



Hemlivsbedömningar i multiprofessionella sammanhang

-användarnas uppfattning om den svenska versionen av
bedömningsinstrumentet ASTA™

Emma Fuchs

Alli Liljeström

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Ergoterapi
Identifikationsnummer:	Emma Fuchs: 3095, Alli Liljeström: 3094
Författare:	Emma Fuchs och Alli Liljeström
Arbetets namn:	Hemlivsbedömningar i multiprofessionella sammanhang – användarnas uppfattning om den svenska versionen av bedömningsinstrumentet ASTA™
Handledare (Arcada):	Annikki Arola
Uppdragsgivare:	Boendeservicestiftelsen ASPA
<p>Sammandrag:</p> <p>I detta examensarbete har vi beskrivit pilottestningen av den svenska versionen av bedömningsinstrumentet ASTA™ som är ämnat för att bedöma aktiviteter i hemlivet. Syftet med vårt examensarbete har varit att undersöka användarnas uppfattning av den svenska versionen av bedömningsinstrumentet ASTA i multiprofessionella sammanhang. Vår forskning är en kvantitativ studie där vi använt oss av enkätmetoden i syftet om att finna svar. Vår studie utgör en del av utvecklingsprocessen av bedömningsinstrumentet ASTA. Som referensram användes den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). I vår undersökning fick vi svar från 26 personer vilket utgjorde 53 % av pilottestarna. Vi har begränsat studien till att behandla de språkliga aspekterna, undersökt ifall det finns ett behov av en specialutbildning, vilka klientgrupper ASTA lämpar sig bäst för samt hur bedömningsresultaten använts. Resultaten och responsen var främst positiva, dock kunde man konstatera att provanvändningen av bedömningsinstrumentet (två månader) utgjorde en för kort tid för att kunna se konkreta resultat i exempelvis multiprofessionella team. I feedbackmaterialet framgick att ASTA lämpar sig bäst för bedömning av funktionsförmågan och förändring i funktionsförmågan samt bedömning av behovet av hjälp. ASTA lämpade sig bäst för personer med ett rörelsehinder eller stöd – och rörelseorgansproblematik (STÖRÖ) och seniorer. Resultatet lyfte även fram ett eventuellt behov av en specialutbildning innan användningen av bedömningsinstrumentet ASTA. Dock kunde man konstatera att översättningen av bedömningsinstrumentet från finska till svenska inte påverkat innehållet.</p>	
Nyckelord:	Bedömning, Bedömningsinstrumentet ASTA™, Aktiviteter i hemlivet, Klientcentrering, Evidensbaserat arbetssätt, ICF, Boendeservicestiftelsen ASPA
Sidantal:	47 sidor + 3 bilagor
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	23.11.2010

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Occupational Therapy
Identification number:	Emma Fuchs: 3095, Alli Liljeström: 3094
Author:	Emma Fuchs and Alli Liljeström
Title:	Home life assessments in multi-professional context- user's opinion/view of the Swedish version of the assessment ASTA™
Supervisor (Arcada):	Annikki Arola
Commissioned by:	Asumispalvelusäätö ASPA
<p>Abstract:</p> <p>In this thesis we have described a pilot study of the Swedish version of the assessment tool ASTA™ which is designed to assess the activities of home life. The aim of this study has been to investigate the user's opinion about the Swedish version of the assessment ASTA in a multi-professional context. Our research is a quantitative study in which we have used the survey method to find the answers. Our study is part of the development of the assessment instrument ASTA and the framework of this research was derived from the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). We received feedback from 26 individuals which represented 53% of the pilot testers. We have limited our study to the language issue, we have examined whether there is a need for special education, which client groups ASTA suits best for and how the assessment results were used. The result and the feedback were mostly positive; however, it appeared that the time of 2 months was not enough to see any concrete results in multi-professional teams. The feedback material showed that ASTA is best suited for assessment of change in functional ability, assessment of functional ability and assessment of need for help. ASTA suited best for persons with a functional disability or problems in movement and support organs and seniors. The result also highlighted a possible need for a special education before the use of the assessment tool ASTA. Based on the results the translation of the assessment instrument from Finnish to Swedish had not affected the contents of the assessments.</p>	
Keywords:	Assessment, The assessment tool ASTA™, Activities of home life, Client - centeredness, Evidence – based practice, ICF, Asumispalvelusäätö ASPA
Number of pages:	pages 45 + 3 appendixes
Language:	Swedish
Date of acceptance:	23.11.2010

OPINNÄYTETYÖ	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Toimintaterapia
Tunnistenumero:	Emma Fuchs: 3095, Alli Liljeström: 3094
Tekijä:	Emma Fuchs sekä Alli Liljeström
Työn nimi:	Päivittäisen asumisen toimintojen arviointi moniammatillisissa yhteyksissä – Koekäyttäjien käsitys ASTA™ arviointilomakkeiston ruotsinkielisestä käännöksestä
Työn ohjaaja (Arcada):	Annikki Arola
Toimeksiantaja:	Asumispalvelusäätiö ASPA
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Olemme opinnäytetyössämme kuvailleet ASTA™ - päivittäisen asumisen toimintojen arviointilomakkeiston, ruotsinkielisen käännöksen pilotoinnin moniammatillisissa yhteyksissä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää käännöksessä mahdollisesti ilmenevät puutteet, mille asiakasryhmille arviointilomakkeistoa suositellaan, kuinka arviointituloksia käytettiin ja kuinka tarpeellisena koekäyttäjät kokevat käyttökoulutuksen. Tutkimuksemme on osa arviointilomakkeisto ASTAn kehittämistyötä. Viitekehystenämme toimi Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF. Luonteeltaan tutkimus oli kvantitatiivinen ja saimme palautetta 26 henkilöltä, joka vastaa 53 % koekäyttäjistä. Tulokset ja palaute olivat pääasiallisesti positiivisia, vaikka saatoimme nähdä kahden kuukauden koekäyttöajan olevan liian lyhyt esimerkiksi tulosten käytön selville saamiseksi. Tulosten perusteella ASTA soveltuu parhaiten toimintakyvyn arviointiin, toimintakyvyn vaihtelevuuden arviointiin sekä avun tarpeen arviointiin liikuntavammaisilla, Tules – asiakkailta sekä vanhuksilla. Esille nousi myös mahdollinen tarve käyttökoulutukselle ennen arviointilomakkeiston käyttöönottoa. Tutkimuksen perusteella käännös ei kuitenkaan ollut muuttanut arviointilomakkeisto ASTAn sisältöä.</p>	
Avainsanat:	Arviointi, Arviointilomakkeisto ASTA™, Päivittäisen asumisen toiminnot, Asiakaslähtöisyys, Näyttöön perustuva käytäntö, ICF, Asumispalvelusäätiö ASPA
Sivumäärä:	47 sivua + 3 liitettä
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	23.11.2010

INNEHÅLL / CONTENTS

1	INLEDNING	6
2	BAKGRUND	7
2.1	Bedömningsinstrumentet ASTA TM	7
2.2	Aktivitet	10
2.3	Ergoterapeutisk bedömning	11
2.3.1	<i>Klientcentrering och bedömning</i>	13
2.3.2	<i>Bedömning av ADL-aktiviteter</i>	14
2.3.3	<i>Utveckling av bedömningsinstrument</i>	15
2.4	Multiprofessionellt arbete	16
3	TEORETISK REFERENSRAM	19
4	TIDIGARE FORSKNING	21
5	SYFTE OCH FORSKNINGSFRÅGOR	23
6	METOD	23
6.1	Informanter	25
6.2	Etiska reflektioner	26
6.3	Frågeformulärets struktur	27
7	RESULTATREDOVISNING	29
8	DISKUSSION	37
8.1	Resultatdiskussion	37
8.2	Metoddiskussion	42
8.3	Fortsatt forskning	43
	Referenser	46
	Bilagor	49

1 INLEDNING

Vårt intresse för ett examensarbete inom ramen för utvecklandet av bedömningsinstrumentet ASTA™ väcktes, när Katja Laine som representant för Boendeservicestiftelsen ASPA presenterade projektet sommaren 2009 vid Arcada. Examensarbetet är ett beställningsarbete som skall vara färdigt vid slutet av året 2010. Instrumentet har översatts till svenska hösten 2009 och måste pilottestas liksom den finskspråkiga versionen tidigare. Förhoppningsvis kan bedömningsinstrumentet ASTA bli ett gemensamt hjälpmedel för de olika yrkesgrupperna i ett multiprofessionellt arbetsteam; ett instrument vars resultat alla i teamet kan dra nytta av. Examensarbetet har genomförts i par och arbetsfördelningen har fördelat sig på ett naturligt sätt. Stundvis har båda parterna arbetat med samma frågeställning dock på var sitt håll varefter resultaten samt konklusioner diskuterats fram under gemensamma möten.

ASTA-blanketten är ett bedömningsinstrument som är ämnat för bedömning av dagliga aktiviteter i hemlivet och utvecklat i Boendeservicestiftelsen ASPAs projekt Omaan elämään – Turvallinen asuminen. Bedömningsinstrumentet ASTA har genomgått planerings – och konstruktionsfaserna. Planeringsfasen för ASTA inleddes hösten 2007 och konstruktionsfasen våren 2008 när två ergoterapistuderande från Åbo yrkeshögskola sammanställde den allra första finskspråkiga versionen av ASTA under deras praktik som utfördes inom projektet. Efter det har bedömningsinstrumentet pilottestats flera gånger under utvecklingsprocessen.

I vårt examensarbete kommer den svenska versionen av bedömningsinstrumentet ASTA att pilottestas för första gången. Vi kommer att undersöka användarnas uppfattning av bedömningsinstrumentet ASTA i multiprofessionella sammanhang i en önskan om att alla i rehabiliteringsteamet kunde dra nytta av bedömningsinstrumentet. Bedömningsinstrumentet ASTA kommer att provanvändas av olika yrkesgrupper; ergoterapeuter, socialarbetare, föreståndare och personal på boenden samt rehabiliteringshandledare.

2 BAKGRUND

I följande kommer vi att redogöra för bakgrunden till vårt syfte och våra forskningsfrågor samt för utvecklandet av ett bedömningsinstrument. Vi tar fasta på följande faktorer i bedömningsinstrumentet ASTA; aktivitetsperspektivet i ergoterapi, den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF), det evidensbase-
rade arbetssättet och bedömningen inom ergoterapi samt det multiprofessionella arbetet inom social- och hälsovården. Uppmärksamhet fästs också vid utvecklandet av bedömningsinstrument, eftersom vårt examensarbete utgör en del av utvecklingsprocessen av bedömningsinstrumentet ASTA.

Vår referensram utgörs av ICF som tar fasta på delar som vi i vårt examensarbete vill undersöka. En orsak till att referensramen är så lämplig är att man vid utvecklandet av bedömningsinstrumentet ASTA har använt och tillämpat delar av ICF – klassifikationen. För att bedömningsinstrumentet skall kunna användas av olika yrkesgrupper, är språket så allmänt som möjligt och följer i stor utsträckning ICF – klassifikationens termer och beskrivningar bl.a. vid beskrivning av de olika aktiviteterna (ASPA c). ICF är rekommenderad att användas vid utveckling av bedömningsinstrument och i ICF ges exempel på olika nivåer vid bedömning. (Socialstyrelsen 2003:24-25)

2.1 Bedömningsinstrumentet ASTA TM

ASTATM-blanketten är ett bedömningsinstrument som är ämnat för bedömning av dagliga aktiviteter i hemlivet. Aktivitetsområdena kan delas in i de dagliga aktiviteterna i hemmet ADL, arbete/lek, fritid och vila (Meriano & Latella 2008:2-3). Bedömningsinstrumentet ASTA tar främst fasta på delområdet ADL men behandlar även fritid. Ursprungligen har bedömningsinstrumentet utvecklats för att kartlägga aktivitetsutförandet i aktiviteterna i hemliv för personer med en varierande funktionsförmåga. Bedömningsinstrumentet ASTA kan exempelvis användas vid serviceplanering och vid boendeträning. ASTA kan även användas vid bedömning av terapibehov, förändringsarbeten i hemmet eller vid bedömning av andra interventioner. Utgående från de tidigare utförda

pilottestningarna har man konstaterat att ASTA även lämpar sig för bedömning av klienter som är i behov av hjälp på grund av kognitiva, psykiska eller fysiska nedsättningar. Förutom för neurologiska, neuropsykiatriska och psykiatriska klienter, lämpar sig ASTA även för äldre, funktionshindrade, personer med minnesproblem och personer med en lindrig utvecklingsstörning. Bedömningsinstrumentet ASTA består av en bedömningsblankett, en manual samt sammanfattningssidor som även finns tillgängliga i elektronisk form. (ASPA 2010c)

Med hjälp av ASTA kartläggs hurdan hjälp klienten främst är i behov av och hur behovet ändras när funktionsförmågan ändras från dag till dag eller från situation till situation. Därför är ASTA även användbar för de klienter vars funktionsförmåga inte är stabil, och vars funktionsförmåga förändras till och med under loppet av en dag. Varje aktivitet bedöms utgående från den mängd fysisk assistans, verbal handledning, påminnelse eller visuella instruktioner som klienten är i behov av. (ASPA 2010c)

I och med att ASTA består av 78 aktiviteter, får man med hjälp av bedömningsinstrumentet en mångsidig bild över hurdana lösningar som krävs för att klienten skall bli mer självständig och hur man på det bästa sättet kan skapa och stöda ett tryggt aktivitetsutförande. Trots den stora mängden aktiviteter som bedöms med hjälp av ASTA, går det att endast använda sig av vissa utvalda delar vilka man finner som relevanta för klienten och situationen. (ASPA 2010a)

Tillämpade delar av den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF – klassifikationen) har använts i ASTA. Varje aktivitetsområde och de flesta aktiviteter beskrivs enligt ICF – klassifikationen. I ASTA finns ICF – koderna markerade efter de frågor som grundar sig på ICF. De övriga frågorna är utarbetade efter responsen från pilottestningen som genomfördes 2009. (ASPA 2010c)

Bedömningsinstrumentet ASTA tar i bedömningsdelen fasta på ICF - klassifikationens domän "aktivitet och delaktighet", medan funktionsförmåga endast behandlas under rubrikerna för anamnes eller diagnoser (ASPA 2010c). De personliga aspekterna kan även lyftas fram i blanketten vid de olika aktiviteterna i "anmärkningsvärt" - spalten som samlar exempelvis orsaker till variation i aktivitetsutförandet (ASPA 2010d).

