



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Arbetsterapeutprogrammet

Examensarbete på kandidatnivå 15 hp
Hösten 2017

Arbetsterapeutiska interventioner för vuxna personer med långvarig smärta.

Författare: Tina Lundmark

Handledare: Suzanne Johanson

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet
Box 157, 221 00 LUND

Arbetsterapeutiska interventioner för vuxna personer med långvarig smärta

Författare: Tina Lundmark

Handledare: Suzanne Johanson

Examensarbete på kandidatnivå

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Långvarig smärta kan definieras som smärta som kvarstår efter det att den primära orsaken skulle ha läkt ut och hur lång denna tidsperiod är varierar men International Association for the Study of Pain , IASP, har angett en duration på 3 månader eller mer. Att leva med långvarig smärta innebär ofta svårigheter att utföra aktiviteter och detta kan påverka många områden i livet negativt eftersom smärtan kan leda till en fysisk, psykologisk och social påverkan för de drabbade. **Syfte:** Att kartlägga arbetsterapeutiska interventioner som kan ingå i en multidisciplinär rehabilitering vid långvarig smärta för vuxna personer och belysa effekten av dessa. **Metod:** En icke-systematisk litteraturstudie som resulterade i åtta artiklar. Komponenter från Model of Human Occupation användes vid den riktade innehållsanalysen. **Resultat:** Resultatet visade på 4 olika interventionsmodeller: Multimodal rehabilitering, Biopsykosocial rehabilitering, Ergonomisk intervention och Lifestyle redesign. Dessa visade på resultat inom samtliga MoHO komponenter men endast en av interventionerna hade en effekt på miljön. **Konklusion:** Arbetsterapeutiska interventioner för vuxna med långvarig smärta visar ofta på en förbättring av förmågan att utföra aktiviteter.

Nyckelord

Arbetsterapi, Långvarig smärta, Intervention, Litteraturöversikt

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet
Box 157, 221 00 LUND

Occupational therapy interventions for adult people with long-lasting pain

Author: Tina Lundmark

Supervisor: Suzanne Johanson

Bachelor thesis

Autum 2017

Abstract

Background: Long lasting pain can be defined as pain that remains after the primary cause should have healed and how long this period of time is vary but International Association for the Study of Pain, IASP, has given a duration of 3 months or more. Living with long lasting pain often involves difficulties in performing activities which can affect many areas in life because the pain can lead to physical, psychological and social impacts for those affected by long lasting pain. **Purpose:** Mapping of occupational therapy interventions, which may be included in a multidisciplinary rehabilitation, that target long-lasting pain and illustrate the effects. **Method:** A literature review resulting in 8 articles. A deductive content analysis, with the concepts of Model of Human Occupation, was used to interpret data. **Result:** The result revealed four different intervention models: Multimodal rehabilitation, Biopsychosocial rehabilitation, Ergonomic intervention and Lifestyle Redesign. These interventions showed an effect on all of the MoHO components but only one had an effect on the environment. **Conclusion:** Occupational therapy interventions for adult people with long lasting pain often results in an improved ability to perform activities.

Keywords

Occupational therapy, Long-lasting pain, Intervention, Literature review

Lund university
Faculty of Medicine
Occupational Therapy Programme
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	1
Långvarig smärta.....	1
Konsekvenser i vardagen av att leva med långvarig smärta	2
Model of Human occupation	3
Behandling vid långvarig smärta.....	4
Syfte	6
Metod	6
Urval.....	7
Datainsamling	7
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat	Error! Bookmark not defined. 0
Diskussion	Error! Bookmark not defined. 5
Resultatdiskussion	Error! Bookmark not defined. 5
Metoddiskussion.....	17
Konklusion	18
Referenslista	18
Bilaga 1	23
Bilaga 2	25

Introduktion

Mellan 40-50 procent av Sveriges befolkning har långvarig smärta i någon grad (Jakobsson, 2007). Enligt Jakobsson är muskuloskeletal smärta den vanligaste typen av långvarig smärta, prevalensen är omkring 35 procent i Sverige, och de vanligaste lokaliseringarna är nacke, skuldror samt rygg. Att leva med långvarig smärta kan påverka vardagen på många sätt eftersom smärtan ofta ger upphov till både fysiska och psykiska symtom vilket kan medföra ett behov av arbetsterapi. Det författaren ville undersöka med denna studie är de arbetsterapeutiska interventionerna som erbjuds för personer med långvarig smärta.

