



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Att skapa tillitsfulla relationer mellan arbetsterapeut och patient

En fokusgruppsstudie i kommunala hälso- och
sjukvårdsteam

HUVUDOMRÅDE: *Arbetsterapi*

FÖRFATTARE: *Monica Berggren & Kaspars Stilbrandt*

HANDLEDARE: *Inger Ahlstrand*

JÖNKÖPING 2018 juni

Sammanfattning

Bakgrund: Relationen mellan arbetsterapeut och patient har påvisats ha inflytande på behandlingen och behandlingsresultatet. Relationen är ett verktyg för att patienten ska uppnå sina mål. Tidigare definition om hur en bra relation är inkluderar att relationen ska vara tillitsfull. Tilliten byggs upp över tid.

Syfte: Att beskriva hur arbetsterapeuter inom kommunala hälso-och sjukvårdsteam skapar tillitsfulla relationer till patienter.

Metod: En kvalitativ studie där två fokusgrupper med sammanlagt sju arbetsterapeuter genomfördes. Därefter utfördes en innehållsanalys av de två fokusgruppsdiskussionerna.

Resultat: I temat *Att göra och att vara* beskrivs deltagarnas uppfattningar om hur tillit skapas. Temat bygger på de tre kategorierna: *Använder olika strategier*, *Arbetar klientcentrerat* och *Har ett empatiskt förhållningssätt*. Deltagarna använder olika strategier beroende på om det är första mötet, fortsatt arbete eller om det är svårt att skapa tillit samt är instruerande. De arbetar klientcentrerat då de har patienten i fokus, lyssnar aktivt till patienten och skapar en jämlik relation. De har ett empatiskt förhållningssätt då de kommunicerar med ödmjukhet, visar patienten förstående samt skapar en avslappnad stämning.

Slutsats: Deltagarna använder sig av olika strategier, arbetar klientcentrerat samt har ett empatiskt förhållningssätt för att skapa tillitsfulla relationer.

Nyckelord: förhållningssätt, innehållsanalys, klientcentrerat arbetssätt, strategier.

Summary

English title: Creating trustful relationships between occupational therapist and patient. A focus group study in municipal health care teams.

Background: The relationship between the occupational therapist and the patient has been shown to influence treatment and the treatment outcome. The relation between the occupational therapist and the patient is a tool to achieve goals. Previous definition of good relationships includes that the relationship is trustworthy.

Aim: To describe how occupational therapists create trustful relationships with patients in municipal health care teams.

Method: A qualitative study including two focus groups with a total of seven occupational therapists in the municipal health care team were conducted. Then a content analysis of the two group discussions was performed.

Result: In the theme *To do and to be*, the participants experiences of how trust is created is described. The theme builds on the three categories: *Using different strategies*, *Working client-centred* and *Have an empathic approach*. Participants use different strategies depending on whether it is the first meeting, continued work or if it is difficult to create trust, they are also instructive. The participants focus on the patient, listen actively to the patient, and create an equal relationship. They also communicate with humility, showing the patient comprehensively, and creating a relaxed mood.

Conclusion: Trustful relationships are created by the participants using different strategies, working client-centred and using an empathic approach.

Keywords: approach, client-centred practice, content analysis, strategies

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Tillitsfull relation.....	1
Terapeutisk relation.....	2
Klientcentrerat arbetssätt.....	3
Relation och behandlingsresultat.....	4
Syfte	5
Material och metod	6
Förförståelse.....	6
Deltagare	6
Datainsamling.....	6
Databearbetning.....	7
Etiska överväganden	8
Resultat	9
Använder olika strategier	9
Arbetar klientcentrerat.....	11
Empatiskt förhållningssätt	12
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
Betydelse för arbetsterapi	19
Slutsatser	21
Referenser	22
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4	

Inledning

Arbetsterapeuters relationer till patienter är ett lika viktigt redskap som deras yrkesmässiga kunskap (Cole & McLean, 2003). För att en god terapeutisk relation ska uppnås behöver patienterna känna tillit till arbetsterapeuten (Cole & McLean, 2003; Fisher, 2009; Johansson, 2010; Taylor, 2008). Efter litteratursökning upptäckte författarna att det fanns få studier om hur arbetsterapeuter går tillväga för att skapa tillitsfulla relationer. Genom att studera relationsskapandet mellan arbetsterapeut och patient kan yrkesverksamma arbetsterapeuter, såväl nya som mer erfarna, ta del av examensarbetets resultat och applicera det i sitt eget relationsskapande med patienter. Det är betydelsefullt eftersom att arbetsterapeuter bör sträva efter att patienter ska känna tillit till dem för att en bra behandlingsrelation ska skapas. Tillitsfulla relationer kan underlätta arbetsterapeuternas arbete samt ge patienterna en bättre upplevelse av sin vård. Behandlingen och behandlingsresultatet påverkas eftersom att om relationen mellan arbetsterapeut och patient är bättre upplevs behandlingen som bättre och behandlingsresultatet blir därmed bättre (Johansson, 2010). Genom att studera och publicera material om relationen mellan arbetsterapeuter och patienter kan arbetsterapin ta större plats inom sjukvården. Genom att visa hur arbetsterapeuter skapar tillitsfulla relationer och visa vikten av relationen kan patienterna börja efterfråga arbetsterapeuter i större utsträckning, då patienterna kan styra sin behandling och välja sina behandlare (Cole & McLean, 2003). Relationen mellan arbetsterapeut och patient definieras som: "A trusting connection and rapport established between therapist and client through collaboration, communication, therapist empathy and mutual understanding and respect." (Cole & McLean, 2003, s.33). Baserat på denna definition kommer examensarbetet att behandla hur arbetsterapeuter skapar tillitsfulla relationer till sina patienter, då det är en del av den terapeutiska relationen (Johansson, 2010; Taylor, 2008).

Bakgrund

Tillitsfull relation

Arbetsterapeuter skapar tillitsfulla relationer genom att lyssna aktivt, vara lojala, engagerade och strukturerade. Om tillit inte skapas vid första mötet är chansen liten att patienten kommer att känna tillit för arbetsterapeuten i framtiden. Arbetsterapeuterna håller det de lovar vilket gör att patienterna kan känna tillit till dem. The Intentional Relationship Model (IRM) visar att arbetsterapeuterna ska vara försvarande och uppmuntrande om patienterna upplever tillit till dem men inte till andra. Om patienterna inte upplever tillit till arbetsterapeuterna bör de vara empatiska (Taylor, 2008).

Taylor (2008) menar att tillit byggs upp över tid. Brist på tillit kan medföra att patienten är motvillig till att genomföra olika aktiviteter i behandlingen eller att patienten inte ger arbetsterapeuten tillräcklig information. Patienten kan uppvisa ett beteende där den testar arbetsterapeutens engagemang och lojalitet genom att till exempel ställa personliga frågor till arbetsterapeuten. Om det är svårt att bygga upp tillit behöver arbetsterapeuten lägga ner mer

arbete på den terapeutiska relationen. Om en patient har svårt med tillit bör arbetsterapeuten identifiera patientens beteende och berätta detta för patienten så att den kan reflektera över relationen. Arbetsterapeuten bör visa empati och förståelse för patientens känslor (Taylor, 2008). Om patienten inte känner tillit ska behandlaren ändå vara engagerad och försöka skapa en god relation (Johansson, 2010).

Terapeutisk relation

Johansson (2010) menar att den första forskningen om terapeutisk allians även kallad terapeutisk relation började utvecklas inom psykoterapeutisk verksamhet. Den terapeutiska relationen används idag inte bara inom psykoterapi utan även med olika patientgrupper samt inom olika vårdformer. Den terapeutiska relationen innebär att behandlaren och klienten har ett känslomässigt och samarbetsmässigt band mellan sig. Den terapeutiska relationen innebär att patienten kan lita på behandlaren och relationen innehåller bland annat empati, samarbete, stöd, acceptans och engagemang. Den tekniska interventionen förstås i det relationella sammanhanget, då patienter till exempel kan uppleva interventionens betydelse olika på grund av hur relationen till arbetsterapeuten är. Relationen påverkas av behandlaren och patientens tidigare erfarenheter av relationer. Behandlaren ska sträva efter att förstå den unika patienten för att agera och anpassa sig därefter. Patienten ska vara delaktig i målsättningen och upplägget för behandlingen för att den ska behålla autonomi (Johansson, 2010).

Taylor (2008) skriver att arbetsterapeuter använder sig själva som verktyg i IRM genom den terapeutiska relationen med patienterna för att främja resultatet av behandlingar och därmed patientens aktivitetsutförande. Den terapeutiska relationen benämns som "the Intentional Relation". Hur arbetsterapeuterna svarar och agerar beror på hur patienten agerar och vilka behov den har i den terapeutiska relationen. Arbetsterapeuterna använder någon av följande sex metoder: *försvarande*, *samarbetande*, *empatisk*, *uppmuntrande*, *instruerande* och *problemlösande*. Den *försvarande metoden* innebär att arbetsterapeuten bland annat pekar ut orättvisor, assisterar och agerar vittne om patienten utsätts för orättvisor samt uppmuntrar patienten till att läsa på om sina rättigheter för att öka patientens självständighet och välbefinnande. *Samarbetsmetoden* betyder att arbetsterapeuten gör patienten delaktig i hela processen, uppmuntrar patienten till att ta egna beslut samt låter patienten vara med och sätta sina egna mål. *Empatimetoden* fokuserar på att uppmärksamma och förstå patientens emotionella tillstånd genom att lyssna noga på och observera patienten. Arbetsterapeuten anpassar sitt utövande för att passa och stödja klienten, till exempel utföra aktiviteten med patienten. *Uppmuntrandemetoden* fokuserar på klientens initiativ- och utförandeförmågor. Arbetsterapeuten stödjer och uppmuntrar genom att ge komplimanger, heja på och gratulera patienten till sina framsteg för att stärka viljan av att delta i aktiviteter i behandlingen. *Instruktionsmetoden* innebär att arbetsterapeuten förbereder och utbildar patienten inför kommande aktiviteter för att öka deltagandet. Metoden karakteriseras av struktur och direkt kommunikation innehållande instruktioner och demonstrationer. Den sista metoden är *problemlösning* som ser till att identifiera patientens svagheter inom aktiviteter genom till exempel strukturerad guidning eller frågeställningar för att sedan kunna lägga fram alternativa lösningar anpassade till patienten (Taylor, 2008).

