



**SAHLGRENKA AKADEMIN**

**INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP  
OCH FYSIOLOGI  
ARBETSTERAPI**

**AKTIVITETSUTFÖRANDE  
BLAND HEMMABOENDE  
PERSONER UTIFRÅN  
BEDÖMNINGSSINSTRUMENTET  
”IN HOME OCCUPATIONAL  
PERFORMANCE EVALUATION”  
- En kvantitativ ansats**

**Louise Andersson och Evelina Wikensten**

---

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Greta Häggblom Kronlöf, med. dr. leg arbetsterapeut
Examinator:	Isabelle Ottenvall Hammar, med. dr. leg arbetsterapeut

# Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbets terapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2018
Handledare:	Greta Häggblom Kronlöf, med. dr. leg arbetsterapeut
Examinator:	Isabelle Ottenvall Hammar, med. dr. leg arbetsterapeut

---

Bakgrund	Att bo kvar i sitt hem och klara sig självständigt är en grundläggande värdering i det svenska samhället. Det är önskvärt för personer att kunna bo kvar i sitt hem, även när problem uppkommer i att utföra vardagliga aktiviteter. En viktig del för att känna sig självständig och oberoende är bland annat att trots eventuell funktionsvariation ska det finnas en bostadsmiljö som är tillgänglig. Det finns få bedömningsinstrument i Sverige som fokuserar på vad en person väljer att utföra för aktivitet i en specifik miljö och hur dessa komponenter interagerar med varandra, som dessutom använder sig av bildstöd vid bedömning för personer med fysisk eller psykisk funktionsvariation.
Syfte	Syftet med studien var att presentera och jämföra bedömningar av aktivitetsutförandet som utförts i en pilotstudie med I-HOPE/S, bland yngre och äldre personer i sin hemmiljö.
Metod	En kvantitativ tvärsnittsstudie med bedömningsformulär från I-HOPE/S pilotstudie som datainsamlingsmetod. 20 bedömningar riktade sig till personer som hade behov av kartläggning av eventuella problem med aktivitetsutförandet och behov av arbetsterapeutiska åtgärder i hemmet. Studiens resultat presenterades utifrån deskriptiv data och statistiska analyser.
Resultat	Det fanns signifikant skillnad mellan yngre och äldre personer avseende bakgrundsfakta gällande civilstånd, hjälp från närstående och diagnos. Det fanns även en signifikant skillnad för yngre och äldre personer i prioriterade aktiviteter i aktivitetsområdet <i>klara sig i samhället</i> . Det fanns ingen signifikant skillnad mellan yngre och äldre personer vid kategoriseringen av svårighet utifrån aktivitetsområdena.
Slutsats	Studien påvisade att bedömningsinstrumentet går att applicera bland både yngre och äldre personer i det svenska samhället. I-HOPE/S gav en tydlig bild av svårigheter och aktivitetsutföranden som har ett värde för personer med olika funktionsvariation. Generaliserbarheten för bedömningsinstrumentet i det svenska samhället är svårbedömd då de totala bedömningarna i studien var för få för att den slutsatsen ska kunna dras.

# Abstract

Thesis:	15 hp
Program:	Occupational Therapy program 180 hp
Course:	ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy
Level:	First Cycle
Semester/year:	St 2018
Supervisor:	Greta Häggblom Kronlöf, Ph. D, Reg Occupational therapist
Examiner:	Isabelle Ottenvall Hammar, Ph. D, Reg Occupational therapist
Keyword:	Occupational therapy, Activities of daily living, Environment.

---

Background	Staying in your home and managing independently is a basic value in the Swedish society. It is desirable for people to stay in their homes, even when problems arise in performing everyday activities. An important part of feeling independent and self-sufficient is that despite a possible disability, there should be a residential environment that is available. There are only a few assessment tools in Sweden that focus on what activity a person chooses to perform in a specific environment, how these components interact with each other, and use image support in assessing persons with physical or mental disability.
Aim	The purpose of the study was to present and compare activity performance assessments conducted in a pilot study with I-HOPE/S, among younger and older people in their home environment.
Method	A quantitative cross-sectional study with assessment form from I-HOPE/S pilot study as data collection method. 20 assessments addressed to persons who need to diagnose potential problems with their activity performance, and the need for occupational therapy measures at home. The results of the study are presented based on descriptive data and statistical analyzes.
Result	There was a significant difference between younger and older persons regarding background facts, civil status, help from relatives related and diagnosis. There was also a significant difference for younger and older persons in priority activities in the field of "how to manage in society". There was no significant difference between younger and older persons in the categorization of difficulty based on the activity areas.
Conclusion	The study showed that the assessment tool could be applied to both younger and older people in Swedish society. I-HOPE/S provided a clear picture of difficulties and activity performance that has a value for people with different disabilities. The generalizability of the assessment tool in Swedish society is difficult to evaluate since the overall assessments in the study were too few for this conclusion to be drawn.

# Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b> .....	1
<b>Syfte</b> .....	2
Frågeställningar: .....	2
<b>Metod</b> .....	3
Metodval .....	3
Urval .....	3
Procedur .....	3
Datainsamling .....	3
Analys .....	4
<b>Resultat</b> .....	4
Beskrivning av deltagare .....	4
Kartläggning av aktivitetsutförande .....	5
Kategoriserad svårighet utifrån kartläggningen från steg 1 .....	7
Prioriterade aktiviteter .....	8
Skattning av tillfredsställelse och utförande .....	9
<b>Diskussion</b> .....	10
Metoddiskussion .....	10
Resultatdiskussion .....	12
<b>Referenser</b> .....	15

## **Bilaga 1**

## **Bilaga 2**

## **Bilaga 3**

## Bakgrund

Att bo kvar i sitt hem och klara sig självständigt är en grundläggande värdering i det svenska samhället (1). Det är önskvärt att kunna bo kvar i sitt hem, även när problem uppkommer i att utföra sina vardagliga aktiviteter. Kontroll över sin livssituation och kunna vara självständig är ofta av stor vikt för personen. Genom att satsa på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder som bevarar, främjar och stärker det friska påverkas samhällets ekonomi på ett positivt sätt. En viktig del för att känna sig självständig och oberoende är bland annat att trots eventuell funktionsvariation ska det finnas en bostad som är tillgänglig. Om boendet uppfyller behovet av tillgänglighet kan det stärka en persons möjligheter att leva ett aktivt liv (1).

Det finns ett starkt samband mellan miljön, aktiviteten och personen, dessa tre komponenter påverkar varandra på olika sätt (2, 3). Aktiviteterna i en persons liv är anpassade efter att nå ett syfte och är nödvändiga för att en person ska uppleva meningsfullhet, tillfredsställelse och engagemang. Engagemanget ökar om aktiviteten är självvald och prioriterad, vilket leder till bättre utförande och resultat, detta ökar möjligheten till att kunna bo kvar i sitt hem (2). Mary Law (3) beskriver personen som dynamisk och i ständig utveckling samt i konstant interaktion med miljön. Miljön utgör den fysiska och sociala kontexten där aktivitetsutförandet äger rum och omfattas av alla platser och rum där personer vistas och de föremål som används (3, 4). För att en aktivitet ska vara tillfredsställande är det av stor vikt att personen och miljön är i samspel med aktiviteten. Dessa tre komponenter behöver vara i balans för att aktivitetsutförandet ska bli så tillfredsställande som möjligt (3).

Utförandekapacitet tillsammans med miljöförhållanden, vanebildning och viljekraft utgör grunden för delaktighet i aktivitet (2). Människan är en aktiv varelse som strävar efter delaktighet för att nå hälsa (5, 6). Delaktighet kan ses som personens engagemang i sin livssituation och aktiviteter i dagliga livet (2). Engagemanget inkluderar inte bara utförandet utan också den subjektiva upplevelsen. Delaktighet i aktivitet anses vara uppfyllt om en person har tillgång till en adekvat miljö och kan göra viljebestämda val. Miljön kan vara antingen stödjande eller hindrande och påverkar personens utförande i aktivitet. Därtill påverkas interaktionen med miljön och aktiviteten av personens roller, vanor, värderingar, utförandekapacitet, samt den egna fysiska och kognitiva förmågan (2). För att en människa ska kunna utvecklas är denne beroende av aktivitet och delaktighet, genom detta kan människan själv påverka sin hälsa och sitt välbefinnande (7, 8).