Bakgrund

Långvarig smärta

Smärta definieras av International Association for the Study of Pain (IASP) som en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada (International Association for the Study of Pain, u.å). Smärtsinnet har en viktig funktion och det är att varna kroppen för skada (Jakobsson, 2007). Jakobsson (2007) beskriver att man brukar dela in smärta i olika typer eftersom behandlingen varierar beroende på smärtytp. I en allmän beskrivning av smärta görs ofta en indelning efter lokaliseringen (Bergman & Nisell, 2011). Bergman och Nisell (2011) beskriver att smärta som är mer avgränsad i sin utbredning kan sammanfattas med begreppet regional smärta och när de smärtande områdena innefattar en större del av kroppen används istället begreppet generaliserad smärta. En indelning av smärta kan även göras efter uppkomstmekanism (Bergman & Nisell, 2011). Utöver detta kan smärta också definieras utifrån tidsförlopp, det

vill säga akut eller långvarig. Med långvarig smärta menas ofta att smärtan varat längre än förväntat och inte uppfyller någon funktion (Bergman & Nisell, 2011). Akut smärta är knuten till en plötslig vävnadsskada, till exempel en brännskada, och fungerar då som en larmsignal medan kroniska smärtor kan finnas under en lång tid och har ofta mindre betydelse som varningssignaler (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2007).

Långvarig smärta kan definieras som smärta som kvarstår efter det att den primära orsaken skulle ha läkt ut och hur lång denna tidsperiod är varierar men IASP har angett en duration på 3 månader eller mer (Jakobsson, 2007). Enligt Bergman och Nisell (2011) blir de flesta långvariga smärttillstånd vanligare med ökande ålder. Långvarig smärta är mer svårbehandlad än den akuta. Långvarig eller upprepad smärtstimulering leder till en ökad grad av smärtimpulser i den retade nerven vilket gör att smärtan blir ännu mer intensiv och svårare att behandla eftersom den bland annat ger upphov till förändringar i det centrala nervsystemet (Jakobsson, 2007). Orsaker till långvarig smärta kan vara många men oftast handlar det om olika sjukdomstillstånd som cancer, reumatoid artrit, atros och fibromyalgi (Jakobsson, 2007). Relativt många, omkring 40 procent av alla med långvarig smärta, har inte fått någon diagnos eller vet orsaken till smärtan (Jakobsson, 2007).

Konsekvenser i vardagen av att leva med långvarig smärta

Att leva med långvarig smärta innebär ofta svårigheter att utföra aktiviteter och detta kan påverka många områden i livet negativt eftersom smärtan kan leda till en fysisk, psykologisk och social påverkan för de drabbade. Enligt Jakobsson (2007) kan smärta fysiskt leda till bland annat gångsvårigheter, nedsatt rörlighet, sömnproblem, trötthet och nedsatt aptit. Smärtan kan även ge en psykologisk påverkan och leda till koncentrationssvårigheter, irritation, oro samt depression (Jakobsson, 2007).

Aktiviteter som att sitta, arbeta, städa sitt hem och laga mat har i en studie visat sig vara speciellt svåra att utföra för personer med muskuloskeletal smärta (Persson, Lexell, Rivanco-Fischer & Eklund, 2013). Själva utförandet av aktiviteter kan alltså påverkas negativt. Enligt Rivano Fischer och Persson (2015) innebär ofta långvarig smärta svårigheter att klara sitt