ASTA är främst ämnad för användning av yrkespersoner men för en del kan den lämpa sig som självvärdering. Bedömningen kan genomföras endera genom observation eller genom intervju. Klientcentreringen synliggörs genom att man i bedömningen tar i beaktande de aktiviteter som klienten upplever som viktiga och nödvändiga. ASTA är sammanställd för att gagna ergoterapeuter i arbetet, men den lämpar sig även för andra yrkespersoner som socialarbetare, rehabiliteringshandledare, personal inom hemservicen och handledarna på boendeinstanser. (ASPA 2010a)

Bedömningsinstrumentets finska version har pilottestats ett antal gånger på olika sätt. Under våren 2009 pilottestades ASTA på neurologiska, neuropsykiatriska och psykiatriska klienter runt om i Finland. I pilottestningen deltog 15 yrkesutövare vilka använde sig av ASTA på ungefär 50 klienter. På basen av den feedback som kom från pilottestningen utvecklade ASPA en ny version av ASTA som lämpade sig bättre för bl.a. äldre personer. (ASPA 2010a)

Under hösten 2009 genomgick ASTA en bred (116 respondenter) provanvändning runt om i Finland. Personerna som deltog i provanvändningen arbetade i väldigt olika arbetsmiljöer och med många olika klientgrupper. Målet med provanvändningen var att samla information om hur ASTA lämpar sig för olika klientgrupper och hur användningen av ASTA lyckats endast med hjälp av den information som manualen erbjuder. (ASPA 2010b)

Pilottestningarna har utgjort utvecklingsprocessens tredje fas var man bl.a. undersökt den information som samlats ihop från en större grupp människor. Informationen har behandlat exempelvis användbarheten av ASTA, innehållets relevans, instruktionernas tydlighet samt innehållsvaliditeten. Under våren 2010 fortsatte utvecklingsprocessen i och med ett examensarbete vid Saimaan ammattikorkeakoulu som undersökte användningen av ASTA vid en boendeenhet för personer med en utvecklingsstörning. Fokuset låg på hur personalen kunde ändra på sina arbetsvanor för att främja klienternas självständighet i sina vardagsaktiviteter. (Härmä & Leipijärvi 2010: 36) Det finns också planer att i framtiden validiera ASTA och på så sätt även slutföra den fjärde fasen i utvecklingsprocessen av ett bedömningsinstrument.

Den svenska versionen av ASTA har inte provanvänts, vilket gör att en grundläggande undersökning skall genomföras för att påvisa att innehållet inte ändrats under översättningsprocessen. Samtidigt utgör den svenska versionen en del av utvecklingsprocessen av bedömningsinstrumentet ASTA.

2.2 Aktivitet

Då man intresserar sig för sambandet mellan aktivitet och hälsa talar man om all form av aktivitet i människans dagliga liv och hur dessa aktiviteter påverkar hälsan. Samtidigt ser man på vilka olika aktiviteter som utförs samt vad som krävs av en individ för att utföra dessa aktiviteter. Grundantagandet är att varje människa till sin natur är aktiv och behöver få vara aktiv i sin omgivning samt planera och engagera sig i sina aktiviteter under hela livsloppet. (Christiansen & Townsend 2010: 369)

Aktivitet kan definieras som allt vi gör i vårt vardagliga liv, allt från att vi agerar, genomför uppgifter, tänker och finns till. Aktivitet stöder individens behov av självbevarelse, att få uttrycka och förverkliga sig själv både på ett personligt samt på ett samhällsligt plan. Det är genom processen av ett engagemang i en aktivitet som människan utvecklas och bevarar sin hälsa samt känsla av välbefinnande. (Law m.fl. 2001:6)

Aktivitet kan ytterligare definieras som allt det människor gör för att underhålla, sköta och tillfredsställa sig själva så som personliga dagliga aktiviteter (ADL), aktiviteter för njutning och rekreation (fritid) samt aktiviteter som ger en känslan av att göra rätt för sig och på så sätt uppleva samhörighet med samhället (arbete). Trots att det finns en tydlig indelning då det kommer till de olika aktivitetsområdena är indelningen inte alltid fungerande. En aktivitet som för någon går inom ramen för ADL kan för en annan person upplevas som rekreation. (Whalley 2004: 302-303)

Aktivitet och aktivitetsutförandet kan ses som två olika begrepp trots att de rätt långt är sammanbundna. Aktivitetsutförandet definieras som själva görandet i aktiviteten i syftet om att tillfredsställa olika behov. Grundtanken för modellerna som ligger som bas för ergoterapin baserar sig ofta på relationen eller samspelet mellan person, miljö och aktivitet. Begreppet aktivitetsutförande används inom ergoterapin i de situationer där

personen, miljön och den aktivitet personen utför, stöder den uppgift eller de roller som definierar personen som individ. (Law m.fl. 2001:6)

Enligt ICF klassifikationen är aktivitet bundet till person och kontext. Personen kan ses som en hälsobetingelse, som kroppsfunction och anatomisk struktur samt ett antal personliga faktorer. Omgivningsfaktorerna innefattar den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivningen i vilken personen lever och agerar. Ur samspelet mellan dessa komponenter föds aktivitetsutförandet där aktivitet och delaktighet hänger samman. Alla komponenter är dynamiska och inverkar på varandra på olika sätt. För aktivitetsutförandet krävs att aktivitetens krav och kontexten passar personens aktuella förmågor. Eftersom ingen av omständigheterna är stabil, kan personens aktivitetsutförandespektrum variera beroende på hinder eller stöd i omgivningen eller variation i funktionsförmågan. Den bästa bilden av en persons aktuella aktivitetsutförande fås i dennes naturliga kontext. Alltså påverkas alla de olika komponenterna av varandra; omgivningsfaktorer, personliga faktorer, aktivitet, delaktighet, hälsobetingelse samt kroppsstruktur och anatomisk struktur (Socialstyrelsen 2003: 18, 22-23)

2.3 Ergoterapeutisk bedömning

Bedömning utgör en stor del av ergoterapin som profession. En bedömning rekommenderas då det uppstått problem för klienten inom något av aktivitetsområdena. Genom att utföra en bedömning kan man underlätta skapandet av en terapiplan och mål för terapin på samma gång som man med hjälp av bedömningar kan följa upp ifall målen med terapin uppnåts. Att genomföra bedömningar utgör en del av ergoterapeutens plikter, att bedöma behovet av service, att planera interventioner som baserar sig på den kunskap som framgått genom bedömningar och att utvärdera resultatet av interventionen. Det är bra att tänka på bedömningar som en övergripande strategi för att samla in kunskap om ett fenomen. (Law m.fl. 2001 14)

Vid genomförandet av bedömningar intresserar man sig för vad personen gör i sitt vardagliga liv, vad personen finner som motiverande samt kombinationen av personens karaktärsdrag och den miljö där aktiviteten utförs eftersom alla dessa komponenter utgör ingredienserna för ett lyckat aktivitetsutförande. För att kunna använda sig av ett dylikt

närmelsesätt i syftet om att genomföra en bedömning där alla aspekter tas i beaktande förutsätter närmelsesättet att man använder sig av en teoretisk referensram som stöd. Inom ergoterapin bör fokuset vila på aktivitetsutförandet där ergoterapin skall stöda klienten till att aktivt engagera sig i aktiviteterna i sitt eget liv. (Law m.fl. 2001: 6-7)

En bedömning inleds ofta med en intervju i syftet om att skapa en relation mellan klient och terapeut samt för att skapa en första bild av klienten eller behovet av fortsatt bedömning. Bedömningarna är även ett sätt att redogöra för sitt arbete till olika parter; rehabiliteringsteamet, klienten och eventuellt den betalande parten. (Meriano & Latella 2008:247)

För att uppnå en lyckad rehabilitering bör bedömningen utgöra en naturlig del av interventionen där individens färdigheter, dess miljö och kraven aktiviteten ställer på individen tas i beaktande. Under bedömningsprocessen är det viktigt att reflektera över syftet med bedömningen, vad slutresultatet skall användas till, i vilket sammanhang bedömningen är tänkt att utföras samt vilken bedömningsmetod som skulle lämpa sig bäst. (Turner m.fl. 2002:85) I en bedömning kan alltså personen, kontexten eller aktiviteterna bedömas. Bedömningen kan ta i beaktande helheten eller enbart små komponenter såsom enskilda fysiska funktioner. I en bedömning kan man bedöma och kartlägga problemområden samt uppskatta hur stort problemet är. (Law m.fl. 2005:15, 46)

I ideala situationer utförs bedömningarna i klientens egen miljö, i klientens hem där vardagen och vardagsaktiviteterna ofta utspelas. Genom att klienten bedöms i sin hemmiljö får man även den mest reliabla bilden av klientens funktionsförmåga. (Dunn m.fl. 2003: 224)

Intervju och observation utgör grunden för ergoterapeutisk bedömning, men det utvecklas bedömningsinstrument som på olika sätt ger information om klienten eller mäter effekten av terapin på ett evidensbaserat sätt. De olika bedömningsinstrumenten är verktyg som yrkesutövaren använder för att samla information, analysera och dokumentera data på ett strukturerat sätt (Turner m.fl. 2002: 86-87). Det finns många test som bedömer enskilda förmågor som exempelvis kognition, men inom ergoterapin är man främst intresserad av att bedöma de olika färdigheterna i en aktivitet och se hur en eventuell nedsättning syns i aktivitetsutförandet. Genom observation och intervju får man dock

grundläggande information om klienten trots att dessa sätt inte är standardiserade test i sig. (Henry 2003:285–296)

Vid val av bedömningsinstrument är det viktigt att reflektera över syftet med bedömningen. Genom att identifiera syftet med bedömningen är det lättare att välja ett lämpligt instrument som fokuserar på det område som är av intresse att bedöma och på så sätt försäkra sig om att det data man avser att samla in är relevant. (Turner m.fl. 2002: 86-87) Inom ergoterapin har man blivit allt mer medveten om betydelsen av att använda sig av beprövade bedömningsinstrument. Idag ställs det allt högre krav på att ergoterapeuter skall inneha kunskap i forskningsmetodik för att kritiskt kunna granska de instrument hon väljer och för att på ett adekvat sätt kunna välja de bedömningsinstrument som uppfyller syftet med bedömningen. (Law m.fl. 2005b:33, 38)

2.3.1 Klientcentrering och bedömning

Bedömningar bör genomföras med ett klientcentrerat närmelsesätt. På samma sätt som man noggrant bör reflektera över andra aspekter gällande bedömningen bör man även reflektera över på vilket sätt man kan genomföra bedömningen på ett klientcentrerat sätt. Inom ergoterapin har man redan i flera decennier sett ett behov av ett klientcentrerat arbetssätt. The national association of occupational therapists (Canadian Association of occupational therapists [CAOT] 1983, 1997), har skapat riktlinjer för hur man inom ergoterapin kan förverkliga ett klientcentrerat närmelsesätt vilket idag används av många ergoterapeuter runt om i världen (Law m.fl. 2001:7)

Det klientcentrerade närmelsesättet inom ergoterapin innefattar en filosofi om respekt för partnerskapen i förhållandet till de individer som mottar eller använder tjänster. Genom att använda sig av ett dylikt närmelsesätt erkänner man det ansvar man har för att skapa ett partnerskap med klienten och möjliggör för klienten att hitta mening i livet genom dagliga aktiviteter. Kärnan i filosofin är att skapa en miljö där klienten kan se ett samband mellan vården/terapin och sina inre resurser. När klienten då finner sin motivation, påskyndas läkningsprocessen. (Law m.fl. 2001:7)

Vid bedömning av klientens aktivitetsutförande bör problemet identifieras av klienten själv eller dennes närstående, inte av terapeuten. Utvärderingen av interventionen skall basera sig på den förändring man kan se i klientens aktivitetsutförande, vilket betyder att man i förberedelsearbetet noggrant bör reflektera över val av bedömningsinstrument. Terapeuten bör försäkra sig om att bedömningsinstrumentet på bästa möjliga sätt återspeglar klienten som individ och dennes naturliga sätt att utföra aktiviteter. Bedömningsinstrumentet skall även ge klienten möjlighet och utrymme att utvärdera resultatet av interventionen. (Law m.fl. 2001:7)

Det finns ett stort behov av att utveckla bedömningsinstrument som ännu tydligare skulle lyfta fram klientcentreringen vid utförandet av bedömningar. Enligt forskning har man kunnat konstatera att de finns föga bedömningsinstrument som lämpar sig för ett klientcentrerat arbetssätt. (Law m.fl. 2001:66-67)

Vid utförandet av en ergoterapeutisk bedömning bör man använda sig av ett klientcentrerat närmelsesätt där man tar i beaktande aktivitet, uppgift och personens olika roller. Användningen av ett klientcentrerat arbetssätt underlättas betydligt av att använda sig av en teoretisk referensram. (Law m.fl. 2001:8)

2.3.2 Bedömning av ADL-aktiviteter

Det råder en generell uppfattning om vad begreppet ADL (aktiviteter i det dagliga livet) innefattar. Trots begreppets starka position och bekanta plats inom ergoterapin finns det variationer i beskrivningen på ADL-aktiviteter. Den vanligaste uppfattningen om begreppet är att ADL handlar om den personliga grundvården eller att begreppet definieras som typiska livsuppgifter som tangerar egenvård och bevarandet av egenvård som att bada, att äta, att städa samt klädvård. Trots att den generella uppfattningen om begreppet ADL är gemensam för de flesta uppstår det problem då det även finns indelningar som kategoriserar en del av aktiviteterna som ADL innefattar inom aktivitetsområdet för arbete. (Law m.fl 2001:121)

När det gäller bedömningsinstrument som är ämnade för att bedöma ADL-aktiviteter diskuteras även vilka aktiviteter det egentligen är som skall mätas i syftet om att bedö-

ma klientens förmåga att utföra aktiviteter i de vardagliga livet. Bedömningarna kan genomföras i syftet om att få en helhetsuppfattning av klientens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet eller så intresserar man sig mer för en specifik aktivitet inom ADL. Ytterligare diskuteras ifall man alltid vid bedömning av ADL måste bedöma hela aktivitetsrepertoaren eller om man kan plocka ut endast de aktiviteter som är relevanta för klienten. Det finns föga forskning om det egentliga sambandet mellan de olika aktiviteterna inom ADL; vilket är sambandet mellan att äta och att bada? Enligt forskning har man vid analysering av olika kombinationer av de olika ADL-aktiviteterna uppnått goda bedömningsresultat. (Law m.fl. 2001:122, 124)

2.3.3 Utveckling av bedömningsinstrument

Utvecklingsprocessen för ett bedömningsinstrument har fyra faser som utgörs av planering, konstruktion, kvantitativ evaluering samt validiering (Benzon & Clark 1982). Utvecklingsprocessen skall leda till en hög reliabilitet och validitet för bedömningsinstrumentet.