Utifrån personens syn på sin situation och behov ska arbetsterapeuten stödja dennes förmåga till aktivitet och delaktighet, med dessa utgångspunkter ska även hänsyn tas till möjligheter och hinder i omgivningen (4). Detta för att personen ska ha möjlighet till att leva ett så bra liv som möjligt. Arbetsterapiprocessen ger en tydlig struktur och vägleder arbetsterapeuten i det kliniska arbetet med personen (7). Tillämpning av arbetsterapiprocessen stödjer arbetsterapeuten i att integrera teori, bedömning och interventioner för att kunna utföras i praktiken. En del i arbetsterapiprocessen är användning av ett eller flera bedömningsinstrument för att säkerställa datainsamling som underlag för planering av intervention (2). Bedömningen utförs för att öka förståelsen för personen och dennes behov och utgör en förutsättning för riktade insatser vid målformulering. Användning av bedömningsinstrument möjliggör ett personcentrerat och aktivitetsfokuserat arbete genom identifiering av problem och lösning på aktivitetsutförandet som sker i samarbete med

personen (7). Ett personcentrerat förhållningssätt är en av grundstenarna i arbetsterapi och är väsentligt för att kunna se individens unika erfarenheter och upplevelser (6). Genom ett personcentrerat förhållningssätt respekteras även personens värderingar, kunskap, önskemål och självbestämmande. Ekman et al (9) menar att genom att vara involverad och aktiv i sin egen vård bidrar det till bättre hälsoreultat och ökad tillfredsställelse. Bildbaserade bedömningsinstrument bidrar till personcentrering som leder till möjligheter för personens delaktighet som resulterar till en god behandling (Opublicerad kandidatuppsats, Mahmoudi och Wängdahl, 2018).

Det finns få bedömningsinstrument i Sverige som fokuserar på vad en person väljer att utföra för aktivitet i en specifik miljö och hur dessa komponenter interagerar med varandra, och som dessutom använder sig av bildstöd vid bedömning för personer med fysisk eller psykisk funktionsvariation. Stark (10) menar att tidigare studier inte fokuserat på miljöns betydelse för personens hälsa och funktion även om interventioner i miljön har visat sig ha en positiv påverkan. Ett bedömningsinstrument med fokus på person, miljö och aktivitet är The In-Home Occupational Performance Evaluation, (I-HOPE) (10). Instrumentet är från USA och har utvecklats till en svensk version: The In-Home Occupational Performance Evaluation/ Svensk version (I-HOPE/S) (In-Home Occupational Performance Evaluation © 2011/2017). I-HOPE/S är en bedömning som genomförs i tre steg och utförs av en arbetsterapeut tillsammans med personen i dennes hemmiljö. Kartläggningen av aktivitetsutförande sker via det visuella, med hjälp av bildkort som speglar vardagliga aktiviteter. Det visuella bidrar till att personen kan associera sig och sitt eget aktivitetsutförande med de aktiviteter som projiceras genom bilderna (11). Denna kartläggning används som utgångspunkt för interventioner som ger en möjlighet till att finna åtgärder som ger stöd till personer för att klara sig självständigt i hemmet (10). Ett pilotprojekt har genomförts där arbetsterapeuter i olika verksamheter har använt sig av bedömningsinstrumentet I-HOPE/S med syfte att utvärdera användbarheten för att kunna applicera det i svenska samhället. Studien ingår i ett samarbetsprojekt mellan arbetsterapeutprogrammet från Luleå Tekniska universitet och Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien. Det har tidigare genomförts tre studier (12–14) där det undersökts hur aktivitetskorten överensstämmer i det svenska samhället, samtliga för gruppen äldre personer. Bedömningar utifrån bedömningsinstrumentet I-HOPE/S har tidigare utgått från äldre hemmaboende personer över 65 år. I denna studie har även yngre personer ingått i syfte att utveckla instrumentet för att se om det är applicerbart för andra målgrupper än det den tidigare är utvecklad för.

## Syfte

Syftet med studien var att presentera och jämföra bedömningar av aktivitetsutförandet som utförts i en pilotstudie med I-HOPE/S, bland yngre och äldre personer i sin hemmiljö.

### Frågeställningar:

- Finns det någon skillnad mellan yngre respektive äldre personer i kategoriserad svårighet vid kartläggning av aktivitetsutförandet utifrån aktivitetsområdena?
- Finns det någon skillnad i vilka aktiviteter som yngre respektive äldre personer prioriterar i steg 2?

- Finns det ett samband mellan yngre respektive äldre personers skattning av utförande och tillfredsställelse i aktivitetsområdena?

## Metod

### Metodval

För att besvara syftet och frågeställningarna valdes en kvantitativ design som är lämplig vid kartläggning och för att undersöka och om möjligt finna statistiska samband mellan variabler (15). Studien faller under en tvärsnittsstudie med syftet att se hur variablerna förhåller sig till varandra vid ett specifikt nedslag i tiden som bara mäts en gång. Studiens resultat presenteras utifrån deskriptiv data och statistiska analyser. Datainsamlingen har skett med bedömningsformuläret I-HOPE/S, där bedömningarna har utförts av arbetsterapeuter från ett pilotprojekt i Sverige.

### Urval

Förfrågan och urval av deltagare utfördes av arbetsterapeuterna. Datainsamlingen skedde i pilotprojektet efter att arbetsterapeuterna fått kunskap om bedömningsinstrumentets syfte, metod samt instruktioner för tillvägagångssätt genom webbseminarium via Adobe Connect. Inklusionskriterier för studien riktade sig till personer som hade behov av kartläggning av eventuella problem med aktivitetsutförandet och behov av arbetsterapeutiska åtgärder i hemmet. Deltagarna i studien var en heterogen grupp vad gäller kön, funktionsvariation och ålder, där deltagarnas ålder varierade från 23 till 92 år, samtliga deltagare hade svenska som modersmål. Inga exklusionskriterier var aktuella i föreliggande studie.

### Procedur

Datainsamlingen påbörjades hösten 2017 och pågick till våren 2018. Bedömningarna utfördes i deltagarnas hemmiljö av legitimerade arbetsterapeuter samt arbetsterapeutstudenter som ingått i en referensgrupp från pilotprojektet och som på olika sätt visat intresse av att bekanta sig med och vara aktiv i utvecklingen av bedömningsinstrumentet. Deltagarna fick ett missivbrev angående projektets syfte, genomförande och informerat samtycke. Deltagarna som tackade ja till att delta i studien fick information om rätten att kunna avsluta sitt deltagande i studien närhelst de önskade. Arbetsterapeuterna samlade in bakgrundsinformation (Bilaga 1) samt bedömningsformulär (Bilaga 2 och 3) som innefattar kartläggning av möjligheter och problem i aktivitetsutförandet med fokus på aktivitet i relation till person och miljö i samband med åtgärder. Ansvariga forskare för pilotprojektet samlade ihop genomförda bedömningar som underlag för denna studie.

