



MEDICINSKA FAKULTETEN  
Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

**Arbetsrehabilitering och dess konsekvenser på  
livskvalitet för personer med psykisk ohälsa.  
- Sammanställning och analys av intervjusvar utifrån  
MANSA.**

Författare: Patrik Persson,  
Daniel Zdravkovic

Handledare: Dennis Persson

November 2009

**Kandidatuppsats**

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



## MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2009-11-25

### Arbetsrehabilitering och dess konsekvenser på livskvalitet för personer med psykisk ohälsa.

- Sammanställning och analys av intervjuvar utifrån MANSA.

Patrik Persson & Daniel Zdravkovic

#### Abstrakt

Arbete kan vara en stor del av en individs liv och värderas ofta högt av samhället. Personer med psykisk ohälsa är en grupp som riskerar att hamna utanför arbetsmarknaden. Arbetsrehabilitering är ett sätt att minska utanförskap för denna grupp. Många som arbetar med arbetsrehabilitering för personer med psykisk ohälsa är arbetsterapeuter. Meningsfulla aktiviteter är ett koncept som genomsyrar all arbetsterapeutisk verksamhet. Syftet med vår studie är att undersöka huruvida arbetsrehabilitering har någon inverkan på en persons livskvalitet. Data samlades in med livskvalitet instrumentet MANSA före påbörjad arbetsrehabilitering samt efter. Urvalet bestod av de 50 personer som senast deltagit på en arbetsrehabilitering i södra Sverige. SPSS användes för att analysera datan. De resultat som har varit mest användbara var jämförelserna före och efter. Det har framkommit av studien att en ökad livskvalitet har upplevts efter avslutad arbetsrehabilitering enligt MANSA.

Nyckelord: arbetsrehabilitering, livskvalitet, MANSA, psykisk ohälsa.

Kandidatuppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

# Innehållsförteckning

1.	Introduktion .....	1
2.	Bakgrund.....	2
2.1	Livskvalitet.....	2
2.2	Arbets terapeutisk teori .....	3
2.3	Arbetsrehabilitering.....	5
3.	Syfte .....	6
4.	Metod.....	6
4.1	Urvalsförfarande.....	6
4.2	Datainsamling.....	7
4.3	Instrument.....	7
4.4	Databearbetning.....	7
5.	Resultat .....	9
5.1	Jämförelser före och efter arbetsrehabilitering.....	10
5.2	Samband och jämförelser mellan inbördes frågor.....	18
6.	Diskussion.....	25
6.1	Metoddiskussion.....	25
6.2	Resultatdiskussion .....	26
6.3	Konklusion .....	29
	Bilaga 1.	
	Bilaga 2.	

# 1. Introduktion

Dagens arbetslöshet är ett omdebatterat ämne, på politisk nivå och i media såväl som i samhället i övrigt. Det talas mycket om finanskrisen, den ökade arbetslösheten och dess konsekvenser i samhället. I en studie gjord av ungdomsstyrelsen (2003) har drygt 60 procent av arbetslösa ungdomar (16-29 år) uppgett att de har en låg livskvalitet. Denna siffra kan man jämföra med högskolestuderande i samma ålder där motsvarande siffra är under 20 procent. Uppfattningen är att allt fler människor mår dåligt och orsaken upplevs bland annat vara relaterad till arbetslöshet och den osäkra arbetsmarknaden. Det finns studier som kopplar arbetslöshet till en ökad risk att drabbas av olika psykiska besvär (Bergman, Stoetzer, Forsell & Lundberg, 2004). Det finns ett antal grupper i samhället som har en ökad risk att hamna utanför arbetsmarknaden, en av dessa grupper är individer med psykiska funktionshinder.

Arbetsrehabilitering är ett sätt att minska utanförskap för denna grupp. Det finns evidens att arbetsrehabilitering ökar gruppens möjlighet att komma ut på arbetsmarknaden (Burns, Catty, Becker, Drake, Fioritti, Knapp, Lauber, Rössler, Tomov, van Busschbach, White, Wiersma; EQOLISE Group., 2007). Att arbeta kan utgöra en stor del av en individs liv och värderas ofta högt av samhället. Ett arbete kan påverka många andra aspekter i en individs vardagsliv som exempelvis ekonomisk situation, boendesituation, fritidsaktiviteter, interpersonella relationer och psykosociala hälsa (Allvin, 2006), dessa aspekter påverkar i sin tur individens livskvalitet. En tanke inom arbetsrehabilitering för personer med psykiska funktionshinder är att den inte enbart är till för att komma ut i arbetslivet, utan har även ett rehabiliterande syfte, det vill säga för att lindra sjukdom. Minskad sjukdomskänsla kan i sin tur inverka på en persons livskvalitet. Problemet är att man inte vet i vilken utsträckning arbetsrehabilitering påverkar en individs livskvalitet. Efter databassökningar hittades inte några studier som behandlat detta område. Detta medför att det inte finns någon evidens för eller emot att arbetsrehabilitering påverkar brukarnas upplevda livskvalitet.

## 2. Bakgrund

### 2.1 Livskvalitet

Livskvalitet är enligt Hunt (1997) ett svårdefinierat begrepp. Därför är det viktigt att klargöra vad som menas med begreppet i denna uppsats. Begreppet livskvalitet är ett omdiskuterat och omdebatterat ämne framförallt inom medicinsk etik och hälsoekonomi (Nationalencyklopedin, 2009). Det finns många definitioner av begreppet inom vitt skilda ämnen såsom sociologi, filosofi, medicin, ekonomi och psykologi (Björk, 1995).

Livskvalitet definieras av världshälsoorganisationen (WHO) som *"the individuals perception of their position in life in the context of the culture and value system and in the relation to their goals, expectations, standards and concerns. It incorporates in a complex way individuals' physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationships to salient features of the environment"* (The WHOQOL Group, 1994). Med detta menas att det är individens värdering av sin sociala, psykiska och fysiska hälsa som är dennes livskvalitet.

För att uppnå en god livskvalitet krävs att individen upplever en känsla av tillfredställelse i alla delar av livet. Kramer, Hinojosa, & Brasic Royeen (2003) menar att meningsfull sysselsättning medför ökad upplevd livskvaliteten. Meningsfull sysselsättning eller aktivitet nämns även som ett grundläggande mänskligt behov av Townsend och Polatajko (2007). Ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv kan man dela in olika livskvalitetsaspekter i person, miljö och aktivitet (Christiansen & Baum, 2005). Livskvalitetsaspekterna på person nivå kan till exempel vara: personens fysiska och psykiska hälsa. Livskvalitetsaspekterna på miljö nivå kan delas in i fysisk-, social-, kulturell-, och institutionellmiljö. För att ta några exempel kan den fysiska miljön bestå av boendesituation eller arbetsmiljö och inom den sociala miljön kan bestå av en individs sociala nätverk, familj och vänner. Livskvalitetsaspekterna på aktivitets nivå kan innefattas av arbetssituation och fritidsaktiviteter m.m.

Det finns flera bedömningsinstrument som mäter just livskvalitet. Livskvalitet kan mätas på många olika sätt och på grund av att begreppet kan definieras utifrån många olika perspektiv medför det att det ej finns något vedertaget optimalt bedömningsinstrument.

Det bedömningsinstrumentet som kommer behandlas i denna uppsats kallas MANSÅ (Manchester Short Assessment of Quality of Life) (Pribe, Huxley, Knight & Evans, 1999).

## **2.2 Arbetsterapeutisk teori**

Det generella målet med arbetsterapi är att främja individers möjligheter att leva ett värdefullt liv i enlighet med sina egna önskemål och behov och i förhållande till omgivningens krav (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005). Arbetsterapi innefattas av arbete med människor med vanligt förekommande hälsoproblem, som begränsar eller hotar att begränsa deras aktivitet och delaktighet i det dagliga livet. Aktivitet kan kategoriseras i olika domäner av det dagliga livet som till exempel betalt arbete, hushållsarbete, fritid, personlig vård och sömn. Dessa domäner är generella begrepp som underlättar kommunikationen och forskningen om mänsklig aktivitet (Christiansen & Baum, 2005). Arbetsterapeutens åtgärder utförs i förebyggande, habiliterande och rehabiliterande syfte. Aktivitet används som ett terapeutiskmedel (åtgärd) såväl som ett mål med behandlingen av arbetsterapeuten (Kramer, et al. 2003). Meningsfulla aktiviteter är ett koncept som genomsyrar all arbetsterapeutisk verksamhet. Ett holistiskt synsätt är centralt för arbetsterapeuten när denna undersöker människan i aktivitet. Det finns ett antal grundpelare som den arbetsterapeutiska teorin vilar på. Dels att det ligger i människans natur att vara aktiv, dels att människan alltid försöker utföra en aktivitet på bästa och enklaste sätt utifrån sina egna förutsättningar (Kielhofner, 2008). En annan viktig del är att människan måste ha en balans mellan de olika aktiviteter och roller som en individ spelar i livet (Kielhofner, 2008). Av detta följer att alla människor har ett visst aktivitetsmönster det vill säga rutiner där de olika rollerna och aktiviteterna är som en spindelväv där en tråds förändring kan ha betydelse för hela vävens uppbyggnad.

Syftet med den teoretiska modellen Model of Human Occupation, MoHO, är att se på människan utifrån ett aktivitetsperspektiv. Modellen förklarar de processer som leder fram till varför vissa aktiviteter väljs och inte andra samt på vilket sätt aktiviteter utförs. Den delar upp människan i tre subsystem: viljesystemet, vänjandesystemet och utförandesystemet. Dessa subsystem interagerar med miljöns förutsättningar och utifrån detta försöker man beskriva hur

och vad som påverkar en persons aktivitetsutförande. Skulle förutsättningarna ändras i någon av dessa fyra aspekter skulle det i sin tur påverka de andra (Kielhofner, 2008).

*Viljesystemets* syfte är att beskriva vilka faktorer som påverkar individens val och aktivitetsmönster. Viljesystemet innefattar alla aktiviteter stora som små, allt från att välja yrke till dagliga aktiviteter som att titta på tv eller laga middag. Det finns tre undergrupper i viljesystemet, kausalitet på individnivå, intressen och värderingar. Kausalitet på individnivå verkar genom personens intellektuella, psykiska och fysiska skicklighet den besitter samt personens självförtroende. Hur individen väljer och prioriterar aktiviteter beror på personens värderingar. Får en person ut mycket av en aktivitet skapas därmed ett intresse för denna. En vuxen person brukar ha vetskap om vilka aktiviteter den kan utföra bra och vilka den kan utföra dåligt. Värderingar och intressen brukar även de vara . Rollerna en person har kan omfatta många olika saker.

*Vänjandesystemet* syfte är att beskriva hur vanor och roller påverkar en individs aktivitetsidentitet och delaktighet. Med undergruppen vanor menas de rutiner, beteende och strukturer som individen har skapat i olika aktiviteter. Människan strävar ständigt efter struktur i sitt utförande av vardagsaktiviteter. Undergruppen roller menas det att de roller man har formar ens identitet. Dessa roller har ett speciellt mönster som är inövat i den miljö man befinner sig i. Vuxenlivet karaktäriseras ofta av självvalda roller och de socialt förutsatta rollerna.