Begreppet reliabilitet anger i hur hög grad resultatet från ett mätinstrument eller en mätmetod påverkas av tillfälligheter. Reliabiliteten handlar om metodens förmåga att ge ett oföränderligt resultat även då mätningen upprepas. En hög reliabilitet gör att mätningen inte påverkas av vem som utför den eller de omständigheter under vilken man genomför mätningen (Jacobs 1991:25). För att reliabiliteten i ett test skall vara hög bör resultatet alltid vara det samma. Frågor man lyfter fram är bl.a. om personen skulle prestera lika på morgonen som på eftermiddagen, i vilken grad miljön påverkar testresultatet eller om tålamod och uthållighet kan påverka resultatet? Ytterst sällan kan man påverka alla de faktorer som kunde inverka på testresultaten. Det viktiga är dock inte att kartlägga alla de faktorer som kunde påverka testresultatet utan det viktiga är att känna till vad som kan ha påverkat testresultatet. (Christiansen m.fl. 2005:341-342)

Då man talar om validiteten i ett test hänvisar man till hur väl testet mäter det som det är ämnat till att mäta. (Jacobs 1991:25) Validitet brukar delas in i olika områden, som mer ingående beskriver vilken sort av validitet instrumentet har. Vanligen talar man om logisk/omedelbar validitet, innehållsvaliditet, begreppsvaliditet, empirisk validitet och

prognosvaliditet. Av dessa är innehållsvaliditeten den man måste utgå från efter att forskaren själv gjort en omedelbar validitetsgranskning. (Patel & Tebelius 1987:72–73) Validiteten i ett test kan man fastslå ifall det handlar om ett standardiserat test (Jacobs 1991:25).

Den första fasen i utvecklingsprocessen för ett bedömningsinstrument utgörs av planeringsfasen. Den kritiska delen i planeringsfasen utgörs av att tydligt kunna identifiera samt konstruera det som skall mätas, fastställa en målgrupp som bedömningen är avsedd för och skapa användbara definitioner och begrepp för självaste konstruktionen/designen. Den andra fasen utgörs av konstruktionsfasen där utmaningen ligger i att välja en form eller ett sätt att samla in data på och skapa en objekts pool med hjälp av vilken validiteten i innehållet kan fastslås. Ett användbart sätt att utföra den tredje fasen; kvantitativ evaluering, är att låta en större mängd yrkespersoner, ”experter”, prova använda instrumentet och sedan samla in deras uppfattningar olika aspekter såsom användbarhet, innehållets relevans och instruktionernas tydlighet. Den sista fasen; validiering, pågår under alla de andra faserna eftersom ett bedömningsinstrument redan i konstruktionsfasen skall testas på innehållsvaliditeten, dvs. mäter instrumentet det man vill att det skall mäta. Detta kallas omedelbar eller logisk validitet. (Patel & Tebelius 1987:72-73)

När ett bedömningsinstrument undersökts och provanvänts i en stor omfattning kan den nå en högre nivå och även bli ett standardiserat test. Ett standardiserat test är ett test som genomgått vetenskaplig prövning där statistisk prövning av reliabilitet och validitet genomförts. (Gustavsson 2007:9)

2.4 Multiprofessionellt arbete

Inom ramen för social- och hälsovården utgör en stor del av arbetet samarbete i multiprofessionella arbetsteam. Samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna är nödvändigt för att skapa effektiv vård, stöd och behandling för klienten. Trots signifikanta olikheter mellan de olika yrkesgrupperna har de oftast samtidigt mycket gemensamt. Syftet med ett multiprofessionellt arbete är att skapa effektiv vård, delad förståelse samt ett stöd för både konsumenten (klienten) och vårdaren. (Fossey 2001:233-234)

Inom ergoterapin utgör samarbetet mellan olika parter en naturlig del eftersom själva yrket hämtar med sig en hel del av samarbete mellan bl.a. klient, klientens familj och olika instanser (Law m.fl.2001:31). Ergoterapeuter utgör en del av det multiprofessionella arbetsteamet och värdesätter praktik som baserar sig på partnerskap. De olika multiprofessionella perspektiven är nödvändiga för att skapa en djup förståelse och kvalitet på service för klienten. (Fossey 2001:235)

I samarbetssituationer med klient och klientens familj samt inom teamet utgör respekten basen för ett gott resultat. För att underlätta detta skall rollfördelningen inom det multiprofessionella arbetsteamet vara tydlig. Varje yrkesperson skall vara medveten om vad som går inom ramen för det egna yrkesområdet och när frågan övergår till en annan yrkesutövares kunskapsområde. Yrkesgrupperna bör vara bekanta med varandras arbete. Gränserna kan vara olika beroende på gruppens sammansättning. Trots att flera yrkesgrupper utgår ifrån samma synsätt, det klientcentrerade synsättet, uppstår det ofta meningsskiljaktigheter mellan klient och yrkesutövare. En gemensam linje samt filosofisk grundsyn är faktorer som befrämjar det multiprofessionella arbetet. Grunden för goda resultat inom arbetsteamet utgörs dock av att alla yrkesgrupper fritt kan uttrycka sin åsikt och föra fram sitt yrkesspecifika perspektiv trots olikheter. (Jenkin m.fl. 1998:61-63)

Om alla i det multiprofessionella teamet skulle använda sig av samma teoretiska referensram kunde man i största möjliga utsträckning främja klientens rehabiliteringsprocess, självständighet och underlätta samarbetet i teamet. Därför är det lika viktigt att känna till de andra yrkesgrupperna terminologi och plats i teamet som den egna. (Law m.fl. 2001:9-10)

Ergoterapeuten skall arbeta evidensbaserat och kan därmed bidra till teamet med en rätt så bred skala av information. Ofta handlar det om information om klienten; livshistorien, intressespektret, bedömningsresultat och information om funktionsförmågan. Med hjälp av bedömningar som utförts kan man påvisa eventuella problem klienten har i sin vardag. Genom att alla i teamet kan bidra med sin kunskap och sitt perspektiv försäkras man sig om en effektiv vård. (Kramer m.fl. 2003:307)

Inom de flesta branscher skall resultatet av det utförda arbetet vara mätbart på något sätt, så även inom social- och hälsovårdsbranschen. Det skall gå att bevisa att resultatet

samt det utförda arbetet baserar sig på vetenskap. Epidemiologen Cochrane utvecklade det evidensbaserade arbetssättet på 1970 – talet en modell för bedömning av medicinforskning för att vägleda läkarnas arbete. (Kvale & Brinkmann 2009:75) Detta närmelesätt används inom social- och hälsovårdbranschen. Det betyder att de olika yrkesutövarna strävar efter att använda sig av de bästa möjliga metoderna i syfte om att ta beslut gällande klienten. För att veta vilka metoder eller redskap som bevisat fungerar söker man evidens i forskningen och stöder sitt arbete med informationen man samlat in. Ett evidensbaserat arbetssätt utvärderar, möjliggör samt skapar en viss form av expertis och kunskap om bl.a. klientens sjukdomsbild. (McKibbon 1998:396)

Ett evidensbaserat arbetssätt innebär ett medvetet och genomtänkt beslutstagande som inte endast baserar sig på den kunskap som yrkesutövaren besitter, utan även på forskning som kan jämföras med klientens karaktärsdrag, situation och begränsningar. Det evidensbaserade arbetssättet kan definieras som en process av ett problembaserat tänkande i kliniskt arbete där man söker och värderar bevis för det som görs i terapiarbetet. Det evidensbaserade arbetssättet påvisar att social- och hälsovården bör formos individuell och att den är av en omväxlande art som innefattar både osäkerheter och sannolikheter. I bästa fall är det evidensbaserade arbetssättet en etablerad del av vårdprocessen som utövas av yrkeskunniga personer. Målet med ett evidensbaserat arbetssätt är att försäkra sig om att interventionen baserar sig på det mest effektiva och säkra metoder som finns att tillgå. I ergoterapeutens intresse ligger att förstå aktivitet, aktivitetens betydelse och kvalitet samt själva rehabiliteringsprocessen. (McKibbon 1998: 396)

Principerna om det evidensbaserade arbetssättet överfördes till ergoterapin från den medicinska vetenskapen. Ända sedan det evidensbaserade arbetssättet introducerats till ergoterapin har implementeringen av arbetssättet i ergoterapin diskuterats. Det finns ena de åsikter om att införlivandet av ett evidensbaserat arbetssätt inom ergoterapin är en avancerad process som bör anpassas och adapteras från dess ursprungliga form för att kunna appliceras och användas på rätt sätt inom ergoterapin. Olika författare diskuterar och menar att det evidensbaserade arbetssättet med ett medicinskt ursprung inte direkt går att överföra på ergoterapin i och med att vissa filosofiska antaganden och relevanta grundtankar inom ergoterapin inte tas i beaktande. (Kielhofner 2006 :656-657)

3 TEORETISK REFERENSRAM

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health = Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) är en internationell klassifikation som utgivits av Världshälsoorganisationen WHO. Det engelskspråkiga originalet är från 2001 och den svenska utgåvan från 2003. (Socialstyrelsen 2003:3)

WHO har gett ut ett antal internationella klassifikationer som eftersträvar ett gemensamt språk och ett underlättat arbete för yrkesmänniskor med olika vetenskaper som grund inom ramen för hälsa och hälsovård. ICF tillhör denna grupp av klassifikationer, liksom även ICD - 10 som beskriver symtom för diagnoser. Språket i dessa samlingar är standardiserat och klassifikationen möjliggör/underlättar internationell och multiprofessionell kommunikation. ICF är en utvecklad version av ICIDH (från 1980) och de grundläggande skillnaderna finns i de mer objektiva och positiva beskrivningarna av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Inom ramen för ICF försöker man sammanlänka de sociala och medicinska modellerna till ett biopsykosocialt synsätt på människan och dess funktionstillstånd för att möjliggöra användning inom politisk och klinisk (hälso- och sjukvård, rehabilitering) verksamhet. Utvecklingsgruppen för ICF har bestått av arbetsgrupper med specialister inom olika områden, läkare, neuropsykologer, ergoterapeuter, granskare och fältprövare. En specialscolning rekommenderas för användningen av ICF – klassifikationen. (Socialstyrelsen 2003:3-7, 9, 22, 26)

”ICF är en klassifikation som har utformats för att kunna användas för flera skilda syften inom olika yrkesområden och samhällssektorer.” Klassifikationens övergripande mål är att erbjuda en struktur och ett samlat, standardiserat språk för att beskriva funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Strävan är att objektivt beskriva olika fenomen som har med människan, funktionstillstånd och aktiviteter och delaktighet att göra. Även omgivningen tas upp, medan de personliga egenskaperna lämnas utanför, eftersom det finns så stora skillnader mellan individerna, för att inte tala om individer i de olika kulturerna. (Socialstyrelsen 2003:3, 10, 21)

Vidare ses ICF samt det systematiska kodschemat i ICF som ett verktyg för att möjliggöra en jämförelse av data mellan olika discipliner inom social- och hälsovården runt omkring i världen och även över tid. För att ICF skall fungera som ett gemensamt,

mångdisciplinerat verktyg för hälsopolitik, kvalitetssäkring och utvärdering av resultat, måste man utveckla praktiska system för detta ändamål. (Socialstyrelsen 2003:11)

Praktiskt sett definierar ICF hälsokomponenter och hälsorelaterade komponenter av välbefinnande i två delar ”kroppsfunktioner och kroppsstrukturer” samt ”aktiviteter och delaktighet”. Ämnen i dessa beskrivs ur kroppsliga, personliga och sociala perspektiv och ser alltså relativt mångsidigt på personen med det aktuella hälsotillståndet. Innehållet är strukturerat så att klassifikationen går att användas på olika detaljnivåer. Inom ramen för ICF definieras även paraplytermerna ”funktionstillstånd” och ”funktionshinder”. Funktionstillstånd avser ”alla kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet”. Funktionshinder avser ”funktionsnedsättningar, strukturavvikelser, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar”. Förutom dessa beskrivningar, finns även omgivningsfaktorer nerskrivna i ICF. ICF – klassifikationen kan tillämpas på alla människor, inte enbart på personer med nedsättningar i funktionsförmågan. Det begreppsliga området täcker de omständigheter som ses ha direkt inverkan på hälsan, men lämnar ex. socioekonomiska faktorer utanför, även om en person har inskränkt möjlighet att utföra en aktivitet i sin aktuella omgivning på grund av personliga faktorer såsom kön eller religion. (Socialstyrelsen 2003:9, 12)

”Beskrivningar av hälsa och hälsorelaterade domäner hänför sig till användning vid en given tidpunkt, dvs. ger en ögonblicksbild. Genom att göra bedömningar vid flera tidpunkter är det möjligt att beskriva en kurva över tid och därmed en process” (Socialstyrelsen 2003:26).