### Datainsamling

Sammanlagt genomfördes 20 bedömningar, 18 stycken utförda av 9 legitimerade arbetsterapeuter och 2 utförda av arbetsterapeutstudenter som också är författarna till studien. Bakgrundsfakta består av 12 inledande frågor som belyser personen och dennes hemsituation (tabell 1). Steg 1 i bedömningsformuläret "kartläggning av aktivitetsutförande" består av 44 bilder på olika aktiviteter som personen kategoriserade utifrån alternativen; *gör*

*inte och vill inte göra, gör nu utan problem, gör nu med svårighet/er, gör nu men är orolig för min förmåga i framtiden och gör inte men önskar göra.* Vid samtliga aktiviteter fanns det ett tillhörande kommentarsfält där arbetsterapeuten kunde notera om behov förelåg. Sex övriga aktiviteter tillkom i bedömningarna under pilotprojektet från deltagarna, författarna valde att exkludera dessa i analysen. Under steg 2 i bedömningsinstrumentet prioriterade deltagaren de aktiviteter i vilka problem med aktivitetsutförande identifierades som de ansåg vara av stor vikt att åtgärda. Därefter utfördes en subjektiv skattning av utförande och tillfredsställelse utifrån de prioriterade aktiviteterna. Deltagarna skattade utförandet av aktiviteten i olika grad från *kan inte alls utföra* representerat med siffran "1" till *kan utföra utan svårighet* representerat med siffran "5". Deltagarna skattade även sin tillfredsställelse kopplat till de prioriterade aktiviteterna, från *inte alls nöjd* representerat med siffran "1" till *mycket nöjd* representerat med siffran "5". Under steg 3 bedömde arbetsterapeuten genom observation av aktivitetsutförandet och miljöhinder där grad av självständighet eller behov av hjälp framkommer. Data från steg 3 ingick inte denna studie. Internt bortfall förekom i 10 aktiviteter där deltagarna inte alls har svarat eller lämnat en kommentar genom *ej aktuellt* eller *vet ej*. Steg 2 i bedömningsinstrumentet fanns ett internt bortfall på 2 personer.

## Analys

Insamlad data från bedömningsinstrumentet analyserades i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 25.0 IBM Corp, 2012) för att kunna sammanställa och undersöka divergens och kongruens i datamaterialet (16). Deltagargruppen delades upp i två grupper yngre personer <65 år och äldre personer >65 år.

För att beskriva och jämföra svårigheten i aktivitetsutförandet mellan grupperna dikotomiserades variablerna, *gör nu med svårighet/er, gör nu men är orolig för min förmåga i framtiden och gör inte men önskar göra* till en ny kategori *gör nu med någon typ av svårighet*. Samtliga aktiviteter kodades om i syfte att utläsa och jämföra variablerna för att analysera svårighet i båda grupperna. De undersökta aktiviteterna från de 44 aktivitetskorten delades upp till sex aktivitetsområden: *förflyttning, fritid, skötsel, klara sig i samhället, matlagning, grundläggande*, där skillnader och likheter jämförts i gruppen yngre och äldre personer. Uppdelning av aktivitetsområden inspirerades av Valmo-modellens (8) aktivitetskategorier och bedömningsinstrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (17). Uppdelningen av aktiviteterna utfördes för att på ett lätthanterligt sätt kunna beskriva undersökningens resultat. Chitvåtest som är ett icke-parametriskt statistiskt test användes med syftet att kunna utföra statistiska analyser och jämföra gruppen yngre och äldre personer. Signifikansgränsen valdes till  $p \leq 0,05$ . Deskriptiv data har använts för steg 2 i bedömningsinstrumentet där deltagarna skattar utförande och tillfredsställelse i prioriterade aktiviteter. Skattning av utförandet och tillfredsställelse beskrivs genom medianvärde i respektive aktivitetsområde bland yngre och äldre personer.

## Resultat

### Beskrivning av deltagare

20 stycken bedömningar ingår i studien. Gruppen som har bedömts bestod av fler kvinnor (55 %). Medelåldern för deltagarna var 67 år, min ålder 23 och max ålder 92 år. Alla (100 %) personer i gruppen yngre var ensamstående och i gruppen äldre var 45 % ensamstående och majoriteten av båda grupperna var boende i lägenhet. I gruppen yngre



personer beskrevs 67 % ha någon typ av psykisk funktionsvariation och majoriteten av de äldre personerna (45 %) hade somatiska besvär. Det fanns signifikant skillnader mellan grupperna yngre och äldre personer i civiltillstånd, hjälp från närstående och diagnos. För detalj se tabell 1.

**Tabell 1.** Deltagarstatistik och bakgrundsfakta för hela gruppen (n=20), uppdelat i yngre (n=9) respektive äldre (n=11) personer.

		Yngre	Äldre	Totalt	P-värde
<b>Kön</b>	Kvinna	3 (33%)	8 (73%)	11 (55%)	-
	Män	6 (67%)	3 (27%)	9 (45%)	
<b>Civiltillstånd</b>	Ensamstående	9 (100%)	5 (45%)	14 (70%)	0,03*
	Änkeman/änka	0	3 (27%)	3 (15%)	
	Gift/sammanboende	0	3 (27%)	3 (15%)	
<b>Boende</b>	Villa	0	3 (27%)	3 (15%)	-
	Lägenhet	9 (100%)	8 (73%)	17 (85%)	
<b>Hjälp från närstående</b>	Ja	2 (22%)	8 (73%)	10 (50%)	0,025*
	Nej	7 (78%)	3 (27%)	10 (50%)	
<b>Hjälp från hemtjänst</b>	Ja	7 (78%)	8 (73%)	15 (75%)	-
	Nej	2 (22%)	3 (27%)	5 (25%)	
<b>Diagnos</b>	Psykisk	6 (67%)	0	6 (30%)	0,002**
	Somatisk	3 (33%)	5 (45%)	8 (40%)	
	Ej befintlig	0	6 (55%)	6 (30%)	

