ADL taxonomin som utförs. Det framkommer även att det kan vara känsligt att göra en bedömning av alla delar i ADL taxonomin och för att rättfärdiga en fullständig bedömning måste det finnas ett klart syfte för både arbetsterapeut och patient. Utöver ADL taxonomin används sällan andra bedömningsinstrument. Det framkommer även att då de vanligaste ärendena handlar om hjälpmedel är det lätt att fastna i fysiska bedömningar som första bedömning om

frågeställningen som inkommer inte är mer specifik. Deltagarna uttrycker att hur vardagsaktiviteter fungerar är ofta utgångspunkten i den första bedömningen.

“det e ju mest hjälpmedelsbedömningar och asså mer kompensatoriska frågor som lyfts”

Klientcentrering upplevs som en utmaning

I arbetet med patienter berättar deltagarna att de försöker skapa ett syfte och få in meningsfulla aktiviteter trots att ärendet är av fysisk karaktär men att mycket beror på arbetsterapeuten själv. Även om ett ärende handlar om fysiska hjälpmedel uttrycker deltagarna att de vill se till helheten och försöka ta reda på patientens egna intressen för att göra insatsen meningsfull för patienten. Överlag upplever deltagarna att de i största mån försöker arbeta med meningsfulla aktiviteter och stärka social delaktighet men det framkommer även att arbetsterapeuten ibland måste göra insatser som inte upplevs som meningsfulla för patienten på grund av att det kan bli skadligt för patienten om vardagsaktiviteter inte fungerar. Deltagarna uttrycker att det är svårt att vara säker på patienten vill då det kan uppstå kommunikationssvårigheter. Det framkommer att målen ibland inte är patientens mål på grund av kommunikationssvårigheter och att uppfattningen av vad som fungerar i vardagen skiljer sig mellan patient och personal. Svårigheter med målsättning bidrar till att målen ofta är väldigt stora, otydliga och kan vara svåra att uppnå.

”sen är det ju vissa tillfällen som alltså man måste jobba med saker som patienten inte upplever meningsfullt för det skulle annars inte fungera, det kan vara skadligt...”

Arbetsättet med en komplex patientgrupp brister

Deltagarna berättar att patientgruppen är komplex och ofta saknar självinsikt. Genom intervjuerna framkommer att deltagarna upplever en svårighet att vinna ett förtroende hos patienterna och att patienterna bara öppnar upp sig delvis vilket försvårar arbetet med gruppen. Deltagarna upplever att patientgruppen hamnar i ohälsosamma vanor och att de ofta saknar motivation till en förändring. Det framkommer även att patientgruppen blir isolerad i hemmet vilket resulterar i en obalans av aktiviteter i vardagen. Överlag beskriver deltagarna att ärendena blir långdragna då de upplever att det är svårt att engagera och motivera patienterna till förändring.

”så det är ju ett jätteproblem, många som blir isolerade och inte mår så bra”

Verksamhet brister i anpassning av nya områden

Då funktionshinderområdet är relativt nytt inom Hemsjukvården beskriver deltagarna en känsla av att de kommer i skymundan mot äldreomsorgen och att arbetskulturen skiljer sig mellan områdena. Då det inte finns en specifik uppdragsbeskrivning som relaterar till problematiken inom funktionshinderområdet resulterar detta i otydligt arbetssätt. Detta kan visas i vilka ärenden som inkommer och otydligheten i vem som ansvarar för vilka typer av insatser. Deltagarna beskriver även att en delad tjänst leder till tidsbrist vilket påverkar arbetssättet och vilka insatser det finns tid till. Kategorin består av *Upplevelser om att olika arbetskulturer krockar, Arbetsättet brister vid delade tjänster* och *Gemensam uppdragsbeskrivning är otillräcklig*.

Upplevelser om att olika arbetskulturer krockar

I intervjuerna framkommer att inom arbetskulturen på Hemsjukvården ligger fokus i samtal på äldreomsorg och inte på patientgruppen inom funktionshinder, vilket upplevs som frustrerande. Deltagarna beskriver även att det finns en kulturell skillnad där arbetsterapeuter som arbetar mot äldreomsorgen har möjlighet att vara närvarande i högre utsträckning än vid

arbete med BMSS boende. I intervjuerna framkommer att det saknas en tradition av att involvera arbetsterapeuten på boenden och det ger sig uttryck genom att personalen inte kontaktar arbetsterapeuterna angående ärenden som inte inkluderar fysiska hjälpmedel eller att arbetsterapeuten inte är med i diskussioner kring patienter.