*Utförandesystemet* är en persons förmåga att utföra aktivitet. Motorik, kognition och social förmåga är alla exempel på individens utförandekapacitet. Dessa förmågor förändras över tid genom att livssituationen förändras till exempelvis om man bildar familj eller får ett nytt jobb. Detta ställer krav på individen att förändras och anpassa sitt aktivitetsutförande utefter omständigheterna.

*Miljön* är den variabel som interagerar med alla de föregående parametrarna i sin påverkan på en persons aktivitetsrepertoar. Normalt sett delas miljön upp i social och fysisk miljö. Den sociala miljön omfattar alla olika grupper som personen tillhör och den fysiska är det resterande inom begreppet miljö. Miljön kan antingen ha förutsättningar som gör att en aktivitet är möjlig eller förutsättningar som gör att det inte går att utföra en aktivitet alls. Trots uppdelningen i social och fysisk miljö smälter dessa ofta samman. Det är de sociala grupperna som sätter normen för hur man ska bete sig i just den miljön (Kielhofner, 2008).

## 2.3 Arbetsrehabilitering

I dagsläget finns flera olika modeller av arbetsrehabilitering som riktas mot personer med psykiskohälsa. En av dessa kallas ”Prevocational Training” och det är den modell som används på arbetsrehabiliteringen som denna uppsats behandlar. ”Prevocational Training” innebär att deltagarna i rehabiliteringen förväntas genomgå en förberedelseperiod innan de söker sig ut på arbetsmarknaden. Förberedelseperioden kan bestå av antingen arbete i en tillrättalagd arbetsmiljö (exempel: skyddad verkstad, arbetskollektiv eller fontänhus) eller träning inför ett specifikt arbete eller en tillfällig anställning (exempel: Samhall). Både skyddad verkstad och fontänhus metoderna kategoriseras som en form av ”Prevocational Training” (Marshall, Bond, & Huxley, 2001).

Arbetsrehabilitering är till för personer som på ett eller annat sätt drabbats av psykisk ohälsa och inte inom den närmaste framtiden kan återgå till förvärvsarbete. Gemensamt för de personer som deltar är att de har svårigheter som kan kopplas till psykiska färdigheter som till exempel koncentrationsförmåga, samarbetsförmåga och tilltro till den egna förmågan.

Arbetsrehabiliteringen inleds med en månads funktionsbedömning med inriktning mot arbete. Denna bedömning utförs av en legitimerad arbetsterapeut. Detta följs sedan av en rehabiliteringsperiod på tre månader. Vid behov förlängs denna period med ytterligare tre månader och detta kan göras i slutet av varje period. Funktionsbedömningen utgörs av praktiskt arbete i någon av rehabiliteringens verkstäder, enskilda samtal och hälsoprofilbedömning. Arbetet i verkstäderna erbjuder en strukturerad miljö samt individuellt anpassad handledning. I rehabiliteringsperioden övar deltagarna på sina arbetsrelaterade färdigheter och man använder sig av kompensatoriska strategier. Deltagarna har även möjlighet att komma ut på praktikplatser. På arbetsrehabiliteringen arbetar legitimerade arbetsterapeuter och arbetsterapibiträden.

Praktisk (Vocational) arbetsrehabilitering har fått kritik för att det finns för lite forskning gjort inom området, inte minst om arbetsrehabiliterings påverkan på livskvalitet (Marshall, et al., 2001). Därför anser vi att detta området av arbetsterapi bör undersökas ytterligare och med denna uppsats tillföra en bas att bygga framtida forskning på.



### 3. Syfte

Syftet med detta projekt är att belysa upplevelsen av livskvalitetsaspekter utifrån intervjuinstrumentet MANSA före och efter arbetsrehabilitering hos en grupp personer med psykisk ohälsa.

### 4. Metod

#### 4.1 Urvalsförfarande

Urvalet bestod av män och kvinnor i arbetsför ålder (18-65) som deltagit i en specifik arbetsrehabiliterande verksamhet under de senaste 3 åren. Deltagarna har således blivit utskrivna från verksamheten mellan 2006 och 2009. Psykisk ohälsa är ett kriterium för att få delta i arbetsrehabilitering. Detta spänner över hela fältet från depression till psykos samt innefattar även neuropsykiatriska funktionshinder, utmattningsdepression och fobiska besvär. Detta är en relevant grupp att undersöka i förhållande till vårt syfte. Individerna väljs ut genom retrospektivt - konsekutivt urval dvs. de 50 personer som senast deltagit i arbetsrehabiliterande verksamhet under minst tre månader. Nackdelen med konsekutivt urval kan vara att det förekommer en så kallad tidseffekt, att ett visst fenomen endast förekommer under just denna tid då urvalet pågick. Detta motverkas genom att använda sig av en längre tidsperiod för urvalet så att ett sådant fenomen inte går obemärkt förbi (Aczel, 1999). Eftersom urvalet sträckte sig under en längre period så är stickprovet representativt samt att det speglar den arbetsrehabiliterande verksamhetens deltagare väl. Urvalet motiveras av att vi vill undersöka en bred åldersgrupp och även att det ska vara representativt för verksamheten. Att åldersgruppen är bred är dock svårt att kontrollera på förhand men det relativt stora urvalet under en förhållandevis lång period gör att åldersspektrat inom verksamhetens deltagare borde speglas väl.

## **4.2 Datainsamling**

Datainsamlingen skedde genom att vi fick ta del av intervjusvar, efter intervjuer som utförts av sju arbetsterapeuter på arbetsrehabiliteringen utifrån livskvalitetsinstrumentet Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (bilaga 1). Dessa intervjuer gjordes före och efter deltagarnas rehabiliteringsperiod. Information utöver intervjusvaren består av bakgrundsfakta; födelseår, kön och rehabiliteringsperiod.

## **4.3 Instrument**

MANSA är ett livskvalitetsinstrument som är utarbetat från Lancashire Quality of Life Profile (LQLP). Detta gjordes för att överkomma brister i LQLP som till exempel möjligheten att jämföra statistiskt de olika domänerna i LQLP då de innehåller olika många frågor samt ansågs det att en fråga om sexliv saknades och att utformningen av frågornas meningsbyggnad var något svårtolkade (Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999). Enligt Priebe, et al. (1999) och Björkman & Svensson (2005) är MANSA ett tillförlitligt instrument för att mäta livskvalitet. Det består av 16 frågor varav fyra av dessa frågor är objektiva och skall besvaras med ett ja eller nej. De objektiva frågorna består av ”tillgång till nära vän”; ”träffat en vän denna vecka”; ”har anklagats för brott det senaste året” och ”har utsatts för fysiskt våld det senaste året”. De resterande tolv av frågorna är subjektiva, det vill säga att de är färgade av personens upplevelser och skall besvaras på en 7 gradig skala där 1 är ”kunde inte vara värre” och 7 är ”Kunde inte vara bättre”. De subjektiva frågorna består av tillfredsställelse med livet i helhet, arbete/ utbildning/ arbetslöshet, ekonomisk situation, vänskapskrets, fritidsaktiviteter, boende, personliga säkerhet, levnadsförhållande, sexliv, familjerelation, fysiska hälsa och psykiska hälsa. I resultatet har det räknats ut en summa på den subjektiva livskvaliteten, det maximala poängresultatet är 84 poäng och det lägsta är 12 poäng (Priebe, et al., 1999; Björkman & Svensson., 2005).

## **4.4 Databearbetning**

Uppsatsen utgick ifrån en kvantitativ ansats, en fördel med kvantitativ data är att man kan mäta flera variabler från ett stort antal respondenter och undersöka samband eller skillnader mellan svaren. En brist med en subjektiv enkät är att de bakomliggande faktorerna till svaren

inte är kända (Ejlertsson, 2005). Subjektiva frågor är inte objektivt mätbara, då en person kan värdera sin livskvalitet beroende av sina erfarenheter och värderingar. Data matades in i statistikprogrammet SPSS 14 (Statistical Package for the Social Sciences 14) för att kunna beräkna eventuella signifikanta skillnader i livskvalitetsaspekter före och efter genomgången arbetsrehabilitering. Individerna delades in i grupperna kön och ålder. MANSA- enkätens subjektiva frågor lades in med poäng samt de objektiva frågorna med alternativen ja/nej, från både enkäten som gjordes innan och den som gjordes efter genomförd arbetsrehabiliteringsperiod. Före- och efter- enkäterna var identiska. Den totala poängsumman både före och efter lades även in. Jämförelser mellan de totala poängen samt enskilda frågor gjordes i syfte att undersöka skillnader mellan individens enkätsvar före och efter. Det undersöktes också om någon speciell ålders- eller könsgroup var utmärkande på något sätt. Detta gjordes för att undersöka om det fanns skillnader mellan grupperingarna. I SPSS gjordes scatterplots, deskriptiv statistik och korrelationsberäkningar av utvalda frågor. Resultatet diskuterades och tolkades sedan utifrån MoHOs begrepp.

Dataanalysen bygger på jämförelser av svaren i MANSA enkäten, dessa jämförelser har gjorts med programmet SPSS. Resultatet fokuserar på jämförelser före och efter arbetsrehabilitering, men även till viss del på korrelationer mellan inbördes frågor. Utifrån spridningsdiagram kan vi undersöka om det finns en linjär korrelation, det vill säga om vår data kan beskrivas på ett acceptabelt vis med en rät linje. När två olika frågor jämförs har vi fokuserats på hur sambandet ser ut. Vid ett högt samband (1,0) är det en maximal positiv korrelation och vid (-1,0) är det en maximalt negativ korrelation, detta medför att den oberoende variabeln är ett perfekt prognosverktyg för den beroende variabeln. Detta samband benämns ofta inom statistik som korrelationskoefficienten. Koefficienten anger riktningen samt styrkan på detta samband, positivt eller negativt (Körner & Wahlgren, 2002). Ett exempel på detta kan vara när man vill uttrycka sambandet mellan ålder och sjukdom. En stark positiv korrelation mellan dessa betyder då att ju äldre en person är desto troligare är det att en person är sjuk, eller för att vända på det, desto fler sjukdomar en person har ju äldre är personen. Hade det istället varit en stark negativ korrelation hade det betytt att ju äldre en person är desto friskare är den. Är korrelationen istället på eller nära (0) betyder det att inget linjärt samband finns. Det kan dock fortfarande finnas ett icke linjärt samband. Ett exempel på detta är att om både hög och låg ålder hade haft en korrelation med hur sjuk en person är. Korrelation är således benämningen på ett linjärt samband. Detta betyder inte att det är ett kausalt samband, det vill säga bara för att en person är sjuk behöver det inte betyda att personen är gammal och en

person som är gammal är inte nödvändigtvis sjuk på grund av åldern. Det kan lika gärna bero på en tredje konfunderande faktor som till exempel miljö (Körner & Wahlgren, 2002). Korrelationens signifikans brukar anges i form av konfidensintervall. Signifikans är ett begrepp som visar hur stor sannolikheten är att korrelationen inte beror på slumpen. Konfidensintervallet anges i olika värden, för att räknas som statistiskt signifikant måste konfidensintervallet vara minst 95 procent. Detta betyder att den observerade korrelationen i 19 fall av 20 inte beror på slumpen. Konfidensintervallet kan även vara högre som till exempel 99 procent vilket betyder att korrelationen i 99 fall av 100 inte beror på slumpen. Utifrån dessa konfidensintervall klassas signifikansnivån som hög vid 95 procent respektive mycket hög vid 99 procent (Nationalencyklopedin, 2009). I resultatet beskrivs även skillnaden i medelvärde för att visa den faktiska genomsnittliga poängförändringen. Bortfall har beskrivits i resultatet genom att nämna N värdet under varje figur, där N:50 är när alla personer svarat på frågan.