I en studie som genomfördes med 1000 yrkesutövande arbetsterapeuter studerades hur arbetsterapeuterna använder sig av de sex metoderna som ingår i IRM. Användandet av metoderna skilde sig inte mellan olika patientgrupper, men de arbetsterapeuter som arbetade med äldre och vuxna rapporterade att de använde samtliga metoder i något högre grad än de som arbetade med ungdomar och barn. Arbetsterapeuterna rapporterade att de i högre utsträckning använde alla metoderna när de mötte patienter med svårare beteenden och känslor. *Instruerande* och *problemlösande* metoder användes när arbetsterapeuterna mötte svåra beteenden i allmänhet. Arbetsterapeuter som arbetade med patienter med ångest rapporterade i högre grad att de använde *problemlösning*. De som arbetade med deprimerade patienter rapporterade att de i högre grad använde *problemlösning*, *samarbete* och *empati* (Taylor, Lee & Kielhofner, 2011). En annan studie beskriver likheter och skillnader mellan hur arbetsterapeuter och arbetsterapeutstudenter förhåller sig till patienter utifrån IRM. Studien visar att det finns skillnader mellan dessa grupper då arbetsterapeuterna är mer *samarbetsvilliga* och *empatiska* medan arbetsterapeutstudenterna är mer *instruerande* och *försvarende*. Arbetsterapeuternas erfarenhetsnivå påverkar de val som de gör. Att vara *samarbetsvillig* och *empatisk* är komplext och känslomässigt utmanande, vilket kan förklara varför arbetsterapeuterna känner sig mer förberedda än vad arbetsterapeutstudenterna gör för sådana situationer (Carstensen & Bonsaksen, 2017).

Klientcentrerat arbetssätt

Klientcentrering är en central del i arbetsterapin (Fisher, 2009). Den etiska koden för arbetsterapeuter tar upp vilka skyldigheter de har i förhållande till patienterna (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2012), vilka beskrivs vara delar i det klientcentrerade arbetet (Kielhofner, 2008/2012). Arbetsterapeuter ska bland annat arbeta utifrån patientens vilja och mål, utgå från patientens uppfattningar och låta patienten vara med och ta beslut. Om patienten själv inte kan ta beslut ska arbetsterapeuten ta beslut efter samråd med närstående (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2012., Kielhofner, 2008/2012). Arbetsterapeuter använder sig av ett klientcentrerat arbetssätt för att skapa en god terapeutisk relation (Taylor, 2008). Att arbeta klientcentrerat innebär att arbetsterapeuten ser varje patient som en unik individ. Arbetsterapeuten respekterar, förstår och stödjer patientens upplevelser, val och handlingar. Behandlingsmålen och behandlingsstrategier grundas på patientens personliga egenskaper. De centrala delarna för förändring är det patienten tänker, känner och gör. Vid interventioner utgår arbetsterapeuten från vad patienten önskar. (Kielhofner, 2008/2012). Arbetsterapeuten och patienten ska samarbeta vid målsättning och upplägg av behandling (Johansson, 2010., Kielhofner, 2008/2012). I en studie beskrivs hur arbetsterapeuter använder sig av klientcentrerat arbete. Arbetsterapeuterna ansåg att det främjade arbetsterapiprocessen, då patienten blev mer delaktig i sin rehabilitering. De menade också att det är svårare att implementera klientcentrering i arbetet på akutmottagningar på grund av den begränsade tid de har till varje patient jämfört med de som arbetar inom kommunen (Krizaj & Hurst, 2012). Det klientcentrerade arbetet är komplext och innebär att arbetsterapeuten utgår från patienternas perspektiv vad gäller önsknings och behov samtidigt som arbetsterapeuten ska följa riktlinjer, föreskrifter samt lagstiftning (Fisher, 2009).

Relation och behandlingsresultat

Cole och McLean (2003) menar att det finns ett samband mellan den terapeutiska relationen och det funktionella utfallet. Ett av de viktigaste verktygen inom arbetsterapi är arbetsterapeuternas relation till patienterna. I en av Palmadottir (2006) studie intervjuades 20 patienter med olika hälsoproblem i rehabiliteringssammanhang. Patienterna upplevde att de hade en närmre relation till arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna än med andra professioner under rehabiliteringen. Detta kan bero på interaktionens enkelhet samt kontaktfrekvensen mellan patient och arbetsterapeut som gjorde att patienterna upplevde en nära och tillitsfull relation med arbetsterapeuterna. Studien visade att de flesta patienterna hade positiva erfarenheter av relationer till arbetsterapeuterna, men det fanns även några negativa erfarenheter. Studien resulterade i sju olika dimensioner av relationer och patienterna kunde uppleva flera av dem samtidigt, men en av dem var mer dominant. Fem av relationsdimensionerna beskrevs som positiva. *Concern* innebär att arbetsterapeuten är varm, stödjande, uppmuntrande utan att pusha för mycket. Patienterna beskrev att de har full tillit till arbetsterapeuten. *Guidance* innebär att arbetsterapeuten är ledare och tar de flesta besluten. Patienterna upplever inte denna typ av relation som nära, men att de litar på arbetsterapeuten. *Fellowship* innebär att arbetsterapeuten och patienten är på samma nivå och tar beslut tillsammans. Patienterna upplever att arbetsterapeuterna lyssnar aktivt, uppmuntra dem och ge självsäkerhet. *Direction* innebär arbetsterapeuten guidar patienten och det är patientens värderingar som styr. Patienterna upplever denna relation som nära varm och avslappnad. *Coalition* var den relation som är mest fördelaktig för både arbetsterapeut och patient, då de jobbar tillsammans för att nå tydliga mål och lösa problem som är viktiga för dem båda. En av relationsdimensionerna beskrevs som negativ. *Rejection* innebär att arbetsterapeuten ser ner på patienten och lyssnar inte på patienten. I denna typ av relationen finns inte någon grundläggande tillit. Den sista relationsdimensionen beskrevs som varken positiv eller negativ. *Detachment* innebär att arbetsterapeuten är distanserad och har lite kontakt med patienten. Patienterna upplever att arbetsterapeuten är passiv och inte ger tillräckligt med information. Arbetsterapeuterna bör ta reda på vilken dimension av relation varje patient föredrar för att kunna skapa ett effektivt samarbete mellan patient och professionell (Palmadottir, 2006).

I en annan studie av Palmadottir (2003) intervjuades 20 vuxna som blivit utskrivna från en rehabiliteringsinstitution för att ta reda på deras upplevelse av arbetsterapi i rehabiliteringen. Deltagarna beskrev att de hade en vänskaplig relation till arbetsterapeuterna som var nära, stödjande och patienterna kände att de var på samma nivå som arbetsterapeuterna. Enligt studien påverkar patienternas relation till arbetsterapeuten och hur delaktiga patienterna är i arbetsterapiprocessen hur de upplever den arbetsterapeutiska rehabiliteringen. Även Johansson (2010) nämner att det finns ett samband mellan patientrelationer och behandlingsresultat, då resultatet kan bli bättre om relationen mellan patient och behandlare är bra.

Syfte

Syftet var att beskriva hur arbetsterapeuter inom kommunala hälso-och sjukvårdsteam skapar tillitsfulla relationer till patienter.

Material och metod

Examensarbetet har en kvalitativ studiedesign för att möta dess syfte. Kvalitativ metod med deduktiv ansats används för att beskriva hur personer uppfattar och upplever ett fenomen och syftar till att ge en djup och detaljerad förståelse av fenomenet som studeras (Kristensson, 2014). Data samlades in genom fokusgruppsdiskussioner, vilket innebar att en grupp människor som hade något gemensamt diskuterade ett ämne och delade med sig av sina egna erfarenheter, upplevelser och åsikter. Fokusgrupper kan användas för att undersöka olika företeelser (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). För att bearbeta insamlade data användes kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

Förförståelse

En av författarna har tidigare själv varit patient där en god relation till arbetsterapeuten skapades, vilket upplevdes främja rehabiliteringen. Båda författarna har under sin arbetsterapeututbildning genomfört verksamhetsförlagd utbildning (VFU) på kommunala hälso- och sjukvårdsteam, vilket gör att det finns en förståelse för arbetsterapeuternas arbetsuppgifter och deras patientgrupp inom denna typ av verksamhet.

