



UMEÅ UNIVERSITET

An abstract, textured background image with vibrant colors including teal, blue, orange, and purple, resembling a close-up of a biological or geological surface.

ARBETSTERAPEUTERS ERFARENHETER FRÅN UTREDNING AV BARN OCH UNGDOMAR I BEHOV AV KOGNITIVT STÖD

En kvalitativ intervjustudie

Jonna Arnqvist & Matilda Mo Gustavsson

Examensarbete, 15 hp

Arbetsterapeutprogrammet, 180 hp

Ht 2018

Arbetsterapeuters erfarenheter från utredning av barn och ungdomar i behov av kognitivt stöd

-En kvalitativ intervjustudie

Occupational Therapists´ experience from evaluation of children and youth in need of cognitive support
-A qualitative interview study

Handledare: Gun-Marie Hariz

UMEÅ UNIVERSITET

Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Arbetsterapi
Examensarbete, 15 hp

Jonna Arnqvist

Matilda Mo Gustavsson

Abstrakt

Barn och ungdomar med kognitiva svårigheter kan uppleva aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar. Det finns ett flertal kognitiva hjälpmedel vilka kan hjälpa barn och ungdomar att känna självsäkerhet och få ökad kontroll i sin vardag. Arbetsterapeuten har en viktig roll att möjliggöra en fungerande vardag, i detta arbete ingår bland annat utredning och förskrivning av hjälpmedel. Syftet med denna studie var att beskriva arbetsterapeuters erfarenheter från initiering och genomförande av utredning för barn och ungdomar i behov av kognitivt stöd. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sex legitimerade arbetsterapeuter verksamma inom Barn- och ungdomshabilitering i Västerbotten. Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och resulterade i 3 huvudkategorier; *Arbetsterapeutens uppdrag*, *Nätverket- en avgörande faktor* samt *Flexibilitet hos arbetsterapeuten skapar delaktighet under utredningen*. Resultatet visar att den arbetsterapeutiska utredningen är en dynamisk process där arbetsterapeuten hela tiden anpassar sig själv med hänsyn till personen som utreds. Utifrån studiens resultat går det även dra slutsatsen att föräldrarnas roll i utredningen och implementeringen av kognitivt stöd har stor inverkan på utredningens kvalitet och för att barnen ska bli självständiga och trygga i användandet av sitt stöd.

Sökord: Kognitiva hjälpmedel, arbetsterapi, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

I Sverige finns ungefär 8 500 yrkesverksamma arbetsterapeuter, av dessa är 425 (5%) verksamma inom habilitering av barn och ungdomar (Sveriges arbetsterapeuter, 2018). En betydande del av barnen och ungdomarna inom habiliteringen har kognitiva svårigheter och kan därmed vara i behov av arbetsterapeutiska insatser där kognitivt stöd kan vara en intervention (Eliasson, 2016). En viktig uppgift för arbetsterapeuter är att möjliggöra en fungerande vardag vilket innefattar bland annat utredning, rådgivning, stöd och förskrivning av hjälpmedel (Sveriges arbetsterapeuter 2016a).

Barn och ungdomar utvecklas genom att vara engagerade och delaktiga i olika aktiviteter (Hwang & Nilsson, 2011; Kielhofner, 2012). Ett viktigt begrepp och område inom arbetsterapi är just *aktivitet* som är jämförbart med engelskans "Occupation". Aktivitet innefattar allt en människa engagerar sig i och sysselsätter sig med (Kielhofner 2012; Peny- Dahlstrand, 2016). Även *delaktighet* är ett viktigt begrepp inom arbetsterapi och enligt Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) (World Health Organisation [WHO], 2001) definieras delaktighet som en människas engagemang i den egna livssituationen.

Kielhofner (2012) beskriver hur det är känslor och tankar inom individen, exempelvis intressen, som i första hand skapar motivation för aktivitet men även miljön personen befinner sig i kan främja eller hindra ett aktivitetsutförande. I FN:s konvention om barnets rättigheter (2016) framkommer det att "*Konventionsstaterna erkänner barnets rätt till vila och fritid, till lek och rekreation anpassad till barnets ålder samt rätt att fritt delta i det kulturella och konstnärliga livet.*" (artikel 31). Barn och ungdomars färdigheter ökar och utvecklas genom görandet (Kielhofner, 2012). Kielhofner beskriver fortsättningsvis hur barn och ungdomar har större aktivitetsutveckling över tid jämfört vuxna. Den intensiva aktivitetsutvecklingen får enligt Peny- Dahlstrand (2016) till följd att barnets aktivitetsbehov och önskemål om att delta i olika aktiviteter kan förändras snabbt. Något som utmärker vuxenblivande är att bli mer delaktig och ha ett större engagemang i samhället, samt att bli mer självständig (Hwang & Nilsson, 2011). Att kunna utföra aktiviteter i det vardagliga livet (ADL) har alltså en positiv inverkan på utvecklingen hos barn och ungdomar (Kielhofner, 2012; Gantschnig, Fisher, Page, Meichtry & Nilsson, 2015).

Barn och ungdomar med kognitiva svårigheter kan uppleva aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar i det vardagliga livet (Eliasson, 2016). Enligt Gärdenfors (2011) beskrivs kognition som det förlopp som ligger bakom en individs tänkande och

upplevelser. Kognition innefattar bland annat människans uppmärksamhet, minne, lärande, intelligens, språkförståelse, problemlösningsförmåga, beslutsfattande, självreflektion och självkontroll. När dessa processer avviker från den förväntade utvecklingen kan det leda till en kognitiv funktionsnedsättning (Andersson, 2002). Funktionsnedsättning definieras enligt ICF (WHO, 2001) "*såsom en betydande avvikelse eller förlust av kroppsfunction eller kroppsstruktur*" s. 14. Enligt Horowitz, Lopez och Smith (2018) kan barn med kognitiva funktionsnedsättningar ligga efter i den språkliga utvecklingen vilket kan bidra till svårigheter med kommunikation, både att kunna kommunicera men även att ta emot och hantera information. Andra svårigheter som kognitiv nedsättning kan ge är problem att göra abstraktioner, planera och hantera tid i sin vardag samt svårigheter att tänka i flera steg (Arvidsson et al. 2013). Även Mandich, Polatajko, Missiuna och Miller (2001) beskriver att barn med kognitiva nedsättningar kan uppleva det svårare att i vardagen spontant utföra vissa aktiviteter som till exempel att skära sallad inför middagen samt avgöra vad som behövs för att utföra detta. Mer konkret kan detta för barn och ungdomar innebära ett behov av hjälp, såsom att strukturera aktiviteter i flera små steg, planera sin tid så att barnet vet vad som ska göras härnäst samt alternativa sätt för kommunikation (Barn- och ungdomspsykiatri [BUP], 2016).

Som tidigare nämnts är en betydande del av patientgruppen inom barn och ungdomshabiliteringen barn och ungdomar med kognitiva svårigheter (Eliasson, 2016). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen stadgas det att landstingen i Sverige ska erbjuda personer med särskilda behov habilitering och rehabilitering (HSL, SFS 2017:30). I Socialstyrelsens föreskrifter om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS: 2007:10) förklaras att "*habiliteringens arbete ska understödja att en individ med tidigt förvärvad eller medfödd funktionsnedsättning ska få möjligheten att utveckla och bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga*". Enligt Eliasson (2016) är barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser den mest förekommande patientgruppen inom barn- och ungdomshabiliteringen. Denna grupp består av barn och ungdomar som har motoriska och/eller kognitiva avvikelser från den förväntade normala utvecklingen (Eliasson, 2016). Under denna diagnosgrupp finns ADD (Attention Deficit Disorder), ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder), diagnoser inom autismspektrum såsom Autism och Aspergers syndrom samt specifika inlärningsstörningar exempelvis dyslexi (Alabaf et al. 2018).