”det har vart så självklart att prata funktionshinder men nu när vi tillhör hälso- sjukvården och äldreomsorgen så är det självklart att prata äldreomsorg och det är det jag stängas med mest skulle jag vilja säga”

Arbets sättet brister vid delade tjänster

I flertalet intervjuer framkommer att deltagarna har en delad tjänst vilket innebär att de inte arbetar 100% med funktionshinder utan en del av arbetstiden är tillägnad andra områden. En övervägande upplevelse är att delade tjänster resulterar i att det inte finns tillräcklig arbetstid och otillräckliga resurser vilket påverkar arbets sättet och närvaron på boendena. Deltagarna uttrycker att på grund av tidsbrist kan de inte arbeta med meningsfulla aktiviteter eller social delaktighet i den utsträckning som de skulle vilja. Det kan finnas utrymme att samtala om social delaktighet men att ansvaret att arbeta med området sedan överläts till personalen på boendet. Deltagarna beskriver även att då de inte har tid att vara närvarande på boendena i den utsträckning som de önskar kan de inte delta på teammöten regelbundet, de hinner inte träffa patienterna regelbundet och se helheten hos patienterna. Det framkommer även att då det inte finns tillräcklig arbetstid finns det ofta inte heller tid att utföra insatser som kan uppkomma vid en mer ingående bedömning. Deltagarna upplever att det finns en osäkerhet i bedömningen som beskrivs bero på bristen av närvaro på boendena vilket medför att det är svårt att veta om processen är på rätt väg. Deltagarna uttrycker att om de istället för en delad tjänst har mer arbetstid tillägnad funktionshinderområdet är det lättare att se helheten och fördjupa arbetet med aktiviteter, meningsfulla aktiviteter, kognitivt stöd och arbeta mer med motivation. Deltagarna upplever även att de skulle kunna upptäcka behov som inte personalen ser och vara mer noggrann vid implementering av hjälpmedel. I intervjuerna framkommer en önskan om att vara mer delaktiga på boendena för att på så sätt lära känna patienten bättre och vara mer delaktiga genom hela processen.

“...så att tiden finns inte att man ska gå in och göra den typen av åtgärder.”

Generell uppdragsbeskrivning är otillräcklig

Det framkommer att det inte finns något specifikt arbets sätt för funktionshinder beskrivet från kommunens sida trots att det efterfrågas. Den övervägande upplevelsen är att det finns ett behov av en specifik uppdragsbeskrivning gentemot uppdraget mot psykiatriska boenden då det är en komplex patientgrupp men det framkommer även att den generella uppdragsbeskrivningen är tillräcklig för att lösa de ärenden som efterfrågas av boendena. Flera deltagare berättar att de inom enheten har modifierat den generella uppdragsbeskrivning till en mer specifik beskrivning mot funktionshinder, men att den då inkluderar alla BMSS boenden och inte bara de med psykiatrisk inriktning. Deltagarna upplever att det finns behov av ett specifikt arbets sätt gentemot boenden med psykiatrisk inriktning då patienternas behov ser annorlunda ut än jämförelsevis inom äldreomsorgen.

”det är ju saker som vi gör men det är ju lite ändå specifikt mot LSS boenden just, man jobbar ju på ett lite annorlunda sätt än man göra i den övriga hälso- sjukvården så att säga.”

Bristfälligt samspel mellan professioner

I intervjuerna framkommer att kunskapen hos personalen på boendena ses som en resurs då det är de som arbetar nära patienterna. Det finns även en upplevelse om att personalen inte har

kunskap om arbetsterapeutprofessionen. Okunskapen ses som ett hinder då det påverkar vad som efterfrågas av arbetsterapeuten. Eftersom de flesta ärenden går via personal är ett fungerande samarbete mellan professionerna nödvändigt. Hur samarbetet fungerar påverkar olika aspekter av det arbetsterapeutiska arbetet som exempelvis hur ofta och vilka ärenden som kommer. Kategorin består av underkategorierna *Professionerna är beroende av ett fungerande samarbete*, *Kunskap och okunskap om olika professioner påverkar* och *Otydliga arbetssätt kan leda till konkurrens*.