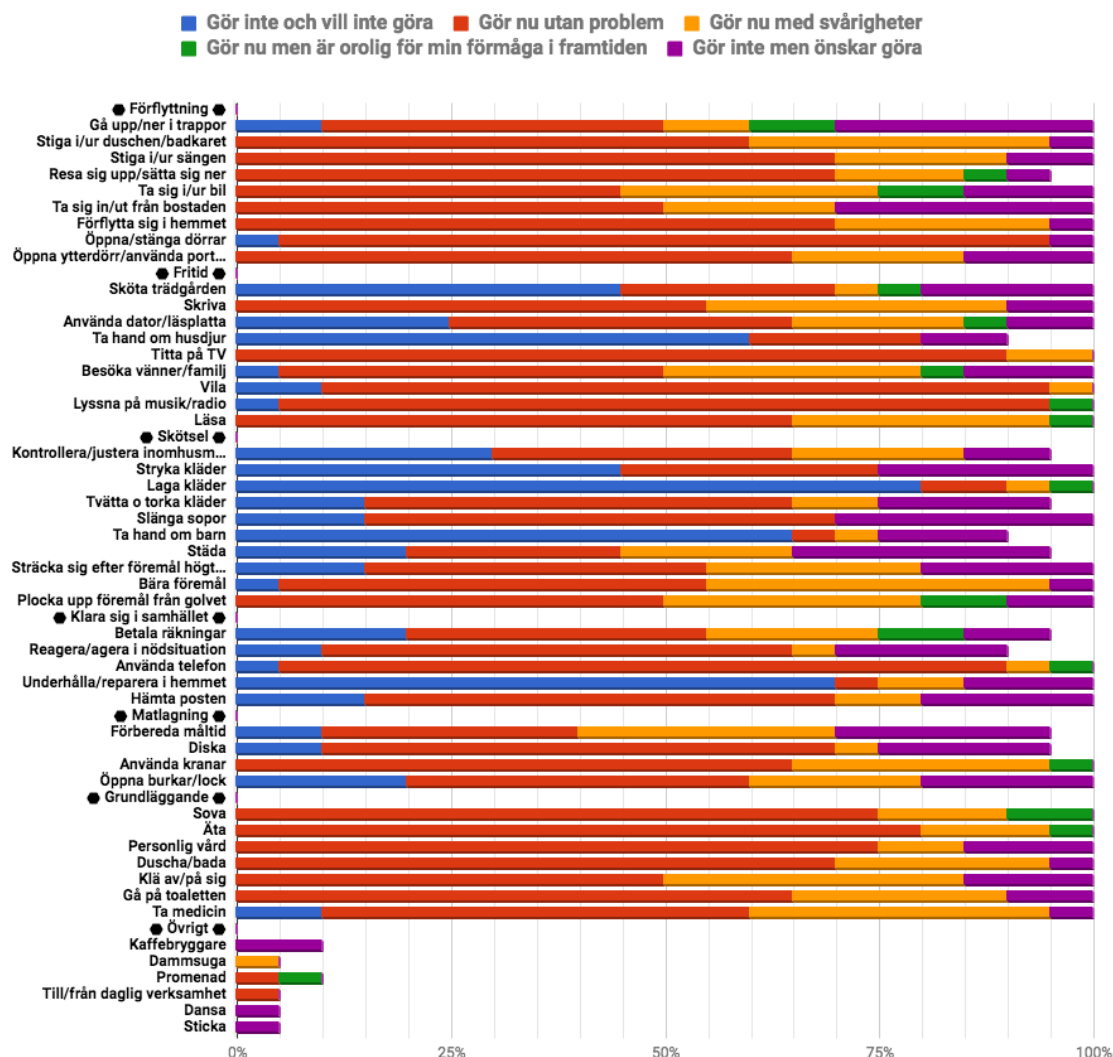
\*p ≤ 0,05

\*\*p ≤ 0,01

## Kartläggning av aktivitetsutförande

Kartläggningen av de 44 aktiviteter (figur 1) i steg 1 framkom att de tre frekvent förekommande aktiviteter kategoriserats som *gör inte och vill inte göra är: att laga kläder, att underhålla/repamera hemmet och att ta hand om barn*. I kategorin *gör nu utan problem* var aktiviteterna: *att lyssna på musik/radio, att titta på TV och att öppna/stänga dörrar* frekvent förekommande. De aktiviteter som gruppen kategoriserat som *gör nu med svårigheter* har *att bära föremål* kategoriserats flest gånger därefter kom aktiviteterna *att skriva, att klä av/på, att ta medicin och att stiga i/ur dusch/badkar*. Utförandet av aktiviteter som kategoriserades till *gör nu men är orolig för min förmåga i framtiden* är inte lika frekvent förekommande. Aktiviteter som de *inte gör men önskar göra* var *att städa, att ta sig in/ut från bostaden, att gå upp/ner trappor och att slänga sopor*. För detalj se figur 1.

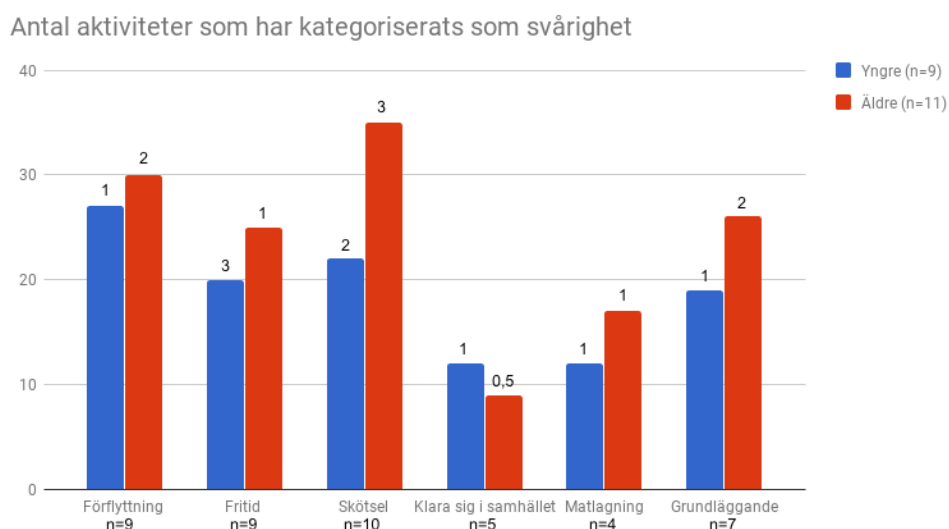
## Kartläggning av aktivitetsutförandet



**Figur 1.** Översikt av deltagarnas kategorisering utifrån steg 1 i bedömningsinstrumentet ”kartläggning av aktivitetsutförande” (n=20), som presenteras enligt de enskilda aktiviteterna och aktivitetsområden.

Inom aktivitetsområdet *skötsel* var det ett flertal enskilda aktiviteter där deltagarna kategoriserat *gör inte och vill inte göra*. *Klara sig i samhället* är det enda aktivitetsområdet där kategorin *gör inte och vill inte göra* blev kategoriserat under samtliga aktiviteter. Kategorin *gör nu utan problem* fanns en tydlig trend i aktivitetsområdena *förflyttning* och *grundläggande*. Sex övriga aktiviteter tillkom under bedömningarna; *att använda kaffebryggare*, *att dammsuga*, *att promenera*, *att ta sig till/från daglig verksamhet*, *att dansa* och *att sticka*.

## Kategoriserad svårighet utifrån kartläggningen från steg 1



**Figur 2.** Sammanställning från steg 1 där yngre och äldre personer kategoriserat aktiviteter som någon form av svårighet i de sex aktivitetsområdena. Varje aktivitetsområde består av olika antal aktiviteter (n=). Medianvärdet presenteras med siffran ovanför staplarna.

Äldre personer kategoriserade svårighet fler gånger jämfört med yngre personer i 5 av 6 aktivitetsområden. De yngre personerna kategoriserade svårighet fler gånger i 1 av 6 områden jämfört med de äldre personerna. Störst skillnad visar att *skötselaktiviteter* var det området som skiljde sig mest mellan yngre och äldre personer i kategoriserad svårighet. Medianvärdet i aktivitetsområdet förflyttning visar att de yngre personerna hade ett lägre värde än de äldre personerna. Medianvärdet representerar antal aktiviteter i aktivitetsområdet som kategoriserats med någon form av svårighet. Aktivitetsområdet *fritid* visar att enskilda personer i gruppen yngre hade svårigheter med en eller fler aktiviteter och i den äldre hade varje enskild person svårighet i färre antal av aktiviteter. Det fanns ingen signifikant skillnad i någon form av kategoriserad svårighet i de sex aktivitetsområdena. För detalj se figur 2.

## Prioriterade aktiviteter

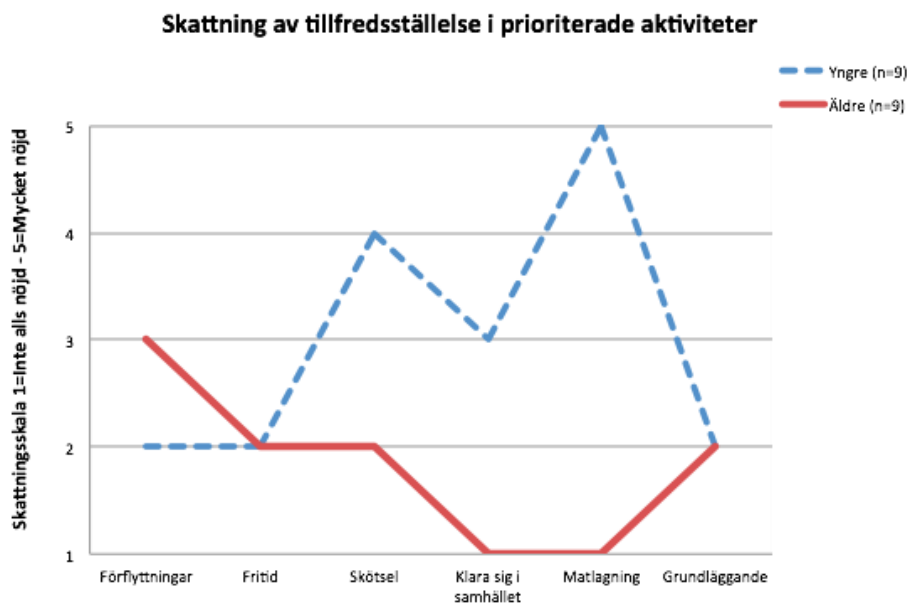
**Tabell 2.** Presentation av prioriterade aktiviteter utifrån de 44 enskilda aktiviteterna i aktivitetsområdet för yngre (n=9) respektive äldre (n=9) personerna, utifrån steg 2 i bedömningsinstrumentet.