Barn och ungdomar med svårigheter att utföra önskade eller förväntade aktiviteter kan behöva stöttning i vardagen (Eliasson, 2016). I den etiska koden för arbetsterapeuter beskrivs grundantaganden om människan, som en aktiv varelse som är beroende av aktiviteter och delaktighet för att utvecklas och uppnå välbefinnande (Kielhofner 2012; Sveriges arbetsterapeuter, 2016b). Inom barn och ungdomshabiliteringen har arbetsterapeuten en roll i ett multiprofessionellt team, där arbetsterapeutens insatser rör aktiviteter i det vardagliga livet, främst mot aktiviteter i hemmet men även gentemot fritid och förskola/skola (Jacobsen, 2016). Det finns enligt Jacobsen tre inriktningar inom barn- och ungdomshabiliteringen som utgör grunden för ett arbetsterapeutiskt arbete och det är familjecentrerat arbetssätt, pedagogiskt förhållningssätt och teamarbete. Författaren beskriver vidare att de tre arbetssätten är de vanligaste utgångspunkterna inom habiliteringens verksamheter.

När arbetsterapeuter har barn som klienter sker ett ständigt samarbete mellan olika aktörer som finns i barnets närhet, det kan exempelvis vara barnets vårdnadshavare och lärare, detta för att stödja barnets utveckling i de naturliga miljöerna barnet agerar i (Clark & Schlabach, 2013; Missiuna et al., 2012). I FN:s barnkonvention om barnets rättigheter (2016) framgår det att när klienten är ett barn blir hela familjen klienten, det vill säga att ett bredare klientperspektiv används. Utgångspunkten inom all vård med barn och ungdomar är ett familjecentrerat arbetssätt (Jacobsen, 2016; Law, 1998). Vidare beskriver Law att arbetsterapeuten ska bidra med interventioner som kan underlätta där det finns en önskan om och behov av hjälp från familjen. Familjen känner sitt barn bäst och besitter en stor kunskap kring vad barnet eller ungdomen kan behöva hjälp med, arbetsterapeuten måste dock ha i åtanke att barnets/ungdomens önskemål kan skilja sig från övriga familjemedlemmar (Tam, Teachman & Wright, 2008). Att vara lyhörd och ta in vad familjen förväntar sig för hjälp är viktigt för att skapa en god allians, vilket kan bidra med en kunskap om olika interventionsval som kan vara bäst att tillämpa. Lyhördhet och en god allians är därmed av betydelse för att få en motiverad och delaktig klient (Law, 1998; Kielhofner, 2012).

Det finns ett flertal arbetsterapeutiska processmodeller, alla grundade i varierande teoretiska modeller. Syftet med dessa modeller är att bland annat ge arbetsterapeuten praktisk vägledning i utredningar. En vanlig processmodell är Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (Fisher, 2009). Något som ofta är gemensamt för processmodeller är att de utgår från ett klientcentrerat arbetssätt och delas upp i olika steg som kan vara, *problemformulering, målformulering, kartläggning och bedömning, val och*

genomförande av intervention, uppföljning och utvärdering. Enligt Peny- Dahlstrand och Krumlinde- Sundholm (2016) faller de tre första stegen inom en arbetsterapeutisk utredning.

Det finns olika faktorer som påverkar barn och ungdomars aktivitetsutförande. Aktivitetsutförandet är en interaktiv process där arbetsterapeuten måste ta hänsyn till förutsättningar och egenskaper hos klienten samt miljö- och aktivitetens krav (Peny- Dahlstrand et al., 2016). Bedömning av aktivitetsförmåga är en omfattande uppgift inom den arbetsterapeutiska utredningen (Bejerholm, 2011). En noga genomförd bedömning är essentiell för att få förståelse för klienterna och deras behov (Kielhofner, 2012; Krumlinde- Sundholm, 2016). För att arbetsterapeuten ska ha en struktur att följa finns standardiserade bedömningsinstrument som ett viktigt verktyg för utredning, planering för intervention och utvärdering. Exempel på sådana instrument är ADL- taxonomin som är skapad av Törnquist och Sonn (2017), Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 2016) samt Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Fisher, 2003a; Fisher, 2003b). ADL- taxonomin (2017) hjälper arbetsterapeuten att bedöma klientens förmåga att utföra aktiviteter inom ADL och uppmärksamma eventuellt behov av hjälp. COPM (2014) används för att identifiera mål och aktivitetsutföranden som klienten vill förbättra, samt för att mäta självupplevd förändring av aktivitetsutförande över tid (Law et al., 2016). AMPS (Fisher, 2003a; Fisher 2003b) är till för att mäta kvaliteten på aktivitetsutförandet i ADL genom att bedöma olika färdigheter hos individen. Dessa tre instrument är även vanliga inom barn- och ungdomshabiliteringen i Sverige (Krumlinde- Sundholm, 2016).

Som arbetsterapeut med klienter som har kognitiva funktionsnedsättningar, finns det ett flertal olika kognitiva stöd. Med kognitivt stöd menas de åtgärder som görs för att kompensera en nedsatt kognitiv förmåga, detta oavsett diagnos. Åtgärderna kan vara bland annat ett hjälpmedel, en anpassning eller strategier för att underlätta aktiviteter i det vardagliga livet (Winberg & Lidström, 2016). Syftet med detta stöd är att öka personens förmåga att kontrollera, förstå och hantera sin vardag, vilket medför en ökad delaktighet (Arvidsson et al. 2013).

Förskrivning av hjälpmedel är en vanlig men ofta komplex arbetsterapeutisk åtgärd som kräver specifik kunskap för att vara till nytta (Winberg & Lidström, 2016, s. 203).

Tidigare var kognitiva hjälpmedel enbart till för personer med olika typer av utvecklingsstörning men arbetsterapeuter får förskriva kognitiva hjälpmedel till alla som bedöms vara i behov av det (Lindstedt, 2008). Ett rätt utprovat kognitivt hjälpmedel kan för personen i fråga vara till stor hjälp för att känna självsäkerhet och kontroll i sin vardag. Exempelvis kan det vara *kalendrar*, *veckoplanerare* eller *timstock* som på ett tydligt sätt visar hur lång tid det är som återstår av en aktivitet eller till exempel ett *armbandsur med larmfunktion med intalade meddelanden* (Leufstadius & Argentzell, 2011). Det är inte bara barnet eller ungdomen som är mottagare av ett kognitivt stöd, ofta är vårdnadshavare, lärare eller assistenter också mottagare av stödet vilket arbetsterapeuten ska ha i åtanke vid planering av intervention (Barn- och ungdomspsykiatri [BUP], 2016). Ett första steg i en förskrivningsprocess är att arbetsterapeuten ingående måste bedöma och kartlägga barnets behov och förutsättningar (Winberg & Lidström, 2016).

Författarna anser att hur arbetsterapeuter bedömer behov av kognitivt stöd är ett relevant område för fördjupade studier då kognitivt stöd har visats öka delaktigheten i vardagen för barn och ungdomar. Det finns i skrivande stund begränsad forskning inom ämnet med fokus på arbetsterapeutens utredning. Arbetsterapeuten har en viktig roll i förskrivning av kognitivt stöd. Syftet med studien var därmed att beskriva arbetsterapeuters erfarenheter från initiering och genomförande av en utredning för barn och ungdomar i behov av kognitivt stöd.

Metod

Design

Studiens design och utformning har styrts av syftet. Studien har en kvalitativ design, den kvalitativa metoden syftar på en forskningsprocedur med beskrivande data (Backman, 2016). Eftersom syftet med studien riktar intresset mot arbetsterapeuternas erfarenheter inom ett specifikt område stärks valet av den kvalitativa designen (Olsson & Sörensen 2011).