Professionerna är beroende av ett fungerande samarbete

Deltagarna uttrycker vikten av att samarbete med personal ska fungera och att det finns faktorer som påverkar samarbetet. De beskriver att faktorer som exempelvis kan påverka är okunskap om den arbetsterapeutiska professionen och att arbetsterapeuten inte alltid har möjlighet att vara närvarande på boendet. En övervägande upplevelse är att ett väl fungerande samarbete med personal på boendena är avgörande för om det kommer in ärenden från boendet eller inte. Även hur personalen själva resonerar kring samarbete påverkar hur arbetet ser ut. Deltagarna beskriver att det är viktigt med samverkan mellan professioner vid insatser då ett tätare samarbete skapar en ökad kunskap om vilka behov en arbetsterapeut kan tillgodose. I längden medför ett fungerande samarbete att personal blir observanta på fler behov av arbetsterapeutiska insatser. Deltagarna beskriver att stödpedagogen kan stärka samarbetet genom att de fungerar som en länk mellan arbetsterapeut och personal.

Det framkommer i intervjuerna att på de boenden där arbetsterapeuten kan medverka regelbundet på teammöten har samarbetet ökat mellan professionerna. Det ökade samarbetet har skapat en öppenhet där stora som små frågor kommer upp samt att arbetsterapeuterna får en ökad inblick i patienternas tillvaro. Det framkommer även att det resulterat i en ökad trygghet både för personalen och patienterna. Deltagarna anser att om de är delaktiga i teamet skulle arbetskulturen på boendet förändras och kontakten mellan professionerna skulle förenklas. I intervjuerna framkommer att bristande samarbete kan visa sig genom att personal på boendena inte förberett patienterna på inbokade besök med arbetsterapeut. Deltagarna upplever även att det kan vara svårt att nå ut med information och instruktioner till en stor personalgrupp, vilket kan påverka hur insatser utförs när arbetsterapeut inte är närvarande på boendena. Deltagarna uttrycker att de önskar skapa bättre samarbete med personal genom regelbunden kontakt. Deltagarna berättar att samarbetet behöver fungera då de sällan arbetar enskilt med en patient utan ärendet går nästan alltid via personal på boendet som också till största del närvarar under mötet med patient. Deltagarna uttrycker även att processen sällan kan följas så som det beskrivs i teoriböcker eftersom ärendena till allra största del går via personalen på boendet.

”På vissa boenden har vi regelbundna teammöten. Där får man ju ett tätare samarbete, där dyker det upp fler förfrågningar om våra insatser”

Kunskap och okunskap om olika professioner påverkar

Det framkommer i intervjuerna att personal på boendena ses som en resurs då de besitter kunskaper som kan vara användbara för arbetsterapeuterna. Deltagarna upplever att de olika professionerna kan dra nytta av varandras olika perspektiv genom att utbyta kunskaper och erfarenheter. Eftersom personalen på boendena är de som arbetar nära patienterna och kan se behovet är deras kompetens och kunskap viktig i arbetet med patienten. I intervjuerna framkommer även att det finns en okunskap om vad arbetsterapeuter kan bidra med i arbetet med patienter. Deltagarna berättar att på grund av hög personalomsättning med många vikarier på boendena går kunskapen om professionen förlorad. En övervägande upplevelse är att det finns ett behov av att sprida kunskap om professionen både på en organisatorisk nivå till chefer och på boendena vilket kan påverka vilka och hur mycket ärenden som inkommer. I

perioder försöker deltagarna marknadsföra professionen genom att skicka ut information till boendena och förfrågningar om att bli inbjudna till möten men det poängteras att det är ett tidskrävande arbete. Den allmänna upplevelsen är att personal på boenden redan har färdiga lösningar eller efterfrågar ett specifikt hjälpmedel när de ringer. Deltagarna uttrycker även att det finns risk för att personal reducerar arbetsterapeuten till endast hjälpmedelsförskrivare. Upplevelsen är att personalen tillkallar arbetsterapeut vid förändring av fysiska behov hos patient men att det inte är lika uttalat att tillkalla vid exempelvis kognitiva svårigheter. Deltagarna önskar att kunna samtala om helhetssynen av patienterna men upplever att det är svårt att nå ut till personalen. Deltagarna upplever att de emellanåt behöver aktivt uppsöka verksamheterna för att kunna visa vad en arbetsterapeut kan göra.