Aktiviteter	Yngre	Äldre	Totalt	P-värde
<b>Förflyttning</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>0,42</b>
Gå upp/ner för trappor	2	4		
Stiga i/ur dusch/badkar	-	1		
Stiga i/ur sängen	3	1		
Resa sig/sätta sig	2	1		
Ta sig i/ur bil	1	1		
Ta sig in/ut från bostaden	3	-		
Förflytta sig i hemmet	-	1		
Öppna/stänga dörrar	-	-		
Öppna ytterdörr/anv. porttel	1	2		
<b>Fritid</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>0,32</b>
Sköta trädgård	-	2		
Skriva	2	1		
Använda läsplatta/dator	3	1		
Ta hand om husdjur	-	-		
Titta på TV	1	-		
Besöka vänner/familj	2	-		
Vila	1	-		
Lyssna på musik/radio	-	-		
Läsa	3	2		
<b>Skötsel</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>0,14</b>
Kontrollera justera inomhusmiljö	-	2		
Stryka kläder	-	-		
Laga kläder	-	2		
Tvätta/torka kläder	1	2		
Slänga sopor	-	2		
Ta hand om barn	1	1		
Städa	4	-		
Sträcka efter föremål högt	1	1		
Bära föremål	1	-		
Plocka upp föremål från golv	1	-		
<b>Klara sig i samhället</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>0,022*</b>
Betala räkningar	4	2		
Reagera/agera i nödsituation	3	-		
Använda telefon	1	-		
Underhålla/repamera	1	-		
Hämta posten	-	-		
<b>Matlagning</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>0,52</b>
Förbereda måltid	4	3		
Diska	-	1		
Använda kranar	1	-		
Öppna burkar/lock	-	2		
<b>Grundläggande</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>0,3</b>
Sova	2	1		
Äta	1	2		
Personlig vård	1	2		
Duscha/bada	1	1		
Klä av/på sig	1	4		
Gå på toaletten	3	3		
Ta medicin	2	-		
Totalt	59	51		

\*p ≤0,05

Det fanns en signifikant skillnad för prioriterade aktiviteter mellan yngre och äldre personer i aktivitetsområdet *klara sig i samhället*. Aktivitetsområdet *fritid* visade en skillnad i prioriterade aktiviteter mellan yngre och äldre personer men ingen signifikant skillnad förelåg. Personerna i den yngre gruppen hade prioriterat tolv gånger vid sex enskilda aktiviteter under aktivitetsområdet *fritid*. De äldre personerna hade prioriterat sex gånger vid fyra enskilda aktiviteter. Aktivitetsområdet *klara sig i samhället* hade de yngre personerna prioriterat nio gånger vid fyra enskilda aktiviteter. De äldre personerna hade prioriterat två gånger under en enskild aktivitet. *Förbereda måltid* är den enskilda aktivitet som var prioriterad flest gånger i den sammanlagda gruppen. Den enskilda aktiviteten som skiljer gruppen yngre och äldre personer var *att städa* där de yngre personerna hade prioriterat aktiviteten 4 gånger. Deltagarna prioriterade ingen av aktiviteterna: *att stryka kläder*, *att ta hand om husdjur*, *att hämta posten*, *att öppna/stänga dörrar* och *att lyssna på musik/radio*. För detalj se tabell 2.

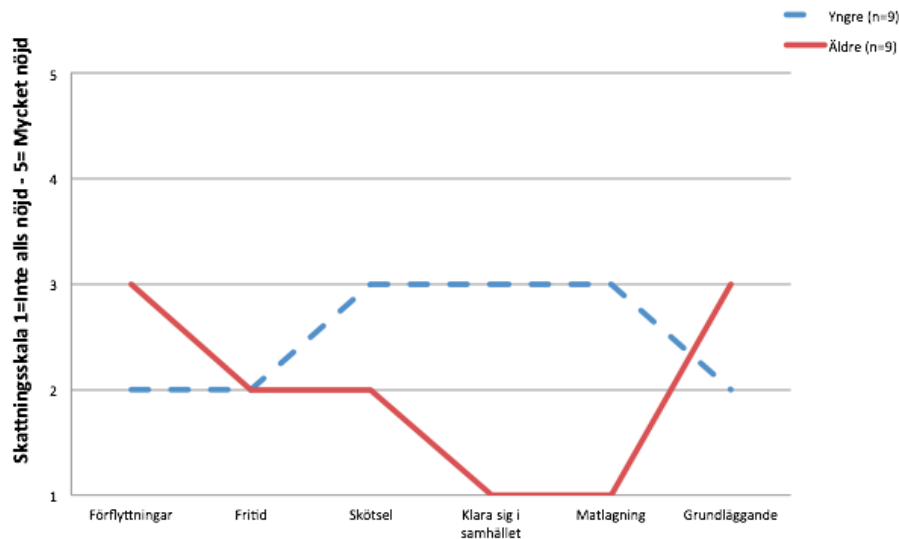
## Skattning av tillfredsställelse och utförande



**Figur 3.** Medianvärde av skattningen i steg 2 i bedömningsinstrumentet, där yngre och äldre personer prioriterade och skattade tillfredsställelse i aktivitetsområdena.

Medianvärdet för tillfredsställelse i *fritids-* och *grundläggandeaktiviteter* var 2 i båda grupperna yngre och äldre personer. I aktivitetsområdet *skötsel* hade de yngre personerna ett medianvärde på 4 och de äldre personerna 2 i skattningen. Skattningen av tillfredsställelse i *matlagningsaktiviteter* framkom olika medianvärden där de yngre personerna skattade 5 och äldre personerna skattade 1. För detalj se figur 3.

### Skattning av utförandet i prioriterade aktiviteter



**Figur 4.** Medianvärde av skattningen i steg 2 i bedömningsinstrumentet, där yngre och äldre personer prioriterade och skattade utförandet i aktivitetsområdena.

Medianvärdet av utförandet i aktivitetsområdet *fritid* skattades 2 i båda grupperna yngre och äldre. Utförandet av *förflyttningar* och *grundläggandeaktiviteter* hade yngre personer skattat 2 och äldre personer skattat 3. Aktivitetsområdena att *klara sig i samhället* samt *matlagningsaktiviteter* där de yngre personerna hade en median på 3 i båda aktivitetsområdena och de äldre personerna hade en medianskattning på 1. För detalj se figur 4.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Kvantitativ ansats valdes i föreliggande studie för att kunna mäta om det fanns någon signifikant skillnad mellan målgruppen yngre och äldre hemmaboende personer. Bedömningar som utförts i grupperna yngre och äldre var jämna till antalet därav fanns det en fördel i att utvärdera om signifikant skillnad existerade. Det fanns oklarheter avseende antalet personer som blev tillfrågade om medverkan i föreliggande studie, därav svårigheter att utläsa graden av det externa bortfallet. Det fanns interna bortfall i bedömningsinstrumenten under steg 1 och 2 som inte ansågs påverka signifikansen för resultatet i större grad. Det som begränsar trovärdigheten i föreliggande studie var att det totala antalet bedömningar som användes i dataanalysen inte uppfyller den mängd som är önskvärd i en kvantitativ studie.

Bedömningsinstrumentet var i första hand framtaget för hemmaboende personer över 65 år (In-Home Occupational Performance Evaluation © 2011/2017). Utgångspunkten för studie var att enbart använda de bedömningar som utförts på den målgrupp som instrumentet riktats till. Användbarheten för bedömningsinstrumentet har visats vara bredare än så då somliga av arbetsterapeuterna i pilotprojektet sett nytta av att utföra bedömningar med bildstöd på yngre personer med psykiska eller somatiska diagnoser. I brist på bedömningar inkluderades därför även personer under 65 år.