Deltagare

Inklusionskriterierna för studien var att deltagarna skulle vara legitimerade arbetsterapeuter som arbetar med barn och/eller ungdomar med kognitiva svårigheter samt att de skulle vara verksamma inom Barn- och ungdomshabiliteringen i Västerbotten. Sex arbetsterapeuter uppfyllde inklusionskriterierna och gav samtycke till att delta. Studien bestod av ett bekvämlighetsurval där deltagarna hade erfarenhet av det som skulle undersökas. Ett bekvämlighetsurval beskrivs som att forskarna väljer individer som finns

nära till hands (Olsson & Sörensen, 2011). Samtliga deltagare hade under genomförandet av studien varit verksamma inom Barn- och ungdomshabiliteringen i minst två år.

Material

Med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 1) genomfördes sex intervjuer där varje intervju pågick mellan 30–45 minuter. En semistrukturerad intervjuguide lämnar öppet för följdfrågor och djupare diskussion, vilket författarna ansåg som positivt för studien (Olsson & Sörensen, 2011). Intervjuguiden bestod av fem översiktsfrågor, tre avslutningsfrågor samt tre teman. De olika temana var *utredningen*, *miljön* samt *upplevelse av din bedömning*. Med dessa tre teman ansåg författarna att syftet kunde besvaras. En testintervju genomfördes för att säkerställa att intervjuguiden inte skulle vara för avgränsad eller omfattande samt för att uppmärksamma eventuellt förändringsbehov. Författarna gjorde några få förändringar i intervjuguiden efter testintervjun, vilket berörde meningsuppbyggnaderna i några av frågorna.

Procedur

Efter att författarna kontaktat samordnare för Habiliteringscentrum i Västerbotten, skickades en förfrågan om medverkan i studien ut till arbetsterapeuter verksamma inom Barn- och ungdomshabiliteringen i Västerbotten. Kontaktuppgifter till sex legitimerade arbetsterapeuter erhöles sedan från samordnaren. Ett missivbrev (bilaga 2) utformades och skickades ut via mail till dessa sex arbetsterapeuter. Undersökningsgruppen fick i missivbrevet information om att all insamlad data skulle behandlas konfidentiellt samt att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas under studiens gång utan att ange orsak. Fortsatt kontakt med deltagarna skedde även den via mail där intervjutider bokades in. Samtyckesblanketten samlades in via mail, personligt möte eller genom brev. Datainsamlingen utfördes genom intervjuer med samtliga informanter, den semistrukturerade intervjumallen användes som stöd under datainsamlingen. Av de sex intervjuer som genomfördes var fyra telefonintervjuer och två intervjuer skedde på respektive deltagares arbetsplats. Efter erhållet samtycke spelades intervjuerna in med hjälp av ljudupptagningsteknik, ljudinspelningarna underlättade databearbetningen för författarna. Vid intervjutillfällena närvarade endast en av författarna. Totalt genomfördes tre intervjuer vardera, detta för att effektivisera datainsamlingen.

Dataanalys

Det insamlade materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Den kvalitativa innehållsanalysen hjälper författarna att

beskriva fenomen (Olsson & Sörensen, 2011). Det centrala i denna analysmetod är att beskriva variationer inom olika fenomen, genom att identifiera likheter och skillnader i det insamlade materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Dataanalysen inleddes med att författarna lyssnade igenom intervjuerna, därefter transkriberades intervjuerna ordagrant. Transkriberingen genomfördes av den författare som inte utfört intervjun, detta för att författarna skulle få en helhetsbild av materialet. Analysmaterialet bestod av sex semistrukturerade intervjuer vilka tillsammans utgjorde analysenheten. En grovsortering av texten genomfördes där material som inte svarade mot syftet togs bort, därefter delades materialet upp i meningsenheter som sedan kondenserades för att korta ner texten men samtidigt bibehålls innebörden i meningarna. De kondenserade meningsenheterna sorterades och kodades utifrån skillnader och likheter vilket resulterade i fem underkategorier och tre huvudkategorier. Se exempel på analysprocessen i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Alla barn som är inskrivna på habiliteringen gör så kallade individuella planeringar de är det som styr vårt arbete egentligen.	På alla barn görs en individuell planering, som styr vårt arbete.	Individuell planering, styr arbetet	Den arbetsterapeutiska processen	Arbetsterapeutens uppdrag
Ja alltså nackdelen är ju att ADL-taxonomin är ju som mer gjord för oss arbetsterapeuter tänker jag... tänker skulle jag lägga fram den här till min målgrupp så är det alldeles för mycket information	ADL-taxonomin är till för oss, skulle bli för mycket info till målgruppen	ADL-taxonomin är till för oss som AT	Metoder och instrument vid utredning	

Forskningsetiska överväganden

Författarna har i diskussion under studiens gång reflekterat över olika forskningsetiska överväganden som kan påverka studien. Det finns fyra forskningsetiska principer som hjälper till att skydda deltagarnas personliga integritet, dessa är; *informationskrav*, *samtyckeskrav*, *konfidentialitetskrav* samt *nyttjandekrav* (Ejlertsson, 2012). I missivbrevet som deltagarna mottog fanns information kring studiens syfte och metod samt ett

Samtyckeskrav som deltagarna skriftligen godkände innan deltagande. Det är först när en person fått information kring den studien som avses att göras, ett samtyckeskrav kan ges (*Lag om etikprövning av forskning som avser människor*, SFS 2003:460). Materialet som samlades in under studiens gång hade endast författarna själva samt handledaren tillgång till. De inspelade och kodade intervjuerna förvarades på två datorer med lösenordsskydd, detta för att försäkra att inte obehöriga skulle få tillgång till materialet. Materialet har endast använts för att besvara studiens syfte, allt material kommer att raderas efter avslutad databearbetning och uppsatsens godkännande.

En etisk aspekt som diskuterades inför studien var hur informanternas anonymitet i arbete kunde säkerställas. Eftersom det är en ytterst liten grupp arbetsterapeuter i Västerbotten verksamma inom Barn- och ungdomshabiliteringen kan deras anonymitet gentemot varandra vara svår att säkerställa, en åtgärd som författarna gjort här är att försöka få en spridning mellan olika kommuner i Västerbottens län. Enligt Vetenskapsrådet (2017) är det ansvarig forskare som ska värdera det värde som ett kunskapstillskott har gentemot eventuella konsekvenser för enskilda deltagare. En åtgärd som ska användas är att avidentifiera informanterna i texten på bästa möjliga sätt. Om det trots allt är delar av texten som anses vara viktigt för att besvara syftet ska en avvägning göras hur stora negativa konsekvenser det kan ge den enskilda personen (Vetenskapsrådet, 2017). Författarna har i resultatet modifierat ett citat för att säkerställa deltagarens anonymitet, citatets innebörd kvarstår trots ändringen.

Resultat

Resultatet presenteras i löpande text i form av kategorier och underkategorier, där citat används för att stärka deltagarnas erfarenheter och upplevelser. I resultatet och diskussionen kommer ”barn” innefatta både barn och ungdomar, detta för att göra texten mer lättläst. Nedan i tabell 2, ges en översikt av resultatet i form av kategorier och underkategorier

Tabell 2. Översikt av underkategorier och kategorier

Kategorier	Underkategorier
Arbetsterapeutens uppdrag	Den arbetsterapeutiska processen
	Metoder och instrument vid utredning
	Att öka självständigheten hos barnet
Nätverket, en avgörande faktor	Föräldrarna, en viktig del
	Samarbete med andra professioner
Flexibilitet hos arbetsterapeuten skapar delaktighet under utredningen	

Arbetsterapeutens uppdrag

Barnen i behov av kognitivt stöd är vanligtvis mellan 10–18 år, men även barn under 10 år kan vara aktuella för interventioner. Neuropsykiatriska diagnoser såsom Autism, Aspergers syndrom, utvecklingsstörning, ADHD samt flerfunktionsnedsättning beskrivs som vanliga bland barnen. Problem med tidsuppfattningen beskrivs vara den största utmaningen i vardagen, andra svårigheter är att planera för aktiviteter samt följa och upprätthålla rutiner i vardagen. Det sociala samspelet beskrivs också som en utmaning, där lyftes speciellt problem med att kommunicera och tolka omgivningen. Sömnsvårigheter var även en återkommande problematik för barnen.