”de skulle väl va en dröm att försöka jobba lite mer tillsammans för dem har ju väldigt mycket kunskap”

“men sen även i teamen ute, där kan det ju va liksom just svårt att föra den här diskussionen för att många gånger så blir vi reducerade till och komma med ett hjälpmedel, att lämna den där nu så sköter vi resten och så och då är det ju svårt att få ett holistiskt perspektiv”

Otydliga arbetsområden kan leda till konkurrens

Enligt deltagarna tar personalen i dagsläget mycket ansvar för att se patienternas behov då de jobbar nära patient och ser förändringar. Det framkommer att deltagarna upplever att personal på boendena gör bedömningar av patienter som tangerade arbetsterapeuternas. Implementering av hjälpmedel lämnas ofta över till personal då de påtalar att de vill göra det själva. Deltagarna upplever att stödpedagoger och personal på boendena arbetar med aktivitet, vilket beskrivs som att det kan likna arbetsterapeutens område. Deltagarna beskriver att de då förlitar sig på att stödpedagogerna och personal både skall boka och driva aktiviteter samt arbeta med social delaktighet. Även vid samtal kring aktivitet finns upplevelsen av att personal anser att arbete med aktivitet är deras område. Det framkommer att vissa i personalen påtalar det verbalt och vissa gör det inte, men att det finns en känsla av att de tycker det.

”det sägs rakt ut ibland, har vart på nån enhet där dem har sagt ja det här med aktiviteter det överlåter vi till pedagogen.”

Diskussion

Metoddiskussion

För studiens trovärdighet ingår att författarna resonerar kring aspekter av giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet som sammanlagt beskriver trovärdigheten (18). För att stärka giltigheten var intentionen att studien skulle omfatta arbetsterapeuter från varje stadsdel för att få varierande upplevelser från hela kommunen. Tanken var även att få ett brett spektrum av mellan åldrar och erfarenheter vilket kunde bidra till en bredare variation av perspektiv. Intentionen var även att deltagarna enbart skulle arbeta med inriktning mot psykiatriska BMSS boenden men utifrån de deltagare som anmälde intresse för studien kunde detta kriterium inte uppfyllas. Deltagarna bestod enbart av kvinnor vilket troligen var en följd av att yrket till stor del är kvinnodominerat (19) och författarna hade ingen intention i att enbart välja kvinnor. Även tillämpning av snöbollsmetoden blev en strategi som författarna använde sig av då deltagarantalet inte var tillräckligt och resultatet skulle blivit för tunt. Snöbollsmetoden gav önskad effekt då deltagarantalet ökade men personerna rekryterades ur deltagarnas nätverk vilket resulterade i att två deltagare rekryterades från samma stadsdel

(16). Då få deltagare medverkade, där några kände varandra sedan tidigare, samt att alla deltagare i studien var kvinnor skulle detta kunna påverka studiens giltighet negativt (18). Dock stärks giltigheten av citaten som inkluderats i studien som belyser de olika upplevelserna och variationen av upplevelser. Då författarna gett en noggrann beskrivning av analysen och urvalet har författarna varit transparenta vilket möjliggör att även andra kan bedöma studiens giltighet. Att noggrant beskrivit analysen har även ökat tillförlitligheten till studien. Författarna har genomfört hela processen tillsammans arbetat sig igenom intervjuer, transkribering samt tema och analys vilket författarna reflekterat kring och anser stämma överens med vad som berättades under intervjuerna. Tillförlitligheten stärkt även utav att författarna diskuterat olika tolkningsmöjligheter vilket lett till tydligare kategorier och nya benämningarna av kategorierna som tydligare beskriver innehållet (16). Då författarna redogjort för hur arbetsprocessen sett ut samt hur analysarbetet genom forskningsprocessen gått till så har detta skapat förutsättningar för överförbarhet (18).