Deltagare

Urvalet i examensarbetet var arbetsterapeuter anställda i kommunala hälso- och sjukvårdsteam inom ett geografiskt område. Denna målgrupp valdes eftersom de har både kortare och längre patientrelationer samt träffar sina patienter olika frekvent. Den urvalsmetod som användes var ett bekvämlighetsurval. Urvalet omfattade deltagare i åldrarna 24 till 58 år och yrkesverksamma år som arbetsterapeut i ett till 31 år. Handledaren för examensarbetet tog kontakt med områdeschef för kommunens hälso- och sjukvård för att få information om hur rekryteringen av deltagarna skulle kunna gå till. Författarna tog sedan kontakt med funktionschefen för hälso- och sjukvårdsfunktionen för att få godkännande att genomföra examensarbetet. Ett mejl med informationsbrev och samtyckesformulär bifogades till funktionschefen med kopia till områdeschefen, bilaga 1. Efter godkännande av funktionschefen tog författarna kontakt med områdeschefen och skickade informationsbrev (bilaga 2) och samtyckesformulär (bilaga 3) via mejl som områdeschefen sedan vidarebefordrade till enhetscheferna i de kommunala hälso- och sjukvårdsteamerna för att rekrytera deltagare till examensarbetet. Enhetscheferna skickade ett mejl med bifogat informationsbrev (bilaga 2) och samtyckesformulär (bilaga 3) till arbetsterapeuterna på respektive team. Områdeschefen kontaktade sedan författarna med namn och kontaktuppgifter till de arbetsterapeuter som var intresserade av att delta i examensarbetet. Författarna tog sedan kontakt med de arbetsterapeuter som ville delta i examensarbetet för att informera om tid och plats.

Datainsamling

I examensarbetet ingick två fokusgrupper med tre till fyra deltagare i varje grupp. Båda grupperna bestod av arbetsterapeuter från olika kommunala hälso- och sjukvårdsteam. Vid utformning av intervjuguiden formulerades först tre nyckelfrågor som är breda diskussionsfrågor som svarar på syftet. Nyckelfrågorna är rubriker till de intervjufrågor som utvecklades utifrån dem. Det var intervjufrågorna som diskuterades i fokusgrupperna,

nyckelfrågorna var endast rubriker (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). För intervjuguide se bilaga 4.

Varje fokusgrupp träffades en gång och sessionerna pågick mellan 50 och 60 minuter. Sessionerna genomfördes på plats i ett av hälso-och sjukvårdsteamens konferensrum under arbetstid. De båda fokusgrupperna gavs samma förutsättningar i genomförandet av sessionerna. Gruppledarna började varje fokusgruppsstillfälle med att välkomna deltagarna, presentera sig själva och samla in det samtyckesformulär som deltagarna skrivit under för att godkänna sitt deltagande i examensarbetet (bilaga 3). En av författarna agerade gruppledare och den andra agerade biträdande gruppledare. Gruppledaren ledde diskussionerna och gav en introduktion i början av sessionerna med information motsvarande informationsbrevet (bilaga 2), det som förväntades av deltagarna, praktisk information, konfidentialitet samt diskussionsregler (bilaga 4). Denna inledning av sessionerna gjordes för att främja interaktionen i grupperna (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Den av författarna som agerade biträdande gruppledare var med och ställde följdfrågor samt gjorde anteckningar under diskussionerna för att efter diskussionerna göra en sammanfattning av det som diskuterats. Gruppledarna bidrog till ett öppet klimat och ledde diskussionerna, men det var gruppdeltagarna som diskuterade med varandra. Diskussionsfrågorna ställdes till hela gruppen för att en enskild person inte skulle känna sig utsatt eller tvungen att svara (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Följdfrågor kunde riktas till enskilda individer för att få mer utvecklade svar eller exempel på det de berättade. Vid fokusgruppsstillfället visades diskussionsreglerna och diskussionsfrågor på en dator, vilket gav struktur och deltagarna kunde själva se frågeställningarna under diskussionens gång. Fokusgruppsessionerna avslutades med att den biträdande gruppledaren gjorde en sammanfattning av diskussionerna och deltagarna fick då möjlighet att tillägga något och bekräfta eller förneka det den biträdande gruppledaren hade uppfattat (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Gruppssessionerna ljudinspelades och överfördes därefter in på USB.

Databearbetning

De ljudinspelade fokusgruppsdiskussionerna transkriberades och skrevs ut. Gruppdeltagarna avidentifierades vid transkriberingen. Analysen av texterna genomfördes genom den kvalitativa innehållsanalysen för att göra det möjligt att hitta mönster samt likheter och skillnader (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna började med att läsa igenom det transkriberade materialet enskilt för att sedan tillsammans diskutera intrycken av texten. Författarna läste igenom intervjuerna flera gånger för att bilda sig en uppfattning om helheten. Texterna från de båda fokusgruppsdiskussionerna sammanställdes och utgjorde enheten för analysen. Texten delades först in i meningsbärande enheter, vilka var de delar i texten som relaterade till syftet. De meningsbärande enheterna kondenserades, då meningarna kortades ner men behöll innehållet. Sedan sattes en etikett i form av en kod på varje kondenserad meningsbärande enhet. Hela innehållet togs hänsyn till när kondensering och kodning skedde. Sedan jämfördes koderna med varandra för att se likheter och skillnader. Koderna sorterades därefter in i underkategorier och kategorier. Det sista steget innebar att ett tema formulerades utifrån kategoriernas underliggande mening (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1. Exempel på meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter och koder.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod
Att man möts någonstans på mitten. “Jag lyssnar på vad du säger, men det kan inte jag ordna” eller “vi skulle kunna prova det här eller göra det här”.	Lyssnar på patienten och möts någonstans i mitten.	Kompromissar
Sen vet jag när jag varit i ordinärt boende har jag gjort lite mer än vad jag ska just för att det behövs eller om det är något som hänt. Bäddat sängen och så har jag gjort någon gång.	Hjälper patienten med saker som ligger utanför arbetsuppgifter.	Är hjälpsamma

Etiska överväganden

Tillsammans med handledare har etisk egen granskning enligt Hälsohögskolans anvisningar genomförts. Den visade att examensarbetet inte innehåller sådant som identifieras som etiskt känsligt enligt etikprovningsslagen. Examensarbetet tog hänsyn till individskyddskravet som innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, u.å.). Detta innebar att deltagarna genom informationsbrev (bilaga 2) och inledande information muntligt under fokusgruppsstillfället fick information om examensarbetets syfte och tillvägagångsätt; att deltagandet var frivilligt; att medverkan kunde avbrytas när så önskades utan påföljande konsekvenser samt hur och var resultatet skulle redovisas. Uppgifterna användes enbart i utbildningssyfte och behandlades konfidentiellt, vilket innebar att ingen utomstående hade tillgång till materialet. Deltagarna informerades även om att fokusgruppsdiskussionerna ljudinspelades. Innan fokusgrupperna startade fyllde gruppdeltagarna i ett samtyckesformulär där de godkände sitt deltagande i examensarbetet (Vetenskapsrådet, u.å.). Vid transkriberingen av fokusgruppsdiskussionerna användes inte gruppdeltagarnas namn utan de byttes ut till D1, D2, D3 och så vidare (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Ljudinspelningarna på inspelningshjälpmedel raderades direkt efter att de överfördes till USB som förvarades inlåst tills materialet raderas när examensarbetet blivit godkänd.

Resultat

Innehållsanalysen resulterade i ett tema, *Att göra och att vara*. Temat innebär att deltagarna använder sig själva som verktyg för att skapa tillitsfulla relationer. *Att göra* handlar om att aktivt göra något till exempel kompromissa eller fråga kollegor om råd och *att vara* handlar om hur deltagarna förhåller sig till patienter till exempel vara närvarande och lyhörda. Temat består av tre kategorier: *Använder olika strategier*, *arbetar klientcentrerat* och *har ett empatiskt förhållningssätt*. Kategorierna består i sin tur av sammanlagt tio underkategorier (tabell 2). Nedan beskrivs varje kategori utifrån fokusgruppsdiskussionerna och med citat från genomförda fokusgruppsdiskussioner.

Tabell 2. Tema, kategorier och underkategorier som beskriver hur deltagarna skapar tillitsfulla relationer till sina patienter.

Underkategorier	Kategorier	Tema
<ul style="list-style-type: none">• Strategier för att ge ett bra bemötande första gången de träffar en patient• Strategier i det fortsatta arbetet• Alternativa strategier när det är svårt att skapa en tillitsfull relation• Instruerande	Använder olika strategier	Att göra och att vara
<ul style="list-style-type: none">• Lyssnar aktivt till patienten• Har patienten i fokus• Skapar jämlik relation	Arbetar klientcentrerat	
<ul style="list-style-type: none">• Skapar en avslappnad stämning• Kommunikerar och agerar med ödmjukhet• Visar patienten förstående	Empatiskt förhållningssätt	

Använder olika strategier

Deltagarna använder sig av olika strategier för att lära känna patienterna och skapa tillitsfulla relationer, eftersom att de beskrev att relationen mellan dem och patienterna påverkade behandlingen och dess resultat. *Strategier för att ge ett bra bemötande första gången de träffar en patient* berättade deltagarna att de förbereder sig genom att läsa i patienternas journaler för att ha bakgrundsfakta om dem.

“...för mig tänker jag att det är viktigt att veta lite fakta om patienten överlag”. (D1)

Deltagarna beskrev att patienterna tycker att är tryggt att de vet lite om dem och att de då slipper dra hela sin livshistoria varje gång. Men deltagarna anpassar sig med att berätta hur mycket de vet, eftersom att en del patienter kan uppleva det obehagligt om de vet för mycket om dem. De ger även patienterna chansen att själva berätta om sin problematik för att få deras perspektiv och se vad som överensstämmer med journalanteckningarna. Deltagarna berättade att de är noga med att presentera sig ordentligt när de möter sina patienter. De talar om vilka de är och vad de ska göra. Deltagarna läser även av patienterna och den miljö de befinner sig i. När de är i patienternas hemmiljö kunde de få viss uppfattning om dem och deras intressen genom att titta på möbler, heminredning och hur de agerar i hemmet.