I-HOPE/S bedömningsformulär anses vara omfångsrikt utformat då de 44 aktivitetskorten under steg 1 innefattar flertalet aktiviteter som ingår i en persons aktivitetsrepertoar. Det är betydelsefullt att använda sig av prioriteringarna och skattningen av tillfredsställelse och utförande i steg 2 i bedömningsinstrumentet. Är en aktivitet prioriterad och självvald kan interventioner utifrån detta steg öka engagemanget och meningsfullheten vilket leder till ökad tillfredsställelse och bättre utförande (2, 3). För att möta syftet och frågeställningarna i föreliggande studie kodades aktivitetsvariablerna i databasen om och komprimerades till sex aktivitetsområden, i syfte att få ökad mängd data för att kunna utföra statistiska analyser på grupperna yngre och äldre personer. Ingen slutsats kan dras om vilket aktivitetsområde som var vanligt förekommande för behov av åtgärder i de båda grupperna. Kategoriseringen vid varje aktivitet dikotomiserades och konsekvensen av detta resulterade i att statistiska analyser och jämförelser mellan gruppernas kategoriserade svårighet kunde dras. Deskriptiva data användes för att sammanställa deltagarnas aktivitetsutförande samt för att jämföra variablerna hur de yngre och de äldre personerna skattade utförandet och tillfredsställelsen i prioriterade aktiviteter.

Studien har utgått från en tvärsnittundersökning som jämför två grupper vid en tidpunkt (18). Detta anses inte vara tillräckligt för att veta om interventioner utifrån insamlad data utifrån bedömningsinstrumentet är av belåtenhet. Genom bedömningsinstrumentet I-HOPE/S kan en fördel föreligga i att göra uppföljningar efter interventionen i arbetet med de prioriterade aktiviteterna. Detta ger en tydlig och konkret utgångspunkt i att resonera tillsammans med deltagaren hur skattningen var innan samt efter intervention. I detta fall då en tvärsnittundersökning utförts kan inte denna typ av mätning genomföras.

Vid studiens genomförande saknades forskning huruvida bedömningsinstrumentet var tillämpligt i det svenska samhället där bildstöd saknas i andra arbetsterapeutiska bedömningsinstrument riktad mot hemmaboende personer över 65 år. Det finns liknande bedömningsinstrument där aktiviteter kategoriseras, prioriteras och skattas i utförande och tillfredsställelse, som Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (17) och Gap i vardagens aktiviteter (GAP) (19), men där bilder inte används som stöd vid genomförandet av bedömningen. Det finns ett flertal fördelar med att använda ett bedömningsinstrument med bildstöd Houts et al (20) menar att bilder kan öka förståelsen och uppmärksamheten till skriven text och talat språk. Genom bildstöd kan bedömningsinstrument appliceras på en större målgrupp exempelvis för de med psykisk funktionsvariation eller för de situationer där språket är en hindrande faktor för intervention (21). Möjliga grupper som skulle kunna bli exkluderade av denna typ av bedömningsinstrument är personer med synnedläggelse eller personer som inte kan sätta sig in i de situationer som visas på aktivitetskorten. Arbetsterapeuter i en tidigare studie (Opublicerad kandidatuppsats, Meyer och Åman, 2018) har påvisat vikten av att utveckla aktivitetskorten för att tilltala fler målgrupper än de äldre personerna som bedömningsinstrumentet för närvarande riktas till. Arbetsterapeuterna uppgav också att det är stort fokus på de fysiska miljöhindren och att de inte tar hänsyn till psykisk funktionsvariation.

Författarna i föreliggande studie utförde varsin bedömning i syfte att få ökad mängd data till analysen samt ökad kunskap och förståelse för bedömningsinstrumentet, som anses ha påverkat resultatet på ett positivt sätt. Det fanns ingen förförståelse av bedömningsinstrumentet I-HOPE/S innan arbetet med studien påbörjades, detta anses inte haft någon negativ inverkan på resultatet. Dock kan föräring förekommit avseende vilka aktiviteter som skulle kategoriseras som någon form av svårigheter i de olika grupperna

yngre och äldre personer. Föreningen visade sig inte stämman då det inte fanns någon signifikant skillnad mellan grupperna i de aktivitetsområden där svårighet analyserats och det anses inte ha vinklat resultatet. Nyttan med föreliggande studie var att utvärdera användbarheten för I-HOPE/S i det svenska samhället, samt utvärdera om det är applicerbart för andra målgrupper än vad instrumentet är utvecklat för. Nyttan anses överväga riskerna med att det är få deltagare, då detta är ett nytt bedömningsinstrument under utveckling för att anpassas i det svenska samhället. I-HOPE/S ger en tydlig bild av svårigheter och aktivitetsutföranden som har ett värde för personer med olika funktionsvariation men som är i behov av utvärdering och vidare utveckling. En kvalitativ studie riktad till de yngre personerna som blivit bedömda med I-HOPE/S anses vara av intresse för att belysa uppfattningen av aktivitetskorten.

Deltagarna i föreliggande studie är skyddade av offentlighets- och sekretesslagen (22) samt personuppgiftslagen (23). Deltagarna erhöll även ett informerat samtycke där det tydligt förklarades att deltagande var frivilligt och att de hade rätt att avsluta sitt deltagande närhelst de önskade. Uppgifter om deltagarna hanterades och användes på ett sätt att deras identitet inte kunde avslöjas.

## Resultatdiskussion

Genom bedömningsinstrumentet I-HOPE/S kan det tydligt beskrivas hur tillfredsställda personerna är med sitt utförande i olika aktiviteter. I föreliggande studie framkom att yngre personer var mycket tillfredsställda med *matlagningsaktiviteter* jämfört med vad de äldre personerna var. En möjlig orsak till resultatet är att de yngre deltagarna har stöd från hemtjänst och/eller anhöriga och att de eventuellt inte klarar av att tillreda sin egen mat. Detta kan vara en anledning till att de yngre har skattat utförandet lägre, och att aktiviteten inte längre resulterar i en vana som är i behov av att lösas, då de eventuellt får stöd från hemtjänst och/eller anhöriga som utför aktiviteten. Under aktivitetsområdet *skötselaktiviteter* hade de äldre personerna kategoriserat svårighet i högre grad och frågan uppkommer om aktiviteterna inom området går att koppla till en arbetsterapeutisk förförståelse. Arbetsterapeuterna som är ansvariga för urvalet av deltagare kan omedvetet ha valt problematik som ligger närmare professionens typiska arbetsområden. I vidare forskning kan detta vara värdefullt att ta hänsyn till för att fånga in fler målgrupper.

Resultatet av analysen visade att det inte fanns någon signifikant skillnad i aktivitetsområden mellan yngre och äldre personer som blivit bedömda av instrumentet i vad det gäller svårigheter som kategoriserats i steg 1. Analysen vid figur 2 tyder på att aktivitetsområdet *skötsel* var kategoriserat som en större svårighet för de äldre än för de yngre personerna. *Förflyttning* var näst intill likt mellan yngre och äldre personer vid någon form av kategoriserade svårigheter. Under steg 2 i bedömningarna var det fem aktiviteter som inte blev prioriterade av någon trots att figur 1 visar att det fanns någon typ av svårighet i samtliga 44 aktiviteter. Detta gör att åtgärder inte kan riktas då det bara är de aktiviteter som är med i steg 2 som tas i beaktning vid interventioner och åtgärder. Även om svårigheter fanns kanske dessa inte är meningsfulla aktiviteter för personen. Bedömningsinstrumentets omfattning skulle kunna utgöra en risk med tanke på att bedömningen sker i tre steg och kan ta lång tid att utföra, då deltagarna kan ha begränsad fysisk eller psykisk uthållighet. En möjlig orsak av hur de prioriterade aktiviteterna framkommer är om det kan finnas otillräcklig kunskap om bedömningsinstrumentet hos arbetsterapeuterna. En annan aspekt är om den kognitiva förmågan påverkar om aktiviteten



blir prioriterad eller inte, samt hur den skattas då självinsikten eventuellt kan vara bristande för genomförandet av steg 2 i bedömningsinstrumentet.