Under intervjuerna resonerade deltagarna även kring andra uppdrag inom verksamheten och vid tillfällen var det svårt att avgöra för författarna var i samtalet deltagaren återgick till den relevanta informationen för studien. Upplevelsen var även att vid vissa tillfällen kunde deltagarna under intervjun ibland uttrycka åsikter där de motsade sig själva vilket försvårade databearbetningen. Författarna funderade då utifrån svaren över hur dessa motsägelser uppstod vilket skulle kunna förklaras med att deltagarna möjligen kunde ha upplevt dubbla roller i intervjun, dels som yrkesverksam och dels som representant för arbetsplatsen. Vid sista intervjun framkom även upplevelser som var nya för studien vilket tyder på att datamättnad inte uppnåts och att fler intervjuer behövt utföras för att uppnå datamättnad. Då 19 resultaten från en och samma intervju kunde motsäga varandra samt att datamättnad inte uppnåts påverkar det resultatets trovärdighet negativt (18).

Då författarna till denna text är oerfarna i rollen som intervjuledare, finns risken att förförståelse av ämnet skulle kunna påverka hur intervjuledaren ställer följdfrågorna, utifrån tidigare förståelse kring ämnet. För att i möjligaste mån förhindra en sådan utveckling bör intervjuledaren i samråd med medförfattaren diskutera eventuella följdfrågor noggrant samt under intervjuens gång tillämpa ett metakognitivt förhållningsätt där intervjuledaren reflekterar över hur samtalet förs. Eftersom en av författarna arbetat på ett psykiatriboende finns en förförståelse som behöver reflekteras kring. Om författaren har svårt att bortse från förförståelsen finns risken att både intervju och analys blir subjektiva. Ett sätt att förhindra detta kan vara att den andra medförfattaren agerar intervjuledare då följdfrågor kan bli mer objektiva. Att som forskare på förhand vara mer bekant med arbetsterapeuternas arbetssätt för att därefter undersöka upplevelserna kring ett fenomen inom uppdraget hade möjligen förenklat analysprocessen och gett ett tydligt resultat. En alternativ metod som skulle kunna använts vid datainsamlingen var en fokusgrupp. I fokusgruppen skulle arbetsterapeuterna som deltog i studien mötts och tillsammans samtalat kring deras upplevelser av uppdraget (20). Fördelen med denna metod skulle ha kunnat vara att deltagarna genom diskussioner med varandra mer ingående redogjort för sin tankegång, fått nya insikter eller åsikter och att gruppen som helhet kom fram till någon konsensus kring gemensamma värderingar i uppdraget. Att hålla i en fokusgrupp hade varit svårt rent logistiskt då det inte var helt klart vid studiens början hur många deltagare som skulle delta i studien. Efter att deltagarantalet var fastställt hade inte tiden funnits att hitta en tid och plats så att alla deltagare kunde närvara samtidigt (20).

En etisk aspekt som författarna tagit hänsyn till var då det var få deltagare som ingick i studien att de möjligen kunnat uppleva oro för att identifieras och därmed censurerat sina

svar. Författarna försökte förhindra det genom information till deltagarna om att svaren är konfidentiella och därmed inte kan härledas till en enskild deltagare eller verksamhet. Studien byggde på frivilligt deltagande och därför framfördes det muntligt under intervjun att deltagaren hade rätt att avbryta intervjun när som helst och inte behövde fullfölja intervjun. Efter övervägande av de etiska aspekterna bedömde författarna att nyttan med studien övervägde riskerna då studien i ett större samhällsperspektiv kan bidra till att visa hur uppdragets omfattning matchar det upplevda behovet av insatser och därmed användas som underlag vid motivering av uppdragets beskrivning och omfattning. Resultatet av studien kan även starta en reflektionsprocess hos arbetsterapeuterna om uppdraget och de kan påvisa hinder och möjligheter i deras uppdrag för personer högre upp i organisationen. En risk ur ett etiskt perspektiv är att arbetsterapeuternas tid till patienterna försakats under den tiden intervjuerna genomfördes.