”Du kan ju bara se på vad det är för möbler, vad det är för inredning och vad det liksom är runt omkring så får du ändå en bild av vad det är för människa man har framför sig.” (D6)

Deltagarna har *strategier i det fortsatta arbetet* då de berättade att de är de noga med att hålla det de lovar för att skapa och bibehålla tillit. Är de osäkra på om de kan lova något så gör de inte det. Deltagarna beskrev att när de upplever att de och patienterna vill olika saker eller om de inte kan uppfylla patienternas vilja försöker de mötas någonstans i mitten genom att kompromissa. Deltagarna berättade att de ansvarar för ett geografiskt område eller särskilda boenden. Detta tycker de är fördelaktigt då det är samma arbetsterapeut som återkommer till patienterna. De uppgav även att det gör det lättare att bygga en tillitsfull relation samt möta patienternas förväntningar när det finns kontinuitet. Deltagarna berättade att det är bra att ha en god relation till patienternas anhöriga då de upplever att det påverkar patienterna på ett positivt sätt genom att de blir tryggare. De uppgav även att genom att ha en god relation till de anhöriga är det också lättare att samarbeta med dem och anhöriga kan vara till hjälp i behandlingen av patienten. I de fall då de inte har en god relation till anhöriga kan de anhöriga istället motverka dem. Om anhöriga till patienterna är närvarande berättade deltagarna att de pratar med anhöriga och patienterna samtidigt, för att undvika missförstånd och för att inte behöva medla dem emellan.

”Det är bra att ha alla i samma rum samtidigt. Ibland har jag varit med om att man har anhörig på ett håll och så säger de någonting och så säger patienten någonting och så ska man på något sätt medla mellan.” (D3)

Deltagarna har *alternativa strategier när det är svårt att skapa en tillitsfull relation* då de berättade att de ber de sina kollegor om råd och diskuterar hur de kan göra annorlunda. De uppgav att de ibland även två tillsammans på hembesök för att kunna hjälpas åt. De samarbetar med andra professioner då de uppgav att de tar hjälp av personal på särskilt boende, då de anser att personalen där har en annan typ av relation eftersom de ses oftare. Vid beslut som patienterna inte tycker om, till exempel att ta bort ett hjälpmedel för att de inte längre behöver det, kan deltagarna be personalen att ta bort hjälpmedlet från patienten.

”Ibland kan det vara en fördel om man är på särskilt boende för då kan ju personalen hjälpa till med det här om man har ett annat hjälpmedel istället. Att man kan be dem plocka ut det istället...” (D4)

Deltagarna beskrev att de upplevde att alla patienter har samma rättigheter och därför behandlar de inte patienterna annorlunda om det är svårt att skapa tillit. De patienterna har ändå rätt till samma vård. Deltagarna sa att de i dessa fall lägger mer energi på att försöka bygga upp tilliten och är medvetna om att det kan ta tid. Deltagarna uppgav att det kan krävas flera besök innan patienterna känner tillräcklig tillit för att vilja samarbeta med de eller testa olika interventioner.

Deltagarna är *instruerande* då de berättade att de förbereder patienter inför besök för att de ska veta vad som förväntas och vilka möjligheter de har, till exempel kan de berätta vad de ska göra under besöket eller den förväntade tidsåtgången i de fall det är lämpligt. I de fall då det inte blir som deltagarna tänkt uppgav de att de ändrar tillvägagångssätt. Deltagarna berättade att de ger återkoppling från tidigare besök för att patienterna ska komma ihåg vad de gjorde och sa då samt för att inleda och tydliggöra det de ska göra nu. De beskrev även att de är konkreta och tydliga när de förklarar saker för patienterna.

”Man försöker förklara varför det är som det är. Både muntligt och det händer ibland att man skriver ut från hjälpmedelscentralens hemsida att ”det handlar om sådant och att såhär ser hjälpmedlen ut”. ” (D2)

Arbetar klientcentrerat

Deltagarna *lyssnar aktivt till patienten* då de sa att de är lyhörda och låter patienten berätta utan att avbryta. De uppgav att de visar intresse genom att ställa följdfrågor och frågor om patienten. De är även närvarande och ger patienterna uppmärksamhet genom att de ger patienterna tid att berätta sin historia. De berättade att de på särskilt boende går in i patienternas lägenheter för att prata med dem om det är mycket folk och rörelse i de allmänna utrymmena. Det gör de för att de vill visa patienterna att de är där för dem och ägna deras fulla uppmärksamhet åt dem.

Deltagarna *har patienten i fokus* då de uppgav att de tar hänsyn till vad patienterna tycker är viktigt och låter dem bestämma. I en del fall menar de på att anhöriga kan ha en del att säga till om vad de tycker att patienten vill och behöver. Deltagarna beskrev då att de tar in deras tankar och åsikter, men i slutändan är det ändå patientens vilja och bedömningen av patienten som deltagarna tar hänsyn till.

“Sen får anhöriga gärna vara med och vara delaktiga, ha åsikter och tycka och tänka, men det är inte det vi kan gå på fullt ut, utan vi måste ändå gå utifrån patientens behov.” (D2)

I de fall då patienterna inte pratar uppgav deltagarna att de undviker att prata över huvudet på dem. Det gör de genom att prata till patienterna och läsa deras kroppsspråk även om det muntliga svaret kommer från personalen då de är på särskilt boende. De berättade att de samarbetar med patienterna och gör dem delaktig i processen genom att de får vara med och sätta sina egna mål. Oftast krävs det att deltagarna guidar dem genom målsättningen. De berättade att de utgår från patienternas egna önsknings, behov och vad de upplever är viktigt. De sa även att de framhäver patienternas styrkor och anpassar sitt förhållningssätt efter patienternas behov.

Deltagarna *skapar jämlik relation* de berättade att de minskar sin auktoritet när de möter patienterna, vilket de anser är speciellt viktigt när de kommer hem till patienterna. De berättade att de ser sig som gäster i patienternas hem och därför försöker de befinna sig på samma nivå som dem. Deltagarna anser att det är viktigt att visa både patienterna och deras hem, respekt. Deltagarna upplevde att det är svårare att minska sin auktoritet samt respektera patientens hem när de kommer hem till patienter på särskilt boende. De uppgav även att de samspekar med patienten. I fokusgruppsdiskussionerna beskrev deltagarna även att de anpassar sin fysiska nivå till patienten. De berättade till exempel att de böjer eller sätter sig ner så att de kommer i samma nivå som patienterna.

”Klassiska saker som om man sitter i rullstol, att man böjer sig ner och att man blir på samma nivå.” (D7)

Empatiskt förhållningssätt

Deltagarna *skapar en avslappnad stämning* då de berättade att de är trevliga, har humor och bjuder på sig själva. Hur mycket de skämtar menar de beror på hur patienterna är. Om patienterna själva skämtar och de märker att patienterna tycker om när de skämtar tillbaka använder deltagarna mer humor. Om patienterna däremot inte är skämtsamma är deltagarna inte heller det. Deltagarna berättar att de försöker att vara personliga utan att berätta för mycket om sig själva eller bli privata. De menar att de sällan berättar saker om sig själva, men försöker hitta ämnen som de kan samtala med patienten om för att de ska slappna av.

Deltagarna visar känslor på ett behärskat sätt. De uppgav att de kan skratta tillsammans med patienterna och att de kan se rödda ut om patienten berättar något sorgligt eller gripande. De menade vidare att de inte skrattar så mycket att de ramlar ihop och de gråter inte heller, då de anser det skulle bli stelt och kännas konstigt. Om patienterna pratar om saker som inte är relevanta för tillfället berättade deltagarna att de avleder patienterna på ett fint sätt för att inte avbryta dem. De upplevde även att det är viktigt att tänka på hur de uttrycker sig när de behöver avleda samtalet.

”Jag tror också att det handlar om hur man uttrycker sig.” (D5)

Deltagarna *kommunicerar och agerar med ödmjukhet* då de uppgav att de snappar upp något som patienterna berättar och leder in dem på det spåret och de lägger fram sina åsikter och tankar på ett ödmjukt sätt. De beskrev även att det förekommer en del patienter som tycker sig veta bäst och att deltagarna då försöker övertyga dem utan att köra över dem.

”Många patienter kan säga som att de vet bäst och då kan man inte köra över dem genom fakta eller så, utan man får vinkla det på ett annat sätt. ”Så här tänkte jag att vi kunde göra” istället för att säga att “du har fel”, utan man får vara väldigt ödmjuk.” (D4)

De beskrev även att de brukar säga till patienterna innan de tar i dem. De menar att de inte bara kan ta i patienterna hur som helst, utan de förvarnar så att de är med på vad som händer. På särskilt boende är detta vanligt då de ofta provar ut olika typer av hjälpmedel.

”På särskilt boende är det mycket att man är i väldigt nära kontakt, alltså att du ska prova ut en lyftsle och liksom att man är väldigt försiktig att “nu tar jag i dig här”. Lite så att man inte är för på att “nu ska du luta dig fram här” att man är lite så också.” (D3)

Deltagarna visar patienterna förstående då de berättade att de är empatiska, vilket innebär att de strävar efter att förstå patienternas känslor. Deltagarna är tålmodiga då de berättade att de låter saker ta den tid som behövs och vid jobbiga förändringar ger de patienterna tid för att ta in det och reflektera. Jobbiga förändringar uppgav deltagarna till exempel kunde vara att en patient som sitter i rullstol har blivit så pigg att den inte längre behöver rullstolen, men gärna vill ha den kvar. Deltagarna beskrev att de genomför, förutom de uppgifter som tillhör deras profession, även andra uppgifter utifrån patienternas behov och önskemål. De menade att de inte är trångsynta utan om de har tid hjälper de patienterna med andra saker, till exempel bädda sängen eller hjälpa dem att kontakta vårdcentral, eftersom att de upplever att det betyder mycket för patienterna.