## 5. Resultat

Totalt var det 50 (=N) individer som deltog i studien. Deltagarna bestod av 29 kvinnor (58 procent) och 21 män (42 procent). Den yngsta deltagaren var 18 år och den äldsta var 50 år gammal, medelåldern låg på 31,5 år och standardavvikelsen var 9 år.

Det fanns inte något externt bortfall. Dock var det vissa deltagare som ej svarat på alla frågor eller missförstått några av de subjektiva MANSÅ frågorna. Detta internabortfall redogörs i tabell 1 tillsammans med medelvärdet och standardavvikelse inom samtliga frågor.

*Tabell 1 Beskrivning antalet deltagare (N) som besvarat respektive fråga samt medelvärdet och standardavvikelse på respektive fråga*

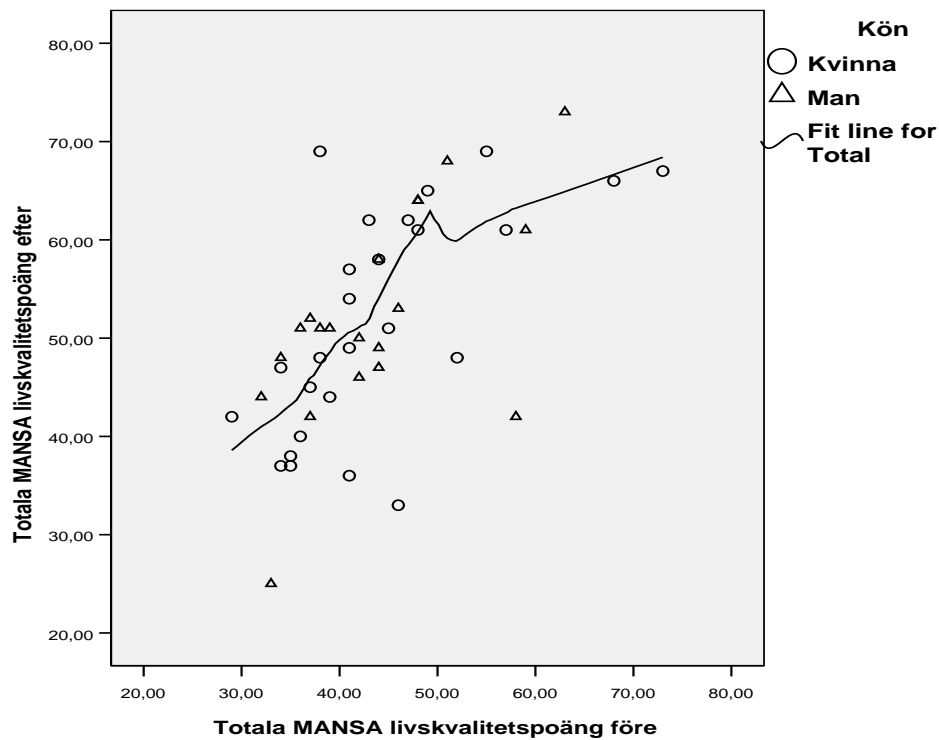
<b>Före genomförd arbetsrehabilitering</b>	<b>N</b>	<b>Medelvärde</b>	<b>Standardavvikelse</b>
Tillfredsställelse med livet i helhet	50	3,18	1,24
Tillfredsställelse med arbete/sysselsättning	8	4	1,927
Tillfredsställelse med arbetslöshet	26	2	0,938
Tillfredsställelse med sin ekonomiska situation	49	2,38	1,351
Tillfredsställelse med antalet och kvaliteten på dina vänner	50	4,26	1,601
Tillfredsställelse med fritidsaktiviteter	49	3,53	1,621
Tillfredsställelse med ditt boende	50	4,2	1,714
Tillfredsställelse med din personliga säkerhet	50	4,64	1,396

Tillfredsställelse med de människor du bor med	50	3	2,672
Tillfredsställelse med att bo ensam	50	1,64	2,274
Tillfredsställelse med sexliv	48	3,54	1,901
Tillfredsställelse med familjerelation	50	4,72	1,525
<hr/>			
<b>Efter genomförd arbetsrehabilitering</b>	<b>N</b>	<b>Medelvärde</b>	<b>Standardavvikelse</b>
<hr/>			
Tillfredsställelse med livet i helhet	50	4,58	1,263
Tillfredsställelse med arbete/syssetsättning	8	5,25	1,035
Tillfredsställelse med arbetslöshet	26	2,53	1,42
Tillfredsställelse med sin ekonomiska situation	50	2,92	1,651
Tillfredsställelse med antalet och kvaliteten på dina vänner	50	4,88	1,52
Tillfredsställelse med fritidsaktiviteter	50	4,12	1,709
Tillfredsställelse med ditt boende	50	4,76	1,61
Tillfredsställelse med din personliga säkerhet	50	4,78	1,46
Tillfredsställelse med de människor du bor med	50	3,26	3,008
Tillfredsställelse med att bo ensam	50	1,84	2,315
Tillfredsställelse med sexliv	48	3,79	1,844
Tillfredsställelse med familjerelation	49	4,85	1,5

## 5.1 Jämförelser före och efter arbetsrehabilitering

Närmare jämförelser mellan före och efter arbetsrehabilitering har gjorts på dessa frågor: totala livskvalitetspoäng (figur 1), tillfredsställelse med livet i helhet (figur 2), tillfredsställelse med fritidsaktiviteter (figur 3), tillfredsställelse med fysisk hälsa (figur 4), tillfredsställelse med psykisk hälsa (figur 5) och tillfredsställelse med antalet och kvaliteten på vänner (figur 6).

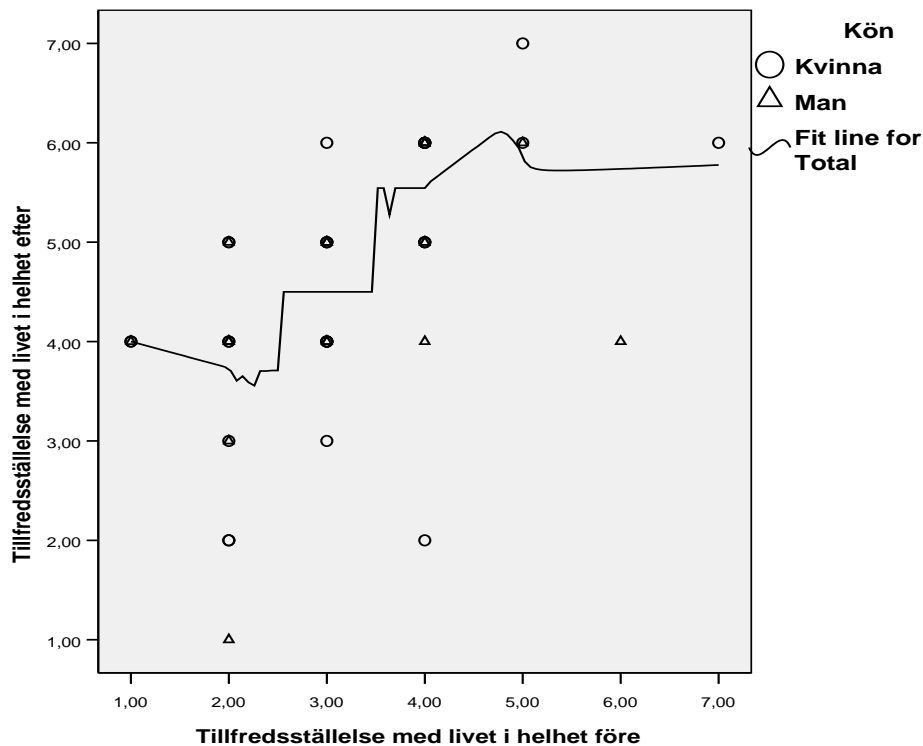
Totala livskvalitetspoäng visas nedan i figur 1 och skildrar hur deltagarnas totala subjektiva MANSAs-poäng har förändrats från påbörjad arbetsrehabilitering till avslutad.



Figur 1. Visar total MANSAs-poäng före och efter arbetsrehabilitering uppdelat i subgrupperna man och kvinna. Den svarta linjen som kallas "Fit line for total" visar medianen på Y-axeln för varje givet värde på X-axeln.

Totalt fanns samtliga svar från 46 personer, både före och efter. Det interna bortfallet för totala MANSAs-poäng var 4 personer. Korrelationskoefficienten var 0,655 och signifikansnivån var mycket hög (99%). Överlag hade en deltagare högre total subjektiv MANSAs poäng efter genomgången arbetsrehabilitering än före. Medelpoängen för alla deltagarna före genomgången arbetsrehabilitering var 43,97 poäng och medelpoängen efter var 51,77 poäng av totalt 84. Detta innebär en genomsnittlig ökning på 7,8 poäng. Som visas i figur 1 är det endast en marginell skillnad mellan kvinnor och män.

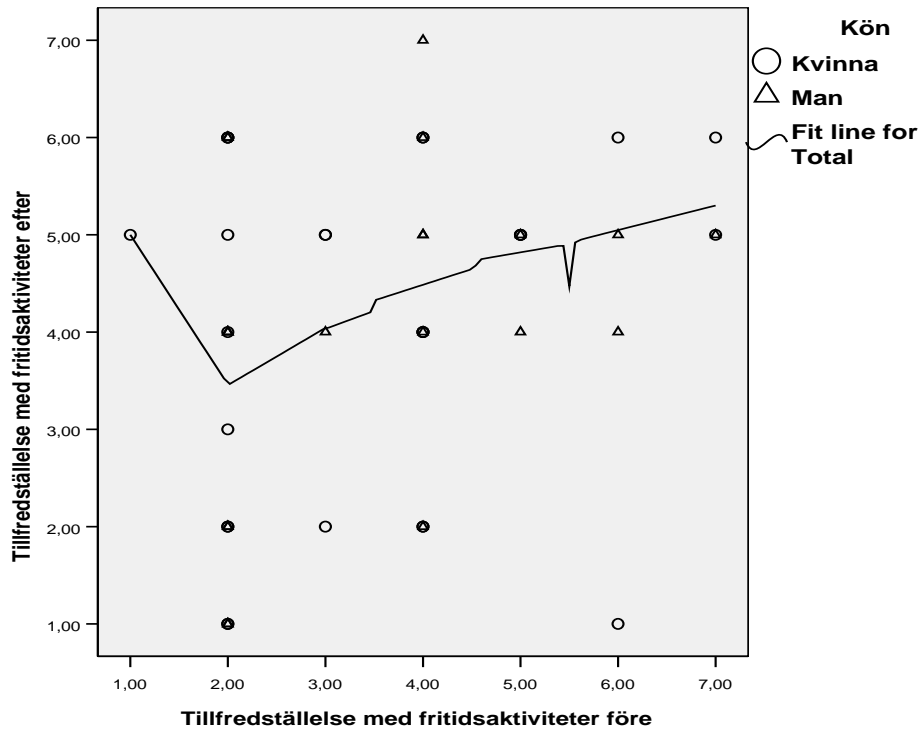
Deltagarnas tillfredsställelse med livet i helhet illustreras i figur 2 nedan. Detta skildrar hur deltagarnas poäng på frågan tillfredsställelse med livet i helhet har förändrats från påbörjad arbetsrehabilitering till avslutad.