Resultatdiskussion

Viktiga aspekter som kan utläsas i resultatet är att ett fungerande samarbete mellan arbetsterapeut och personal på boendet är en oerhört viktig del i arbetet. Likaså är organisatoriska aspekter som en specifik uppdragsbeskrivning och mer resurser i form av tjänstgöringsgrad.

I resultatet framkommer att det finns ett behov av en specifik uppdragsbeskrivning för boenden med en psykiatrisk inriktning då behovet hos patienterna kan se annorlunda ut jämförelsevis med andra områden. Studier (4,5) visar att personer med psykiska funktionshinder upplever att aktiviteter som gynnar social kontakt och bidrar i ett samhällsperspektiv som meningsfulla vilket kan vara svårt att uppnå vid den nuvarande uppdragsbeskrivning som fokuserar på ADL. I dagsläget ligger funktionshinderområdet i Hemsjukvården under sektorn Hälso- sjukvård och inte under sektorn Funktionshinder där boendena finns (21). Enligt Månsson finns en risk att olika professioner trampar varandra på tårna då verksamheterna befinner sig under olika sektorer i organisationen och därmed inte har en naturlig sammankoppling organisatoriskt (22). I resultatet framkommer en känsla av konkurrens mellan professionerna och antaganden om vad de olika professionerna har för arbetsuppgifter. Det framkommer även en känsla av osäkerhet om personalen arbetar med aktivitet samtidigt som det uttrycks att personalen gör det. Även om olika professioner använder sig av samma begrepp kan de ha olika betydelse vilket kan bidra till känslan av både osäkerhet och konkurrens då begreppen antas ha samma betydelse (22). Ur resultatet framkommer att samarbete upplevs som en viktig del för att arbetet mot BMSS boenden ska fungera så bra som möjligt. Samarbetet kan även upplevas som en utmaning och påverkas av olika aspekter. Deltagarna beskriver att samarbetet påverkas delvis av att det inte finns möjlighet att vara närvarande på boenden i stor utsträckning vilket kan vara en orsak till att det finns en okunskap om professionen bland personalen på boendena.

Då deltagarna uttrycker svårigheter med kommunikation och misstroende hos patientgruppen är samarbete med personal på boenden viktigt för skapa en relation med patienterna (11). En god relation mellan arbetsterapeut och patient är en viktig del för att kunna använda arbetsterapeutiska tanke- och praxismodeller (11). Enligt Vårdhandboken krävs samarbete inom vården för att säkerställa patientsäkerhet. För att skapa ett gott samarbete i ett team behövs god kommunikation, tydliga gemensamma mål, regelbundna avstämningar och tydliga roller (23). Finns inte dessa kvaliteter i teamet kan det istället ses som ett "falskt team" vilket kan bero på bland annat inbördes konflikter (23). I resultatet framkommer att det inte finns tydliga roller i samarbetet med personal på boendena som beror på exempelvis okunskap om varandras professioner och en otydlighet i arbetsuppgifter. Detta tyder på att samarbetet

mellan arbetsterapeuter inom Hemsjukvården och personalen på boendena bygger på "falska team". Konsekvenser av detta är att det finns en risk för att det görs misstag och kan orsaka skada för patienten (23). Genom en tydligare specifik uppdragsbeskrivning kan personal på boendena få bättre beskrivna riktlinjer för vad en arbetsterapeut kan göra och när hen kan kontaktas. Det kan även leda till att arbetsterapeuten får en mer specifik bild av vilka insatser som det finns möjlighet att utföra och vad som förväntas från verksamhetens sida. Detta kan bidra till att rollen som arbetsterapeut och deras kunskap blir tydligare vilket kan leda till både ett bättre samarbete men även fler ärenden kring behov utöver de fysiska.