arbete eftersom arbetsuppgifterna kan orsaka smärta eller är svåra att klara av på grund av smärtan. I vissa fall kan smärta även leda till ett undvikande av aktiviteter. Rivano-Fischer och Persson (2015) menar att det omedelbara och obehagliga i smärtupplevelsen gör att vi agerar för att undvika den och drivs till att få orsaken att försvinna. Det finns teorier om att en hög förväntan på smärta kan hänga ihop med en högre rädsla för smärta och undvikande av aktiviteter (Asmundson, Norton & Norton, 1999). Det är inte bara utförandet som kan påverkas utan också ens sociala liv. I en studie från Brasilien visades att det kan vara svårt att prata om sin smärta med sina grannar och vänner eftersom den är osynlig och därmed svårare att göra berättigad (Caetano Martins Silva, Ferreira Sampaio, Cotta Mancini, Terezinha Luz & Alessandro Alcântara, 2011). Detta kan leda till att man försöker undvika att uppvisa sina smärtsymtom för andra och att det sociala livet blir begränsat till hemmet. Dessutom kanske man inte heller vill att ens vänner ska veta till vilken grad smärtan påverkar en. Enligt en australiensisk studie kan arbetslöshet till följd av långvarig ryggsmärta leda till att man undviker att gå på sociala aktiviteter eftersom man inte vill förklara sina ekonomiska och fysiska problem och att ens vänner ska få veta till vilken grad smärtan påverkar dem (Ashby, Fitzgerald, & Raine, 2012).

Model of Human Occupation

Model of Human Occupation, MoHO, är en aktivitetsfokuserad teoretisk modell som arbetsterapeuter använder sig av (Kielhofner, 2008). MoHO strävar efter att ge en förklaring till hur aktiviteter är motiverade, organiserade och utförda (Kielhofner, 2008). I MoHO syftar mänsklig aktivitet på görandet av arbete, lek eller aktiviteter i det dagliga livet (Kielhofner, 2008).

MoHO beskriver människan utifrån tre sammanhängande komponenter: *Viljekraft*, *Vanebildning* och *Utförandekapacitet* (Kielhofner, 2008). *Viljekraft* är motivationen till att utföra aktiviteter och den omfattar ens värderingar, intressen och uppfattning om den egna förmågan. Våra erfarenheter formar *Viljekraften* eftersom ens upplevelser väcker tankar och känslor om vad som är viktigt och roligt att göra samt ger oss en uppfattning om vad man är bra på. *Vanebildning* är den process där aktiviteter organiseras till mönster och kan definieras som en benägenhet att uppvisa ett visst fast mönster av beteende beroende på vilka vanor och roller man har. *Utförandekapacitet* är de fysiska och mentala förmågor som ligger till grund

för aktivitetsutförande och definieras som förmågan att göra saker försett av dem underliggande objektiva fysiska och mentala komponenterna och motsvarande subjektiva upplevelse. Ens fysiska och mentala funktioner påverkar alltså aktivitetsutförandet och långvarig smärta kan till exempel ge en påverkan på de fysiska funktionerna i form av nedsatt rörlighet. En person med långvarig smärta får därför kanske svårt att utföra vissa aktiviteter. Enligt MoHO är alla *aktiviteter* ett resultat från en interaktion av en persons viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet tillsammans med egenskaperna i den fysiska och sociala *miljön* (Forsyth, Taylor, Kramer, Prior, Richie, Whitehead, Owen & Melton, 2014). *Miljön* definieras enligt MoHO som de särskilda fysiska och sociala, kulturella, ekonomiska och politiska egenskaperna i ens sammanhang som påverkar motivationen, organisation och utförande av *aktivitet* (Kielhofner, 2008). Syftet med modellen är bland annat att stödja arbetsterapeuter i att ha ett yrkesutövande som är aktivitetsbaserat (Kielhofner, 2008).

Arbetsterapi kan definieras som konsten och vetenskapen om att möjliggöra engagemang i vardagslivet genom aktivitet samt som konsten att möjliggöra utförande av aktiviteter som främjar hälsan (Polatajko, Davis, Stewart, Cantin, Amoroso, Purdie & Zimmerman, 2013). Enligt Law, Polatajko, Baptise och Townsend (2002) är arbetsterapiens främsta roll att möjliggöra aktiviteter genom att samarbeta med människor för att välja, organisera och utföra aktiviteter som upplevs vara meningsfulla i en viss miljö. En meningsfull aktivitet kan, enligt arbetsterapeutiska teorier, uppnås om en person är engagerad i en aktivitet och har ett särskilt syfte med just den aktiviteten (Leufstadius & Argentzell, 2010). Arbetsterapi har ett fokus på aktivitet och dess relation till hälsa (Law, Polatajko, Baptise & Townsend, 2002). Enligt Wilcock (2006) har människor ett medfött behov av att göra eftersom överlevnad och hälsa är beroende av det. För att till exempel kunna vara säkra i sin omgivning eller ordna mat, som krävs för ens överlevnad, så måste man vara aktiv (Wilcock, 2006).