Aktivitetsskorten i bedömningsinstrumentet bidrar till att personens subjektiva upplevelse tas i beaktning och interventioner riktas till aktiviteter som anses vara viktiga även om arbetsterapeuten anser att insatser borde riktas åt andra aktiviteter (2, 6). Trecartin och Cummings (24) påvisar att personer som får användning av sin objektiva och subjektiva upplevelse i sin hemmiljö får ökat psykiskt välbefinnande. Det är till fördel att använda sig av bilder för att lättare kunna associera sig med situationen som avspeglas (11). Interventioner riktade till prioriterade aktiviteter bidrar till delaktighet och fokus på patientens vilja (2). Kielhofner (2) menar att genom delaktig i sin intervention bidrar det till meningsfullhet i aktivitet och höjer motivationen. Författarna anser att genom användningen av I-HOPE/S där personcentrering är en central del av bedömningsinstrumentet bidrar till delaktighet, meningsfullhet och ökad motivation. Samspelet mellan person, miljö och aktivitet resulterar i aktivitetsutförandet som utgör basen för aktivitetsengagemang (3, 25). Genom deltagarnas engagemang och mening i aktivitet är det av betydelse för att uppnå positiva resultat (25).

Under bedömningens gång tillkom de sex övriga aktiviteterna från steg 1 i bedömningsinstrumentet, *kartläggning av aktivitetsutförande*. Ett aktivt val gjordes för att exkludera de sex övriga aktiviteterna, då datamängden i varje aktivitet inte var tillräcklig. Medvetenheten finns om att ett annorlunda utfall i resultatet hade framkommit om aktiviteterna hade ingått i bedömningsinstrumentet från början för samtliga deltagare i studien. Delaktiviteter genomförs för att aktivitetsutförandet ska kunna bli optimalt som möjligt och där tillfredsställelsen påverkas av upplevelsen eller resultatet (26). Aktivitetsskorten *att städa* och *att förbereda måltid* anses vara komplexa aktiviteter med flera steg i utförandet. I föreliggande studie framkom att detta var två av aktiviteterna där flertalet av deltagarna har kategoriserat någon form av svårighet. Det kan vara en anledning till varför två av de övriga aktiviteterna som tillkommit under bedömningarna var *att använda kaffebryggare* och *att dammsuga*, vilket kan ses som delaktiviteter i de redan befintliga aktiviteterna *att städa* och *att förbereda måltid*. Därför kan en utveckling av instrumentet innebära att se över aktivitetsskorten där en utveckling av en komplex aktivitet med ytterligare aktivitetsskort för att uppmärksamma vilket moment i aktiviteten som det är svårighet med.

Det finns en osäkerhet i hur samtliga deltagare har uppfattat aktivitetsskorten och om det påverkat kartläggningen i steg 1. Resonemanget kring hur aktivitetsskorten har påverkat de yngre personerna är oklart i dagsläget då inga studier utförts på hur de uppfattar aktivitetsskorten. Utifrån arbetsterapeuternas kompetens och val att inkludera personer yngre än 65 år tyder det på att ett behov finns som behöver täckas. Flertalet av personerna i den yngre gruppen hade någon form av psykisk diagnos, vilket kan innebära olika svårigheter med uppmärksamhet, minne, inlärning och mentalisering (27, 28). För att klara av de enskilda aktiviteterna under aktivitetsområdet *klara sig i samhället*, där de yngre personerna hade skattat sina svårigheter högre än gruppen äldre personer kan det tänkas att en möjlig orsak till detta är på grund av de psykiska funktionsvariationerna.

Tidigare studier (12–14) om I-HOPE/S har endast utgått från den tänkta målgruppen, personer över 65 år och hur de uppfattat aktivitetsskorten. Föreliggande studie visar att bedömningsinstrument skulle kunna appliceras på både yngre och äldre personer i sin hemmiljö. Utifrån detta måste vidare studier och forskning utföras för de yngre personerna

angående aktivitetskorten och bedömningsinstrumentet I-HOPE/S. I en kvalitativ studie (Opublicerad kandidatuppsats, Meyer och Åman, 2018) undersöks arbetsterapeuters upplevelse av bedömningsinstrumentet där framkom att en utveckling av bilderna i instrumentet borde vara av intresse för att tilltala fler målgrupper än de äldre personerna över 65 år. I föreliggande studie framkom det från kommentarsfälten i steg 1 i bedömningsinstrumentet att aktivitetskorten *att agera/reagera i nödsituation, att justera/kontrollera inomhusmiljö* och *att öppna ytterdörr/använda porttelefon* är illustrationen av bilderna svåra att tyda. I-HOPE/S använde sig av bilder från amerikanska I-HOPE och har inte anpassats till det svenska samhället, där finns en utvecklingspotential.

Fördelar finns om att fördela gruppen yngre respektive äldre personer för att tydligare se om användbarheten finns för bedömningsinstrumentet I-HOPE/S för yngre personer. Det krävs en större grupp deltagare för att kunna testa reliabilitet och validitet, då denna pilotstudie är ett första steg i utvecklingen av I-HOPE/S.

## **Slutsats**

Föreliggande studie visade att bedömningsinstrumentet går att applicera i det svenska samhället baserad på den svenska versionen för yngre och äldre personer men inte i vilken utsträckning. Föreliggande studie påvisar att slutsatser kan dras för att bedömningsinstrumentet är applicerbart för en annan målgrupp utöver målgruppen, personerna över 65 år som det ursprungligen är riktat till. Eftersom studien baseras på en liten deltagargrupp kan slutsatser inte dras om bedömningsinstrumentet är generaliserbart för båda grupperna yngre och äldre i det svenska samhället. Studier och vidare forskning är nödvändig för att veta om applicerbarheten och generaliserbarheten finns för bedömningsinstrumentet I-HOPE/S.

## Referenser

1. Statens folkhälsoinstitut. Äldres hälsa: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
2. Kielhofner G. Model of human occupation: teori och tillämpning. 4:de upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2012
3. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Can J Occup Ther.* 1996;63(1):9-23.
4. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Etisk kod för arbetsterapeuter. Nacka: FSA; 2012.
5. Sundin B. Den kupade handen: historien om människan och tekniken. Helsingborg: Carlsson; 2006.
6. Sveriges Arbetsterapeuter. Personcentrering inom arbetsterapi: så bidrar arbetsterapi till personcentrerad hälso- och sjukvård [Internet]. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter; 2016 [uppdaterad 2016-09-17; citerad 2017-12-04]. Hämtad från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Forbundets-forlag/Personcentrering-inom-arbetsterapi-2016/>
7. Fisher AG, Nyman A. OTIPM: en modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi. FoU-rapport07. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter; 2011.
8. Erlandsson L, Persson D. ValMo-modellen: ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.
9. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2011;10(4):248-51.
10. Stark SL, Somerville EK, Morris JC. In-Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE). *Am J Occup Ther.* 2010;64(4):580-9.
11. Sachs D, Josman N. The Activity Card Sort: A Factor Analysis. *OTJR (Thorofare NJ).* 2003;23(4):165-74.
12. Eriksson P. In-Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE): Äldre personer i Sverige och deras tolkning av aktivitetskorten utifrån ett kulturellt perspektiv – en kvantitativ studie [examensarbete på internet]. Luleå; Luleå tekniska universitet; 2017. [citerad 2018-04-27]. Hämtad från: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:ltu:diva-63690>
13. Norin A, Ström K. In-Home Occupational Performance Evaluation Kartläggning av aktivitetskortens överensstämmelse hos personer, 65 år och äldre i ordinärt boende i Sverige [examensarbete på internet]. Luleå; Luleå tekniska universitet; 2017. [citerad 2018-04-27]. Hämtad från: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:ltu:diva-63616>
14. Horgen C. En svensk version av I-HOPE : En undersökning om hur personer över 65 år i ordinärt boende upplever aktivitetskorten i bedömningsinstrumentet I-HOPE utifrån svenska förhållanden [examensarbete på internet]. Luleå; Luleå tekniska universitet; 2017. [citerad 2018-04-27]. Hämtad från: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:ltu:diva-63747>
15. Henricson M. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2017.
16. Wahlgren L. SPSS steg för steg. 3. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2012.
17. Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. COPM Canadian Occupational Performance Measure: svensk version. 5. uppl. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2016.