ELR har visats vara en framgångsrik metod där patienter förbättrats både i utförandekapacitet och hälso-relaterade faktorer såsom social interaktion (13). Ett par av framgångsfaktorerna i metoden är det klientcentrerade arbetet tillsammans med samarbetet med personal på boenden. Studier om ELR belyser vikten av att både arbetsterapeut och personal arbetar tillsammans och samarbetar kring implementering och progression av insatser (13). En utvärdering av klientcentrerad vård i hälso- och sjukvården gjordes 2012 vilket visade på brister i samordning inom och mellan vård och omsorg (24). Rapporten (24) visar även på att det finns brister i att se helheten hos patienterna vilket påverkar till vilken grad vården är klientcentrerad vilket även kan ses i den här studien. Klientcentrerad arbetsterapi kan beskrivas som en process där samarbete mellan arbetsterapeut, klient och annan relevant person är en viktig del och kontrollen om processen växlar mellan dessa parter (25). Creek beskriver att klientcentrerad vård bidrar till att patienten mer troligt engagerar sig i hela processen av förändring. Synsättet tillåter möjligheten att patienten har annan åsikt än terapeuten vilket ger chansen till större engagemang i sin egen vård (25). I resultatet framkommer att deltagarna på grund av tidsbrist upplever det som en utmaning att arbeta klientcentrerat och att se helheten. Konsekvenser av att inte arbeta klientcentrerat och därmed inte heller få patienten att engagera sig kan leda till att rehabiliteringen inte uppnår den effekt som önskas (11). Då denna patientgrupp kan behöva hjälp med att stärka motivation till att initiera aktivitet och öka social delaktighet är det viktigt att arbeta klientcentrerat och ta reda på vad patienten upplever meningsfullt (10). Utan klientcentrerat arbete där patientens intressen framkommer är det svårt att hitta aktiviteter som upplevs meningsfulla. I resultatet framkommer att målsättning ibland inte utgår från patientens önskemål. Forskning visar på att patienten behöver ha en aktiv roll i målsättning och processen för att arbetet ska kunna bli klientcentrerat (13, 26). Om målsättningen inte alltid utgår från patientens önskemål kan det visa på att patienterna inte har en aktiv roll i sin egen rehabilitering. Det kan även visa på att arbetet i vissa fall inte är klientcentrerat vare sig tidsbrist eller inte. För att rehabiliteringen ska vara framgångsrik är det viktigt att målsättning utgår från patientens önskemål och insatser planeras därefter (13, 26).

Slutsats

I studien framgick att det finns svårigheter för arbetsterapeuter att arbeta psykosocialt med patienterna. Psykosociala ärenden efterfrågas i liten utsträckning vilket kan bero på personalomsättning och att personalen saknar kunskap om arbetsterapeutprofessionen. Då arbetsterapeuten sällan arbetar enskilt med patienten och behöver samarbetet med personalen fungera. Särskilt då patientgruppen har en komplex problematik samt att det tar tid att skapa en helhetsbild och en relation med patienten. Delvis finns inte tiden till psykosocialt arbete på grund av delade tjänster samt en otydlighet om vem som gör vad vilket leder till att arbetsuppgifterna lämnas över till personal på boendet. Förhoppningen är att studien ska kunna bidra till att belysa vikten av att det finns ett behov av resurser för att möjliggöra ökad närvaro på boendena. Vidare har det visat sig att upplevelser om uppdraget skiljer sig mellan deltagare och stadsdelar. Det finns ett behov av en specifik uppdragsbeskrivning då

patientgruppen har rätt till likvärdig vård vilket inte sker i dagsläget när uppdragsbeskrivningen är modifierad av enskilda verksamheter. För att bekräfta våra slutsatser skulle ytterligare studier med fler deltagare behöva utföras. Det finns ett behov av kunskap och en tydlighet kring de olika professionerna då arbetssätten överlappar varandra eller har det uppstått ett gap till följd av missförstånd och brist i samarbete? Vidare finns ett behov av klinisk forskning kring arbetssätt utifrån patienternas behov för att tydliggöra uppdraget gentemot både arbetsterapeuter och personal på boenden.