Den arbetsterapeutiska processen

Habiliteringens arbete grundar sig i teamarbete av olika slag. Teamet inom barn och ungdomshabiliteringen består bland annat av; arbetsterapeut, fysioterapeut, specialpedagog och kurator. För barn och ungdomar som är inskrivna hos habiliteringen skapas utifrån ICF en individuell planering. Den individuella planen skapas inom teamet tillsammans med barnet samt vårdnadshavare, och täcker vardagslivets olika områden. Utifrån den

individuella planeringen väljs specifika problem ut som relaterar till olika professioners arbetsuppgifter, på så sätt får arbetsterapeuten sitt uppdrag. Arbetsterapeuterna vill efter tilldelat uppdrag göra en egen kartläggning, en av deltagarna uttryckte följande:

“Behovet av kognitivt stöd föregås alltid av en kartläggning”

I intervjuerna framkom det att processmodellen *OTIPM* används, utöver den nämndes ingen specifik modell vid namn. Det nämndes dock att processmodeller inte alltid används i det kliniska arbetet, informanterna beskriver att de inte känner sig uppdaterade på processmodellerna av olika anledningar.

“känner mig inte uppdaterad på processmodeller då det var länge sen jag tog examen”

Inför första besöket försöker deltagarna ta reda på information kring barnet genom att läsa i tidigare journaler och förbereda familjen på mötet. Detta kan bland annat ske genom att syftet framkommer skriftligen i kallelsen eller vid ett telefonsamtal med föräldrarna innan mötet. Vid ett telefonsamtal finns det möjlighet att bilda en uppfattning kring de behov som finns hos barnet, vilket kan vara bra att ta med i beaktning inför mötet.

“Ibland skriver jag i kallelsen varför vi ska ses men frågar alltid upp när vi träffas om de vet varför de är här. Ibland kan det vara något annat som behöver mer fokus än vad som sagts i individuella planen”

Första träffen tar vanligtvis ungefär 60 minuter, men att allt från 30 minuter till 1,5 timme kan förekomma. Kartläggningen sker oftast i habiliteringens lokaler, några nämner att det är positivt med närhet till kognitiva hjälpmedel för att visa familjen vad som finns. Det förekommer även hembesök samt besök på skolan men är tidsbesparande att träffas på habiliteringen. En deltagare beskriver:

“Jag brukar försöka få till ett eller två hembesök för det är där det ska fungera... det är trots allt så... däremot går det inte att komma ifrån att det är lite tidsbesparande att göra bedömningarna här på plats, att be dom komma hit, det är ju tidsbesparande för mig, men det kan faktiskt vara så att jag får ut mer av att göra det i hemmet”

Arbetsterapeuterna nämner hur det generellt är långa kontakter inom barn- och ungdomshabiliteringen, de beskriver vidare att fördelen med den långsiktig kontakten är att de lär känna barnet väl samt vet deras förmågor och vilket typ av stöd de kan behöva.

Metoder och instrument vid utredning

Deltagarna beskriver hur utredningen av kognitivt stöd inleds med en kartläggning där intervju med barnet samt föräldrarna är en viktig del. Intervjun har en semistrukturerad struktur, ibland utifrån en skriftlig frågegudie.

“Skönt med semistrukturerad intervju är att det går lägga till om man behöver och kunna ge exempel, blir inte så extremt strukturerat”

Gemensamt för intervjuerna är att de rör aktiviteter i det vardagliga livet. Informanterna beskriver hur det kan vara utmanande att få barnet delaktig under intervjun, men att det ständigt sker ett arbete med att motivera till delaktighet. Om detta inte lyckas kan arbetsterapeuten göra en föräldraintervju.

“Brukar alltid försöka involvera barnen, ibland vill dom inte komma hit”

Som stöd under intervjudelen förklarar deltagarna att de kan använda sig av *ADL taxonomin* som en grund. Några beskriver hur de med tidens gång och mer erfarenhet använder sig av instrument i mindre omfattning. Vid behov tas instrument fram för att återta uppmärksamheten kring ämnet.

“Har ADL-taxonomin som en bra grund att utgå ifrån för att kunna göra kartläggningen”

Ibland är det lätt och självklart vilken utmaning i vardagen som ska kartläggas först, medan det i andra fall kan behövs en genomgång av en hel dag innan en svårighet kan synliggöras. Gemensamt för arbetsterapeuterna var att de vill försöka hitta orsaken till barnets utmaningar, för att på så sätt ta fram rätt intervention. Förutom *ADL-taxonomin* nämner deltagarna olika instrument, de beskriver hur det sällan är något instrument som är heltäckande, utan hur de tar olika delar i instrument för att det ska passa in i barnets situation. Ett instrument som nämns är *COPM*, där fördelen med att kunna skatta och utvärderas nämndes men att en svårighet är att få barnet delaktig i skattningarna och hur föräldrarna kan hjälpa till att skatta vid behov. *Vardagsstöd* är också ett instrument som

nämns, instrumentet används med de äldre barnen som är på väg att bli mer självständiga i hemmet.

Samtliga deltagare lyfte vikten av att observera barnen i den miljö som de befinner sig i. Vissa använder sig av en ostrukturerad observation vid första eller andra träffen. Ett instrument som också omnämns är *Perceive, Recall, Plan, Perform (PRPP)* som kan vara ett observationsstöd. Det är optimalt att observera barnet i de problemområden som kommer fram under kartläggningen men på grund av tidsbrist görs inte alltid det. För vissa barn kan det även vara extra känsligt att bli observerad. Arbetsterapeuterna beskriver att de inte har något gemensamt sätt för bedömning utan att det är upp till var och en.

“Vi har pratat, alla arbetsterapeuter i länet, och vi vet faktiskt inte hur vi gör eller hur vi bedömer”

Öka självständigheten hos barnet och ungdomen

Gemensamt för deltagarna är att barnet alltid är i fokus, vilket kan vara mer eller mindre lätt. För att ta emot hjälp behöver barnen framförallt acceptera sin funktionsnedsättning och känna en motivation till stödet, det är en utmaning beskriver deltagarna. Ofta är målet med utredningen av kognitivt stöd att barnet ska bli mer självständig i aktiviteter.

“det är ganska vanligt att ungdomarna inte alls vill kännas vid att dom har en funktionsnedsättning”

Att avdramatisera ordet “hjälpmedel” kan vara till stor hjälp för att arbetsterapeuten ska få en god kontakt med barnet. Det kan även vara viktigt för föräldrarna att förstå att hjälpmedel är något alla mer eller mindre använder sig av dagligen oavsett om det finns en funktionsnedsättning eller inte. Det kan hjälpa till att skapa motivation hos barnet under utredningen och i fortsättningen mot målet, att få barnet mer självständig i vardagen.

Nätverket, en avgörande faktor

Nätverket, såsom föräldrar, elevassistenter men även boendehandledare och lärare är viktiga resurser under själva utredningen men även vid implementeringen av det kognitiva stödet.

Föräldrarna, en viktig del

Det är inte ovanligt att barnen har annan syn på problem än vad deras föräldrar har. Det framkommer att barnen ofta har en känsla av att allt flyter på medan föräldrarna ser stora svårigheter då de hela tiden behöver stötta upp och påminna i vissa situationer.

Arbetsterapeuterna beskriver att barnet även kan lyfta ett problem som föräldrarna inte har sett. En deltagare beskriver:

“- Nej jag kan duscha, det går jättebra” Men det visar sig att mamma står och knackar på “- Kom ihåg schampo och ta lagom mycket tvål”

Arbetsterapeuten fortsätter att beskriva i samma situation:

“Det är inte alltid så självklart vad som är orsaken till problemet. Barnet har kanske vägrat att ta schampo i alla år men bakgrunden kan vara därför de vet inte hur mycket schampo man ska ta och föräldrarna tror egentligen att det handlar om att det är svårt att gnugga in.