I ICF klassificerar man inte personfaktorer, men visar på att dessa inverkar på olika interventioner. Man ger också olika alternativ för hur man kan använda klasserna ICF för att fånga aktivitet och delaktighet. Viktigt är att notera hur sociala och personliga perspektiv ändrar på aktivitetens mening för en individ. (Socialstyrelsen 2003:20-21)

Den 54:e Världshälsoförsamlingen uppmanar medlemsstaterna att använda ICF i sin forskning, utvärdering och rapportering som lämplig med hänsyn tagen till speciella situationer i medlemsstaterna och särskilt med tanke på möjliga framtida revisioner. (Socialstyrelsen 2003:28) Som tidigare nämndes i kapitel 5, har det påvisats ett behov av att utveckla enkla checklistor och kartläggningsinstrument som fångar delaktighet enligt

ICF – modellen. (Socialstyrelsen 2007:24)

Det övergripande syftet med ICF är att ge ett gemensamt, standardiserat språk för yrkespersoner inom social – och hälsovården så att samarbetet kan underlättas och tillförlitligheten samt kvaliteten i vården stiger. Samtidigt är önskan att ICF skall underlätta kommunikationen förutom inom social – och hälsovården, även mellan social – och hälsovårdspersonal och forskare, politiker och allmänhet inklusive människor med funktionshinder (Socialstyrelsen 2003:10) ICF beskriver aktiviteter, olika hälsotillstånd och komponenter till hälsa och välmående, samt omgivningsfaktorer som inverkar på dessa. Dessa komponenter är centrala även inom ergoterapi. (Socialstyrelsen 2003: 12-26)

4 TIDIGARE FORSKNING

Enligt tidigare forskning har man kunnat påvisa att det finns ett stort behov av ett bedömningsinstrument som ASTA. Enligt Silmäri-Salo har det redan en längre tid funnits ett behov av ett bedömningsinstrument som mäter och påvisar en variation i funktionsförmågan samt ett varierande behov av hjälp. Ytterligare har det framkommit att kommunerna saknar en viss form av service som riktar sig till personer vars funktionsförmåga varierar från att vara helt självständiga till att vara beroende av hjälp, och sedan åter självständiga. Denna form av service kan först utvecklas efter att man kunnat påvisa att det finns en eller flera klientgrupper med varierande behov av hjälp. (Silmäri-Salo 2007:2,4)

Det finns ett behov av att utveckla enkla checklistor och kartläggningsinstrument som fångar omgivningsfaktorer och delaktighet enligt ICF – modellen (Gustavsson 2007:24) Redan nu används ICF på många ställen på olika sätt; vid kartläggning av behov, vid skapandet av individuella habiliteringsplaner, vid uppföljning och utvärdering av de insatser som ges samt vid struktureringen av journaldokumentation. Inom ramen för psykiatrisk verksamhet används ICF i en mindre skala. Därför kunde standardiserade instrument för bedömning av individens behov och situation och med ICF som teoretisk referensram få stor betydelse. I sådant fall tror man att utbytet av information gällande utredning, bedömning och uppföljning av insatser skulle öka och samverka mellan de olika disciplinerna underlättas. (Gustavsson 2007:24)

Däremot visar en annan forskning på motstridiga resultat. I en nordisk undersökning hade man gjort en jämförelsestudie inom ramen för unga barn med funktionshinder. Vid undersökningen samlades systematisk samlat in grundläggande information om bedömningsinstrumentet Pediatric Evaluation of Disability Inventory PEDI och The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). I undersökningen framgick att PEDI och ICF väldigt långt innehar gemensamma delar, samtidigt som man såg en markant skillnad i hur dessa konstruktioner operationaliserats. I undersökningen framgick att ICF lämpar sig att användas som en referensram vid användning av bedömningsinstrument som PEDI men vid användning av endast ICF som referensram visade sig ICF inneha vissa begränsningar vid bedömning av barn och ungdomar eftersom personens egenskaper spelar en stor roll. I undersökningen framgick att ICF bör kompletteras med andra bedömningsinstrument (Østensjø m.fl. 2005: 492-493, 498) I och med att ICF är en internationell klassifikation klassificeras inte de personliga aspekterna såsom kön, ålder, kondition, ras, uppfostran och utbildning (Socialstyrelsen 2003:13,21). Även enligt Socialstyrelsens utredning lämpar sig inte ICF som sådan för barn och ungdom, och därför utvecklas en version av ICF – klassifikationen för barn och ungdomar. (Björck-Åkesson & Simonsson 2002: 486-495)

Vid serviceplanering är det viktigt att alla parter i det multiprofessionella arbetsteamet har en tydlig och klar uppfattning om vilka klientens behov är (Social - och hälsovårdsministeriet: 3-6). Enligt vår uppfattning kunde ASTA i detta fall fungera som ett hjälpmedel vid bedömning och planering av service. Idag finns det föga bedömningsinstrument som kartlägger klientens helhetsmässiga behov av hjälp då funktionsförmågan varierar, i dylika fall använder man sig av flera olika bedömningsinstrument parallellt är (Social - och hälsovårdsministeriet: 3-6).

Vid bedömning av en variation i funktionsförmågan använder man sig i Finland ofta av bedömningsinstrumentet RAI (Resident Assessment instrument) som egentligen är utvecklat för användning inom åldringsvården. Bedömningsinstrument RAI tar i beaktande rätt många olika aspekter och i instrumentet poängteras eventuella förändringar och variationer i den äldre personens funktionsförmåga och har använts även för andra klienter för att det inte funnits ett bedömningsinstrument som lämpar sig för ett större klientel. Användningen av RAI kräver dessutom specialutbildning. (Institutet för hälsa och välfärd) Vid bedömningar utförda i klienters hem, i syftet om att bedöma hur klienten

klarar sig i sitt hem, har man använt sig av olika vårdmätare vilka är ämnade för att användas i anstaltsmiljö. Man har alltså använt sig av fel form av bedömningsinstrument för målgruppen ifråga och bedömningarna har sällan utförts i klientens hemmiljö. (Silmäri-Salo 2007:27)

I en undersökning utförd vid universitetet i Western Sidney, framgick det att ergoterapeuter innehar föga kunskap och färdighet om ett evidensbaserat arbetssätt. I undersökningen deltog 85 ergoterapeuter som deltog i en workshop där temat var ett evidensbaserat arbetssätt. Efter workshopen besvarades ett frågeformulär där det framgick att hälften av respondenterna upplevde en dålig nivå av kunskap och färdighet för ett evidensbaserat arbete. De vanligaste orsakerna till ett icke evidensbaserat arbetssätt var, tidsbrist, för många klienter, begränsad kunskap i informationssökning, föga tillgång till litteratur och brist på evidens till interventionerna (McCluskey 2003: 3-11).

5 SYFTE OCH FORSKNINGSPRÅG

Syftet med vårt examensarbete är att undersöka användarnas uppfattning om den svenska versionen av bedömningsinstrumentet ASTA i multiprofessionella sammanhang.

- Är instruktionerna och språket tillräckligt tydliga i manualen och blankettsamlingen?
- Anser användarna att ASTA kräver specialutbildning?
- Till vilka klientgrupper lämpar sig användningen av ASTA?
- Hur användes bedömningsresultaten?

6 METOD

Vår forskning är en kvantitativ studie som delvis tar fasta på den tidigare finskspråkiga pilottestningen av bedömningsinstrumentet ASTA. Vi skribenter har inte haft personlig kontakt med informanterna och inte heller med materialet i första hand, utan själva sändandet och mottagandet av material har vår kontaktperson, Katja Laine, på Boendestiftelsen ASPA tagit hand om.

Urvalet bestod av personer som tagit kontakt i Boendestiftelsen ASPA eftersom de hade ett intresse av att prova den svenska versionen av bedömningsinstrumentet ASTA. Alla informanter använde svenska som bedömningspråk och utförde bedömningar av aktiviteter i hemlivet i sitt arbete.

Enkäten skickades ut som en Webropol – förfrågning som är en elektronisk enkätinsamlingsmetod och som pilottestaren besvarar anonymt. Vi skribenter har inte använt oss av Webropol programmet utan endast skapat strukturen för enkäten. Förfrågningen baserade sig delvis på den tidigare utförda Webropol – förfrågningen som verkställdes då ASTA pilottestades på finskt håll. Frågorna som även fanns i den finska enkäten handlade om instruktionernas tydlighet, bakgrund, klientgrupper och syftet med bedömningen medan språkliga aspekterna blev relevanta vid pilottestningen av den svenska versionen. Även frågor gällande resultat användningen och användningen av resultatet i multiprofessionella sammanhang skapades inom ramen för denna undersökning. I vår studie ville vi alltså komma åt viss information, exempelvis åsikten om behovet av specialutbildning, men samtidigt önskade vi att informanterna skulle skriva in sina egna åsikter utöver de svarsalternativ som vi skrivit in i enkäten.

Under analyseringen av materialet använde vi oss av materialet i excel – och word – form, där fördelningarna var färdigt framställda i procent. Vi har använt oss av univariat analys där vi analyserat en kolumn eller variabel i taget. Det vanligaste sättet att framställa procentuella och proportionella fördelningar är med hjälp av tårt – eller stolpdiagram. I ett tårtdiagram framställs fördelningen som en cirkel, där hela cirkeln representerar 100 %. Därefter delas den in i kategorier som representerar de olika svarsalternativen. Ett stolpdiagram visar fördelningen däremot på två axlar. På den ena axeln anges procentuell eller proportionell andel och på den andra axeln anges de olika svarsalternativen eller värdena för dessa. Dessa presentationer är ofta lättare att läsa av än fördelningar i andra tabellformer. (Jacobsen 2007: 237-238)

I och med att deltagarna frivilligt anmält sitt intresse för att delta i pilottestningen, fanns det ett antagande och en förhoppning om ett litet bortfall. Trots detta fanns många som inte hann provanvända instrumentet eller kunde besvara enkäten, vilket bidrog till att

samplet blev litet. Inga statistiskt trovärdiga samband söktes, eftersom samplet var under 30 personer, utan vi beskrev de samband vi kunde se i materialet.

6.1 Informanter

Pilottestningen av ASTA har informerats om på ASTAs webbsida, på olika mässor, Toinet och Toiforum (ergoterapeuternas e-postlista och webforum), via socialarbetarens e-postlista (c. 500 personer), i olika artiklar, genom e-post till kommuner och organisationer. Informationen har getts ut av ergoterapeut samt handledare Katja Laine vid Boendeservicestiftelsen ASPA. Informationen har gått till personer som gör bedömningar eller som arbetar som föreståndare för personal som utför bedömningar, t.ex. rehabiliteringspersonal, boende/hemservicepersonal, socialarbetare/ olika slags chefer inom handikappservicen eller äldreomsorgen.

De yrkespersoner som visat sitt intresse för att delta i pilottestningen har informerats om att pilottestningen genomförs i april-maj 2010. Övrig information som de intresserade tilldelats är mer information om ASTA, om pilottestningen, om hur feedbacken kommer att samlas in och om anonymitet. Pilottestningsmaterialet skickades ut den 19.4.2010. Efter detta datum anmälde sig ännu några intresserade. Det material som skickades ut den 19.4.2010 innehöll även närmare information om materialet, blanketten ASTA samt en påminnelse om hur pilottestningen kommer att gå till. Ifall pilottestarna haft frågor gällande ASTA, pilottestningen eller Webropol – förfrågningen har projektarbetaren Katja Laine vid ASPA fungerat som kontaktperson. Vi skribenter har enbart sammanställt den insamlade informationen och analyserat materialet.

Målet med pilottestningen var att få kring 50 deltagare samt besvarare med olika yrken (ex. ergoterapeuter, fysioterapeuter, rehabiliteringshandledare samt socialarbetare). Detta för att syftet med vårt examensarbete var att undersöka användningen av ASTA i multiprofessionella sammanhang. Kriterierna för pilottestarna var att alla skulle bedöma aktiviteter i hemlivet i sitt arbete och för att kunna besvara frågorna borde man använda sig av ASTA med minst en till två klienter. Feedback och material från pilottestarna samlades endast in genom Webropol-förfrågningen och övrigt material, som ifyllda

bedömningsblanketter, togs inte i beaktande.

Förfrågningsblanketten skickades slutligen ut i början av juni (v.22) till 49 personer i elektronisk form (webropol – program) och svarstiden var 3 veckor. På detta sätt hade pilottestarna 2 månader tid på sig att använda sig av ASTA. Av dessa 49 personer informerade 10 att de inte haft tid att provanvända ASTA p.g.a. tidsbrist på arbetet. Utgående från detta kunde vi förvänta oss att 39 skulle besvara enkäten, av vilka 26 personer gjorde det. Svarsprocenten i vår undersökning utgjordes av 53 %. Totalt besvarades enkäten av 26 personer vilket betyder att 1 person utgör 3,8 % (då 25 besvarat en fråga, handlar en persons svar om hela 4 % av den totala mängden besvarare.)

Ingen ren kvalitativ analys var möjlig eftersom samplet är som tidigare nämnts för litet för att reliabla samband kan sökas.

6.2 Etiska reflektioner

Att få tillträde till dokument, människor, platser och händelser är en förutsättning för forskning för att en forskare som nekas tillträde till relevanta informationskällor endast kan ägna sig åt spekulationer om ämnet. Forskning blir helt enkelt omöjligt utan tillträde. (Denscombe 2004: 90) I och med att detta var ett beställningsarbete från Boendeservicestiftelsen ASPA inom projektet Omaan elämään – Turvallinen asuminen skickade vår handledare från ASPA, Katja Laine, materialet samt förfrågningarna till pilottestarna. Detta i syftet om att ur ett etiskt perspektiv bevara pilottestarnas och klienternas anonymitet.

Vi skribenter har inte haft någon form av kontakt med deltagarna och deltagarna i pilotprojektet förblev för oss skribenter okända. I materialet som samlades in framgick varken klientens eller pilottestarens namn eller boplatser eller några andra personliga uppgifter. Allt material har behandlats på så sätt att besvararens identitet inte framgick. Webropol – frågorna rörde sig på en allmän nivå. Bakgrundsfrågorna behandlade endast yrke, klientgrupp, arbetsmiljö och hur många bedömningar som utförts. Forskningsfrågorna till examensarbete har endast begränsat sig till användningen av

ASTA före, under och efter bedömningen. Deltagandet i pilottestningen har skett på frivillig basis. Deltagarna hade informerats om att de själva fick ta beslutet om vilka klientgrupper de önskade provanvända ASTA och hur många bedömningar de genomförde. Pilottestarna hade informerats noggrant om att inga enskilt ifyllda blanketter tas emot och ingen övrig information får skrivas på förfrågningen som kunde avslöja klientens identitet.

Det insamlade materialet fanns endast till projektarbetare Katja Laines och skribenternas förfogande. Webropolmaterialet har bevarats bakom lösenord som inte finns i skribenternas kännedom. Materialet sändes till oss skribenter i form av ett excel – och word – dokument. I och med att materialet sändes inom ramen för ett annat program, hade vi aldrig tillgång till lösenordet till Webropol. Efter att examensarbetet är klart kommer projektarbetare Katja Laine samt vi skribenter att förstöra materialet enligt det handlingsmönster man följer inom ramen för god forskningspraxis.

Alla personer som deltagit i pilottestningen kommer till att få information om resultatet av pilottestningen samt en eventuell reviderad version av bedömningsinstrumentet ASTA. På detta sätt sker ett ömsesidigt utbyte.