Figur 2. Visar tillfredsställelse med livet i helhet före och efter arbetsrehabilitering uppdelat i subgrupperna man och kvinna. Den svarta linjen som kallas "Fit line for total" visar medianen på Y-axeln för varje givet värde på X-axeln.

Totalt fanns samtliga svar från 50 personer, både före och efter. Det fanns inget internt bortfall. Korrelationsefficienten var 0,639 och signifikansnivån var mycket hög (99%). Det finns en tydlig tendens att skatta sin tillfredsställelse högre efter arbetsrehabilitering. Medelpoängen före genomgången arbetsrehabilitering var 3,18 poäng och efter 4,58 poäng. Detta innebär en genomsnittlig ökning på 1,4. Det fanns ingen skillnad mellan könen.

Deltagarnas tillfredställelse med fritidsaktiviteter illustreras i figur 3 nedan. Detta skildrar hur deltagarnas poäng på frågan tillfredsställelse med fritidsaktiviteter har förändrats från påbörjad arbetsrehabilitering till avslutad.

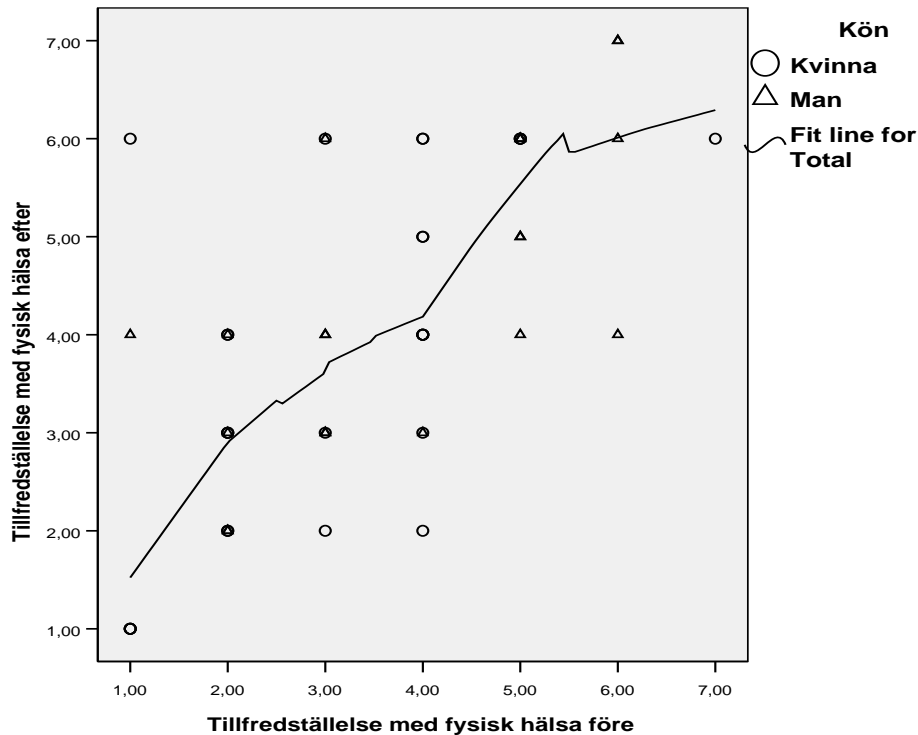


Figur 3. Visar tillfredställelsen med fritidsaktiviteter före och efter arbetsrehabilitering uppdelat i subgrupperna man och kvinna. Den svarta linjen som kallas "Fit line for total" visar medianen på Y-axeln för varje givet värde på X-axeln.

Totalt fanns samtliga svar från 49 personer, både före och efter. Det interna bortfallet för tillfredställelsen med fritidsaktiviteter var 1 person. Korrelationskoefficienten var 0,241 och signifikansnivån låg under 95%. Trots att tillfredsställelsen verkar ha ökat överlag så kan man inte utesluta att det till stor del beror på slumpen. Medelpoängen före genomgången arbetsrehabilitering var 3,53 poäng och efter 4,12 poäng. Detta innebär en genomsnittlig ökning på 0,56 poäng.



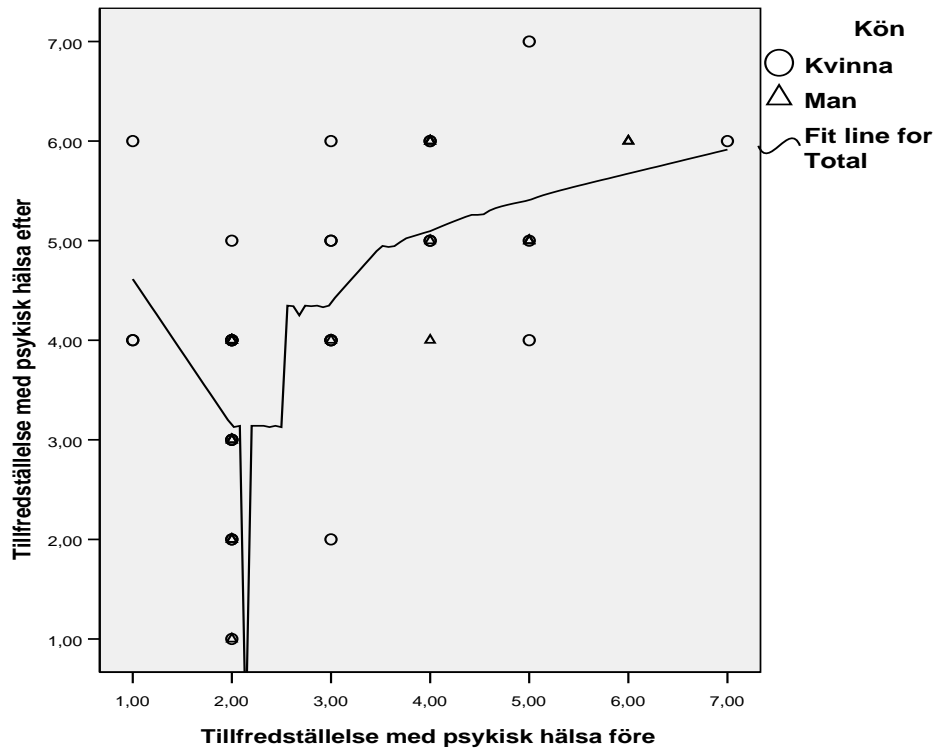
Deltagarnas tillfredställelse med fysisk hälsa illustreras i figur 4 nedan. Detta skildrar hur deltagarnas poäng på frågan tillfredsställelse med fysisk hälsa har förändrats före arbetsrehabilitering till efter.



Figur 4. Visar tillfredställelsen med fysisk hälsa före och efter arbetsrehabilitering uppdelat i subgrupperna man och kvinna. Den svarta linjen som kallas "Fit line for total" visar medianen på Y-axeln för varje givet värde på X-axeln.

Totalt fanns samtliga svar från 50 personer, både före och efter. Det fanns inget bortfall. Korrelationsefficienten var 0,69 och signifikansnivån var mycket hög (99%). Medelpoängen före genomgången arbetsrehabilitering var 3,44 poäng och efter 4,06 poäng. Detta innebär en genomsnittlig ökning på 0,62 poäng. Ingen skillnad mellan könen fanns.

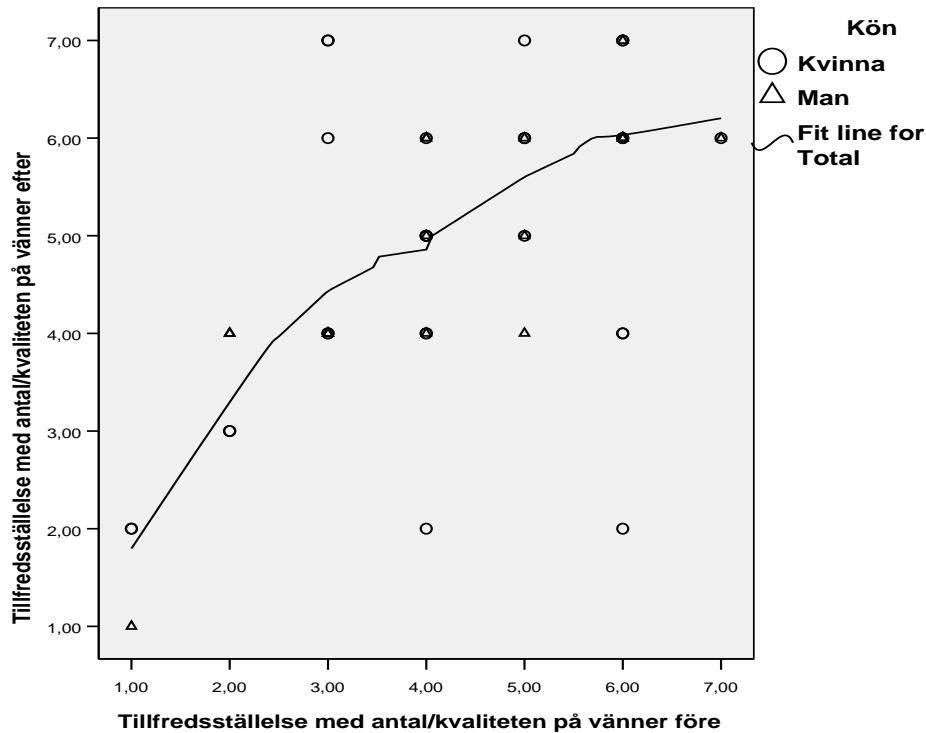
Deltagarnas tillfredställelse med psykisk hälsa illustreras i figur 5 nedan. Denna skildrar hur deltagarnas poäng på frågan tillfredsställelse med psykisk hälsa har förändrats från påbörjad arbetsrehabilitering till avslutad.



Figur 5. Visar tillfredställelsen med psykisk hälsa före och efter arbetsrehabilitering uppdelat i subgrupperna man och kvinna. Den svarta linjen som kallas "Fit line for total" visar medianen på Y-axeln för varje givet värde på X-axeln.

Totalt fanns samtliga svar från 50 personer, både före och efter. Det fanns inget bortfall. Korrelationsefficienten var 0,65 och signifikansnivån var mycket hög (99%). Medellinjen har en dal som främst beror på ett eller flera extremvärden. Medelpoängen före genomgången arbetsrehabilitering var 3,08 poäng och efter 4,22 poäng. Detta innebär en genomsnittlig ökning på 1,14 poäng.

Deltagarnas tillfredsställelse med antal/kvaliteten på vänner illustreras i figur 6 nedan. Detta skildrar hur deltagarnas poäng på frågan tillfredsställelse med antal/kvaliteten på vänner har förändrats från påbörjad arbetsrehabilitering till avslutad.