Behandling vid långvarig smärta

Personer med långvariga besvär till följd av smärta är i behov av rehabiliteringsinsatser. Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter (Socialstyrelsen, 2010). Socialstyrelsen (2010) beskriver i en rapport att insatserna ska vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och

teknisk art samt kombineras utifrån den enskildes behov och förutsättningar. Socialstyrelsen definierar rehabilitering som insatser som ska bidra till att en person med en förvärvad funktionsnedsättning återvinner och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapa goda förutsättningar för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhället (Socialstyrelsen, 2010). Rehabiliteringen vid långvarig smärta kan vara inriktad på återgång i arbete eller att främja hälsa och aktivitetsförmåga. Smärtrehabilitering har indelats i arbetslivsinriktad rehabilitering och medicinsk rehabilitering (Rivano-Fischer & Persson, 2015).

Långvariga smärtor är heterogena tillstånd vars konsekvenser varierar mellan individer och det innebär att olika omfattningar av rehabilitering behövs (Gerdle & Gullacksen, 2010). Enligt Gerdle och Gullacksen (2010) är därför flera rehabiliteringsnivåer nödvändiga och följande nivåer existerar: Unimodal rehabilitering, Intermediär rehabilitering och Multimodal rehabilitering. Unimodal rehabilitering innebär att en enstaka åtgärd behöver vidtas. Den intermediära rehabiliteringen är en nivå där flera åtgärder måste vidtas. Den multimodala rehabiliteringen innebär att ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid blir aktuella vilket är lämpligt för patienter med förhållandevis stora och komplexa behov.

En multimodal rehabilitering består av ett team som samarbetar och detta teamet inkluderar en läkare och andra yrkeskategorier som arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykologer och sjuksköterskor (Gerdle & Gullacken, 2010). Inom multimodal eller multidisciplinär rehabilitering används ofta individuella rehabiliteringsplaner som beskriver de mål som patienten och teamet vill uppnå samt vilka åtgärder som ska ges under rehabiliteringen för att nå målen (Rivano-Fischer & Persson, 2015). Enligt Gerdle och Gullacken (2010) är målet med rehabiliteringen vid långvarig smärta ofta inte att eliminera smärtan utan snarare att påverka smärtintensiteten, mängden av symtom och andra konsekvenser positivt. I en multidisciplinär rehabilitering inkluderar arbetsterapeutiska interventioner träningskomponenter som graderade aktiviteter, pacing, energibesparande strategier, miljöanpassningar och ergonomi (Hesselstrand, Samuelsson, & Liedberg, 2015).

Enligt Dunn (2001) har arbetsterapeuter en skyldighet att engagera sig i ett evidensbaserat arbete. Att ha ett evidensbaserat arbetssätt innebär att den professionella informerar den som eventuellt ska motta deras tjänster om hur effektiva bedömningarna och interventionerna är som föreslås så att den i sin tur kan göra ett informerat val om denna tycker att tjänsterna är acceptabla och vad den är villig att acceptera (Dunn, 2011). Trots detta finns det relativt få vetenskapliga undersökningar om effekterna av de olika arbetsterapeutiska interventioner mot långvarig smärta som ingår i en multidisciplinär smärtrehabilitering. Därför behöver den kunskap som finns sammanfattas för att få en överblick över hur effektiva olika interventioner är och vilka eventuella kunskapsluckor som finns. Nyttan med en sådan kartläggningen är att arbetsterapeuter som arbetar med smärtrehabilitering får en överblick över vilka interventioner som är lämpliga att använda sig av.