6.3 Frågeformulärets struktur

Vid skapandet av en enkät är man väldigt långt beroende av besvararens vilja att besvara enkäten i syftet om att få resultat. Genom att skapa en enkät som är välstrukturerad, icke för omfattande och med ett begripligt språk kan man öka sannolikheten för att enkäten besvaras. Vid sammanställning av en enkät eller ett frågeformulär bör man reflektera över forskarens behov av information men även över hur mycket tid och engagemang enkäten skall kräva av besvararen. Ifall enkäten blir alldeles för omfattande ökar risken för bortfall och även de enkäter som besvarats kan ha fått oseriösa svar. En enkät bör aldrig inledas med kontroversiella frågor, utan enkäten skall inledas med faktainriktade frågor och därefter kan mer kontroversiella frågor ställas. Enkäten kan man avrunda med oproblematiske frågor. (Magne-Holme & Khron Solvang 1997:173-174)

Vår enkät baserade sig till en stor del på den enkät som tidigare använts under de finska pilottestningarna. Detta möjliggjorde en jämförelse av resultaten; har användarna haft liknande åsikter gällande den svenska versionen av ASTA som vad gällde den finska versionen. Ifall åsikterna om användbarheten skilt sig markant hade det eventuellt funnits stora brister i själva översättningen av bedömningsinstrumentet, då målet varit att instruktionerna skulle vara de samma oberoende av vilket språk som används. Innan enkäten skickades ut granskade handledaren på skolan samt projektarbetare Katja Laine enkäten. Vi skribenter kunde även själv granska att Webropol – enkäten kunde fyllas i på ett korrekt sätt, att frågorna gick att besvara och att man kom vidare med ifyllningen på det sätt som det är ämnat. Enkäten innehöll både öppna – och slutna frågor.

Fördelen med flervalfrågor är att det är lätta att svara på och analyseringen samt sammanfattningen av data går lättare i och med att svaren alltid följer ett visst mönster. Nackdelen med denna typ av frågor är att många olika svarsalternativ ska täckas in. Antalet svarsalternativ ska vara lämpligt till antal och svaren skall vara lätta att förstå. Frågor med bara två svarsalternativ typ ja/nej eller instämmer/instämmer ej är lätta och snabba att svara på. Dessa är lätta att koda, behandla och analysera. Många gånger är det dock för lite med bara två svarsalternativ. (Lilja 2009)

Ifall enkäten innehåller flera olika svarsalternativ är det viktigt att välja en svarsform som passar respektive fråga och att de svarsalternativ som ges är fullständiga, detta för att undvika att frågan blir obesvarad. Vid skapandet av en enkät är det viktigt att ständigt vara medveten om vad man egentligen vill mäta och ha svar på. (Magne-Holme & Khron Solvang 1997: 174-175) Vårt syfte har inte varit att mäta validiteten i själva bedömningsinstrumentet ASTA i och med att denna typ av forskning redan genomförts och fastställts då den finska versionen av ASTA utvecklats. Syftet med vårt arbete har varit att undersöka ifall den översatta versionen av ASTA på samma sätt är användbar som den finska och att försäkra oss om att inte översättningen påverkar innehållet i bedömningsinstrumentet.

Öppna frågor ger däremot besvararen en möjlighet att kommentera frågorna mera.

Fördelen med öppna frågor är att de tillåter allmänna åsikter att komma fram och de påverkar inte svaren lika mycket som vid flervalfrågor eller ja/nej frågor. Nackdelen med denna typ av frågor är att den som intervjuar sammanfattar svaren tolkar det som han vill. Vid användning av denna form av frågor är det svårt att koda svaren så att de går att bearbeta med hjälp av en dator. (Lilja 2009)

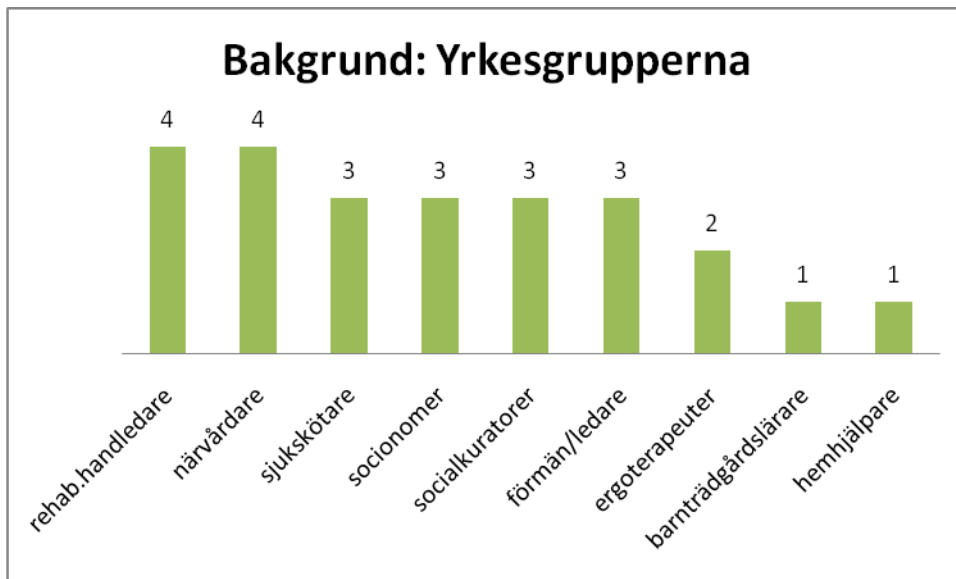
”Resultaten från kvalitativa och kvantitativa analyser är sällan eller aldrig helt entydiga. Det finns ingen undersökning som kan ge objektiva, riktiga, absoluta svar. Alla resultat är tvetydiga. Därför måste de tolkas av den som gjort undersökningen.”. (Jacobsen 2007:294)

Generellt sätt kan man säga att det finns tre faktorer som bestämmer hur pass bra och trovärdig en undersökning är: intern validitet, extern validitet och reliabilitet. Dessa tre faktorer utgör tillsammans undersökningens totala validitet. Med intern validitet menar man har man mätt det man avsett mäta? har man täckning för de slutsatser man drar? Med extern validitet kan man fråga sig i vilken utsträckning går resultaten att generalisera? Med reliabilitet frågar man sig i vilken utsträckning kan själva undersökningsuppläggnings och analysen ha påverkat resultatet? Alla dessa tre faktorer utgör som sagt undersökningens totala validitet. (Jacobsen 2007: 305)

7 RESULTATREDOVISNING

I detta kapitel redogörs för resultaten i vår forskning. Först beskrivs informanternas bakgrund och andra resultat som har med bakgrunden att göra och därefter redogörs för de resultat som svarar på våra forskningsfrågor.

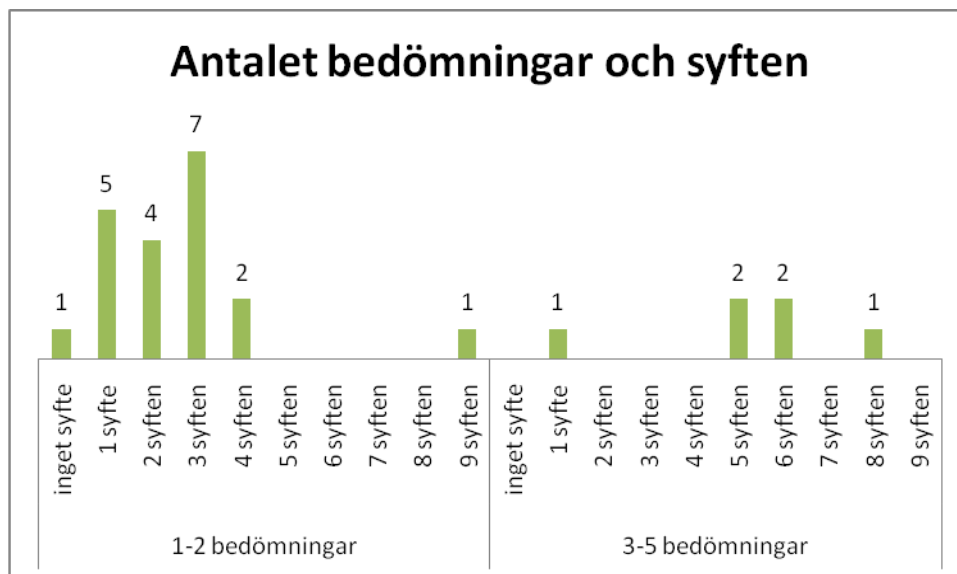
Urvalet bestod av 26 informanter som utförde bedömningar av aktiviteter i hemlivet i sitt arbete. Figur 1 visar spridningen bland de 9 olika yrkesgrupperna. En informant stod både för socionom och förman och representeras i figuren i balken för förmän/ledare.



Figur:1 Yrkesgrupperna som provanvände bedömningsinstrumentet ASTA. (n=25)

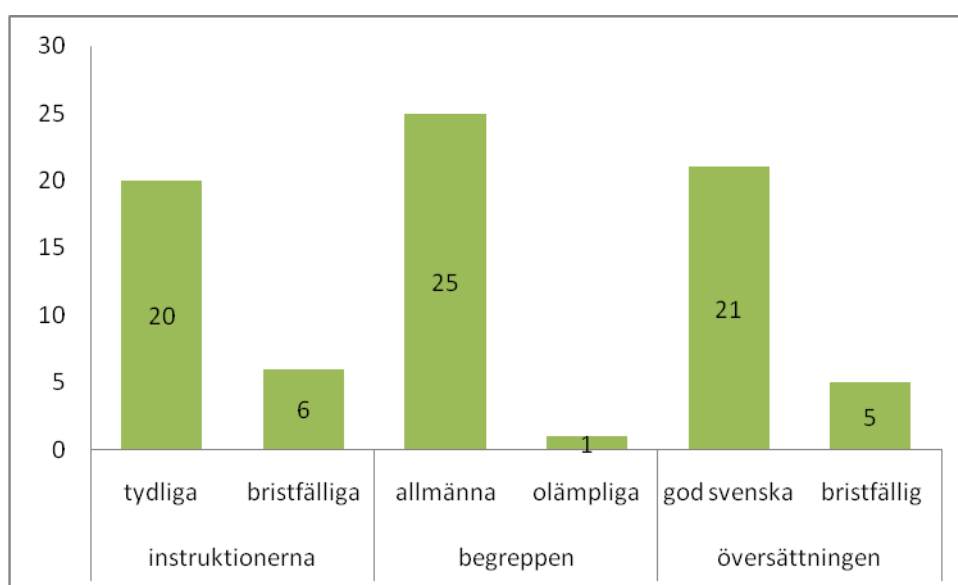
Främst arbetade informanterna vid boendenhet, inom hemservice/stödboende, i förbund/förening, i samkommun eller vid socialverk/-central. De flesta arbetade med flera klientgrupper samtidigt. Hälften av informanterna hade seniorer bland sina klienter och över en tredjedel arbetade med utvecklingshämmande personer. Ingen arbetade med stöd – och rörelseorgans (STÖRÖ) klienter. De olika klientgrupperna kommer upp senare när lämpligheten av bedömningsinstrumentet ASTA för de olika klientgrupperna diskuteras.

De flesta hade utfört 1 – 2 bedömningar och resten 3 – 5 bedömningar (se figur 2). Bedömningarna gjordes i många syften, främst för att bedöma behovet av hjälp och bedöma funktionsförmåga hos klienten. En bedömning hade även utförts i syftet att provanvända bedömningsinstrumentet ASTA.



Figur 2. Antalet syften i bedömningarna (n=25). De olika syftena redovisas för i tabell 3.

Den översatta versionen av bedömningsinstrumentet ASTA togs väl emot av pilottestarna. Trots diverse stavfel och vilseledande synonymanvändningar ansåg majoriteten att instrumentet översatts till en god svenska med tillräckligt allmänna begrepp för att passa olika yrkesgrupper/ användare. En språkgranskning kunde dock vara på sin plats för att få ett mer flytande språk. Figur 3 ger en bild av de allmänna åsikterna gällande de språkliga aspekterna i bedömningsinstrumentet.



Figur 3. Användarnas åsikter om de språkliga aspekterna i bedömningsinstrumentet ASTA. (n=26)

Instruktionerna var tydliga och lättförståeliga enligt de flesta, men vissa oklarheter dök ändå upp. Manualen ansågs vara massiv för att vara lätthanterlig och det gavs ett förslag på att införa sidonummering för att underlätta användningen av manualen. Ett önskemål var att minska upprepningar av information och förkorta manualen utan att layouten blir otydlig. Figur 4 visar indelningen av åsikterna om en bedömning utan specialutbildning kan genomföras. De flesta tyckte även att manualen var ett tillräckligt stöd för utförandet av en bedömning och att ingen specialutbildning krävs, men det fanns flera som inte tyckte manualen hann till och att en utbildning således skulle vara motiverad.



Figur 4. Informanternas åsikt om behovet av en specialutbildning. (n=25)

Problemen uppstod vid val av svarsalternativ då svarsalternativen i vissa fall krävde preciseringar eller att svarsalternativen var för breda. Bl.a. önskades precisering på uttrycken mycket assistans och lite assistans. Även aktiviteterna ansågs vara som för stora helheter och informanterna önskade att man kunde spjälka upp dem i mindre delar. En fallbeskrivning kunde underlätta förståelsen, ansåg en informant och stöddes av kommentarer som ”en diskussion med en studerande/en konkret bedömning fick bitarna att falla på plats”.

Aktiviteterna som behandlades i bedömningsinstrumentet var relevanta enligt de flesta, men personer som arbetade med psykiatriska klienter eller klienter med utvecklings-

störning ansåg att det fanns vissa brister i instrumentet. Relevansen i aktiviteterna försvagades då gravt utvecklingsstörda inte kan utföra mångfalden av aktiviteter i hemliv eller inte kan besvara frågorna vid en intervju. De som arbetade med psykiatriska klienter önskade fler frågor angående psykiskt mående, psykiska beteendestörningar (avvikande/ aggressivt beteende) och kognitiv förmåga.