Figur 6. Visar tillfredsställelse med antal/kvaliteten på vänner före och efter arbetsrehabilitering uppdelat i subgrupperna man och kvinna. Den svarta linjen som kallas "Fit line for total" visar medianen på Y-axeln för varje givet värde på X-axeln.

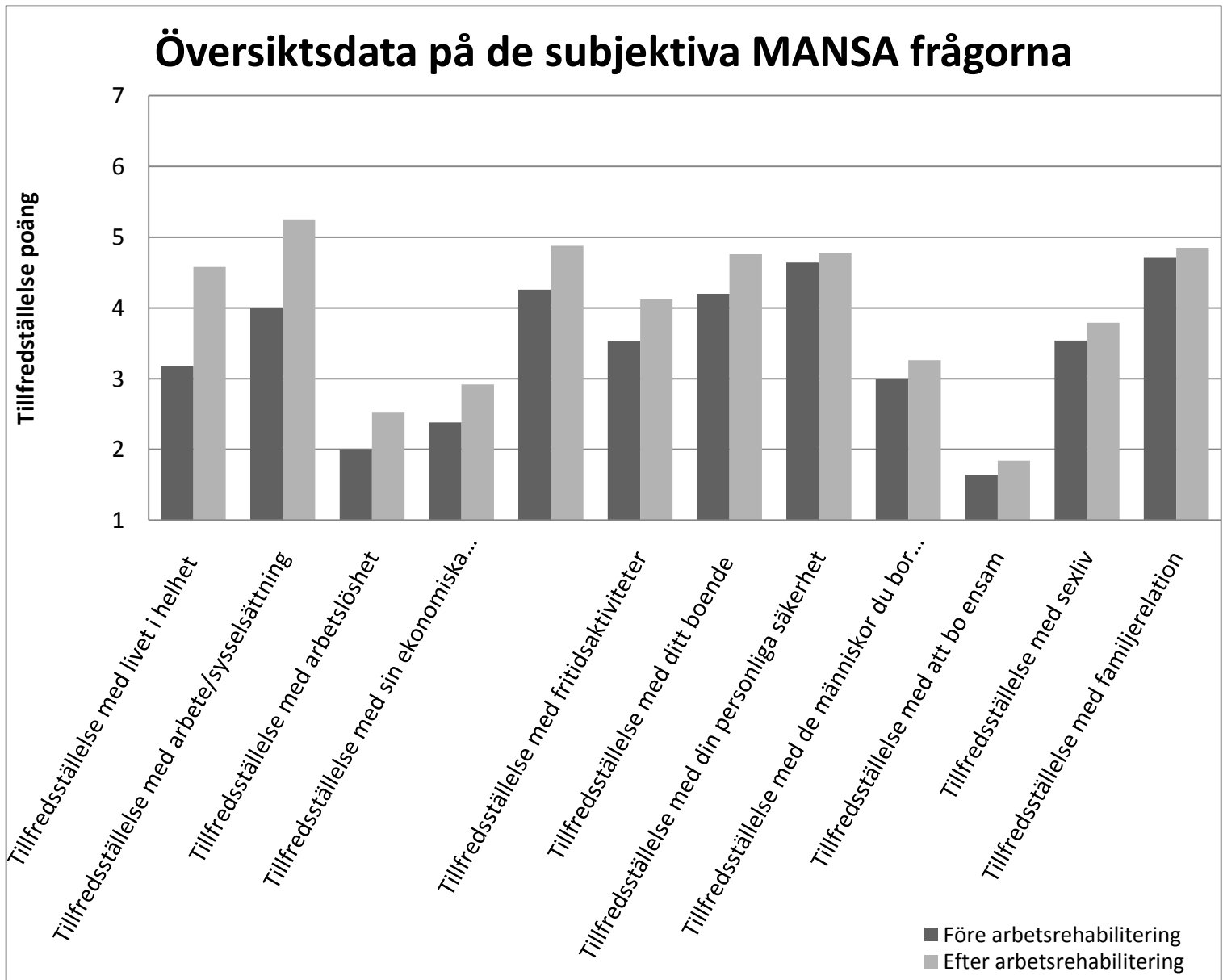
Totalt fanns samtliga svar från 50 personer, både före och efter. Det fanns inget bortfall.

Korrelationskoefficienten var 0,553 och signifikansnivån var mycket hög (99%).

Genomsnittspoängen före var 4,26 och efter 4,88 med en genomsnittlig ökning på 0,62 poäng.

Ingen skillnad fanns mellan könen.

I figur 7 nedan illustreras alla de subjektiva MANSA frågornas medelpoäng före och efter arbetsrehabilitering.



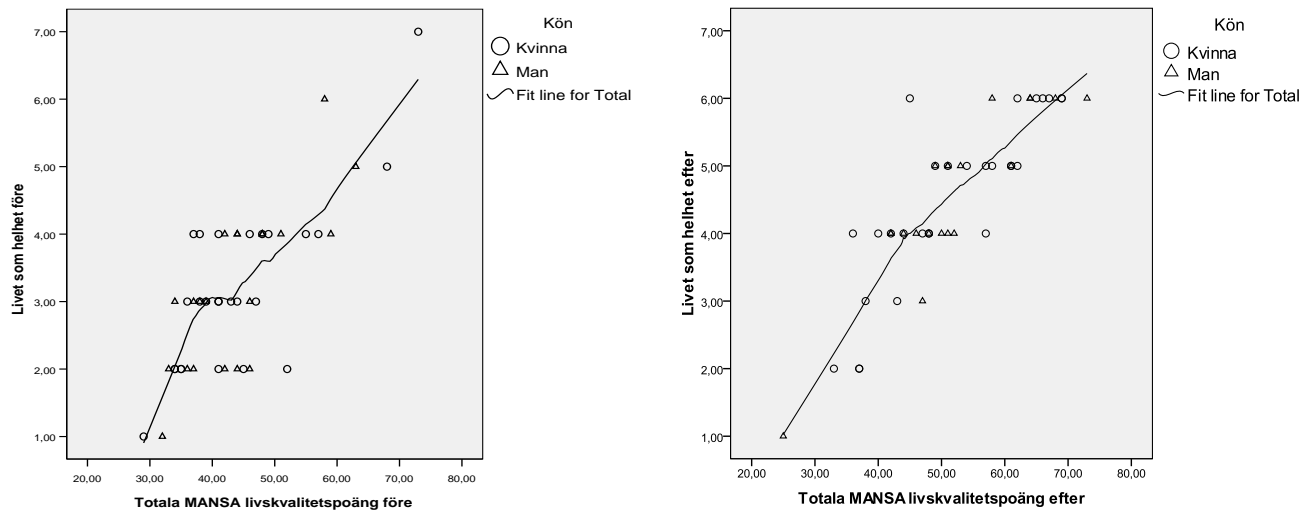
Figur 7. illustreras alla de subjektiva MANSA frågornas medelpoäng före och efter arbetsrehabilitering. Den mörka stapeln visar medelpoängen före genomförd arbetsrehabilitering och den ljusa stapeln visar medelpoängen efter.

Samtliga frågor i figur 7 påvisar en ökning av personernas självskattning efter genomförd arbetsrehabilitering.

## 5.2 Samband och jämförelser mellan inbördes frågor

Samband undersöktes mellan frågor som vi förutsåg skulle kunna ha en inverkan på varandra eller var intressanta att jämföra.

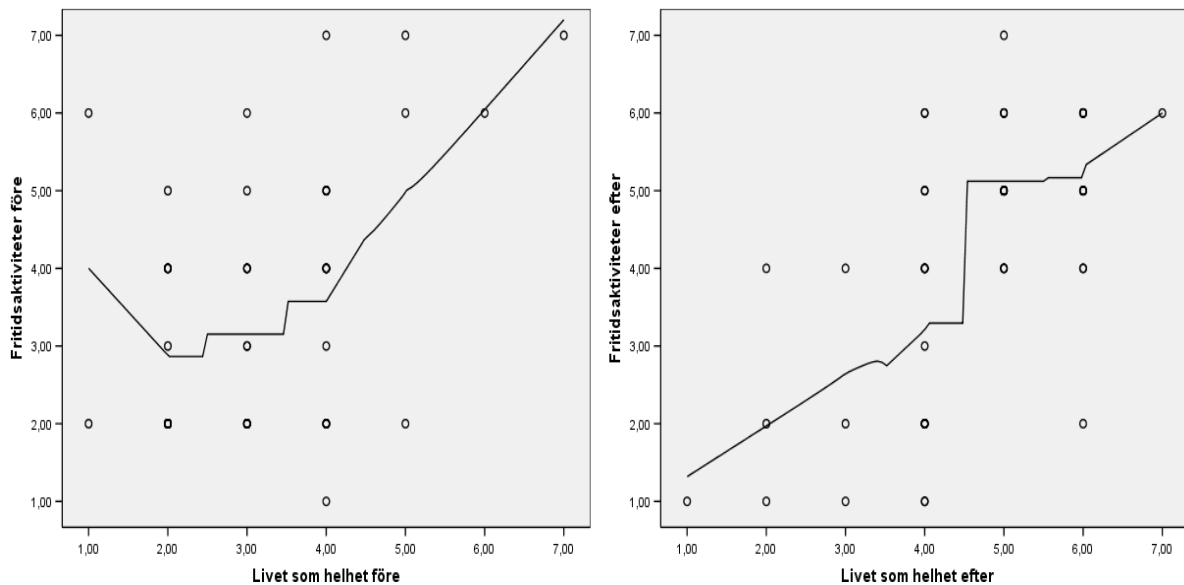
Sambandet mellan deltagarnas totala MANSA-poäng jämfört med hur tillfredsställda de var med livet i helhet, både före och efter arbetsrehabiliteringen illustreras i figurerna 8 och 9. ▣



Figur 8 och 9. Visar totala MANSA-poäng i förhållande till livet som helhet. Figur 8 visar före och figur 9 efter arbetsrehabilitering uppdelat i subgrupperna man och kvinna. Den svarta linjen som kallas "Fit line for total" visar medianen på Y-axeln för varje givet värde på X-axeln..

Figur 8 hade ett bortfall på tre individer det vill säga 47 personer som svarade och figur 9 hade ett bortfall på 2 personer. Korrelationsefficienten före var 0,676 och var efter den 0,859 och signifikansnivån för före och efter var mycket hög (99%). På grund av den höga korrelationen kan variabeln livet som helhet användas som en säker prognosbas för den totala MANSA-poängen en individ kommer att få.