Referenser

1. Lundin L, Mellgren Z, Inledning. I: Lundin L, Mellgren Z, redaktörer. Psykiska funktionshinder - stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012. S 12-21
2. Brunt D, Hansson L, redaktörer. Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Lund: Studentlitteratur; 2005.
3. Hughes S, Parker H. Community practice. In: Bryant W, Fieldhouse J, Bannigan K, Creek J, editors. Creek's occupational therapy and mental health. Fifth edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2014.
4. Lindström M, Sjöström S, Lindberg M. Stories of rediscovering agency: homebased occupational therapy for people with severe psychiatric disability. Qual Health Res. 2013; 23 (6): 728-740.
5. Doroud N, Fossey F, Fortune T. Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. Aust Occup Ther J. 2015; 62 (6): pages 378-392
6. Socialstyrelsen. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS Stöd för rättstillämpning och handläggning Andra upplagan. Edita Västra Aros: Juni 2007. [Citerad 2017 Nov 30]. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8930/2007-101-6_20071016.pdf
7. Göteborgs Stad. Lagar och regler- funktionsnedsättning [Internet]. Göteborg: Göteborgs Stad; [Citerad 2018 Maj 01]. Hämtad från: <http://goteborg.se/wps/portal/start/funktionsnedsattning/lagar-och-regler/>
8. Göteborgs Stad. Hemsjukvård [Internet]. Göteborg: Göteborgs Stad; [Citerad 2018 Maj 01]. Hämtad från: <http://goteborg.se/wps/portal/start/aldre/hjalp-i-hemmet/hemsjukvard/>
9. Bengtsson-Tops A, Ericsson U, Ehliasson K. Living in supportive housing for people with serious mental illness: A paradoxical everyday life. Int J Ment Health Nurs. 2014; 23 (5): 409-418.
10. Argentzell E, Leufstadius C. Teoretiska grunder inom psykosocial arbetsterapi. I: Eklund M, Gunnarsson B, Leufstadius C, redaktörer. Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010.
11. Kielhofner G. Model of human occupation: teori och tillämpning. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012
12. Hancock N, Honey A, Bundy A. Sources of meaning derived from occupational engagement for people recovering from mental illness. Br J Occup Ther. 2015; 78 (8): pages 508-515

13. Lindström M, Isaksson G. Personalized Occupational Transformations: Narratives from Two Occupational Therapists' Experiences with Complex Therapeutic Processes. *Int J Ment Health Nurs* 2017; 31 (1): page 15-30
14. Henricson M, Billhult A. Kvalitativ metod. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur AB; 2017
15. Danielson E. Kvalitativ innehållsanalys. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur AB; 2017
16. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion. 3., [uppdaterade] uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.
17. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en handbok [Internet]. Stockholm: SBU [citerad 11 April 2018]. Hämtad från: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf
18. Graneheim U.H., Lundman B. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M & Höglund-Nielsen B, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2008
19. Socialstyrelsen. Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2016 samt arbetsmarknadsstatus 2015 (2018:Art.nr: 2018-2-9) [Internet]. Socialstyrelsen [citerad 2018 Maj 02]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20862/2018-2-9.pdf>
20. Wibeck V. Fokusgruppen. I: Henricson M, editor. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur AB; 2017.
21. Göteborgs Stad. Organisation och ledning i Västra Göteborgs Stadsförvaltning [Internet] Göteborg: Göteborgs Stad [Citerad 2018 Maj 03]. Hämtad från: <http://goteborg.se/wps/portal/start/kommun-o-politik/kommunens-organisation/forvaltningar/stadsdelsforvaltningar/vastra-goteborgs-stadsdelsforvaltning/organisation-och-ledning/>
22. Månsson, M. (2007). *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?*. Solna: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg.
23. Vårdhandboken. Team och teamarbete [Internet]. Stockholm: Vårdhandboken; 2018 [Citerad 2018 Maj 03]. Hämtad från: <http://www.varldhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Team-och-teamarbete/>
24. Docteur E, Coulter A. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård, En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring [Internet]. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2012. 5.[citerad 2018 Maj 02]. Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2012/12/2012-5-Patientcentrering-i-svensk-halso-och-sjukvard.pdf>
25. Creek J, Lougher L. Occupational therapy and mental health. 1. Uppl. Philadelphia: Elsevier; 2008
26. Lindström M, Hariz G-M, Bernspång B. Dealing With Real-Life Challenges: Outcome of a Home-Based Occupational Therapy Intervention for People With Severe Psychiatric Disability. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2012; 32 (2)