18. Björk J. Praktisk statistik för medicin och hälsa. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2011.
19. Eriksson G. Gap i vardagens aktiviteter. Nacka: FSA; 2017
20. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education Couns.* 2006;61(2):173-90.
21. Socialstyrelsen. Kommunikation och informationsöverföring [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017 [uppdaterad 2017-04-28; citerad 2018-04-28] Hämtad från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/kommunikation-och-informationshantering>
22. Offentlighets- och sekretesslag (SFS 2009:400) [Internet]. Stockholm: Justitiedepartementet [citerad 2018-05-16]. Hämtad från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400).
23. Personuppgiftslag (SFS 1998:204) [Internet]. Stockholm: Justitiedepartementet [citerad 2018-05-16]. Hämtad från: [http://www.riksdagen.se/sv/dokumentlagar/dokument/svenskforfattningssamling/personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204](http://www.riksdagen.se/sv/dokumentlagar/dokument/svenskforfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204)
24. Trecartin S, Cummings S. Systematic review of the physical home environment and the relationship to psychological well-being among community-dwelling older adults *J Gerontol Soc Work.* 2018.
25. Bejerholm U. Aktivitetsengagemang. I: Eklund M, Gunnarsson B, Leufstadius C, redaktörer. *Aktivitet och relation: Mål och medel inom psykosocial rehabilitering.* Lund: Studentlitteratur; 2010. s.131-150
26. Argentzell E, Leufstadius C. Teoretiska grunder inom psykosocial arbetsterapi. I: Eklund M, Gunnarsson B, Leufstadius C, redaktörer. *Aktivitet och relation: Mål och medel inom psykosocial rehabilitering.* Lund: Studentlitteratur; 2010. s.41-71
27. Allgulander C. *Klinisk psykiatri.* Lund: Studentlitteratur; 2014.
28. Goschke, T. Systematic review of the physical home environment and the relationship to psychological well-being among community-dwelling older adults. *Int J Metoder Psychiatr Res.* 2014; 23 (51): 41-57.

Bilaga 1

BAKGRUNDSFRÅGOR

DATUM:		ARBETSTERAPEUT:
DELTAGARENS ID:		

BAKGRUNDSDATA

1) KÖN:

Kvinna     Man     Hen

2) FÖDELSEÅR:

3) KLIENTENS DIAGNOS/PROBLEM  
SOM FÖRANLEDER KONTAKT MED  
ARBETSTERAPEUT/HEMBSÖK:

4) CIVILSTÄND:

Ensamstående  
 Änkeman/Änka  
 Gift/Sammanboende  
 Särbo

5) BOSTADSOMRÅDE:

Stad  
 Tätort  
 Landsbygd

6) TYP AV BOENDE:

Villa  
 Radhus  
 Lägenhet

7) FÖRFLYTTNINGSHJÄLPMEDEL INOMHUS:

Ja  
 Nej, gå till fråga 8.

Om Ja; Vilket?

Käpp/kryckkäppar  
 Rollator  
 Gåbord  
 Rullstol  
 Elrullstol  
 Annat:

8) FÖRFLYTTNINGSHJÄLPMEDEL UTOMHUS:

Ja  
 Nej, gå till fråga 9.

Om Ja; Vilket?

Käpp/kryckkäppar  
 Rollator  
 Gåbord  
 Rullstol  
 Elrullstol  
 Annat:

BAKGRUNDSFRÅGOR

9) HJÄLP FRÅN NÄRSTÄENDE:

- Ja  
 Nej

10) HJÄLP FRÅN HEMTJÄNST:

- Ja  
 Nej

11) I ALLMÄNHET ÄR DIN HÄLSA:

- Utmärkt  
 Mycket god  
 God  
 Någorlunda  
dålig

12) VILKET ÄR DITT MODERSMÅL:

Om annat än svenska;  
HUR UPPLEVER DU ATT DU KAN GÖRA  
DIG FÖRSTÅDD PÅ SVENSKA I VARDAGEN?  
(Exempelvis i samband med inköp mm)

- Mycket bra  
 Bra  
 Viss svårighet  
 Inte alls

TAR DU HJÄLP AV TOLK/NÄRSTÄENDE?

- Aldrig  
 Ibland  
 Alltid

FÅR EJ KOPIERAS

Bilaga 2

Steg 1. Kartläggning av aktivitetsutförande						
1. Gör inte och vill inte göra; 2. Gör nu utan problem; 3. Gör nu med svårighet/-er; 4. Gör nu men är orolig för min förmåga i framtiden; 5. Gör inte men önskar göra						
Aktivitetskort	1	2	3	4	5	Arbets terapeutens noteringar
1	Äta					
2	Gå på toaletten					
3	Använda kranar					
4	Sova					
5	Stiga i/ur duschen/badkaret					
6	Duscha/Bada					
7	Stiga i/ur sängen					
8	Personlig vård (t.ex. borsta tänder, rakning, kamma/borsta hår, sminka)					
9	Klä av/på sig					
10	Ta medicin/medicinhantering					
11	Vila					
12	Diska					
13	Tvätta och torka kläder					
14	Stryka kläder					
15	Förbereda måltid					
16	Städa					
17	Underhålla/Reparera i hemmet					
18	Ta hand om husdjur					
19	Betala räkningar					
20	Ta hand om barn					
21	Hämta posten					
22	Ta sig in/ut från bostaden					
23	Sträcka sig efter föremål högt uppe					
24	Res sig upp/Sätta sig ner					
25	Gå upp/ner i trappor					
26	Förflytta sig i hemmet					
27	Plocka upp föremål från golvet					
28	Bära föremål					
29	Laga kläder					

30	Reagera/Agera i en nödsituation								
31	Kontrollera/Justera inomhusmiljö								
32	Öppna/stänga dörrar								
33	Sköta trädgården								
34	Slänga sopor								
35	Läsa								
36	Skriva								
37	Titta på TV								
38	Lyssna på musik/radio								
39	Använda telefon								
40	Besöka vänner/familj								
41	Öppna ytterdörr/Använda porttelefon								
42	Använda dator/läsplatta								
43	Ta sig i/ur bil								
44	Öppna burkar/lock								
45	Övrig aktivitet:								
46	Övrig aktivitet:								
47	Övrig aktivitet:								
48	Övrig aktivitet:								
49	Övrig aktivitet:								
<b>Totalt antal aktiviteter:</b>		X							



Steg 2. Prioritera och självskatta aktiviteter		Steg 3. Observation av aktivitetsutförande och miljöhinder	
<p>- Hur skulle du värdera hur du utför den här aktiviteten nu?</p> <p>1 Kan inte alls utföra      2      3      4      5 Kan utföra utan svårighet</p> <p>- Hur nöjd är du med på vilket sätt du utför aktiviteten nu?</p> <p>1 Inte alls nöjd      2      3      4      5 Mycket nöjd</p>		<p>- Bedöm grad av självständighet/behov av hjälp?</p> <p>0 Självständig med/utan hjälpmedel</p> <p>1 Tillfryn behövs</p> <p>2 Behöver minimal hjälp/stöd</p> <p>3 Behöver delvis hjälp/stöd</p> <p>4 Behöver maximal hjälp/stöd</p> <p>5 Gör ej</p> <p>- Ange miljöhinder</p>	
Prioriterade aktiviteter	Klientens självskattning		Arbets terapeutens bedömning
	Utförandet	Tillfredsställelse	
1.			Grad av självständighet/ Behov av hjälp
2.			Ange miljöhinder
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Total summa:			