“- Nej det är inte svårt att gnugga in, men jag vet inte hur mycket jag ska ta”.

Det är viktigt som arbetsterapeut att föra en dialog tillsammans med barnet och föräldrarna om synpunkterna skiljer sig i vardagen, för att orsaken till svårigheterna ska kunna identifieras. Föräldrarnas roll i utredningen ses som omfattande av arbetsterapeuterna. Om barnet inte vill delta i utredningen eller vill ha ett kognitivt stöd, kan stödet riktas till föräldrarna. En deltagare uttryckte följande:

“Man får liksom stötta föräldrarna på annat sätt, till att vara mer tydlig i vardagen samt förbättra sin kommunikation gentemot barnet”

Arbetsterapeuterna förklarar även hur föräldrarna ses som medmottagare av det kognitiva hjälpmedlet. Att lämna ut hjälpmedlet och tro att det kommer fungera på en gång är mycket svårt. Stödet från föräldrarna eller annat nätverk är avgörande för ett lyckat resultat med hjälpmedlet. Det ökar möjligheten att få en fungerande vardag om föräldrarna kan anpassa sig, deltagarna nämner att föräldrarna ofta har större förmåga att anpassa sig jämfört med barnet.

Samarbete med andra professioner

Arbetsterapeuterna beskriver att de arbetar i olika team beroende på vilka svårigheter som barnet har. Vid kognitiva svårigheter samarbetar arbetsterapeuten ofta med logoped, specialpedagog och lärare. Inom skolan behövs oftast samma hjälpmedel som barnen får utskrivna till hemmet.

“Vi ska inte jobba mot skolan specifikt men det går ju inte komma undan att det spenderas väldigt mycket tid där för barnen och det måste fungera”

Arbetsterapeuterna beskriver att det är mycket tydliggörande kommunikation i skolan vilket lärare kan behöva mer eller mindre introduktion kring. Det lyfts dock som viktigt att gå in med varsamhet i andra professioners områden.

“Lärare behöver få vara duktig på sitt ämne, gäller att ha fingertoppskänsla av vad jag kan uttala mig om och vad de behöver få vara experter kring”

I de flesta team beskriver arbetsterapeuterna att de resonerar mycket med kollegor för att lösa olika situationer, det förekommer teamträffar där arbetsterapeuterna får möjlighet att lyfta utmaningar och funderingar. Det lyfts även i intervjuerna vikten av att ha kollegor som stöd för att lyckas med utredning och implementering på bästa sätt.

Flexibilitet hos arbetsterapeuten skapar delaktighet i utredningen

Det är viktigt att 'läsa av barnet' för att på bästa sätt anpassa utredningen efter varje enskild klients behov. Flexibilitet vid mötet är viktigt för att få barnet delaktigt i utredningen. Det nämns hur viktigt det är att ständigt reflektera över användandet av sig själv i mötet med barnet.

“delvis så måste man anpassa mycket för att personen som det gäller ska känna sig delaktig eller vara med på det man ska göra”

Resultatet visar betydelsen av att från första mötet med barnet skapa en god kommunikation för att lyckas med en god allians med klienten. Samtliga informanter beskriver hur de använder sig av tydliggörande kommunikation i samtalet med barnet för att skapa delaktighet. Barnet kan ha svårt att uppfatta frågor eller påståenden utan bildstöd och kan därmed bli hjälpt av visuellt stöd.

“ vi använder ibland bildstöd på olika nivåer för att det ska bli mer delaktighet”

Informanterna förklarar hur de anpassar sitt språk utifrån personen framför sig, de förklarar vidare hur de försöker vara mer tydliga och använder sig av korta meningar för att göra det mer begripligt för barnet/ungdomen. Det framkommer även hur viktigt det är att tydliggöra för barnet hur lång tid en träff kommer att ta, så barnet har något att förhålla sig till. För att förtydliga det ännu mer används en timstock eller liknande tidshjälpmiddel. Genom att

ritprata och kontinuerligt fråga upp om barnet förstår vad som sägs kan arbetsterapeuten uppmärksamma om informationen har gått fram till barnet eller om det ska förtydligas ytterligare. Det är viktigt att tänka på ögonkontakt och hur man placerar sig framför barnet beroende på vem man träffar. Även andningen och samtalstonen kan påverka känslan i rummet och därmed påverka barnet på ett sätt som lugnar eller höjer stämningen.

“att tänka på ögonkontakt vid möte med någon som autismdiagnos, placera sig på 90 grader ifrån istället för rakt fram”

“jag speglar kroppsspråk, halvligger någon så gör även jag det och behövs det mer vakenhetsgrad hittar jag på något i rummet”

Samtliga deltagare beskriver hur de är flexibla i upplägget av utredningen och att det är viktigt att bjuda på sig själv. De väljer och anpassar för att det ska passa barnet, även hur det är viktigt att undersöka olika faktorer hos barnet innan och under en utredningen, exempelvis fysiskt och psykiskt välbefinnande.

“Hur mår folk när man ska göra sin bedömning, hur mår ungdomen, om dom inte alls mår bra då måste vi kanske boka om eller hitta nått annat sätt att göra bedömningen på”

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva arbetsterapeuters erfarenheter kring initiering och genomförandet av en utredning för barn och ungdomar i behov av kognitivt stöd.

Resultatet visar att den arbetsterapeutiska utredningen är en dynamisk process, som hela tiden präglas av att arbetsterapeuterna anpassar både sig själva samt miljön utifrån vilken person de träffar. I resultatet framgick det tydligt hur arbetsterapeuterna arbetar klientcentrerat men även familjecentrerat för att genomföra utredningen. Vidare framkom i resultatet att det bland deltagarna inte finns några gemensamma riktlinjer för att utreda barn och ungdomar inför eventuell förskrivning av kognitivt stöd.

Samtliga deltagare i vår studie beskriver hur de får uppdragen från en individuell planering som görs med alla inskrivna barn inom habiliteringen. Resultatet visar vikten av att själv kartlägga de svårigheter som barnet kan ha för att få en helhetsbild av de utmaningar som finns, detta är således en väsentlig del i arbetsterapiprocessen. Resultatet styrks av Mirza och Hammel (2009) samt Gerland (2011) som beskriver att det är viktigt att en eventuell intervention grundas i en kartläggning av individens upplevelse av vardagen som denne

lever i. De beskriver även vikten av att individen ska ges möjlighet att prioritera och välja det stöd som denne vill ha. Arbetsterapeuterna i studien träffar vanligtvis barn över 10 år där målet vanligtvis är att få barnet mer självständigt i vardagen. För att lyckas med att öka självständigheten hos barnet arbetar samtliga arbetsterapeuter med att öka delaktigheten under utredningen. Enligt Molin (2004) kan en aspekt av delaktighet ses som en möjlighet att själv påverka ens livsval, att självständigt få välja och forma livet ökar engagemanget i sin livssituation. Arbetsterapeuterna menar att det kan vara svårt att få barnet delaktigt under utredningen och att de då får vända sig till föräldrarna för att få den information som behövs. Dock framkom det i studien att samtliga arbetsterapeuter såg barnets delaktighet i arbetsprocessen som en central aspekt för att få ett fungerande kognitivt stöd. Enligt Cox (2012) ser arbetsterapeuter till klientens hela kontext och har en helhetssyn som genomsyrar deras arbete. Resultatet i vår studie överensstämmer med detta då det framkom under intervjuerna att arbetsterapeuterna ser till barnets hela omgivning för att ta reda på när, hur och varför en svårighet uppstår och vilken åtgärd som kan bli aktuell.