Syfte

Att kartlägga arbetsterapeutiska interventioner som kan ingå i en multidisciplinär rehabilitering vid långvarig smärta för vuxna personer och belysa effekten av dessa utifrån MoHO-modellen.

Metod

Undersökningen genomfördes som en litteraturstudie i form av en systematisk sammanställning av tidigare studier om effekten av arbetsterapeutiska interventioner (Kristensson, 2014). Denna litteraturstudie är en icke-systematisk översikt vilket innebär att den inte uppfyller alla de krav som ställs på en systematisk översikt (Kristensson, 2014).

Urval

Urvalet bestod av vetenskapliga studier. I urvalet kunde både kvantitativa och kvalitativa studier inkluderas från vetenskapliga artiklar som publicerades mellan åren 1996 och 2017. Både kvantitativa och kvalitativa studier kunde inkluderas eftersom man då kan studera ett problem ur flera perspektiv, vilket ger en bredare bild av verkligheten (Axelsson, 2008). Artiklarna valdes ut från databaserna Cinahl, Medline och PsychINFO. PsychINFO innehåller artiklar som berör ämnena beteendevetenskap och psykologi (Kristensson, 2014). Medline är en bred databas som täcker medicin, omvårdnad och odontologi samt innehåller vetenskapliga tidsskriftartiklar (Forsberg & Wengström, 2016). Cinahl är en databas med vetenskapliga artiklar inom det vårdvetenskapliga området (Kristensson, 2014). Ett av inklusionskriterierna var att studierna skulle undersöka effekten av en arbetsterapeutisk intervention mot långvarig smärta som kan ingå i en multidisciplinär rehabilitering. Artikeln skulle dessutom vara på svenska eller engelska och deltagarna i studien skulle vara mellan 18 och 65 år. Böcker, litteraturöversikter och avhandlingar exkluderades.

Datainsamling

Först utvecklades en sökstrategi för att hitta artiklar som är relevanta för denna studiens syfte. Sökstrategin var att använda sökorden "Occupational therapy", "Chronic pain", "Long-term pain", "Musculoskeletal pain", "Effect" och "Outcome".

För att kunna identifiera lämplig litteratur behöver man skapa en sökstrategi och det handlar bland annat om att identifiera vilka sökord som ska användas (Kristensson, 2014). Sökorden valdes eftersom de var nyckelord i syftet. För att kunna identifiera vilka söktermer som ska användas behöver de nyckelbegrepp som finns i syftet identifieras (Kristensson, 2014). Ett trunkeringstecken användes vid "Effect" och "Outcome" för att möjliggöra en bredare sökning genom att även inkludera alla böjningsformer av orden (Östlundh, 2017). Med hjälp av dem booleska sökoperanderna AND och OR så kunde olika sökord kombineras. Sökoperanden AND används för att kombinera två sökord med varandra och OR för att söka på närliggande begrepp (Kristensson, 2014). Efter sökningen så lästes abstrakten i de artiklar som blev resultatet av själva sökningen (Kristensson, 2014). Därefter gjordes en första gallring där irrelevanta studier sorterades bort. Studier bedömdes som irrelevanta om

interventionen i artikeln inte var arbetsterapeutisk och syftet inte var att undersöka effekten av en intervention. De artiklar med relevanta abstrakts lästes sedan i fulltext. Samma gallring och bedömning av relevans gjordes på dessa (Kristensson, 2014).

Tabell 1. Resultatet av varje sökning i databaserna utifrån sökstrategin.

	Sökord	Cinahl	Medline	PsychINFO
#1	"Chronic pain" OR "Long-term pain" OR "Musculoskeletal Pain"	24274	39012	18410
#2	Effect* OR Outcome*	1481416	9242725	1466226
#3	"Occupational therapy"	29538	23348	16662
#4	1 AND 2 AND 3	80	153	96
#5	Limit: Academic journal + "1996- 2017" + English	56	144	84