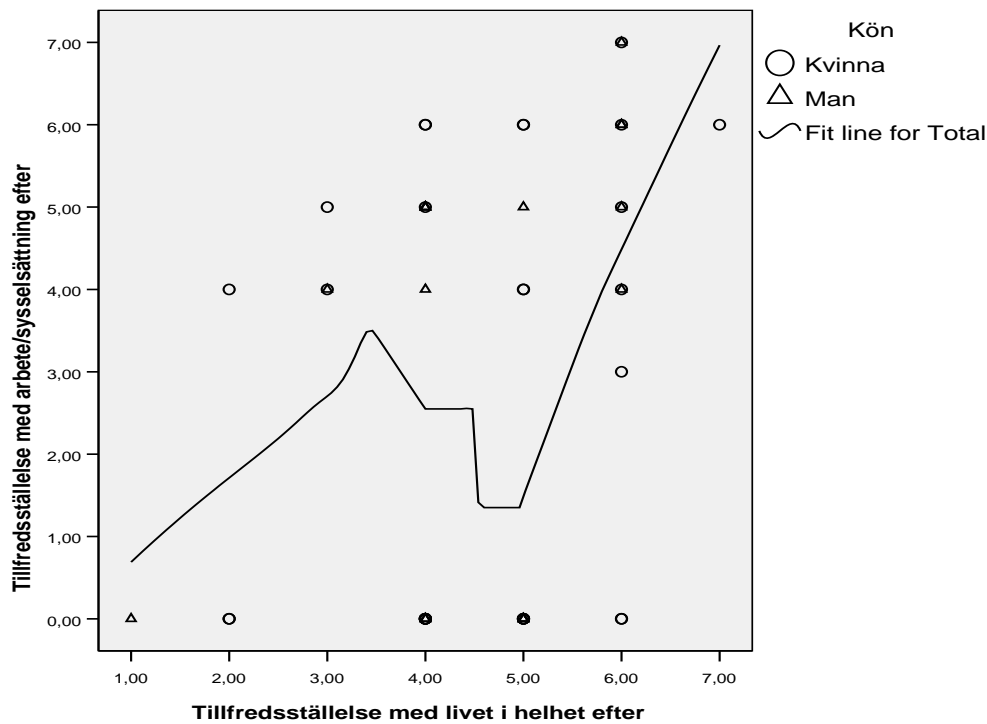
Sambandet mellan frågorna tillfredsställelse med livet som helhet och med fritidsaktiviteter, både före och efter arbetsrehabiliteringen illustreras i figurerna 10 och 11.



Figur 10 och 11. Visar sambandet mellan frågorna tillfredsställelse med livet som helhet och med fritidsaktiviteter. Figur 10 visar före och 11 visar efter arbetsrehabilitering. Den svarta linjen visar den totala genomsnittliga förändringen för varje givet värde på X-axeln.

Antalet personer som svarade före var 49 det vill säga ett (1) bortfall och efter fanns det inget bortfall. Före var korrelationskoefficienten 0,3 och signifikansnivån var hög (95%). Efter var den 0,624 och signifikansnivån var mycket hög (99%). Detta betyder att en deltagare som svarar högt på en av frågorna tenderar att svara högre på även den korrelerade frågan.

Sambandet mellan deltagarnas tillfredsställelse med livet i helhet och med arbete/sysselsättning efter arbetsrehabilitering illustreras nedan i figur 12.

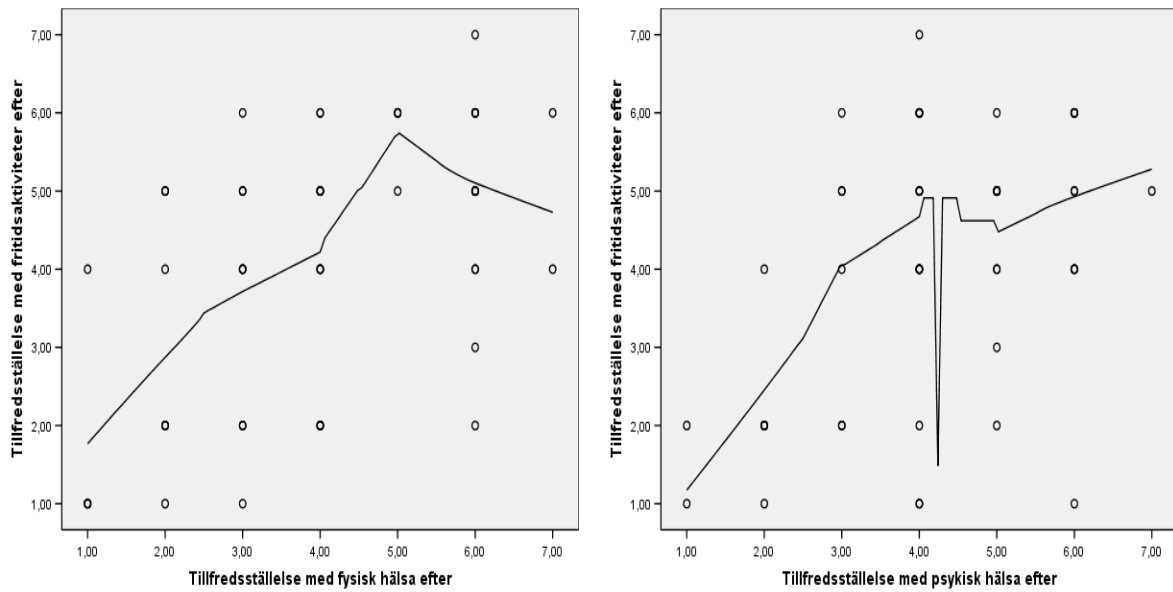


Figur 12. Visar sambandet mellan tillfredsställelse med livet i helhet och med arbete/sysselsättning efter arbetsrehabilitering, uppdelat i subgrupperna man och kvinna. Den svarta linjen som kallas "Fit line for total" visar medianen på Y-axeln för varje givet värde på X-axeln.

Totalt hade 28 personer svarat och det fanns således ett bortfall på 22 deltagare.

Korrelationskoefficienten var 0,328 och signifikansnivån var hög (95%). Av de deltagarna som räknades in var 14 kvinnor och 12 män.

Sambandet mellan frågan tillfredsställelse med fritidsaktiviteter i förhållande till fysisk hälsa respektive psykisk hälsa efter arbetsrehabiliteringen illustreras i figurena 13 och 14.

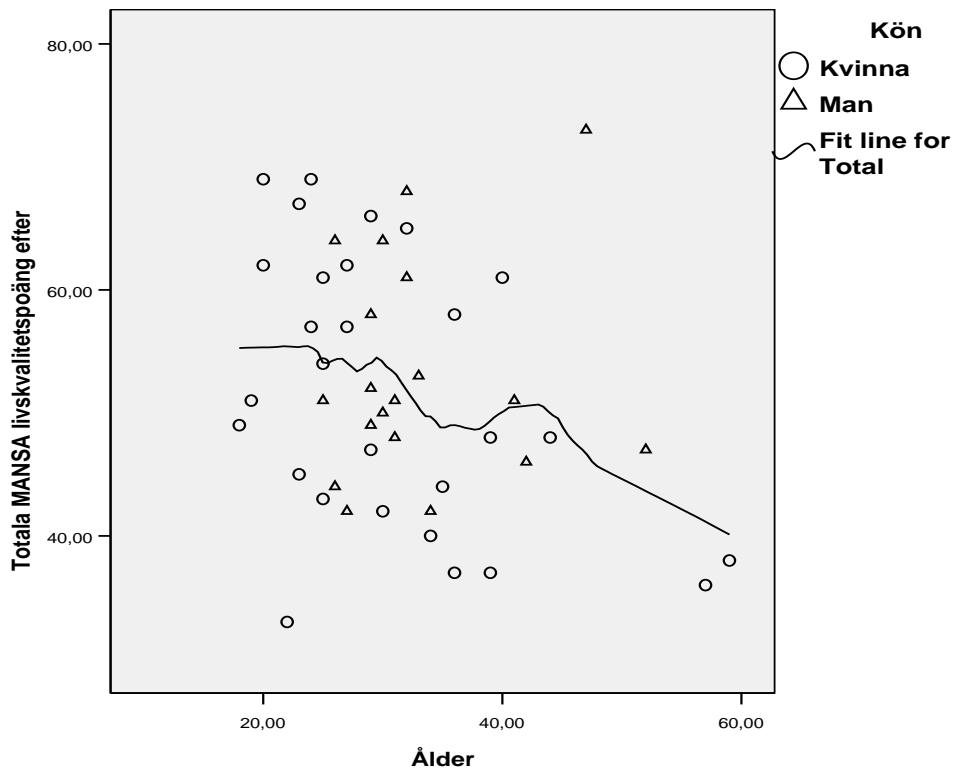


Figur 13 och 14. Visar sambandet mellan tillfredsställelse med fritidsaktiviteter och fysisk hälsa respektive psykisk hälsa. Den svarta linjen visar den totala genomsnittliga förändringen för varje givet värde på X-axeln.

Korrelationskoefficienten vid fysisk hälsa var 0,518 och signifikansnivån var mycket hög (99%). Vid psykisk hälsa var koefficienten lite lägre med 0,357 och signifikansnivån var hög (95%). Att sambandet i figur 13 är svagare kan bero på ett eller flera extremvärden som syns som en kraftig dal.



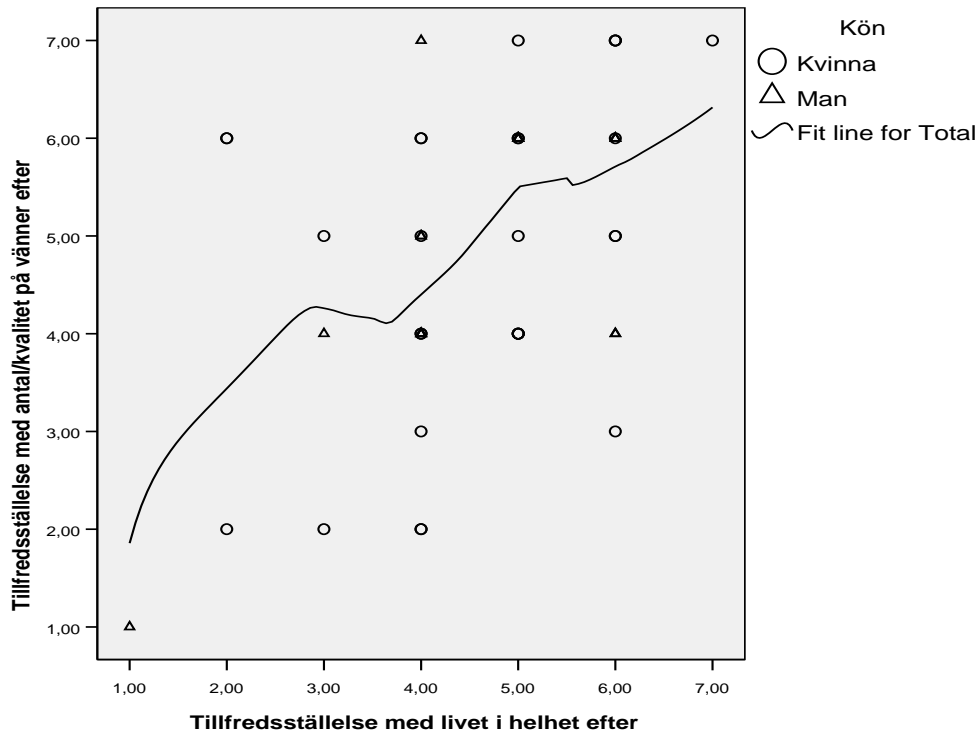
Sambandet mellan deltagarnas totala MANSÄ livskvalitetspoäng i förhållande till deltagarnas ålder illustreras nedan i figur 15.



Figur 15. Visar totala MANSÄ livskvalitetspoängs samband med ålder uppdelat i subgrupperna man och kvinna. Den svarta linjen som kallas "Fit line for total" visar den totala genomsnittliga förändringen för varje givet värde på X-axeln.