OTIPM (Fisher, 2009) används av vissa som stöd under utredning. Denna processmodell lyfter betydelsen av att arbeta klientcentrerat och att individanpassa utredningar och interventioner, och samtliga deltagare tog upp att dessa arbetssätt är betydelsefulla för en lyckad utredning. Bedömningsinstrumentet COPM (Law et al., 2016) lyftes som användbar av några deltagare, där informanterna uppskattar möjligheten att kunna skatta och utvärdera. Law, Baum och Dunn (2005) understryker att COPM är användbart för olika patientgrupper men ställer krav på klientens kognitiva förmåga. Eftersom arbetsterapeuternas målgrupp är barn och ungdomar med kognitiva svårigheter krävs stor förståelse för barnets kognitiva svårigheter för att avgöra när COPM är lämpligt att användas. Resultatet i studien visar en förståelse hos arbetsterapeuterna då det förklarar hur de reflekterat kring ett instruments användbarhet för en viss klients situation och anpassat därefter val av instrument.

Ytterligare instrument som framkom i resultatet var Vardagsstöd av Sjölund (2010) som är skapad för individer med autismspektrumtillstånd eller andra kognitiva funktionsnedsättningar. Vardagsstöd används i första hand av deltagarna när barnet är äldre och börjar bli mer självständiga i hemmet. Även Perceive, Recall, Plan, Perform (PRPP) (Ranka, 2010) är ett instrument som nämndes i resultatet, detta instrument används i observation av aktiviteter och ger arbetsterapeuten en förståelse av kognitiv informationsbearbetning hos klienten i samband med utförandet av vardagsaktiviteter. Det framkom dock i resultatet att arbetsterapeuterna sällan genomförde en strukturerad

observation. Utan observationen av barnet sker spontant under träffarna där arbetsterapeuterna skapar sig en bild av barnets förmågor.

Arbetsterapeuterna arbetar aktivt med att göra ord och meningar mer begripliga för barnen. Resultatet visar att deltagarna är noga med att sätta ramar inför ett besök, de är tydliga med syftet och hur lång tid som besöket kommer ta för att göra barnet mer engagerat under träffen. Några informanter beskriver hur de använder tidshjälpmedel, ofta med hjälp av timstocken, för att konkret visa barnet hur lång tid besöket kommer att ta. Öjteg och Eliasson (2013) beskriver hur timstocken kan vara ett stresslindrande tidshjälpmedel, deltagarna i studien beskriver också hur timstocken är ett hjälpmedel som de ofta förskriver.

Föräldrarnas roll i utredningen och implementeringen av kognitivt stöd har stor betydelse för resultatets kvalitet och att barnen ska bli självständiga och trygga i användandet av sitt hjälpmedel, vilket var återkommande i samtliga intervjuer. Då uppfattningar om problem kan skilja sig mellan barn och föräldrar beskriver arbetsterapeuterna vikten av att ha en god kommunikation med både barn och förälder. Resultatet visar även att det inte går att lämna ut ett hjälpmedel i tron om att det fungerar på en gång, det behövs ett bra stöd från föräldrarna för att det ska fungera i hemmet. Blomquist och Jacobsson (2011) stärker detta då de förklarar vikten av att föräldrarna ska få möjlighet att lära sig det stöd/hjälpmedel som förskrivs till barnet. Med det förklarat visar resultatet i vår studie att arbetsterapeutens roll i arbetet med denna målgrupp inte endast rör barnet. Resultatet visar även att arbetsterapeuten har en betydelsefull roll att vägleda och stödja föräldrarna både när det gäller själva utredningen men även vid implementeringen av kognitivt stöd.

I resultatet framkommer det att deltagarna överlag inte tycker att själva bedömningen av kognitivt stöd är utmanande om barnet är delaktig under processen. En svårighet enligt deltagarna i studien är däremot att få barnet delaktig i utredningen och implementeringen av kognitivt hjälpmedel. Samtliga arbetsterapeuter i denna studie arbetar med individanpassningar under utredningen. I resultatet från vår studie framkom faktorer som är betydelsefulla att ta hänsyn till som arbetsterapeut i arbetet med barn som kan vara i behov av kognitivt stöd, exempelvis flexibilitet hos arbetsterapeuten och kontakten med närstående.

Metoddiskussion

Studien genomfördes med en kvalitativ metod som passar för att beskriva deltagarnas erfarenheter inom ett område (Graneheim & Lundman, 2004). Studien bestod av ett bekvämlighetsurval där deltagarna fick förfrågan om medverkan genom samordnare för Habiliteringscentrum i Västerbotten. Detta urval är inte optimalt eftersom det kan bidra till att studiens överförbarhet minskar (Olsson & Sörensen, 2011). Olsson och Sörensen (2011) förklarar hur ett slumpmässigt urval där en större population inkluderas är det bästa för att öka överförbarheten i en studie. På grund av tidsbrist och bristande erfarenhet ansåg författarna att det inte var lämpligt för denna studie utan valde att hålla sig till Västerbottens län.

Deltagarna bestod av legitimerade arbetsterapeuter, alla verksamma med barn och ungdomar med kognitiva svårigheter, vilket bör stärka resultatets överförbarhet. Det fanns inte något inklusionskriterium gällande 'antal år arbetsterapeuterna varit verksamma inom området'. Trots detta visade resultatet att alla haft minst två års erfarenhet, vilket anses vara tillräckligt för att bidra med erfarenheter till denna studie.

Deltagarna i studien intervjuades utifrån en semistrukturerad intervjuguide. Tiden och det geografiska avståndet påverkade möjligheten att träffa deltagarna. Fyra intervjuer genomfördes över telefon och två intervjuer på respektive deltagares arbetsplats. Författarna ansåg att samtalet flöt på smidigare i den personliga kontakten, vilket stärks av Bryman (2011) som beskriver att det är lättare att uppfatta kroppsspråk och reaktioner hos intervjupersonen vid ett personligt möte. Något som kan ha påverkat resultatet är att intervjuguiden innehöll många kompletterande frågor vilket kan ha påverkat deltagarna att nämna områden som de annars kanske inte skulle ha valt att beskriva. Detta ser författarna som positivt för denna studie eftersom materialet får ett större djup.

Författarna delade upp intervjuerna för att effektivisera datainsamlingen. Transkriberingen genomfördes av den författare som inte utfört intervjun. En nackdel med detta upplägg skulle kunna vara att författarna inte får en helhetsbild av materialet, detta var inget som författarna anser sig besvärats av. Författarna fick en god insikt i allt material genom transkriberingen var för sig samt att allt material analyserades tillsammans.

En kvalitativ innehållsanalys gör det möjligt att analysera materialet i olika svårighetsgrader (Graneheim & Lundman, 2004). Den här typen av analysmetod har två ansatser avseende hur djupt forskaren kan tolka materialet. I denna studie har författarparet

valt att hålla sig till den manifesta ansatsen där det textnära innehållet har beskrivits, detta på grund av tidsbrist och att den latent ansatsen kräver en högre analytisk förmåga (Olsson & Sörensen, 2011).

Slutsats

Sammanfattningsvis visade resultatet att arbetsterapeutens utredning av kognitivt stöd hos barn och ungdomar är en dynamisk process som hela tiden kräver arbetsterapeutens förmåga att anpassa både sig själv men även bedömningsmiljön. Studien visar att den arbetsterapeutiska utredningen inte enbart består av en bedömning av barnet utifrån de svårigheter eller utmaningar som klienten beskrivs ha, utan hur arbetsterapeuten hela tiden ser till klientens hela kontext för att hitta var, när, hur och varför ett problem uppstår. Studien visar även hur stor inverkan föräldrar och andra aktörer har på utredningen och hur viktigt deras stöd och kunskap är för att få barnet så självständig som möjligt i slutändan. Eftersom detta är en begränsad studie föreslås vidare forskning kring ämnet med en kvalitativ intervjustudie där ett större geografiskt område berörs. Då kognitivt stöd har visats öka delaktigheten hos barn och ungdomar i vardagen är det ett viktigt kunskapsområde att belysa, både ur ett individperspektiv och samhällsekonomiskt perspektiv. Författarna anser att kognitivt stöd kan öka självständigheten, vilket i sin tur kan minska behovet av ett personligt stöd. Därmed anser författarna att den arbetsterapeutiska utredningen av kognitivt stöd är ytterst viktig att forska kring.