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna valde att genomföra fokusgrupper eftersom att Dahlin-Ivanoff och Holmgren (2017) det är en metod som kan undersöka olika företeelser och framhäver deltagarnas egna upplevelser och erfarenheter kring ett ämne. Fokusgrupper ger även möjlighet till olika perspektiv då deltagarna diskuterar med varandra och kan ställa frågor till varandra. Eftersom deltagarna i examensarbetet har saker gemensamt och erfarenhet kring examensarbetets syfte är fokusgrupper en lämplig metod att använda. Att författarna valde fokusgrupper istället för individuella intervjuer beror på att fokusgrupper består av fem kärnkomponenter och tre av dessa är lättare att uppnå vid fokusgrupper än vid individuella intervjuer. Den första kärnkomponenten är *delad medvetenhet* som innebär att deltagarna lättare uttrycker positiva och negativa saker kring ett fenomen eftersom att de har en gemensam plattform. Den andra kärnkomponenten är *makt* som innebär att deltagarna har mer makt då de väljs ut som ”experter” och ges större plats då gruppledaren bara är där för att främja interaktionen mellan deltagarna. Den tredje kärnkomponenten är *medvetenhet* som innebär att deltagarna kan bli medvetna om hur de själva och andra genom att diskutera med och lyssna på varandra (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017).

Att författarna valde att rekrytera deltagare från kommunala hälso- och sjukvårdsteam beror på att de har både kortare och längre patientrelationer och de träffar patienterna i sin hemmiljö samt att de träffar dem olika ofta. Att författarna endast sökte deltagare från en typ av verksamhet beror på att de vill ha en homogen grupp. Från början planerades fyra fokusgrupper med fyra till sex deltagare i varje grupp. Den beräknade tidsåtgången var då mellan en och två timmar per fokusgrupp. På grund av resursbegränsningar kunde funktionschef för de kommunala hälso- och sjukvårdsteamerna inte uppfylla författarnas önskemål. Examensarbetet begränsades därför till två fokusgrupper med tre till fyra deltagare i varje grupp och tidsåtgången var en timme per grupp. Detta kan enligt Danielson (2012) medföra svårigheter i att upprätthålla trovärdighet i resultatet. För att skapa trovärdighet i en kvalitativ studie är

författarens förmåga att samla in, analysera och presentera data viktigare än mängden data (Patton, 2002). För att öka trovärdigheten i examensarbetet har en vedertagen analysmetod följts stegvis (Graneheim & Lundman, 2004). Att genomföra flera fokusgrupper skapar trovärdighet (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Under fokusgrupperna uppmuntrades deltagarna att delge egna erfarenheter och författarna återkopplade samt sammanfattade det de uppfattat under diskussionerna i slutet av sessionerna för att deltagarna skulle bekräfta, förneka eller lägga till, vilket ökar trovärdigheten i resultatet (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Att visa diskussionsfrågorna på en dator under fokusgruppsessionerna upplevdes positivt av deltagarna. De uppgav att de kunde läsa frågorna flera gånger och reflektera över dem under tiden någon annan pratade. Det gjorde även att de inte behövde fråga gruppledarna om att upprepa frågorna under diskussionens gång. Författarna anser därför att detta var en strategi som främjade diskussionerna.

Författarna har inga tidigare erfarenheter av att arbeta med eller genomföra fokusgrupper, vilket kan påverka trovärdigheten (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Därför förberedde författarna sig noga genom att gå igenom alla steg och övade på vad de skulle säga inledningsvis och avslutningsvis under fokusgrupperna. De gick även igenom och reflekterade över oförutsedda saker som skulle kunna ske för att lättare kunna hantera dem på plats. Ett exempel är att om någon av deltagarna inte skulle ha möjlighet att komma till fokusgruppen hade författarna bokat en ny tid, tagit kontakt med områdeschef för ytterligare rekrytering av deltagare eller genomfört fokusgruppen trots bortfall. Detta beror på hur lång tid i förväg författarna hade blivit informerade om bortfallet. Ytterligare ett exempel är om någon av deltagarna skulle glömma att ta med sig det påskrivna samtyckesformuläret. Författarna hade därför med sig ett antal samtyckesformulär som deltagarna kunde skriva på plats, vilket några av deltagarna gjorde. Författarna förberedde sig även genom att läsa om hur genomförande av fokusgrupper bör gå till enligt boken *Fokusgrupper* av Dahlin-Ivanoff och Holmgren (2017).

De båda fokusgrupperna gavs samma förutsättningar, vilket ökar trovärdigheten. Frågorna som diskuteras ska vara ett känt ämne för deltagarna och de ska vara tydliga, förståeliga samt vara av intresse för dem. Författarna ska inte fastna i intervjuguiden utan följa med i diskussionerna och ställa lämpliga frågor efter det (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Författarna till examensarbetet upplever att ämnet var känt och intressant för deltagarna och majoriteten av frågorna var tydliga och förståeliga. Frågan: *Vilket eller vilka förhållningssätt använder ni er av i arbetet med patienter?* hade båda fokusgrupperna lite svårt att förstå innebörden av, men med en kort förklaring förstod de och kunde diskutera kring frågan. Författarna höll sig till intervjuguiden, men följde med i det som diskuterades genom att ställa följdfrågor till det som diskuterades. I intervjuguiden finns även en slutna fråga *Upplever ni att tillitsfulla relationer med patienter kan påverka deras vård?* Det beror på att deltagarnas svar inte skulle påverkas av antaganden genom att direkt ställa frågan *hur påverkar tillitsfulla relationer vården?* Istället ställdes den frågan som en följdfråga när deltagarna hade svarat om vården påverkas eller inte. En av fokusgrupperna började dessutom diskutera hur vården påverkades innan författarna ställde följdfrågan.

En text kan oftast ha flera betydelser vilket innebär att det vid analysen av texten alltid görs en slags tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att båda författarna analyserade och tolkade insamlade data ökade trovärdigheten och risken för feltolkningar reducerades (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna av examensarbetet har varit medvetna om att tidigare erfarenheter och förförståelse kan ha påverkat processen och resultatet. Genom att beskriva forskningsprocessen kan författarna undvika att resultatet inte utgår från deras egna agenda eller medvetenhet (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). I presentationen av resultatet används citat från de genomförda fokusgrupperna för att ge en större förståelse för resultatet samt stärka examensarbetets trovärdighet. Det ska finnas en tydlig beskrivning av hur urvalet av deltagare gjordes, datainsamlingen samt analysprocessen för att skapa överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Examensarbetet har genomförts med arbetsterapeuter inom kommunala hälso- och sjukvårdsteam inom ett begränsat geografiskt område, men skulle kunna ha genomförts inom vilken verksamhet som helst där det finns arbetsterapeuter. Det eftersom att det är deltagarnas egna upplevelser som examensarbetet efterfrågar (Danielson, 2012). Därför finns det en tydlig metodbeskrivning för examensarbetet.

Resultatdiskussion

Hur arbetsterapeuter inom kommunala hälso-och sjukvårdsteam skapar tillitsfulla relationer till patienter kan besvaras med temat som utgör det identifierade huvudresultatet *att göra* och *att vara*. När det gäller den första delen i huvudresultatet *att göra* handlar det om att aktivt göra något. Resultatet i examensarbetet visade att deltagarna använde olika strategier, exempelvis att ha bakgrundsfakta om patienten, kompromissa, ha god relation till anhöriga samt be kollegor om råd. När det gäller den andra delen i huvudresultatet *att vara* handlar det mer om ett förhållningssätt än att aktivt göra något. I resultatpresentationen identifierades faktorer som kan kopplas till detta, till exempel att vara lyhörd, närvarande, tålmodig och personlig. Johansson (2010) nämner empati, samarbete, stöd, acceptans och engagemang som betydelsefulla faktorer som skapar en god relation till patienter. Deltagarna använder dessa faktorer för att skapa tillitsfulla relationer till sina patienter. Det kan förklaras genom att Johansson (2010) skriver att den terapeutiska relationen ska genomsyras av tillit och därför kan faktorerna som beskrivs vara betydelsefulla för den terapeutiska relationen även ses betydelsefulla för den tillitsfulla relationen. Diskussionen bygger på de sex metoderna i IRM då examensarbetets resultat kopplas till de olika metoderna (Taylor, 2008).

Relationen till patienterna påverkar patienternas upplevelser och resultatet av vården (Johansson, 2010), vilket även examensarbetets resultat visar. Att deltagarna har strategier för att skapa tillitsfulla relationer redan vid första mötet med patienterna kan bero på att det är viktigt att skapa en tillitsfull relation från start, då det kan vara svårt att bygga upp tillit i efterhand (Taylor, 2008). Vid det första mötet när arbetsterapeuter hälsar på patienterna skapas en kontakt. Det är då fördelaktigt att de presenterar sig tydligt med namn och titel. Det gör att patienterna känner trygghet och får klarhet om vem personen är. Det kan även vara bra att läsa på om patienterna i deras journaler för att ha bakgrundsfakta om dem och därigenom vara förberedd inför besöket. Det kan vara bra att låta patienterna berätta om sitt tillstånd och problematik för att klargöra det de läst om i journalanteckningarna (Andersson, 2013). Dessa strategier är även de som deltagarna i examensarbetet beskriver använda sig av. Deltagarna

läser av patienterna och utifrån det anpassar de sitt förhållningssätt och därmed sitt agerande, vilket även ingår i den *empatiska metoden* i IMR (Taylor, 2008).