Totalsumma antal träffar i sökning #5: 284

Totalsumma antal relevanta artiklar efter första gallringen: 21

Totalsumma antal relevanta artiklar efter andra gallringen: 10

Totalsumma antal slutliga artiklar i studien: 8

Efter alla sökningar blev antalet träffar sammanlagt 284. Av dessa 284 artiklar var 21 relaterade till arbetsterapi och hade ett abstrakt som var relevant utifrån syftet med studien. Om det var tydligt i rubriken eller abstraktet att artiklarna inte handlade om arbetsterapi sorterades dessa bort. Ifall en arbetsterapeutisk tidskrift hade publicerat artikeln eller en arbetsterapeut hade medverkat i studien bedömdes artikeln vara relaterad till arbetsterapi. Författaren läste sedan dessa 21 artiklar i fulltext. Alla artiklarna beskrev inte en

arbetsterapeutisk intervention och effekten av denna. Detta resulterade i 10 artiklar som var relevanta och besvarade syftet. Slutligen bedömdes 8 artiklar ha en tillräckligt bra kvalitet och ingick i denna studie.

Dataanalys

De 10 artiklarna som bedömdes vara relevanta efter att blivit lästa i fulltext kvalitetgranskades utifrån två olika mallar från Statens beredskap för medicinsk utvärdering (2014). Mallarna finns med som bilaga i boken "Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården". Studierna granskades i mallarna utifrån risken för systematiska fel. Tio kvantitativa studier från vetenskapliga artiklar granskades. Varje fråga i granskningsmallarna poängsattes vilket ledde till ett poängsystem (Kristensson, 2014). De artiklar med flest poäng ingick i denna studie.

Åtta artiklar inkluderades slutligen i resultatet och en manifest innehållsanalys utfördes på dessa. En innehållsanalys innebär en analys av direkt synliga mönster eller teman i en text genom kvantitativa beräkningar (Forsberg & Wengström, 2016). Artiklarna analyserades enligt Friberg (2017) vilket innebär att de lästes igenom flera gånger för att förståelsen om innehållet skulle öka. Därefter jämfördes likheter och skillnader genom dokumentation i en översiktstabell. Slutligen sorterades materialet utifrån dessa likheter och skillnader genom att innehållet i aspekterna som handlade om samma sak samlades under lämpliga rubriker. Författaren valde att använda begrepp inom en befintlig teori som förbestämda koder, en riktad, eller deduktiv, innehållsanalys, vilket är ett tillvägagångssätt för kvalitativ innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005). Begreppen författaren valde att använda som förutbestämda koder vid analysen var MoHO:s begrepp om mänsklig aktivitet och faktorer som påverkar aktivitet. Anledningen var att MoHO beskriver på vilket sätt en funktionsnedsättning kan påverka möjligheten till aktivitet. Följande kategorier ingår;

- A. Viljekraft-** *Värderingar, intressen och uppfattning om den egna förmågan.*
- B. Vanebildning-** *Vanor och roller.*
- C. Utförandekapacitet-** *Objektiva fysiska och mentala komponenter samt subjektiva upplevelser*

D. Miljö- *Fysiska, sociala, kulturella, ekonomiska och politiska egenskaperna i ens sammanhang.*

E. Aktivitet- *Görande av arbete, lek eller aktiviteter i det dagliga livet.*

Den vetenskapliga evidensen i de artiklar som inkluderades i resultatet värderades sedan enligt ett Grade- system som klassificerar styrkan på det vetenskapliga underlaget. Grade-systemet utgår från en preliminär evidensstyrkan baserat på studiedesignen och evidensgraderingen bygger på en fyrgradig skala från starkt, måttligt och begränsat till otillräckligt vetenskapligt underlag (Statens beredskap för medicinsk utvärdering, 2014).

Forskningsetiska överväganden

Författaren har inkluderat artiklar där det har gjorts etiska överväganden. Det fanns ingen större risk att personerna i de utvalda artiklarna skadades fysiskt, psykiskt eller integritetsmässigt i studien. Detta innebär att miljön och de metoder som användes var så säkra som möjligt, att deltagandet var frivilligt efter ett medgivande grundat på information och att deltagarna kunde lämna studien frivilligt (Kristensson, 2014).