Användarnas åsikter gällande användbarheten av bedömningsinstrumentet ASTA gällde lämplighet för olika klientgrupper samt lämplighet i olika syften. Majoriteten av informanterna tyckte ASTA lämpade sig väldigt bra eller bra för alla olika klientgrupper (se tabell 1 och tabell 2)

klientgrupp	svarsfrekvens	bra (%)	delvis (%)	inte alls (%)
rörelsehinder	17	100	0	0
STÖRÖ	8	100	0	0
seniorer	18	94,4	5,6	0
minnesproblem	16	87,5	12,5	0
neurologiska	15	86,7	6,7	6,7
synskadade	15	80	20	0
utvecklingsstörning	19	78,9	21,1	0
hörselskada	12	75	25	0
neuro-psykiatriska	12	75	16,7	8,3
psykiatriska	16	56,3	37,5	6,3
missbruk	13	53,9	38,5	7,7

Tabell 1. Lämpligheten av ASTA för olika klientgrupper (alla svar inkluderade, n=25)

Bäst lämpade sig bedömningsinstrumentet för klienter med rörelsehinder, STÖRÖ – klienter, seniorer, klienter med minnesproblematik och neurologisk problematik, medan klienterna med missbrukarproblematik, psykiatrisk problematik och neuropsykiatrisk problematik samt klienter med hörselskada fick de sämsta resultaten. Vidare beskrevs

bedömningsinstrumentet ASTA lämpa sig väldigt bra för hemservicens klienter överlag. Svaren är inte helt jämförbara med varandra, eftersom tillförlitligheten försvagas då det finns en stor variation i svarsfrekvensen. Med andra ord finns det en starkare tillförlitlighet om många svarat på frågan än om det bara kommit något enstaka svar.

klientgrupp	svarsfrekvens	bra (%)	delvis (%)	inte alls (%)	obesv.
rörelsehinder	8	87,5	0	0	12,5
STÖRÖ	ingen				
seniorer	12	91,7	8,3	0	8,3
minnesproblem	5	100	0	0	0
neurologiska	3	100	0	0	0
synskadade	5	80	20	0	0
utvecklingsstörning	10	70	30	0	0
hörselskada	3	66,7	0	0	33,3
neuro-psykiatriska	1	100	0	0	0
psykiatriska	6	50	50	0	0
missbruk	1	100	0	0	0

Tabell 2. Lämpligheten av ASTA för olika klientgrupper (svaren av dem som arbetade med de aktuella klientgrupperna, n=25)

En stor del av informanterna arbetade med klienter med utvecklingsstörningar och gav synpunkter på lämpligheten av ASTA för klientgruppen. För utvecklingshämmande personer spelar kommunikationsförmågan en större roll än ett stort antal aktiviteter i hemliv som eventuellt p.g.a. en djup utvecklingsstörning inte kan genomföras, varefter nästan en tredjedel av dem som arbetade med klientgruppen ansåg att ASTA endast delvis lämpar sig för personer med en utvecklingsstörning.

Skillnaderna mellan svaren bland dem som arbetar med den aktuella klientgruppen och bland alla besvarare visade inte stora skillnader, men i de fall där instrumentet inte helt lämpade sig för den egna klientgruppen, gavs fler kommentarer gällande orsakerna till

detta. Kritiken gick hand i hand med informanternas åsikter om hur relevanta de olika aktiviteterna som behandlas i bedömningsinstrumentet var för den egna klientgruppen.

syfte med bedömning	svarsfrekvens	lämplig(%)	delvis(%)	ej lämplig(%)
förändr. i funktionsförmåga	22	90,9	9,1	-
funktionsförmåga	24	87,5	12,5	-
behov av hjälp	24	87,5	12,5	-
variation i funktionsförmåga	22	86,4	13,6	-
uppdatering av hjälpbehov	21	85,7	14,3	-
boendeträningseffekt	19	84,3	15,8	-
hjälpmedelsbehov	23	82,6	17,4	-
behov av personlig assistent	22	81,8	18,2	-
behov av anpassat boende	21	80,9	19	-
kartläggning av boendeser- vice	23	78,2	21,7	-
effekt av hjälpmedelslösning- gar	22	72,7	27,3	-
serviceplanssammanställning	22	68,2	31,8	-
effekt av bostadsförändring	20	65	35	-
klientens självbedömning	20	65	25	10
effekt av terapi/intervention	19	63,1	36,8	-
val av intervention/terapi	19	57,9	42,1	-
behov av bostadsförändringar	20	55	35	-

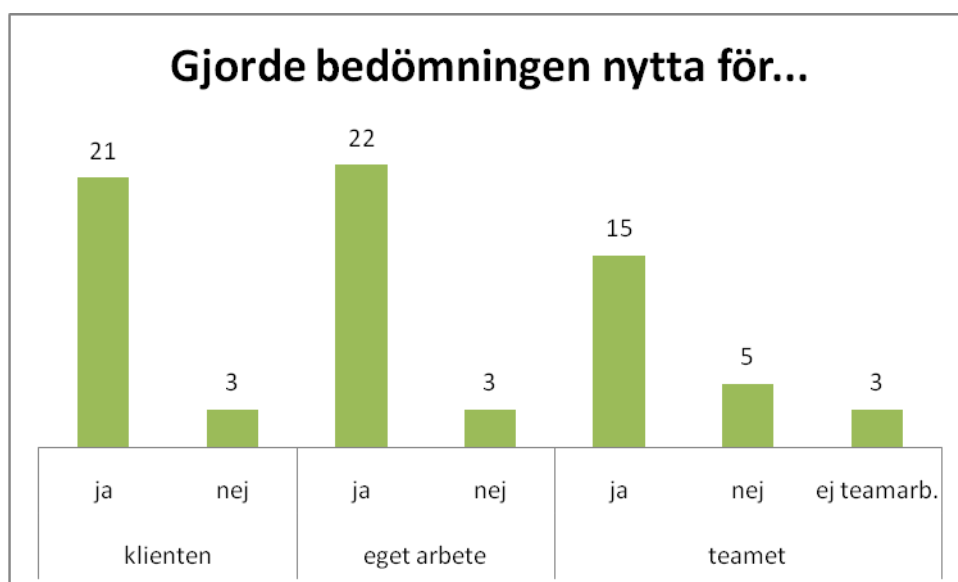
Tabell 3. Lämpligheten av ASTA i olika situationer och syften. (n=24)

Användbarheten av bedömningsinstrumentet ASTA i olika syften eller situationer enligt informanterna visas i tabell 3. Informanterna upplevde i de flesta fall att de uppnått sitt syfte med bedömningen och de sammanhang och situationer där ASTA ansågs lämpa sig bäst var bedömning av förändring av funktionsförmågan, vid bedömning av funktionsförmågan och vid bedömning av behovet av hjälp. Vid övervägandet av flytt an-

sågs ASTA vara ett gott hjälpmedel. I syftena att kartlägga behovet av bostadsförändring, vid kartläggning av terapialternativ/ interventioner och vid bedömning av effekten av terapi ansågs ASTA lämpa sig sämre. Orsaken till att ASTA inte var bra som självbedömningsinstrument var att klienter med en djup utvecklingsstörning inte självständigt kan besvara frågorna och fylla i blanketten.

ASTA ansågs fånga variationen i funktionsförmågan väl och på så sätt även små framsteg eller nederlag vid boendeträning. Bedömning gav också stöd vid skrivandet av utlåtanden och vid diskussioner i teamen. Teamen bestod förutom av urvalets yrkespersoner även av psykologer. Informationen nådde således tio olika yrkesgrupper och minst 55 personer.

Resultaten som bedömningen med ASTA gav användes på olika sätt. I många fall spelade tidsbristen in och informanterna beskrev helt enkelt att de inte hunnit göra någonting med de resultat de fått i bedömningen, men i vissa fall reflekterade man över huruvida nyttan kunde vara i framtiden. Figur:5 visar om informanterna upplevde nytta av bedömningen i sitt eget arbete, för klienten eller i teamarbetet.



Figur 5. Användarnas åsikt om nytta med en bedömning med ASTA. (team, n=23)(klient, n= 24) (team, n= 25)

Bedömningen hade gett de olika yrkespersonerna mer förståelse för klienten, en klarare bild av klientens situation och ansågs vara ett bra instrument för att bedöma klientens utgångsläge. Någon tyckte bedömningen inte gjort någon skillnad i vården för klienten. De flesta ansåg dock att klienten hade fått en konkret bild av sin situation och bekräftelse för sina resurser, men också insett att det finns områden där behovet av hjälp är stort. Under bedömningen hade klienter kunnat lyfta fram och värdera olika aspekter i sin vardag.

8 DISKUSSION

I följande reflekterar vi över de resultat vi fått och strävar efter att lyfta intressanta helheter eller detaljer i diskussion. I resultatdiskussionen görs vissa jämförelser mellan denna studie och tidigare forskningar, medan metoddiskussionen lyfter fram olika aspekter gällande den valda metoden och genomförandet av studien. Slutligen beskrivs våra idéer för fortsatt forskning.

8.1 Resultatdiskussion

I det stora hela har den positiva feedbacken varit hög då det kommit till informanternas upplevelse av användningen av ASTA. Alla frågor har besvarats med ett högre positivt än negativt resultat. Resultaten visar inte på några starka motstridigheter. De informanter vars klientgrupp ASTA lämpat sig för tenderar ha en genomgående positiv upplevelse av användningen av ASTA medan informanter som ansåg att ASTA inte lämpade sig för deras målgrupp lyfter fram eventuella brister i instrumentet, i språket eller i lämpligheten för målgruppen.

Utgående från feedbackmaterialet kan man konstatera att tiden för provanvändningen, två månader, var för kort för att få feedback på hur bedömningsresultatet använts i multiprofessionella sammanhang. Dock kan man konstatera att de resultat vi fått feedback på är syftet med användningen av ASTA och en utvärdering av detta samt övriga spekulationer.

I feedbackmaterialet framgår det ofta att informanterna upplever att ASTA inte tar i beaktande klientens psykiska sida, kognitiva förmåga och kommunikationsförmåga. Detta framgick bl.a. i en del av de förbättringsförslag som informanterna fört fram i feedbackmaterialet. Även ICF klassifikationen har kritiserats för att personliga aspekter inte tas i beaktande. I och med att ASTA baserar sig på ICF kan man eventuellt se ett samband mellan den kritik ASTA fått samt den kritik som riktats mot ICF. I enkäten framgår att många av informanterna arbetade med psykiatriska klienter och personer med en utvecklingsstörning. Inom dessa klientgrupper utgör den psykiska aspekten, kognitionen samt kommunikationen en stor del av själva problematiken och utmaningarna i vardagen. Därefter kan man även se ett samband mellan de klientgrupper som bedömningar med ASTA utförts mest på samt den kritik som framkommit i feedbackmaterialet.

Vid användning av endast ICF som referensram har ICF visat sig inneha vissa begränsningar eftersom personegenskaper inte tas i beaktande. I undersökningar har det framgått att ICF bör kompletteras med andra bedömningsinstrument (Ostensjo m.fl. 2005:492-493, 498) Det samma kan man se då det kommer till ASTA. I manualen/ användarens handbok framgår tydligt att ASTA är ett bedömningsinstrument som bör kompletteras med ett annat bedömningsinstrument. Dock bör det poängteras att ASTA består av delar där klientens personliga egenskaper, handikapp, brister, hjälpmedel lyfts fram. Ifall klienten inte kan utföra en aktivitet i hemmet p.g.a. ett personligt karaktärsdrag eller det egna aktivitetshindret, markeras detta i den spalten som i ASTA märkts ut som anmärkningsvärt. Informanterna som främst förde fram denna kritik arbetade med personer med en utvecklingsstörning.

Då det kommer till innehållet i bedömningsinstrumentet ASTA har resultatet från vår enkät väldigt långt motsvarat det resultat som framgått i pilottestning ett och två som genomförts på finskt håll. Enligt pilottestningen som genomförts på finskt håll arbetade de flesta med klienter med neurologisk problematik, åldringar, klienter med psykiska problem, rörelsehindrade och personer med en utvecklingsstörning. Vid bedömning av personer med psykisk problematik samt personer med en utvecklingsstörning framgick det även på finskt håll att användaren upplevde att den sociala samt psykiska aspekten borde tas mer i beaktande i ASTA. Detta diskuterades redan efter pilottestning ett där man kom fram till att de psykiska och sociala områdena är alldeles för breda för att

kunna tilläggas i ASTA och samtidigt bevara bedömningsinstrumentets validitet. Vid bedömning av de psykiska och de sociala området bör ASTA kompletteras med ett annat bedömningsinstrument. För att göra bedömningen mer individuell, vilket under de tidigare pilottestningarna förts fram som ett önskemål på att spjälka upp aktiviteter, hänvisar manualen användaren till att använda sig av de tomt raderna vilka finns till för att man skall kunna lägga till aktiviteter som är speciellt viktiga för klienten ifråga eller för att spjälka upp aktiviteter vid behov (ASPA 2010c)

I feedbackmaterialet framgick även att ASTA inte lämpar sig för personer med en djup utvecklingsstörning i och med att bedömningen bestod av många X-svar, som innebär att aktiviteten ej går att bedömma. Att ASTA inte lämpar sig för personer med en djup utvecklingsstörning framgår även tydligt i själva manualen och informationen baserar sig på pilottestning ett och två som genomfördes på finskt håll. Även där påvisade resultatet att ASTA ej lämpar sig för personer med en djup utvecklingsstörning (ASPA 2010b).

Orsaken till detta kan delvis förklaras med att klienter med en väldigt djup utvecklingsstörning ofta inte klarar av att utföra så många aktiviteter som tas upp i ASTA både p.g.a. nedsatt kognitiv förmåga samt eventuellt väldigt nedsatt fysisk funktionsförmåga. Kanske dessa klienter är helt behjälpta då det kommer till att klara av att utföra aktivitet i vardagen vilket leder till att aktiviteterna i ASTA i det stora hela blir irrelevanta för klienten ifråga. Dock förblev det oklart om informanterna insett att ASTA även går att använda tillämpat d.v.s. endast de delar som man finner aktuella för bedömning av klienten ifråga. I en annan undersökning ansåg personer som arbetade med personer med en utvecklingsstörning att användningen av bedömningsinstrumentet ASTA på det ovannämnda sättet var användbart och givande. (Härmä & Leipijärvi 2010:27-29)

Ingen hade svarat sig arbeta med STÖRÖ – klienter och en orsak kan vara att det senare framkommer i flera fall att inte informanterna kände till förkortningen för stöd- och rörelseorgans klienter, det finska begreppet ”Tules” kunde ha varit mer känt, men kanske inte det mest lämpliga då vi ställer frågor gällande en korrekt översättning av bedömningsinstrumentet ASTA.

En intressant iakttagelse i feedback materialet var att ASTA lämpar sig bäst för klienter med ett rörelsehinder, STÖRÖ-klienter samt seniorer. Utgående från detta verkar det som om respondenterna besvarat frågan utgående från ett bredare perspektiv samt en bredare erfarenhet än vad deras nuvarande klientel visar i och med att ingen av respondenterna anmält sig arbeta med STÖRÖ-klienter.