Deltagarna kompromissar när de inte är överens med patienterna, vilket kan ses som en form av samarbete och kopplas till den *samarbetande metoden* i IRM som innebär att arbetsterapeuten tar hänsyn till vad patienten tycker och tänker innan några beslut tas (Taylor, 2008). Relationen mellan arbetsterapeut och patient ska bestå av ett samarbete dem emellan (Johansson, 2010). Anhöriga är ofta motiverade för att få hemsjukvård och kan vara både en möjlighet och ett hinder. De kan vara till hjälp för att driva igenom behandlingen, men de kan också distrahera (Shamus, Fabrizi & Hogan, 2018). Deltagarna ser samarbete med anhöriga som en strategi för att främja behandlingen av patienten, då de anhöriga kan vara ett stöd och en resurs. Men att samarbeta med anhöriga kan även ses som en del i det klientcentrerade arbetet (Kielhofner, 2008/2012). Deltagarna håller det de lovar, vilket tidigare framgått vara en del i att skapa tillitsfulla relationer (Taylor, 2008). Om patienter har misstro ska den professionella inte behandla dem annorlunda genom att vara mindre engagerad eller jobba mindre med relationen dem emellan (Johansson, 2010). Detta håller deltagarna i examensarbetet med om, då de upplever att patienterna har rätt till samma vård oberoende av hur relationen mellan dem och arbetsterapeuterna är. Författarna diskuterade kring varför deltagarna har strategier för när det är svårt att skapa tillit. En anledning kan vara att deltagarna inte kommer överens med alla patienter även om de ger ett bra bemötande. Det kan då vara bra att ta hjälp av kollegor eller annan personal då de kanske kommer bättre överens med patienten. Deltagarna är strukturerade, förbereder patienterna inför besök samt förklarar och visar tydligt det de informerar om, vilket kan kopplas till den *instruerande metoden*. Metoden består bland annat av att förbereda och ge patienten information inför aktiviteter (Taylor, 2008). Information om patienternas problematik och behandling ska anpassas efter patienternas behov och önskemål (Andersson, 2013).

Deltagarna lyssnar aktivt till patienterna, vilket kan bero på att det är viktigt att patienterna får uttrycka sig och berätta om sin problematik och historia (Johansson, 2010). Det är betydelsefullt att vara närvarande i mötet med patienter genom att vara öppen och nyfiken utan att ha för många frågor (Enqvist, 2013). Kommunikation krävs för att bland annat skapa en relation bestående av samarbete. Basen i kommunikationen utgörs av lyssnandet. Det aktiva lyssnandet byggs på intresse för patienterna och deras berättelser. Patienternas tankegångar ska följas och stödjas för att deras problem ska kunna förstås fullt ut (Andersson, 2013). Deltagarna diskuterade dessa faktorer som viktiga för att skapa tillit. Aktivt lyssnande består av både verbal och icke-verbal kommunikation där det förstnämnda innebär att ställa konkreta frågor, uppmuntra patienten, sammanfatta och försöka förstå känslor. Icke-verbal kommunikation innebär ansiktsuttryck, ögonkontakt, röst, gester och rörelser (Tveiten, 2014). Att deltagarna använder sig av aktivt lyssnande för att förstå patienternas känslor fullt ut kan kopplas till den *empatiska metoden* som innebär att arbetsterapeuter ska lyssna på patienterna för att förstå dem och anpassa sitt förhållningssätt efter patienternas behov (Taylor, 2008). Även Johansson (2010) tar upp betydelsen av att förstå och anpassa sig efter patienterna. För att patienter ska känna sig förstådda ska arbetsterapeuter visa engagemang, försöka förstå patientens situation samt lyssna och leva sig in i det patienten berättar (Johansson, 2010).

Deltagarna gör patienterna delaktiga i behandlingen, tar hänsyn till det patienterna tycker är viktigt och låter patienterna bestämma. Dessa arbetssätt kan kopplas till *samarbetsmetoden* (Taylor, 2008). Klientcentrering kan kopplas till denna metod, då det innebär att samarbeta med patienten och utgå från patientens egna önsningar och behov (Kielhofner, 2008/2012). Klientcentrering innebär även att göra patienterna delaktiga i behandlingen och att låta dem vara med och sätta sina egna mål (Johansson, 2010; Kielhofner, 2008/2012). Deltagarna framhäver patienternas styrkor vilket kan ses som att ge komplimanger och därmed kopplas till den *uppmuntrande metoden* (Taylor, 2008). Att klientcentrering kan kopplas till både den terapeutiska relationen och tillitsfulla relationer som examensarbetet beskriver kan bero på att det klientcentrerade arbetet ligger som grund i den terapeutiska relationen (Johansson, 2010; Taylor, 2008) och är en central del i arbetsterapi (Fisher, 2009). Arbetsterapeuter upplever att de lättare kan applicera ett klientcentrerat arbetssätt inom den kommunala verksamheten då de arbetar i patientens hemmiljö och kan då se hur patienten agerar där (Shamus, Fabrizi & Hogan, 2018). Även i studien av Krizaj och Hurst (2012) upplever arbetsterapeuterna att det är lättare att implementera ett klientcentrerat arbetssätt inom kommunal verksamhet än på akutmottagningar. Detta kan förklara varför deltagarna i examensarbetet arbetar klientcentrerat. Det klientcentrerade arbetssättet utgår från patientens egen vilja (Kielhofner 2008/2012), men deltagarna agerar även utan att helt följa patienternas vilja. Det synliggörs till exempel då deltagarna tar tillbaka hjälpmedel från patienterna när de inte längre har behov av dem även om patienterna själva vill behålla dem. Det för att arbetsterapeuter måste följa riktlinjer, föreskrifter samt lagstiftning (Fisher, 2009). Det kan begränsa deltagarnas klientcentrerade arbete, eftersom deltagarna inte kan arbeta klientcentrerat fullt ut även om de vill det. Hur mycket deltagarna ska ta hänsyn till patientens egen vilja och önsningar för att det ska räknas som ett klientcentrerat arbetssätt och hur klientcentrerat deltagarna arbetar kan därför diskuteras.

Att deltagarna skapar en jämlik relation kan bero på att de arbetar klientcentrerat vilket förutsätter samarbete mellan parterna (Kielhofner, 2008/2012). När deltagarna till exempel anpassar sin fysiska nivå och minskar sin auktoritet kan patienterna känna mer trygghet och våga ta mer plats i sin egen behandling. Vinthagen (2013) skriver att patienterna hamnar i ett underläge redan från start eftersom att de har sökt hjälp och det är arbetsterapeuterna som besitter kunskapen om hur de kan hjälpa patienterna. Det är då fördelaktigt att förhålla sig så att patienterna inte upplever att maktskillnaderna är för stora. Det kan även bero på att de vill visa patienterna respekt, eftersom respekt är betydelsefullt för att skapa en god relation (Johansson, 2010; Fossum, 2013). Detta kan även förklara varför deltagarna använder sig av ödmjuk kommunikation då de uttrycker sig försiktigt och avleder patienterna utan att köra över eller avbryta dem. Att deltagarna är trevliga och hjälpsamma mot sina patienter för att skapa en avslappnad stämning samt visa förståelse kan bero på att det leder till ett gott bemötande. Schön, Denhov och Topor (2009) menar att det är värdefullt om personal inom vården är hjälpsamma och gör mer än vad de behöver, vilket deltagarna i examensarbetet gör då de till exempel bäddar sängen åt patienter. Fossum (2013) tar upp aspekter som anses vara betydelsefulla för att ge patienter ett bra bemötande. Dessa faktorer är: vara artig, hjälpsam och vänlig.

Att ha humor och bjuda på sig själv kan kopplas till den *uppmuntrande metoden* som innebär att arbetsterapeuter kan uppmuntra patienter genom att använda humor (Taylor, 2008). Att deltagarna är personliga och visar känslor kan kopplas till den *empatiska metoden* som bland annat innebär att de kan berätta om sina egna upplevelser och erfarenheter samt att de kan spegla eller visa sina egna känslor för att skapa tillit (Taylor, 2008). För att visa patienterna förstående arbetar deltagarna enligt den *empatiska metoden* då de, till exempel försöker förstå vad patienterna känner och låter saker få ta tid. De ger patienterna tid att bearbeta och hantera de känslor som kan uppkomma. Detta är tydligast när patienterna genomgår förändringar som är tuffa för dem (Taylor, 2008). Att patienterna känner och upplever sig förstådda är en central del i att skapa en god relation (Johansson, 2010). Den empatiska metoden är både komplex och känslomässigt utmanande. Arbetsterapeuter använder sig mer av och tycker att det är enklare att använda den empatiska metoden då de känner sig mer förberedda och har mer erfarenheter än arbetsterapeutstudenterna (Carstensen & Bonsaksen, 2017). Att examensarbetets resultat visar att deltagarna är empatiska kan utifrån Carstensen och Bonsaksens (2017) bero på att samtliga deltagare är utbildade och yrkesverksamma arbetsterapeuter. Det kan även bero på att de flesta av deltagarna har flera års erfarenhet inom yrket.

Den *försvarande metoden* enligt IMR finn inte representerad i resultatet. I en studie beskrivs skillnader och likheter mellan Sveriges och Singapores sociala välfärd avseende rehabilitering, sjukvård och social säkerhet för att sedan diskutera om det påverkar sjukskrivningstalet. Det svenska systemet har en stark offentlig styrning och invånarna är i högre grad beroende av en offentlig sektor än vad invånarna i Singapore har tillgång till (Olsson, Millet, Vinberg, Olsson, Bergroth & Landsta, 2008). Det svenska välfärdssystemet ger även större säkerhet till de som behöver rehabilitering, sjukvård och social säkerhet. I Singapore har inte alla invånare tillgång till det (Olsson et al, 2008). När det kommer till utveckling och implementering av hälsofrämjande allmän policy ligger Sverige i framkant, då de har hälsofrämjande arbete som fokuserar på att stärka det demokratiska deltagandet, lyfter fram säkerheten och välbefinnandet för familjerna samt arbetar för en jämlik vård (Magnussen, Vrangbæk, Saltman & Martinussen, 2009). Sveriges sjukvård strävar även efter en god vård som ska vara tillgänglig för alla på lika villkor (Martinussen & Magnussen, 2009). Detta kan förklara avsaknaden av den *försvarande metoden* i resultatet, då det svenska välfärdssystemet upplevs vara välfungerande och att deltagarna av den anledningen inte diskuterade det.