Totalt togs 47 personer med i beräkningarna och de tre personerna som utgjorde bortfallet hade ej angett sin ålder. Korrelationskoefficienten var negativ med  $-0,275$  och signifikansnivån var låg (under 95%). Detta betyder att desto äldre en deltagare är desto lägre totala livskvalitetspoäng får personen, detta kan dock bero på slumpen då signifikansnivån är låg och sambandet är svagt. Männens svar var mer spridda än kvinnornas.

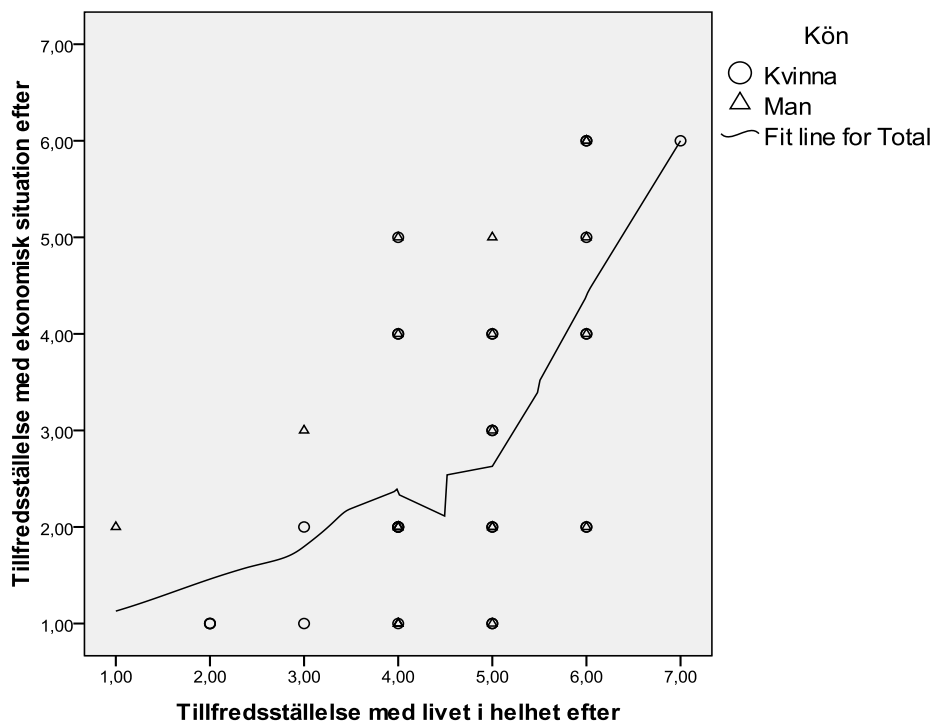
Sambandet mellan deltagarnas totala MANSA livskvalitetspoäng efter arbetsrehabilitering i förhållande till tillfredsställelse med antalet och kvaliteten på vänner illustreras nedan i figur 16.



Figur 16. Visar tillfredsställelse med livet i helhet efter i förhållande till tillfredsställelse med antalet och kvaliteten på vänner efter uppdelat i subgrupperna man och kvinna. Den svarta linjen som kallas "Fit line for total" visar medianen på Y-axeln för varje givet värde på X-axeln.

Korrelationskoefficienten var 0,443 och signifikansnivån var mycket hög (99%). Detta visar att det fanns ett samband mellan variablerna och att ju högre en person svarar på någon av frågorna desto högre får de på den korrelerande frågan. Det finns ingen skillnad mellan hur könen svarat förutom att männen svarat något lägre.

Sambandet mellan tillfredsställelse med livet i helhet efter arbetsrehabilitering i förhållande till tillfredsställelse med den ekonomiska situationen illustreras nedan i figur 17.



Figur 17. Visar tillfredsställelse med livet i helhet efter arbetsrehabilitering i förhållande till tillfredsställelse med den ekonomiska situationen efter uppdelat i subgrupperna man och kvinna. Den svarta linjen som kallas "Fit line for total" visar medianen på Y-axeln för varje givet värde på X-axeln.

Korrelationskoefficienten var 0,547 och signifikansnivån var mycket hög (99%) vilket betyder att det fanns ett samband mellan frågorna. Könen är väldigt lika med några få avvikande värden.

Överlag i resultatet har vi sett en tendens till att skatta högre efter arbetsrehabilitering och att detta inte kan bero på slumpen. När det gäller samband så har alla jämförda frågor en korrelation, om detta gäller alla inbördes frågor kan vi inte avgöra utan att göra korrelationsberäkningar mellan alla dessa.

## 6. Diskussion

### 6.1 Metoddiskussion

Syftet med detta projekt är att belysa upplevelsen av livskvalitetsaspekter före och efter arbetsrehabilitering. För att få in ett brett statistiskt material, som är viktigt för att dra korrekta slutsatser om populationen, använde vi oss av instrumentet MANSA som är utformad som en enkät men utförs i intervjuform. Anledningarna till detta var att en enkätformad intervju var lämplig att använda till en kvantitativ studie samt att intervjuerna gjordes regelbundet på arbetsrehabiliteringen före och efter genomförandet (DePoy & Gitlin, 1999).

För att öka reliabiliteten på denna uppsats hade en eller flera kontrollgrupper bestående av exempelvis personer med psykisk ohälsa utan arbetsrehabilitering och en med psykisk ohälsa utan arbetsrehabilitering men med psykologkontakt varit lämpligt.

Enligt Priebe et al. (1999) kan MANSA användas för att jämföra olika psykiatriska verksamheters effektivitet samt upptäcka förändring över tid i individers livskvalitet. Vårt mål var att få in ett urval på 50 personer vilket vi lyckades med. Det var bra att urvalet sträckte sig över en period på tre år vilket medför att en eventuell tidseffekt blev minimerad.

Svarsfrekvensen var hundra procent men interna bortfall förekom främst vid frågan angående arbete/sysselsättning (N=8) och frågan angående arbetslöshet (N=26). Dessa interna bortfall berodde antagligen på MANSA-enkätens frågors utformning. Till exempel fråga två som löd ”Hur tillfredsställd är du med ditt arbete (eller skyddade arbete, arbetsträning/utbildning som din huvudsakliga sysselsättning)? Eller om du är arbetslös eller pensionerad, hur tillfredsställd är du med att vara arbetslös/pensionerad?” på denna fråga skulle deltagarna svara på ett av alternativen men flera missförstod och fyllde i båda eller ingen. Detta trots att enkäten utfördes av en intervjuledare. På grund av detta kan reliabiliteten på frågorna angående arbete/sysselsättning och arbetslöshet ifrågasättas. Dock enligt studier av Priebe et al. (1999) och Björkman & Svensson (2005) är MANSA ett reliabelt och valitt instrument för att mäta livskvalitet inom gruppen personer med psykisk sjukdom. Detta passade vår studie väl eftersom vår undersökningsgrupp bestod av kvinnor och män med psykiska sjukdomar. Då det rör sig om personer med psykisk ohälsa kan detta påverka hur de svarar på frågorna beroende på hur väl de mår vid intervjutillfället.

Vi matade in svaren i programmet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences 14). SPSS är ett program att använda för kvantitativ dataanalys på grund av dess uppbyggnad med variabeletiketter, figurfunktioner och korrelationsberäkning. Samtidigt finns det negativa aspekter med att använda SPSS såsom vår egen kompetens och förmåga att förstå statistiska termer. På grund av detta spenderades mycket tid med att finslipa kunskaper inom statistik.

Det etiska övervägande vi tog i beaktning var huruvida någon person skulle komma att drabbas negativt av vår studie. På grund av detta inhämtades tillstånd från verksamhetschefen på arbetsrehabiliteringen (Bilaga 2). Även intervjuenkäterna avidentifierades så att endast kön och ålder samt svar på frågor kvarstod. Då ingen kontakt med undersökningspersonerna förekom från vår sida fanns inget behov av att inhämta tillstånd från dessa.

## **6.2 Resultatdiskussion**

De resultat som vi anser vara viktigast att diskutera är det som berör förändringen från före till efter arbetsrehabilitering. Totala MANSA-poängen och frågan om livet i helhet är det som sätts i relation till de övriga livskvalitetsaspektsfrågorna.

Figur 1 i resultatdelen visar hur deltagarnas totala subjektiva MANSA-poäng har förändrats från påbörjad arbetsrehabilitering till avslutad. Den genomsnittliga ökningen var på 7,8 poäng med en mycket hög (99%) signifikansnivå. Detta betyder att deltagarna upplever en förbättring av livskvalitet överlag från påbörjad till avslutad rehabilitering. Detta resultat styrks även av figur 2 som illustrerar deltagarnas tillfredsställelse med sitt liv i helhet före och efter arbetsrehabiliteringen där den genomsnittliga ökningen var 1,4 poäng med en mycket hög (99%) signifikansnivå. Om ökningen i genomsnittspoäng beror på arbetsrehabiliteringen i sig är svårt att säga utan en kontrollgrupp. Vi tror dock att arbetsrehabiliteringen är den avgörande faktorn. Detta på grund av att rehabiliteringen förändrar deltagarnas aktivitetsmönster i en positiv riktning dels genom att fylla dagen med fler meningsfulla aktiviteter jämfört med innan och dels att det skapar rutiner och nya roller (Kielhofner, 2008). Allt detta kan ha inflytande på livskvalitetsaspekter (Allvin, 2006.; Kramer, et al., 2003). Frågan om tillfredsställelse med sitt liv i helhet är väldigt starkt korrelerad till det totala antalet MANSA livskvalitetspoäng en deltagare får som figur 8 och 9 visar. Detta betyder att om en individ svarar högt på frågan liv i helhet har den oftast ett högt poängantal på MANSA i helhet. Detta tolkar vi som att figur 2 styrker figur 1.

Figur 12 visar sambandet mellan frågorna tillfredsställelse med livet i helhet och med Arbete/sysselsättning. Vi undersökte detta samband för vi trodde att det skulle finnas en koppling mellan tillfredsställelse med livet i helhet och arbete/sysselsättning som i detta fallet är arbetsrehabilitering. Korrelationen som fanns var låg på 0,328 med en hög signifikansnivå (95%). Detta samband kan bero på att det verkligen finns en koppling frågorna emellan. Det kan även bero på konfunderande faktorer som i stort sett kan vara vilken livskvalitetsaspekt som helst.

Figur 3 visar att den subjektiva tillfredsställelsen med fritidsaktiviteter hos deltagarna har förändrats något efter genomgången arbetsrehabilitering. Signifikansnivån var låg (under 95%) och den genomsnittliga ökningen var endast 0,56 poäng. Man kan därför inte dra några konkreta slutsatser av detta. Detta kan betyda att arbetsrehabilitering inte har någon inverkan på fritidsaktiviteter. Om detta är fallet kan det bero på att arbetsrehabiliteringen inte berör fritidsaktiviteter utan fokuserar på att öka individens arbetsförmåga, rutiner och självkänsla. En av arbetsterapins grundtankar är att meningsfulla aktiviteter bidrar till en ökad livskvalitet (Kielhofner, 2008), figur 3 kan då verka motsägelsefullt. Detta kan bero på att deltagarna redan före arbetsrehabiliteringen överlag skattat sin tillfredsställelse med fritidsaktiviteter högt. Medelpoängen före låg på 3,53 och utesluter man extremvärden hade det varit ännu högre. På grund utav att många har skattat relativt högt från början blir även ökningen mindre från före till efter. Figur 10 och 11 visar på korrelationen mellan frågorna tillfredsställelse med liv i helhet och fritidsaktiviter. Denna korrelation kan sägas inte ha någon påverkan på livet i helhet eftersom korrelationen i figur 3 var svag. Därför är det troligare att ökningen på frågan livet i helhet beror på arbetsrehabiliteringen än en persons fritidssysselsättning.