I feedbackmaterialet framgår det att en del missförstånd har skett samt att en del instruktioner förblivit otydliga delvis på grund av för mycket information, synonyma svarsalternativ. Detta är en aspekt som påverkar reliabiliteten i bedömningsinstrumentet, vilket får oss skribenter att reflektera över ifall det ändå fanns ett behov av en specialutbildning. Finns det brister i manualen, i översättningen eller är det resultat vi fått i undersökningen ett resultat av den tidsbrist som respondenterna förde fram eller skulle användningen av ASTA trots allt kräva en specialutbildning även på svenska?

Många av informanterna hade använt sig av ASTA i flera olika syften. Målet med den utförda bedömningen verkar inte ha varit förutbestämd och grundligt genomtänkt. En del informanter hade många olika syften med bedömningen medan de utförda bedömningarna med bedömningsinstrumentet ASTA till sitt antal endast var 1-2 st. Då man ämnar genomföra en bedömning är det viktigt att man följer bedömningsprocessen. Under bedömningsprocessen är det viktigt att reflektera över bl.a. syftet med bedömningen, vad slutresultatet skall användas till, i vilket sammanhang bedömningen är tänkt att utföras samt vilken bedömningsmetod som skulle lämpa sig bäst (Turner, Foster & Johnson 2002:85). Materialet väcker frågan om hur väl informanterna känner till förfarandet vid bedömningar, vikten av syften i bedömningarna, eller om svarsalternativen var så nära varandra, att informanten prickade för olika svarsalternativ som låg nära varandra. ”Vid bedömning av funktionsförmågan” och ”Vid bedömning av förändring i funktionsförmågan” eller ”Vid kartläggning av hjälpmedelsbehovet” och ”Vid bedömning av effekten av hjälpmedel/ hjälpmedelslösningar”. Om det handlar om en fortsatt bedömning efter intervention eller förändring, är det inte ovanligt att man samtidigt bedömer den eventuella förändring samtidigt som man kartlägger de aktuella eller nya behoven. Enligt den finska pilottestningen 1 och 2 lämpar sig ASTA bäst för bedömning av funktionsförmågan, förändring i funktions förmågan samt för bedömning av behovet av hjälp (ASPA 2010b)

Då det kommer till språket i den svenskspråkiga versionen av ASTA, fanns det få konkreta förbättringsförslag på språket vilket gör förändringarna svåra att genomföra. Några direkta förändringsförslag framgick inte i feedbackmaterialet men informanterna talade för en språkgranskning eftersom översättningen innehöll diverse stavfel. Språket ansågs inte alla gånger vara flytande och användningen av synonymer gjorde innehållet vagt vilket bidrog till att läsaren blev osäker på vad som menades.

På svarsalternativet ”behöver mycket fysisk hjälp/ helt assisterad” framgick ett konkret förändringsförslag, informanterna önskade få svarsalternativen mer preciserade. Med detta kan man anta att det fanns en önskan om att spjälka upp de två olika svarsalternativen. Denna fråga har även behandlats i den finska pilottestningen där det framgick att indelningen trots allt är tillräcklig i och med att man kan precisera svaret på raderna för anmärkningsvärt. I samband med diskussion kring svarsalternativ och bedömningar har vi även reflekterat över hur mycket och ifall de egna yrkesparadigmen kan ha påverkat t.ex. valet av svarsalternativ. I och med att informanterna haft olika utbildning samt yrkesparadigm finns det även en möjlighet att aktivitetsutförandet kan ha uppfattats på olika sätt.

De informanter som svarade på frågan gällande vilka aspekter som borde korrigeras i ASTA konstaterade att sidonumreringen saknades vilket hade bidragit till att sidor i manualen tappats bort eller blandats ihop. Ytterligare framgick det att den svenska versionen av ASTA stundvis var bristfälligt översatt och att det var svårt att veta vad man frågade efter samt vilka slutsatser som kunde dras ur bedömningresultaten. Enligt responserna var vissa frågor för lik varandra. Tyvärr angavs inga frågor eller teman gällande dessa, vilket gör korrigeringsarbetet svårt.

Ett konkret förbättringsförslag som framgick i feedbackmaterialet var att en informant föreslog att en fallbeskrivning i manualen kunde underlätta förståelsen av användningen av bedömningsinstrumentet ASTA.

För vår undersökning var det viktigt att kunna jämföra våra resultat med resultaten från de tidigare pilottestningarna med den finska versionen av ASTA. De liknande resultaten tyder på att innehållet i bedömningsinstrumentet inte ändrats under översättningsprocessen. Vårt syfte var inte att fastställa innehållet i instrumentet, utan att kontrollera hur väl

översättningen fungerar samt undersöka resultat användningen, behovet av specialutbildning och användning vid multiprofessionella sammanhang. Vad som gjorts att provanvändarna fortfarande efter förändringar i manualen (utgående från pilottestningarna ett och två) ger samma kritik är oklart. Är manualen så massiv och informativ att en del av informationen tappas bort, kan problematiken ändå hänga ihop med översättningen eller finns det ett stort behov av specialutbildning så att användaren får en uppfattning om bedömningen med ASTA och lättare kan återgå till manualen för att kontrollera detaljer i ett senare skede?

8.2 Metoddiskussion

I detta examensarbete har ett av målen utgjorts av att tillåta den svenska versionen av ASTA genomgå den tredje och fjärde fasen av den process som utvecklades av ett bedömningsinstrument innefattar. Den tredje fasen innefattar bl.a. en kvantitativ evaluering av bedömningsinstrumentet där man låter en större mängd yrkespersoner, ”experter”, provanvända instrumentet och därefter samlas deras uppfattningar om användbarhet, innehållets relevans och instruktioners tydlighet in (Patel & Tebelius 1987:72). Vilket tidigare nämnts har ASTA redan tidigare genomgått den tredje fasen och påbörjat den fjärde fasen i form av pilottestningar på finskt håll. Den svenska versionen har pilottestats för första gången i denna studie. Informationen har behandlat användbarheten av ASTA, innehållets relevans, instruktionernas tydlighet samt innehållsvaliditeten. En fortsatt utvecklingsprocess kräver tid och medel. Därför kommer ASTA inte inom ramen för det nuvarande projektet att genomgå den fjärde fasen som innebär validiering av instrumentet, vilket innebär att instrumentet även kan standardiseras.

Vi skribenter har varit nöjda med valet av metod, vi anser att enkätmetoden hjälpt oss att uppnå syftet med vårt arbete. Som tidigare nämnts är fördelarna med enkät – och testmetoden den att metoden är billig och att den gör det möjligt att använda sig av ett stort urval, att datainsamlingen kan standardiseras och att besvararen förblir anonym vilket bidrar till att svaren eventuellt kan besvaras på ett mer ärligt sätt. Till nackdelarna med denna metod hör att de kan resultera sig i stora bortfall. (Gustavsson 2003: 49-50)

Då det kommer till bortfallet skickades 49 enkäter ut varav 10 informanter föll bort vilket bidrog till att det fanns 39 potentiella besvarare av vilka 26 svarade. Procentuellt sett hade vi en god svarsprocent. En del orsak till att 10 st besvarare föll bort handlade om ett missförstånd där en organisation missförstått vilket resultat vi var intresserade av att få då det kom till ASTA samt tidsbrist på arbetsplatsen. Deltagandet i pilottestningen av den svenska versionen av ASTA har skett på frivillig basis, informanterna hade själva anmält sitt intresse. I och med att deltagarna anmält sig frivilliga till projektet fanns det en önskan om att bortfallet eventuellt kunde bli mindre.

I efterhand har vi konstaterat att 2 månader verkade var för kort tid för informanterna att provanvända ASTA. Ytterligare sammanföll provanvändningen av ASTA under informanternas semestertider. I feedbackmaterialet gav detta sig främst uttryck i form av förklaringar som gick inom ramen för tidsbrist och bristfällig information i besvarandet av enkäten. Ytterligare framgick det att informanterna ansåg att ASTA var ett massivt material som kräver tid då man bekantar sig med det.

Dokumentet har skickats till oss skribenter i form av ett Excel - dokument samt Word – dokument och informanternas anonymitet har bevarats. Vi känner inte heller till vilka olika organisationer som deltagit, eller i vilka delar av landet informanterna arbetar. Vi känner till arbetsmiljön, yrket och har kunskap om att bedömningen skett på svenska eftersom den svenska versionen av ASTA använts.

Begränsningarna i arbetet är att samplet slutligen blev för litet för att statistiskt reliabla samband kunde sökas. I enkäten kunde vi ha sporrat informanterna till att ge konkreta förslag på förändringar genom att informera dem om att kommentarerna är värdefulla.

8.3 Fortsatt forskning

Med tanke på frågor och frågeställningar som väckts under processens gång kan vi se att idéer för fortsatt forskning bl.a. kunde utgöras av forskning kring användningen av ASTA i multiprofessionella team. I och med att ASTA grundar sig på ICF och därefter

borde ASTA liksom ICF rikta sig till olika yrkesgrupper. Vilket tidigare framgått påvisar forskning att det finns ett behov av att utveckla enkla checklistor och kartläggningsinstrument som fångar omgivningsfaktorer och delaktighet enligt ICF (internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) modellen. Att utveckla standardiserade bedömningsinstrument för bedömning av individens situation och behov där ICF skulle utgöra en gemensam teoretisk referensram kan få stor betydelse. Enligt tidigare forskning kunde detta öka utbytet av information samt underlätta samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna bl.a. i det multiprofessionella sammanhang när det gäller utredningar, bedömningar och uppföljning av insatser till personer med ett funktionshinder. (Gustavsson 2007:24)

Då det kom till resultatet av användningen av ASTA i multiprofessionella sammanhang var provotiden alldeles för kort för att få konkreta svar på hur bedömningsresultatet använts i arbetsteamet. Vilket tidigare framgått ämnade en del av informanterna genomföra en ny bedömning efter 6 månader eller så hade arbetsteamet inte haft möjlighet att diskutera p.g.a. tidsbrist. Det kunde vara intressant att genomföra en ny undersökning efter att bedömningsinstrumentet använts en tid och blivit bekant för provanvändarna.

Ytterligare kunde det vara intressant att fundera över de olika yrkesgruppernas uppfattning och syn på aktivitet samt de olika yrkesparadigmens olikhet eller likhet. Denna information kunde vara nyttig då man jobbar i ett multiprofessionellt team, eftersom medvetenhet om de olika yrkenas paradigmer kunde underlätta den ömsesidiga förståelsen.

Med tanke på utvecklandet av bedömningsinstrumentet skulle det vara viktigt att vidare undersöka reliabiliteten (interrater reliabilitet och test – re- test reliabilitet) validiteten i instrumentet, eftersom informanterna ansåg att en bedömning alltid är en subjektiv tolkning och att man inte kan få samma resultat. Under våra första handledningsmöten eller närmare sagt planeringsmöten, innan själva undersökningen samt examensarbetet inleddes, fanns det som ett alternativ att även vi skribenter skulle genomföra ett visst antal bedömningar med ASTA. Målet med bedömningarna hade varit att båda skulle bedöma samma klient och därefter skulle vi jämföra resultaten för att se ifall vi uppnått samma bedömningsresultat vid bedömning av samma klient. Efter diskussion kom vi dock fram till att tiden inte skulle räcka till och att det redan nu fanns mer än tillräckligt med

arbete. Nu i efterhand kan vi dock se att en dylik bedömning hade varit av stort värde och rekommenderas därefter varmt som fortsatt forskning.

Eftersom vår studie enligt vår tolkning visar på att en utbildning i användningen av ASTA vore på sin plats, skulle det vara bra att undersöka på vilket sätt, hur ofta och var dessa utbildningar skulle ordnas. Eftersom det redan finns utbildningar på finskt håll skulle det vara skäl att någång om året även ordna en utbildning på svenska för dem som har svenska som modersmål och använder den svenska versionen av bedömningsinstrumentet ASTA.

REFERENSER

- ASPA 2010a Boendeservicestiftelsen hemsidor. Hämtat: september 2009 – maj. Tillgänglig:(www.aspa.fi)
- ASPA 2010b Boendeservicestiftelsen.. *ASTA-käyttäjän käsikirja*. Hämtat: januari – maj
Tillgänglig: (www.aspa.fi/asta)
http://www.aspa.fi/files/2705/Raportti_syksyn_2009_pilotoinnista.pdf
- ASPA 2010c Boendeservicestiftelsen. *ASTA lomakkeisto*. Hämtat: januari – maj.
Tillgänglig: (www.aspa.fi/asta)
- ASPA 2010d Boendeservicestiftelsen.. *ASTA sähköinen koontilomake*. Hämtat: januari – maj. Tillgänglig: (www.aspa.fi/asta)
- Benson, J. & Clark, F. 1982. A Guide for Instrument Development and Validation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 36(12), s.789-800
- Björck-Åkesson, E. & Simonsson, R. J. 2002. Varför behövs en barnversion av ICF? *Socialmedicinsk tidskrift*, 79: 486-495. Enligt: Gustavsson, Carina. 2007. *Bedömningsmetoder - funktionshinder, inventering av standardiserade bedömningsinstrument inom psykiatri och habiliteringsverksamhet*. IMS-institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. Socialstyrelsen. April 2007. Artikel nr.-112-2. Hämtat:19.5.2010. Tillgänglig:(http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9037/2007-112-2_20071122.pdf)
- Christiansen, Charles H.; Baum, Carolyn M.; Bass – Haugen, Julie 2005. *Occupational Therapy, Performance, Participation and Well-being*. 3rd edition. SLACK Incorporated
- Christiansen, Charles H. & Townsend, Elisabeth A. 2010 *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living*. 2nd edition. Pearson. ISBN-13: 978-0-13-199942-8. ISBN-10:0-13-199942-7
- Denscombe, Marty 2004. *Forskningens grundregler samhällsforskarens handbok i tio punkter*. Studentlitteratur. ISBN 91-44-04234-5
- Dunn, Winnie; Haney McClain, Linda; Brown, Catana; Youngstrom, Mary Jane. 2003. *The Ecology of Human Performance*. s.223-227 I: Blesedell Crepeau, Elisabeth; Cohn, Ellen S.; Boyt Schell, Barbara A. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Tenth edition Lippincott Williams & Wilkins. s. 1056. ISBN: 0-7817-2798-7
- Fossey, Ellie. 2001. Effective interdisciplinary teamwork: an occupational therapy perspective” *Australian Psychiatry* , Vol 9, Nr 3 September 2001
- Gustavsson, Bengt. 2003. *Kunskapande metoder inom samhällsvetenskapen*. Studentlitteratur. Lund. ISBN: 91-44-02368-5
- Gustavsson, Carina. 2007.[www]. *Bedömningsmetoder - funktionshinder, inventering av standardiserade bedömningsinstrument inom psykiatri och habiliteringsverksamhet*. IMS-institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. Socialstyrelsen. April 2007. Artikelnr.-112-2. Hämtat 19.5.2010. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9037/2007-112-2_20071122.pdf
- Henry, Alexis D. 2003. *The Interview Process in Occupational Therapy*. s.285-296 I: Blesedell Crepeau, Elisabeth; Cohn, Ellen S.; Boyt Schell, Barbara A. *Willard &*