Den *problemlösande metoden* som handlar om att hitta patientens svagheter i aktiviteter för att kunna redovisa alternativa lösningar för patienten kunde heller inte identifieras i examensarbetet. Författarna har diskuterat kring varför deltagarna inte beskriver något som kan kopplas till denna metod och kom fram till att en anledning kan vara att problemlösning är en självklarhet för deltagarna och ingår i deras dagliga arbete. Ytterligare en anledning kan vara att när patienterna upplever tillit till arbetsterapeuterna men inte till andra ska arbetsterapeuterna vara *uppmuntrande* eller *försvarande*. Om patienterna inte upplever tillit till arbetsterapeuterna ska de vara *empatiska* (Taylor, 2008). Detta kan uppfattas som att när patienter saknar tillit till arbetsterapeut eller till andra personer är *problemlösning* inte en metod som hjälper till att skapa tillit. Att alla de sex metoderna som finns presenterade i IRM inte visade sig i examensarbetets resultat kan bero på att frågorna var begränsade och inte utgick från modellen. Det kan också

bero på att modellen syftar till att skapa en god terapeutisk relation där tillitsfullheten bara är en del av relationen.

Resultatet i examensarbetet har vissa likheter med olika relationsdimensioner i studien av Palmadottir (2006). Deltagarna är uppmuntrande och varma då de bryr sig om patienterna, vilket relationsdimensionen *concern* består av. Deltagarna lyssnar aktivt, upp muntrar dem och har samma nivå som patienterna, vilket relationen *fellowship* innebär. Deltagarna guidar patienten och tar hänsyn till dem. Hit kan relationen *direction* kopplas då denna också innehåller dessa faktorer. Dessa relationer är nära och består av tillit (Palmadottir, 2006). Det finns därmed vissa likheter med hur deltagarna och arbetsterapeuterna i studien av Palmadottir skapar tillit då de, till exempel är uppmuntrande, bryr sig om patienterna och lyssnar aktivt till patienterna.

Tre begrepp som tas upp i examensarbetet är: den terapeutiska relationen, klientcentrering och tillitsfulla relationer. Författarna har diskuterat hur dessa tre begrepp förhåller sig till varandra. Den terapeutiska relationen använder ofta klientcentrering som grund (Taylor, 2008) då klientcentrering är en central del i arbetsterapi (Fisher, 2009). Det klientcentrerade arbetssättet speglas i de sex metoderna i IMR då arbetsterapeuterna enligt modellen exempelvis ska försöka förstå patienterna och låta patienterna vara delaktiga i beslutsfattanden (Taylor, 2008). Även i Johanssons (2010) beskrivning av hur den terapeutiska relationen bör se ut innebär klientcentrerat arbetssätt samarbete och att patienten ska vara med i beslutsfattanden och målsättningar. Arbetsterapeuter kan ha en terapeutisk relation till patienter utan att de arbetar klientcentrerat. Den terapeutiska relationen innebär därmed inte att arbetsterapeuterna automatiskt arbetar klientcentrerat. För att skapa tillitsfulla relationer till patienter arbetar deltagarna i fokusgruppsdiskussionerna klientcentrerat, vilket kan ses som att tillit förutsätter ett klientcentrerat arbete. När arbetsterapeuter skapar tillitsfulla relationer och använder ett klientcentrerat arbetssätt kan det också anses vara en del i den terapeutiska relationen. Därmed blir även klientcentrering en del av den terapeutiska relationen, då det klientcentrerade arbetssättet finns i skapandet av den tillitsfulla relationen. En god terapeutisk relation förutsätter att patienterna känner tillit (Johansson, 2010). Det innebär att tillitsfull relation och terapeutisk relation inte är samma sak. Den tillitsfulla relationen kan därför ses som en del i den terapeutiska relationen. Det krävs att klienten har en viss tillit till arbetsterapeuten för att arbetsterapeuten ska kunna arbeta klientcentrerat då det klientcentrerade arbetet innehåller samarbete mellan arbetsterapeut och patient (Kielhofner, 2008/2012).

Betydelse för arbetsterapi

Examensarbetet kan bidra till ökad förståelse för hur arbetsterapeuter skapar tillitsfulla relationer till patienter. Det är betydelsefullt eftersom relationen till patienterna påverkar patienternas behandling samt behandlingsresultat (Johansson, 2010). Det är även viktigt eftersom relationen påverkar hur patienterna upplever sin vård (Palmadottir, 2006). Examensarbetets resultat kan användas av arbetsterapeuter för att reflektera och applicera de metoder som deltagarna använder sig av i skapandet av tillitsfulla relationer. Examensarbetet handlar om relationer och kan därför vara en del i och bidra till att arbetsterapi tar större plats inom sjukvården. Det eftersom patienter kan börja efterfråga arbetsterapeuter i större utsträckning om arbetsterapeuters relationsskapande av tillitsfullhet och relationens betydelse

för behandlingen påvisas (Cole & McLean, 2003). Som arbetsterapeutstudent kan det vara spännande inför möten med patienter, då det kan vara svårt att veta hur man ska agera och förhålla sig till patienten. Detta är något som författarna själva har erfarenheter av. Resultatet i examensarbetet kan användas som ett verktyg av arbetsterapeutsstuderande genom att de tar del av vad redan yrkesverksamma arbetsterapeuter gör för att patienten ska känna och uppleva tillit inför och under verksamhetsförlagda utbildningar. Eftersom examensarbetet studerar kommunala hälso- och sjukvårdsteam är det mest relevant att använda arbetet som ett verktyg i dessa verksamheter. Inför det första mötet med patienter kan studenterna läsa om vad som är bra att göra för att skapa tillit från start eller om de upplever att det är svårt att skapa tillit kan de använda de strategier som presenteras i examensarbetet. Om de är osäkra på hur de ska förhålla sig till patienten kan de applicera ett empatiskt förhållningssätt som beskrivs i resultatpresentation. Examensarbetet skulle kunna användas som undervisningsmaterial i arbetsterapeututbildningar och även användas av nyrekryterade arbetsterapeuter i hälso- och sjukvårdsteam eller liknande kommunala verksamheter för att de ska utveckla sin förmåga att skapa tillitsfulla relationer. Det skulle även kunna användas av arbetsterapeuter inom andra verksamheter.

Fortsatt forskning inom ämnet kan vara att beskriva hur arbetsterapeuter inom andra verksamheter till exempel vårdcentraler eller sjukhus skapar tillitsfulla relationer. Examensarbetet fokuserar på den kommunala verksamheten och genom att studier utförs inom andra verksamheter kan det bidra till en mer omfattande bild av hur tillit skapas. Fortsatt forskning kan även studera likheter och skillnader av skapandet av tillitsfulla relationer inom olika verksamheter.

Slutsatser

Resultatet visar att deltagarna skapar tillitsfulla relationer genom att göra och att vara. Deltagarna använder sig av olika strategier för att skapa tillitsfulla relationer beroende på om det är första mötet, fortsatt arbete eller om det är svårt att skapa tillit. De arbetar klientcentrerat då de involverar och lyssnar på patientens tankar och åsikter. Deltagarna har även ett empatiskt förhållningssätt för att förstå patienternas känslor och deras situation fullt ut samt för att göra att patienten känner sig sedd och förstådd.

Referenser

- Andersson, S-O. (2013). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården* (s.113-146). Lund: Studentlitteratur.
- Carstensen, T., & Bonsaksen, T. (2017). Differences and similarities in therapeutic mode use between occupational therapists and occupational therapy students in Norway. /Electronic version/. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(6), 448-454. doi: 10.1080/11038128.2016.1261940
- Cole, MB., & McLean, V. (2003). Therapeutic relationships re-defined. /Electronic version/. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(2), 33-56. doi: 10.1300/J004v19n02_03
- Dahlin-Ivanoff, S., & Holmgren, K. (2017). *Fokusgrupper*. Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.329-343). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Fischer, A.G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model*. Fort Collins: Three Star Press, Inc.
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården* (s.25-50). Lund: Studentlitteratur.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2012). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Författaren.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. /Electronic version/. *Nurse education today*, 24(2), 205-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Johansson, H. (2010). Behandlingsrelationens betydelse. I M. Eklund., B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. (s.119-129). Lund: Studentlitteratur.
- Kielhofner, G. (2012). *Model Of Human Occupation. Teori och tillämpning* (C. Falk., K. Falk & H. Stedman övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 2008).
- Krizaj, T., & Hurst, J. (2012). Perceptions of a client-centred approach among Slovenian occupational therapists. /Electronic version/. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19(2), 70-78. doi: [IA20] <http://dx.doi.org/10.12968/ijtr.2012.19.2.70>
- Magnussen, J., Vrangbæk, K., Saltman, R.B., & Martinussen, P.E. (2009). Introduction: the Nordic model of health care. I J, Magnussen., K, Vrangbæk & R.B, Saltman (Red.), *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges* (s.3-20). Maidenhead: Open University Press.