Tack

Till en början vill författarna tacka arbetsterapeuterna som deltog i studien, som har delat med sig av sina erfarenheter samt lyft arbetsterapeutens roll och vikten av denna inom Barn- och Ungdomshabiliteringen. Författarna vill även tacka samordnare för Habiliteringscentrum i Västerbotten som erhöll kontaktuppgifter till deltagarna.

Referenser

Alabaf, S., Gillberg, C., Lundström, S., Lichtenstein, P., Kerekes, N., Råstam, M., & Anckarsäter, H. (2018). Physical health in children with neurodevelopmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–13.

Andersson, B., & Olsson, G. (2002). *Vägledning : Genom pedagogiska strategier till personer med neuropsykiatriska funktionshinder som DAMP, AD/HD, autism, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom : Pedagogiska arbetsätt för anhöriga, pedagoger, personal*. Ängelholm: Specialpedagog Birgitta Andersson AB.

Arvidsson, G., Buchholz, M., Forsmark, G., Hård, A., Jacobsson, C., Meden, D., Sjödin, L. & Wennberg, B. (2013). *Metoder för kognitivt stöd* (EBH Rapport Kognitivt stöd 2013). Föreningen Sveriges Habiliteringschefer.

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser* (3:1). Lund: Studentlitteratur AB

Barn- och ungdomspsykiatri. (2016). *Införande av arbetsterapeutinsatser med kognitivt stöd inom barn- och ungdomspsykiatri*. Hämtad från: <http://www.bup.se/globalassets/om-bup/publicerat/inforande-av-arbetsterapeutiska-insatser-med-kognitivt-stod-inom-barn--och-ungdomspsykiatri.pdf>

Bejerholm, U. (2011). Bedömning av aktivitetsförmåga. I M. Eklund, B. Gunnarsson, & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. (s. 151–174). Lund: Studentlitteratur AB

Blomquist, U-B., & Jacobsson, D. (2011). *Förskrivningsprocessen, fritt val av hjälpmedel, egenansvar – tre vägar till hjälpmedel*. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2 uppl.). Malmö: Liber.

Cox, J. A. (2012). From interdisciplinary to integrated care of the child with autism: the essential role for a code of ethics. *Journal of Autism developmental disorders*, 42, 2729–2738. Doi: 10.1007/s10803-1530-z

Clark, G. J. F., & Schlabach, T. L. (2013). Systematic review of occupational therapy interventions to improve cognitive development in children ages birth–5 years. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(4), 425–430. Doi: 10.5014/2013.006163

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, A-C. (2016). Barns funktionsnedsättningar och diagnoser. I A-C. Eliasson, H. Lidström, & M. Peny-Dahlstrand (Red.), *Arbetsterapi för barn och ungdom*. (s. 65–83). Lund: Studentlitteratur AB

Fisher, A.G. (2003a). *Assessment of Motor and Process Skills*. Vol 1: *Development, Standardization and Administration Manual*. Fifth edition. Fort Collins, CO: Three Star Press.

Fisher, A.G. (2003b). *Assessment of Motor and Process Skills*. Vol 2: *User Manual*. Fifth edition. Fort Collins, CO: Three Star Press.

Fisher, A.G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model. A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins, Colorado, USA: Three Star Press.

Gantschnig, B. E., Fisher, A. G., Page, J., Meichtry, A., & Nilsson, I. (2015). Differences in activities of daily living (ADL) abilities of children across world regions: a validity study of the assessment of motor and process skills. *Wiley-Blackwell*, 41(2): 230–238. Doi: 10.1111/cch.12170

Gerland G. (2011). *Hjälpmiddelsboken - Psykiska funktionsnedsättningar*. Stockholm: Pavus Utbildning AB.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112

Gärdenfors, P. (2011). Kognition. I A. Wallin (Red.) *Kognitiv medicin*. (s. 14–39). Stockholm: Norstedts

Horowitz, B, Lopez, A., & Smith, C. R. (2018). Culturally competent strategies: Evidence and case studies to improve health and occupational participation in the United States. *WFOT Bulletin (WFOT BULL)*, 74(1), 17–23. Doi: 10.1080/14473828.2018.1432313

Hwang, P., & Nilsson, B. (2011). *Utvecklingspsykologi* (3., rev. utg. ed.). Stockholm: Natur och kultur.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Jacobsen, H. (2016). Arbetsterapeutens roller och verksamhetsområden. I A-C. Eliasson, H. Lidström, & M. Peny- Dahlstrand (Red.), *Arbetsterapi för barn och ungdom*. (s. 107–118). Lund: Studentlitteratur AB

Kielhofner, G. (2012). *Model of human occupation: teori och tillämpning*. Lund: Studentlitteratur AB

Krumlinde- Sundholm, L. (2016). Bedömningsinstrument för kartläggning och utvärdering. I A-C. Eliasson, H. Lidström, & M. Peny- Dahlstrand (Red.), *Arbetsterapi för barn och ungdom*. (s. 129–141). Lund: Studentlitteratur AB.

Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Hämtad från Sveriges Riksdags webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Law, M. (1998). *Client-centered occupational therapy*. Slack Incorporation.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2016). *COPM Canadian Occupational Performance Measure* (Sveriges Arbetsterapeuter, Övers. 5. uppl.). Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter.

- Law, M., Baum, C., Dunn, W. (2005). *Measuring Occupational Performance. Supporting Best Practice in Occupational Therapy*. Thorofare: Slack Incorporation.
- Leufstadius, C., & Argentzell, E. (2011). Meningsfull aktivitet och psykiskt funktionshinder. I M. Eklund, B. Gunnarsson, & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. (s. 175–200). Lund: Studentlitteratur AB
- Lindstedt, H. (2008). *Utvärdering av delprojektet KogniTek i Uppsala*. Hjälpmedelsinstitutet, Stockholm.
- Mandich, A., Polatajko, J., Missiuna, C., & Miller, L. (2001). Cognitive strategies and motor performance in children with developmental coordination disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20 (2–3), 125–143. Doi: 10.1080/J006v20n02_08
- Mirza, M., and Hammel, J. (2009). Consumer-Directed Goal Planning in the Delivery of Assistive Technology Services for People who are Ageing with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(5), 445–457.
- Missiuna, C., Pollock, N., Levac, D., Campbell, W., Whalen, S., Bennett, S., . . . Russell, D. (2012). Partnering for Change: An Innovative School-Based Occupational Therapy Service Delivery Model for Children with Developmental Coordination Disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 41–50. Doi: 10.2182/2012.79.1.6
- Molin, M. (2004). Delaktighet inom handikappsområdet - en begreppsanalys. I A. Gustavsson (Red.), *Delaktighetens språk* (ss.61–81). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3., uppl.). Stockholm: Liber AB
- Peny-Dahlstrand, M. (2016). Aktivitetens betydelse för barn och ungdom. I A-C. Eliasson, H. Lidström, & M. Peny-Dahlstrand (Red.), *Arbetsterapi för barn och ungdom*. (s. 119–128). Lund: Studentlitteratur AB
- Peny- Dahlstrand, M., & Krumlinde- Sundholm, L. (2016). Processen i arbetsterapi för barn och ungdom. I A-C. Eliasson, H. Lidström, & M. Peny-Dahlstrand (Red.), *Arbetsterapi för barn och ungdom*. (s. 119–128). Lund: Studentlitteratur AB
- Ranka, J. (2010) The Plan Quadrant, I C. Chapparo, & J. Ranka (2008). *PRPP system of task Analysis: Users training manual- Research Edition*.
- Sjölund, A. (2010). *Vardagstöd för personer med autismspektrumtillstånd eller andra kognitiva funktionsnedsättningar. Ett underlag för kartläggning av stödbehov*. Bromma: MH pedagogiskt perspektiv AB
- Socialstyrelsens föreskrifter om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering*. (SOSFS 2007:10). Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2007-10>
- Sveriges Arbetsterapeuter. (2018). *Våra medlemmar*. Hämtad 2018-11-22 från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/Om-forbundet/Organisation/vara-medlemmar/>