Spackman's Occupational Therapy. Tenth edition Lippincott Williams & Wilkins. s. 1056. ISBN: 0-7817-2798-7

- Härmä, Johanna & Leipijärvi, Päivi .2010. ASTA™ – arviointilomakkeiston vaikutus kuntouttavaan työotteeseen kehittymiseen. Sosiaali- ja terveysala, Toimintaterapian koulutusohjelma Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu.
- Institutet för hälsa och välfärd. RAI – vertailukehittäminen [www] Tillgänglig: <http://info.stakes.fi/finrai/FI/Index.htm> och <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R27-2008-VERKKO.pdf> . Hämtat 26.10.2010.
- Jacobs Karen 1991. *Occupational therapy work-related programs an Assesment*. 2 uppl. Library of congress Catalog Card.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007. Förståelse, beskrivning och förklaring : introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Studentlitteratur. ISBN10: 9144006381. ISBN13:9789144006383. s.316
- Jenkin, Sue; Price, Connie J.; Straker, Leon. 1998. *The Researching Therapist. A Practical Guide to planning, performing and communicating research*. Churchill Livingstone. ISBN 0443 057613
- Kielhofner Gary 2006. *Reasearch in Occupational Therapy- methods of inquiry for enhancing practice*. F.A. Davis Company. ISBN-13:978-08036-1525-0
- Kramer Paula; Hinojosa, Jim; Royeen, Charlotte Brasic. 2003. *Perspectives in Human Occupation Participation in Life*. Lippincott Willams & Wilkins. ISBN 0-7817-3161-5
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. 2009. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2a upplagan. Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-05598-5
- Law, Mary; Baum, Carolyn; Dunn, Winnie. 2001. *Measuring Occupational Performance, Supporting Best Practice in Occupational Therapy*. SLACK Incorporated. ISBN 1-55642-298-9
- Law, Mary; Baum, Carolyn; Dunn, Winnie. 2005. *.Measuring Occupational Performance, Supporting Best Practice in Occupational Therapy*. Second edition. SLACK Incorporated. ISBN 978-1-55642-683-4
- Lilja, Bo. 2009. Frågeformuläret. Expowera-Vi ger kunskap.[www] hämtat 19.05.2010. Tillgänglig: http://www.expowera.se/mentor/summerat/marknadsundersokning_formularet.htm
- Magne-Holme, Idar och Khron Solvang, Berdt. 1997. *Forskningsmetodik om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Andra upplagan. Studentlitteratur. Lund. ISBN: 91-44-00211-4
- McCluskey Annie. 2003. Occupational therapists report a low level of knowledge, skill and involvement in evidencebased practice. Australian Occupational Therapy Journal 503–12). Hämtat 19.5.2010. Tillgänglig: (<http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=104&sid=1ddafe5c-b33d-4b82-a4c0-cd6233d4e710%40sessio>)
- McKibbon, K. Ann. 1998. Evidence-based practice. B.sci, M.L.S. The information unit. Bull Med Assoc 86(3)july 1998 [www] Hämtat: 19.05.2010 Tillgänglig: (<http://ukpmc.ac.uk/articlerender.cgi?artid=344968>)

- Meriano, Catherine & Latella, Donna 2008. *Occupational Therapy Interventions. Function and Occupations*. SLACK Incorporated. USA. ISBN 978-1-55642-732-9
- Patel, Runa; Tebelius, Ulla. 1987. *Grundbok i forskningsmetodik*. Studentlitteratur. ISBN 91-44-24851-2
- Silmäri – Salo, Sari. 2007.[www]. Haasteena yksilölliset ja vaihtelevat asumisen tukitarpeet. Selvitys vaikeita ja harvinaisia epilepsioita sairastavien ihmisten palvelujen kehittämistarpeista. Asumispalvelusäätiö ASPA. s.30. Hämtat 20.5.2010. Tillgänglig:
(http://www.aspapalvelut.fi/files/899/Haasteena_yksilolliset_ja_vaihtelevat_asuminen_tukitarpeet_www2.pdf)
- Socialstyrelsen 2003. *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Elanders Gotab.s. ISBN 91-7201-755-4.
- Sosiaali – ja terveystieteiden ministeriö/ Social – och hälsovårdsministeriet [www] *Tiedote 7.6 2006. Ikä ihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa*. Hämtat: 20.5.2010. Tillgänglig:
(http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=23058&name=DLFE-4225.pdf&title=Ik%C3%A4ihmisten%20toimintakyvyn%20selvitt%C3%A4minen%20osana%20palvelutarpeen%20arviointia%20sosiaalihuollossa%20KT%205/2006)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos – Institutet för hälsa och välfärd [www] Hämtat: 20.5.2010 Tillgänglig: <http://info.stakes.fi/finrai/FI/Index.htm>
- Turner, Annie; Foster, Marg; Johnson, Sybil E. 2003. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction. Principles, Skills and Practice*. Fifth edition. Churchill & Livingstone. ISBN 0 443 06224 2
- Whalley Hammell, Karen 2004. Dimensions of activity in the occupations of daily life. *Occupational Journal of Occupational Therapy*, 5 (71) [www] Hämtat: 26.10.2010 Tillgänglig:
([http://scholar.google.fi/scholar?q=Karen+Whalley+Hammell,+Occupational+Journal+of+Occupational+Therapy,+2004+5+\(71\)&hl=sv&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](http://scholar.google.fi/scholar?q=Karen+Whalley+Hammell,+Occupational+Journal+of+Occupational+Therapy,+2004+5+(71)&hl=sv&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart))
- Østensjø, Sigrid; Bjorbækmo, Wenche; Brogren Carlberg, Eva & Vøllestad, Nina K. 2005. Assessment of everyday functioning in young children with disabilities: An ICF-based analysis of concepts and content of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Disability and Rehabilitation*, April 2006; 28(8): 489 – 504- [www] hämtat 19.05.2010
Tillgänglig:(<http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=104&sid=1ddafe5c-b33d-4b82-a4c0-cd6233d4e710%40sessionmgr112>)

BILAGOR

BILAGA 1

(Följebrev)

Hej!

Provanvändningstiden för bedömningsinstrumentet ASTA håller på att ta slut och det är dags att samla in feedbacken av Er provanvändare. Eftersom Era åsikter och kommentarer är väldigt viktiga för oss, hoppas vi att Ni besvarar den bifogade förfrågningen.

Frågorna är främst flervalfrågor, men även några öppna frågor finns med. Ingen personlig information om besvararen eller klienter samlas in i frågorna, så var noga med att inte skriva om dessa i de öppna frågorna heller.

Förfrågningen som nås via länken nedan kan besvaras endast en gång / e-post. Om det i Din arbetsgemenskap finns andra som provanvänt instrumentet ASTA, ber jag Dig vänligen skicka mig även deras e-postadresser så att förfrågningen kan nå även dem.

Ifall länken inte fungerar, kan Du prova på att kopiera den direkt i adressfältet på Din webbläsare. Internetsäkerhetsåtgärderna i en del organisationer hindrar länken från att fungera. Om Du inte kan nå och besvara förfrågningen, var vänlig och informera mig om detta (xxxx.xxxx@aspa.fi).

Du kan besvara förfrågningen fram till kvällen torsdagen 17.6. 2010.

Ett stort tack redan på förhand för att Du deltar i utvecklingsarbetet! På hösten sänder vi en sammanfattning av undersökningsresultaten samt en eventuellt reviderad version av bedömningsinstrumentet ASTA till alla som deltagit i pilottestningen.

Katja Laine
jektarbetare
cestiftelsen ASPA
Omaan elämään – Turvallinen asuminen

pro-
Boendeservi-
Projektet

BILAGA 2

(Påminnelsebrev)

Hej!

Tiden för pilottestningen av bedömningsinstrumentet ASTA har tagit slut. Dina åsikter är väldigt viktiga för oss och därför önskar vi att du hinner besvara den bifogade förfrågningen!

Nu är det ”sista chansen” att bidra med Din feedback innan analyseringen av responsen börjar! Frågeformuläret finns bakom länken nedan. Om Du redan bidragit med Din respons, är denna påminnelse naturligtvis obefogad.

Du kan besvara förfrågningen fram till kvällen torsdagen 17.6.2010.

Ett stort tack på förhand för Ditt deltagande i utvecklingsarbetet! På hösten sänder vi en sammanfattning av undersökningsresultaten och eventuellt en reviderad version av bedömningsinstrumentet ASTA.

Katja Laine
jektarbetare
cestiftelsen ASPA
Omaan elämään – Turvallinen asuminen

pro-
Boendeservi-
Projektet

BILAGA 3

(Strukturen för en Webropolfrågoring om bedömningsinstrumentet ASTA)

1. Yrke__

2. Var arbetar du?

Central/Universitets sjukhus

Distriktssjukhus

Hälsovårdscentral

Boendeenhet/ Hemservice

Rehabiliteringscentrum

Socialverk/-central

Läroverk

Förbund/Förening

Privat yrkesutövare

Annat, vad?_

3. Anser Du att instruktionerna i ASTA var tillräckligt tydliga och lättförståeliga?

Ja_ Delvis, precisering?_ Nej, precisering?_

4. Var begreppen (ordval) i ASTA tillräckligt allmänna?

Ja_ Delvis_ Nej_

5. Anser Du att ASTA översatts till en god svenska?

Ja_ Nej_ Förändringsförslag:

6. Anser Du att manualen / användarens handbok var ett tillräckligt stöd för utförandet av bedömningen?

Ja_ Delvis_ Nej_

Om nej: varför?

7. Tyckte Du att aktiviteterna som behandlades i ASTA var relevanta?

Ja Delvis Nej, vilka och varför?

8. Var bedömningen lätt att utföra med tanke på val av svarsalternativen i bedömningen?

Ja Delvis Nej_

Om nej: varför?_

9. Anser du att användningen av ASTA blankettsamlingen skulle kräva en skolning utöver de instruktioner användarens handbok erbjuder?

Skolning krävs utöver användarens handbok_

Kräver inte enskild skolning, instruktionerna i användarens handbok var tillräckliga_

10. Med vilken klientgrupp arbetar Du Flera alternativ kan kryssas i.

Neurologiska klienter

Psykiatriska klienter

Äldre klienter

Rörelsehindrade klienter

Neuropsykiatriska klienter

Missbruksklienter

Utvecklingsstörda klienter

Klienter med problem i sinnesintegration

Andra klienter, vilka?

11. Hur bra anser du att ASTA lämpar sig till följande klientgrupper (gå att specificera sitt svar i de tomma fälten)

	Väldigt bra	Bra	Medelmåttligt	Tillfredställande
Inte alls				
Neurologiska klienter				
Neuropsykiatriska klienter				
Psykiatriska klienter				
Missbruksklienter				
Utvecklingsstörda klienter				
Äldre klienter				
Klienter med minnesproblematik				
Rörelsehindrade klienter				
STÖRÖ - klienter				
Synskadade klienter				
Hörselskadade klienter				
Till vilka andra klientgrupper anser du att ASTA lämpar sig?				

12. I vilket syfte använde ni er av ASTA? Flera alternativ kan kryssas i.

Vid bedömning av funktionsförmågan

Vid bedömning av variation i funktionsförmågan

Vid bedömning av förändring i funktionsförmågan

Vid bedömning av hjälp behov

Vid uppdatering av förändringar i hjälp behovet

Vid sammanställning av en helhetlig serviceplan

Vid kartläggning av personlig hjälp

Vid kartläggning av en anpassad boende lösning

Vid kartläggning av boendeservice

Vid kartläggning av terapialternativ/målsättningar

Vid kartläggning av hjälpmedelsbehov

Vid kartläggning av bostadsförändring

Vid bedömning av effekten av boendeträning

Vid bedömning av effekten av terapin

Vid bedömning av effekten av hjälpmedelslösningar

Vid bedömning av effekten av bostadsförändringar

Vid självbedömning

13. Utvärdera hur bra ASTA lämpar sig att användas inom olika situationer. (Det går att specificera svaret i de tomma fälten).

Väldigt bra Bra Delvis Inte alls

Vid bedömning av funktionsförmågan

Vid bedömning av variation i funktionsförmågan

Vid bedömning av förändring i funktionsförmågan

Vid bedömning av hjälp behov

Vid uppdatering av förändringar i hjälp behovet

Vid sammanställning av en helhetlig serviceplan

Vid kartläggning av personlig hjälp

Vid kartläggning av en anpassad boende lösning

Vid kartläggning av boendeservice

Vid kartläggning av terapialternativ/målsättningar

Vid kartläggning av hjälpmedelsbehov

Vid kartläggning av bostadsförändring

Asumisvalmennuksen vaikuttavuuden arviointiin

Vid bedömning av effekten av terapin

Vid bedömning av effekten av hjälpmedelslösningar

Vid bedömning av effekten av bostadsförändringar

Vid självbedömning

14. I vilka andra syften anser du att man kunde ha nytta av användningen av ASTA ?

Förslag:

15. Hur många bedömningar gjorde du allt som allt?

1-2st

3-5st

6-10st

Över 10st

Ingen alls, varför?

16. Hur har Du och de andra i det multiprofessionella teamet använt er av resultatet från bedömningen med ASTA?

17. Anser Du ni att bedömningsresultatet varit till nytta för klienten?

Ja, på vilket sätt?

Nej, varför inte?

18. Anser ni att bedömningsresultatet varit till nytta för teamet?

Ja, på vilket sätt?

Nej, varför inte?

19. Vilka yrkesgrupper deltog i teamet?(d.v.s. till vilka alla yrkesgrupper nådde resultatet av bedömningen?)

ergoterapeut

fysioterapeut

sjuuskötare

närvårdare

socialarbetare

läkare
talterapeut
neuropsykolog
lärare
rehabiliteringshandledare
socioonom
andra yrkesgrupper, vilka?

20. Andra kommentarer som behandlar provanvändningen av ASTA blankettsamlingen?

Tack för ditt bidrag/deltagande..!