Figur 17 påvisar tillfredsställelsen med livet i helhet i förhållande till tillfredsställelse med den ekonomiska situationen efter arbetsrehabilitering. Korrelationen var 0,547 och signifikansnivån var mycket hög (99%). Även detta har en koppling till ökningen av tillfredsställelse med liv i helhet som visades i figur 2. Att ha en ekonomiskt stabil grund att stå på värderas ofta högt av många. Ekonomi är därför en övergripande faktor för en god livskvalitet (Allvin, 2006). Detta resultat kan ifrågasättas då deltagarna inte får mer pengar från försäkringskassan än de fick innan på börjad arbetsrehabilitering. Dock kan deltagarna fortfarande uppleva att de är nöjda med sin ekonomi i större utsträckning än vad de var innan arbetsrehabilitering.

Figur 4 visar upplevelsen av fysisk hälsa och förändringen före och efter. Signifikansnivån var hög (95%) och den genomsnittliga ökningen var 0,62 poäng. Detta kan bero på att deras aktivitetsmönster förändrats genom att det har tillkommit nya aktiviteter i deras liv. Till exempel att behöva stiga upp i tid och ta sig till arbetsrehabiliteringen och hem.

Arbetsrehabiliteringen kan också bidra till att de rör på sig mer under dagen och därför blir tröttare och sover bättre. Enligt Statistiska centralbyrån (2009) sover personer som är yrkesverksamma bättre än personer som är arbetslösa. Det bidrar till en god dygnsrytm och bra rutiner vilket medför en ökad meningsfullhet i livet (Kielhofner, 2008). Detta stämmer antagligen på den psykiska hälsan med.

I figur 5 visas upplevelsen av psykisk hälsa före och efter arbetsrehabilitering. Korrelationen var 0,65 med mycket hög signifikansnivå (99%) och den genomsnittliga ökningen låg på 1,14 poäng. Den genomsnittliga ökningen var förhållandevis hög och detta kan bero på att vissa av deltagarna behandlas för sina psykiska problem parallellt med arbetsrehabiliteringen. Det är därför svårt att säga vilken av dessa som är den faktor som är mest dominerande. Troligtvis är det en kombination av de båda som ger detta resultat. Utifrån arbetsrehabilitering är det förmodligen självkänslan som ökar på grund av förbättringar i utförandesystemet (Kielhofner, 2008) som bidrar till den genomsnittliga poängökningen.

Figur 6 visar tillfredsställelse med antal/kvaliteten på vänner före och efter arbetsrehabilitering. Korrelationen var 0,553 med mycket hög signifikansnivå (99%) och genomsnittsökningen var 0,62 poäng. Detta betyder att deltagarna har blivit mer nöjda med sina vänner efter arbetsrehabiliteringen och även skattar detta högre. Orsaken till detta kan vara att man träffar personer på arbetsrehabiliteringen eller har träffat vänner på andra sätt. Detta kan kopplas till figur 16 som visar tillfredsställelse med livet i helhet efter arbetsrehabilitering i förhållande till tillfredsställelse med antalet och kvaliteten på vänner. Anledningen till att livet i helhet har skattats högre efter arbetsrehabilitering kan därför delvis bero på den ökade tillfredsställelsen med antal och kvaliteten på vänner.

### **6.3 Konklusion**

Det har framkommit av studien att en ökad livskvalitet har upplevts efter avslutad arbetsrehabilitering. Faktorerna som har påverkat detta resultat är komplicerade och svåra att specificera. De resultat som har varit mest användbara var jämförelserna före och efter. Totala livskvalitetspoäng och livet i helhet anser vi vara de före och efterjämförelser som svarade bäst på vårt syfte. Inbördes korrelationer var mycket svårare att analysera på grund av konfunderande faktorer. En kontrollgrupp bestående av personer med psykisk ohälsa utan arbetsrehabilitering och en med psykisk ohälsa utan arbetsrehabilitering men med psykologkontakt hade gjort stor nytta i studien. Det hade även varit intressant att undersöka hur många som får arbete eller praktik efter rehabiliteringen.



## Referenslista

- Aczel, AD. (1999). *Sampling methods. Complete business statistics* (4<sup>th</sup> ed.). Boston: Irwin/McGraw-Hill
- Allvin, M. (2006). *Gränslöst arbete – socialpsykologiska perspektiv på det nya Arbetslivet*. Malmö: Liber AB
- Bergman, P., Stoetzer, U., Forsell, Y. & Lundberg, I. (2004). *Samband mellan vissa livsvillkor och psykisk ohälsa. Analyser av enkätdata i PART-projektets första fas*. Stockholm: Epidemiologiska enheten, Samhällsmedicin; 2004 (Rapport; 2004:3).
- Björkman, T. & Svensson, B. (2005). Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Nordic Journal of Psychiatry*. 59, (4), 302-306
- Björk, S. (1995) *Livskvalitet – ett mångfacetterat begrepp. I: Hälsosamma tankar. 11 filosofiska uppsatser tillägnade Lennart Nordenfelt*. (Liss, P-E. & Petersson, B. reds.) Bokförlaget Nya Doxa, Falun.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, RE., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S., Wiersma, D. & EQOLISE, Group. (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet, Volume 370, Issue 9593, Pages 1146 – 1152*
- Christiansen, C.H. & Baum, C.M. (2005). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Wellbeing*. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated
- Christiansen, C.H. & Baum, C.M. (2005). The Complexity of Human Occupation. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational Therapy: Performance, Participation and Wellbeing* (ss.3-24). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated

DePoy, E., & Gitlin, L.N. (1999). *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, Göran. (2005) *Enkäten i praktiken, en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Hunt, S. M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6, 205-212

Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation. Theory and application*. (4<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kramer, P., Hinojosa, J., & Brasic Royeen, C. (2003). *Perspective in human Occupation: Participation in life*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Körner, S. & Wahlgren, L. (2002). *Praktisk statistik. 3:e uppl.* Lund: Studentlitteratur

Marshall, M., Bond, GR. & Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, issue 2*, Art. No.: CD003080. DOI: 10.1002/14651858.CD003080.

Nationalencyklopedin. (2000, maj). Nationalencyklopedin nät utgåva. [www dokument].

URL <http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se>

Sökord: livskvalitet, reliabilitet, konfidensintervall

Nossrep, K. (2011). *The web of activity and life: A crazy fucking theory*. Boston: Notarius Inc.

Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S.(1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry*. 45, (1), 7-12.

The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.

Ungdomsstyrelsen. (2003). *De kallar oss unga. Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie*. Stockholm: Ungdomsstyrelsens skrifter; 2003:1.

# Manchester Livskvalitetsskala (MANSA)

## Bilaga 1.

Namn: \_\_\_\_\_

Personnr: \_\_\_\_\_

Alla frågor skall ställas varje gång formuläret används.

Frågor markerade med \* skall graderas mellan 1-7 enligt tillfredsställelseskala nedan

- |    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1  | Hur tillfredsställd är du i dag med ditt liv som helhet?*  | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Hur tillfredsställd är du med ditt arbete (eller skyddade arbete, arbetsträning/utbildning som din huvudsakliga sysselsättning)?*<br><i>eller om du är arbetslös eller pensionerad</i><br>Hur tillfredsställd är du med att vara arbetslös/pensionerad?* | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Hur tillfredsställd är du med din ekonomiska situation?*   | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Har du någon som du skulle vilja kalla "en nära vän"? 1=JA, 2=NEJ  | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Har du träffat någon vän den senaste veckan? (besökt en vän, fått besök av en vän, eller träffat en vän utanför ditt hem eller arbete)<br>1=JA 2=NEJ   | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Hur tillfredsställd är du med antalet och kvaliteten på dina vänner?*  | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Hur tillfredsställd är du med dina fritidsaktiviteter?*  | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Hur tillfredsställd är du med ditt boende?*  | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Har du under det senaste året anklagats för något brott? 1=JA, 2=NEJ   | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Har du under det senaste året varit utsatt för fysiskt våld? 1=JA, 2=NEJ   | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Hur tillfredsställd är du med din personliga säkerhet?*  | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Hur tillfredsställd är du med de människor du bor med?*  | <input type="checkbox"/> |
|    | <i>eller om du bor ensam:</i><br>Hur tillfredsställd är du med att bo ensam?*  | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Hur tillfredsställd är du med ditt sexliv?*  | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Hur tillfredsställd är du med din relation till din familj?*   | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Hur tillfredsställd är du med din fysiska hälsa?*  | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Hur tillfredsställd är du med din psykiska hälsa?*   | <input type="checkbox"/> |

### \*Tillfredsställelseskala

1	2	3	4	5	6	7
<i>Kunde inte Vara värre</i>	<i>Missnöjd</i>	<i>För det mesta missnöjd</i>	<i>Både och</i>	<i>För det mesta nöjd</i>	<i>Nöjd</i>	<i>Kunde inte vara bättre</i>



## LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Bilaga 2.

Till ansvarig chef XX-XX

Förfrågan om godkännande av studien ” Arbetsrehabilitering och dess konsekvenser på livskvalitet för personer med psykisk ohälsa.

- Sammanställning och analys av intervjusvar utifrån MANSA.”

Syftet med detta projekt är att belysa upplevelsen av livskvalitetsaspekter före och efter arbetsrehabilitering.

Urvalet kommer att bestå av män och kvinnor i arbetsför ålder (18-65) som deltagit i arbetsrehabiliterande verksamhet på X under de senaste 3 åren. Individerna väljs ut genom retrospektivt - konsekutivt urval dvs. de 50 personer som senast deltagit i arbetsrehabiliterande verksamhet under minst tre månader. Instrumentet som använts är MANSA. Databearbetning kommer att ske genom en deskriptiv dataanalys.

Undersökningsspersonerna har vid genomförandet av MANSA informerats om att arbetsrehab sparar dessa data för statistisk analys. Det inhämtade materialet som förvaras på X arbetsrehab och kommer att överlämnas avidentifierat till oss (Avidentifiering görs av X arbetsrehabilitering). Vid redovisning kommer endast kön och åldergrupp benämnas. Data förstörs efter fullgjort projektarbete.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapeutprogrammet.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare Dennis Persson.

Med vänlig hälsning

Patrik Persson  
Kämnärsvägen 11p, Lund  
0700-X  
Patrik.persson.603@student.lu.se

Daniel Zdravkovic  
Kämnärsvägen 4:2020, Lund  
0708-X  
danielzdravkovic@gmail.com

Dennis Persson  
Dr. Med. vet., Lektor  
046-X  
Lunds Universitet  
P.O. Box 157  
SE-22100 Lund, Sweden  
Dennis.Persson@med.lu.se