Sveriges Arbetsterapeuter. (2016a). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*. Hämtad 2018-11-22 från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/Om-forbundet/Forbundets-forlag/Kompetensbeskrivningar-for-arbetsterapeuter/>

Sveriges Arbetsterapeuter. (2016b). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter

Sverige, U. N. I. C. E. F. (2016). *FN: s konvention om barnets rättigheter*. Hämtad 2018-11-12 från <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>

Tam, C., Teachman, G., & Wright, V. (2008). Paediatric Application of Individualised Client-Centred Outcome Measures: A Literature Review. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(7), 286–296. Doi:10.1177/030802260807100706

Törnquist, K. & Sonn, U. (2017). *ADL-Taxomin® - en bedömning av aktivitetsförmåga (4., uppl.)*. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter

Vetenskapsrådet. (2017). *God forsknings sed*. Hämtad från <https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html>

Winberg, A., & Lidström, H. (2016). Anpassning och hjälpmedel för delaktighet. I A-C Eliasson, H. Lidström, & M. Peny-Dahlstrand (Red.), *Arbetsterapi för barn och ungdom*. (s. 203–212). Lund: Studentlitteratur AB

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4->

Intervjuguide

Översiktsfrågor

- Hur länge har du jobbat som arbetsterapeut?
- Hur länge har du jobbat som arbetsterapeut inom barn- och ungdomshabiliteringen?
Hur kom det sig att du hamnade/ började där?
- Är det någon specifik åldersgrupp som du träffar?
- Vilka diagnoser är vanliga bland de barn du träffar? *Är det någon diagnos barnen har som du stöter på mer än andra?*
- De här diagnoserna säger inte alltid så mycket om de svårigheter som barnen har. *Skulle du kunna nämna några svårigheter eller begränsningar som barnen har i både vardagen hemma, på skolan och på fritiden?*

Utredningen

Vi tänkte höra om du kan berätta mer om hur du genomför en bedömning, vi tänkte nu ställa lite frågor kring det.

- Hur får du kännedom om det här barnet/ungdomen som kan vara i behov av kognitivt stöd? *Är det via en remiss eller på något annat sätt?*
- Vad vet du om barnet/ungdomen innan ni har kontakt? *Läser på i journalen? Kontakt/ samtal med kollegor eller kanske vårdnadshavare?*
- På vilket sätt bedömer du barnet/ungdomens behov av kognitivt stöd?
- Använder du någon processmodell som stöd under dina bedömningar? Till exempel: OTIPM, CPPF osv. *På vilket sätt har du stöd av den?*
- Vilka/vilket bedömningsinstrument använder du dig utav? *Använder du flera eller oftast samma? Varför använder du detta/dessa? Vad är fördelarna med detta instrument? Vad är nackdelarna med detta instrument? Tycker du att du får ut det du vill av det/ dom bedömningsinstrumenten som du använder dig utav idag?*
- Gör du olika eller håller du samma "grundstruktur" på alla dina bedömningar? *Om inte hur gör du då, hur kommer du fram till det?*
- Använder du dig av något/några andra bedömningsmetoder? *Såsom observationer? Skattningsskalor?*

Miljön

- Vart brukar du vanligtvis träffa barnet/ungdomen?
Vilken miljö? Lekrum på habiliteringen? hembesök till patienten? till skolan? Är du oftast på samma ställe under bedömningarna eller kan det variera?
- Gör du bedömningarna helt själv? *-Hur ser samarbetet ut med olika aktörer som föräldrar, andra professioner under din utredning?*

BILAGA 1

- Hur lång tid brukar en bedömning ta ungefär? *Brukar ni ses under flera träffar?*
- Hur använder du dig själv under bedömningarna? Med anpassningsbarhet, ditt språk, och kroppsspråk? klädstil? (avdramatisera med roligare kläder än vita sjukhuskläder tex)
- Kan du nämna några olika kognitiva stöd som är vanligt att du förskriver eller använder med dina klienter?

Upplevelse av din bedömning

- Upplever du några utmaningar med en *sån här typ av* bedömning? (Bedömning av behov av kognitivt stöd)
Vad upplever du som utmanande i bedömningen ?
Hur såg det ut senaste gången du gjorde en sån här bedömning ?
Vad var lätt? Vad var svårt?
Kan du berätta om en bedömning av ett barn/ungdom där det har varit speciellt utmanande?
- Hur hanterar du *ett eventuellt* behov av förändringar/anpassningar av *dina bedömningsmetoder* under utredningen?
Om du upplever att en specifik bedömningsmetod/instrument inte passar för denna klient, hur tänker du då

Förfrågan om medverkan i en studie om bedömning av barn och ungdomar i behov av kognitivt stöd.

Vi heter Matilda Mo Gustavsson och Jonna Arnqvist och går sista året på arbetsterapeutprogrammet vid Umeå universitet. Vår uppgift är att skriva ett examensarbete där vi önskar undersöka hur arbetsterapeuter verksamma inom Barn- och ungdomshabilitering i Västerbotten genomför en bedömning av barn och ungdomar i behov av kognitivt stöd.

Vi önskar intervjua **dig** som är leg. arbetsterapeut för en intervju som kommer att ta cirka 30 till 45 minuter. Intervjun som spelas in, sker via telefon eller om du bor i Skellefteå kan vi träffas på en plats som du själv bestämmer. Exempelfrågor som kommer ställas finns i slutet av informationsbrevet.

Allt insamlat material kommer att behandlas **konfidentiellt**. De som har tillgång till intervjumaterialet är vi (Matilda och Jonna) samt vår handledare Gun-Marie Hariz. Under bearbetningen av intervjuerna kommer materialet att kodas och det slutgiltiga resultatet kommer att presenteras så att ingen enskild person kan identifieras. Det insamlade materialet kommer att raderas när arbetet är färdigställt. Resultatet kommer att sammanställas i form av ett examensarbete inom arbetsterapeutprogrammet, vid Umeå universitet. Arbetet kommer att finnas tillgängligt vid enheten för arbetsterapi samt i det digitala vetenskapliga arkivet (DiVA) vid Umeå universitet.

Studien är frivillig och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att ange orsak. Tacksam för svar via mejl eller telefon innan den 29/11, om du har möjlighet att delta i studien. Du är välkommen att kontakta oss om du har några frågor eller funderingar.

Arbetsterapeutstudent
Matilda Mo Gustavsson
magu0246@student.umu.se
070-38 38 151

Arbetsterapeutstudent
Jonna Arnqvist
joar0071@student.umu.se
070-51 44 999

Handledare
Gun-Marie Hariz
Leg. Arbetsterapeut, docent
gun.marie.hariz@umu.se
070-36 44 366

BILAGA 2

Informerat samtycke

Din underskrift nedan visar att du läst igenom informationen om studien och tagit ställning.

JA, jag har tagit del av informationen om denna studie och ger mitt samtycke till att delta.

NEJ, jag har tagit del av informationen om denna studie och ger INTE mitt samtycke till att delta.

Exempel på intervjufrågor:

- Vilka bedömningsinstrument använder du? Använder du flera eller oftast samma? Varför använder du just detta/dessa instrument?
- I vilken miljö utför du bedömningarna? Är du oftast på samma ställe under bedömningarna eller kan det variera?
- Vilka fördelar respektive nackdelar finns med dessa bedömningar/skattningar?