- Martinussen, P.E., & Magnussen, J. (2009). Health care reform: the Nordic experience. I J, Magnussen., K, Vrangbæk & R.B, Saltman (Red.), *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges* (s.21-52). Maidenhead: Open University Press.
- Olsson, I., Millet, P., Vinberg, S., Olsson, G., Bergroth, A., & Landstad, B. (2008). Social Welfare in Singapore and Sweden: Differences in Organisational Systems of Health Care, Social Security and Rehabilitation. /Electronic version/. *International Journal of Disability Mangement Research*, 2(3), 30-38. doi:10.1375/jdmr.3.1.30
- Palmadottir, G. (2003). Client Perspectives on Occupational Therapy in Rehabilitation Services. /Electronic version/. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(4), 157-166. doi: 10.1080/11038120310017318.
- Palmadottir, G. (2006). Client-Therapist Relationships: Experiences of Occupational Therapy Clients in Rehabilitation. /Electronic version/. *The British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 394-401. doi: 10.1177/030802260606900902
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. (3.rd. ed.). London: Sage Puplications.
- Shamus, E., Fabrizi, S., & Hogan, J. (2018). A Qualitative Study of Professional Issues in Home Health Therapy. /Electronic version/. *Home Health Care Management & Practice*, 30(1), 9-15. doi: 10.1177/1084822317725733
- Schön, U.K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. /Electronic version/. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 336-347. doi: 10.1177/0020764008093686
- Taylor, RR. (2008). *The Intentional Relationship. Occupational Therapy and the Use of Self*. Philadelphia: FA Davis.
- Tveiten, S. (2014). *Yrkesmässig handledning -mer än ord*. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Vinthagén, S. (2013). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården* (s.73-110). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Informationsbrev

Till dig som är funktionschef för Hälso- och sjukvård i Jönköping kommun.

Vi ska genomföra ett examensarbete inom arbetsterapi vid Jönköpings universitet i syfte att beskriva hur arbetsterapeuter skapar tillförlitliga relationer till sina patienter.

Inom rehabilitering har den terapeutiska relationen betydelse för hur patienter upplever sin rehabilitering. En tillitsfull relation är viktigt, men hur skapas den? Studien kommer att fokusera på arbetsterapeuters tankar, upplevelser och erfarenheter om hur de skapar en tillitsfull relation med patienter. Målet är att studien ska kunna vara till nytta så att patienter får en tillitsfull relation till de arbetsterapeuter som de kommer i kontakt med. När arbetsterapeuter delar med sig av tankar och erfarenheter kan de inspirera varandra. Studien kan även fungera som en allmän information om hur arbetsterapeuter skapar en tillitsfull relation till sina patienter och blivande arbetsterapeutstudenter kan ta del av detta inför sin kommande yrkesroll.

Vi söker arbetsterapeuter som arbetar på hälso- och sjukvårdsteam i Jönköping Kommun för deltagande i studien som har en kvalitativ design. Datainsamlingen kommer att genomföras i fokusgrupper, som är en form av gruppdiskussion. Vi planerar att genomföra två gruppdiskussioner med 4–6 deltagare per tillfälle, för att alla som vill ska kunna delta. Varje tillfälle kommer att pågå cirka en timme och om möjligt ser vi gärna att dessa sessioner genomförs under arbetstid i respektive hälso- och sjukvårdteams lokaler. Intervjuerna kommer att spelas in för att möjliggöra bearbetning av materialet (men kommer att raderas när studien avslutas). Planen är att genomföra fokusgruppsessionerna i början av april.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas. De uppgifter som lämnas kommer att hanteras konfidentiellt och förvaras i låst skåp under projektets gång. Uppgifterna kommer enbart användas i utbildningssyfte. I redovisningen av resultatet kommer det inte att framgå vad varje enskild arbetsterapeut eller team och kommun har sagt. Deltagarna kommer att ha möjlighet att få ta del av resultatet i studien.

Vi behöver ditt godkännande för att kunna genomföra studien.

Med vänliga hälsningar

Arbetsterapeutstudenter:
Monica Berggren, monica.berg.gren@hotmail.com
Kaspars Stilbrandt, kaspars86@hotmail.com

Handledare:
Inger Ahlstrand, inger.ahlstrand@ju.se
Lektor vid Avdelningen för rehabilitering
Hälsöskolan Jönköping University

Bilaga 2

Informationsbrev om deltagande i fokusgrupp för Arbetsterapeuters upplevelser av skapande av tillitsfulla relationer med patienter

Du tillfrågas nu att delta i en fokusgruppsdiskussion ”Arbetsterapeuters upplevelser av skapande av tillitsfulla relationer med patienter”. Vi som skriver detta brev är arbetsterapeutstudenter och heter Monica Berggren och Kaspars Stilbrandt.

Vad är det för studie och varför vill ni att jag ska delta?

Syftet med studien är att beskriva hur arbetsterapeuter anställda i hälso-och sjukvårdsteam skapar tillitsfulla relationer med patienterna. Vi vill göra denna studie tillsammans med arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvårdsteam eftersom ni har både kortare och längre patientrelationer samt träffar era patienter olika frekvent. Vi har fått godkännande av områdeschef samt din enhetschef att kontakta dig.

Hur går studien till?

För att samla in information till studien kommer fokusgrupper att genomföras. Fokusgruppen kommer att ge dig möjlighet att tillsammans med andra arbetsterapeuter delge och diskutera egna erfarenheter och åsikter om patientrelationer och relationsskapande. Det är upp till dig själv vad och hur mycket du vill dela med dig av. Vid gruppdiskussionen kommer ansvariga för studien att medverka som diskussionsledare.

Du kommer att ingå i en fokusgrupp om fyra till sex arbetsterapeuter och gruppen träffas vid ett tillfälle. Diskussionen pågår ungefär en timme och det bjuds på fika under tiden.

Fokusgruppsdiskussionerna kommer att genomföras på din arbetsplats under arbetstid. För att underlätta analysarbetet vill vi ljudinspela diskussionen och ber därför om din tillåtelse att göra detta.

Vad händer med uppgifterna?

Uppgifterna behandlas konfidentiellt så att obehöriga inte har tillgång till dem samt kommer enbart att användas i utbildningssyfte. I redovisningen av resultatet kommer det inte att framgå vad just du eller team och kommun sagt. Resultaten från studien kommer att redovisas som examensarbete vid Hälsohögskolan i Jönköping och beräknas vara klart i juni 2018. Hör av er till författarna om ni vill ta del av resultatet.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför och det kommer inte heller få några konsekvenser för dig.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta författarna av examensarbetet (se nedan).

Hur gör jag för att delta?

Om du vill delta i studien kontaktar du din enhetschef. Vi kommer sedan kontakta dig angående tid och plats för fokusgruppsstillfallet. Vi bifogar ett samtyckesformulär som vi ber dig skriva ut och skriva under som du sedan lämnar vid fokusgruppsstillfallet.

Vid frågor kontakta gärna någon av nedanstående.

Monica Berggren
E-post: monica.berg.gren@hotmail.com
Tel. 0763 - xxxxxxx

Kaspars Stilbrandt
E-post: kaspars86@hotmail.com
Tel. 0763 - xxxxxxx

Handledare:
Inger Ahlstrand, inger.ahlstrand@ju.se
Lektor vid Avdelningen för
rehabilitering
Hälsö högskolan Jönköping University

Bilaga 3

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien ”Arbetsterapeuters upplevelser av skapande av tillitsfulla relationer med patienter”.
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

Plats och datum	Underskrift

Monica Berggren
E-post: monica.berg.gren@hotmail.com
Tel. 0763 - xxxxxx

Kaspars Stilbrandt
E-post: kaspars86@hotmail.com
Tel. 0763 - xxxxxx

Handledare:
Inger Ahlstrand, inger.ahlstrand@ju.se
Lektor vid Avdelningen för
rehabilitering
Hälsöhögskolan Jönköping University

Bilaga 4

Intervjuguide

Inledning

Gruppdeltagarna får fika. Presentation av gruppledarna, information motsvarande informationsbrevet samt genomgång av diskussionsregler.

Diskussionsregler

- Det finns inga rätt eller fel svar
- Tala inte i mun på varandra
- Vara ärlig och säga vad man tycker och tänker
- Allt som sägs stannar i gruppen
- Alla tankar och kommentarer är viktiga och värdefulla

Nyckelfråga 1. Hur skapas, utvecklas och påverkar tillitsfulla relationer andra faktorer enligt er?

- Hur skapar ni tillitsfulla relationer med era patienter?

Har du några exempel?

Kan du utveckla?

Finns det något du/ni tycker är extra viktigt?

- Upplever ni att tillitsfulla relationer med patienter kan påverka deras vård?

Hur? Kan du ge något exempel?

Vill du utveckla?

Nyckelfråga 2. Vilket förhållningssätt bör användas i samband med tillitsfulla relationer enligt er?

- Vilket eller vilka förhållningssätt använder ni er av i arbetet med patienter?

Vill du utveckla det lite?

Vill du ge exempel

Finns det något annat förhållningssätt ni använder er av?

Nyckelfråga 3. Vad har ni för erfarenheter av patientrelationer?

- Hur personliga eller privata upplever ni att ni är i era relationer med patienterna?

Vill du utveckla det?

Har någon andra tankar kring detta?

Har du något exempel?

- Vad har ni för erfarenheter av situationer där skapandet av relationen till patienterna inte gått som planerat?

Kan du ge exempel på en sådan situation?

Vill du utveckla det lite?

Avslutande sammanfattning

Frågar om deltagarna vill tillägga något. Gruppledarna summerar diskussionen för att deltagarna ska kunna bekräfta eller förneka det gruppledarna har uppfattat.

Tack för ert deltagande.