Resultat

Åtta artiklar med kvantitativa studier har granskats, se tabell 2 bilaga 1. I tabell 2 finns artiklarnas evidensgraderingen enligt Grade-modellen. I redovisningen hänvisas respektive artikel med nummer 1-8. Utifrån sökningen har följande arbetsterapeutiska interventioner för vuxna personer med kronisk smärta identifierats;

(1,2,3,4,5) *Multimodal rehabilitering*: Rehabiliteringsprogram bestående av ett team som samarbetar. I teamet ingick läkare, fysioterapeut samt arbetsterapeut. Även psykolog, socialarbetare och sjuksköterskor kunde ingå. I artikel 1 varade programmet i 4 veckor och målet var återgång i arbete med samma arbetsgivare. Arbetsterapeuten i teamet fokuserade på överkroppens motoriska färdigheter, aktiviteter i det dagliga livet, ergonomi, diaphragmatisk andning och förstärka balansen mellan arbete och fritid. I artikel 2 bestod programmet av 3 faser och varje fas varade i 4 veckor. I den andra fasen fick deltagarna som hade en anställning arbetsträna på deras vanliga arbetsplats. Arbetsterapeuten bedömde då arbetsplatser samt höll i diskussioner med arbetsgivaren och gav förslag på anpassningar av arbetsplats, arbetsuppgifter och ergonomi. I artikel 3 fanns det en arbetsterapeutisk komponent med fokus på måttlighet och balans av dagliga aktiviteter. Programmet varade i 3 veckor och 1 gång i veckan, varje fredag, höll arbetsterapeuten i ett tidshanteringspass i grupp för att hjälpa deltagarna balansera aktivitet under helgen. Vid några tillfällen lärdes strategier som diaphragmatisk andning och muskelavslappning ut individuellt samt hur detta kan användas i aktivitet. I artikel 4 inkluderades ergonomi i ett program som varade i fyra veckor och det var arbetsterapeuten som höll i detta. I artikel 5 ingick aktivitetsträning samt tidshanterings strategier, som arbetsterapeuten i teamet var involverad i. Programmet varade i 5 veckor.

(6) *Biopsykosocial rehabilitering*: Ett program bestående av kurser som leddes av en arbetsterapeut och en fysioterapeut. Interventionen gavs i grupp genom 10 kurser (5-6 deltagare per kurs) som ägde rum på en vårdcentral. Det gavs 2 kurser i veckan under en period på 6 veckor. Målet var att medvetandegöra resurser och att möjliggöra användandet av dessa resurser för att påverka smärta och konsekvenser av smärtan. Programmet var designat enligt Levander's modell för ego-stärkande psykoterapi och var indelat i 3 teman: Tanke, kunskap och tillämpning. I det sista temat ingick att applicera ergonomi i det vardagliga livet och på arbetet. Avslappningsövningar ingick i alla kurstillfällen. Syftet med övningarna var att deltagarna skulle kunna använda avslappning som en resurs för att påverka smärta och sömn.

(7) *Ergonomisk intervention*: Ett program bestående av både individ och grupp interventioner som gavs av en fysioterapeut. Kroppsställningar bedömdes individuellt vid utförandet av en

specifik arbetsuppgift och efter detta gavs coaching under 4 möten. Under det första mötet utförde deltagarna sina 5 mest vanliga arbetsuppgifter på deras arbetsplats. Interventioner som gavs inkluderade en muntlig förklaring av hur man utför uppgifterna på ett bra sätt och analys av kroppsställningar som anses vara en riskfaktor för arbetsrelaterad muskuloskeletal störning. Efter 3 månader hölls 3 undervisningstillfällen i grupp (5 deltagare) under arbetstid. Det gavs ett undervisningstillfälle i veckan under 3 veckor som varade i cirka 45 minuter. Under dessa lärdes segmentella stabiliseringsövningar ut enligt individuella upplevelse av smärta samt den vanliga arbetssituationen.

(8) *Lifestyle Redesign*: En arbetsterapeutisk behandlingsmetod med ett fokus på att främja utvecklingen av hälsosamma rutiner och vanor för att hindra och hantera kroniska tillstånd. I artikel 8 var Lifestyle Redesign interventionen riktad mot kronisk smärta. Lifestyle redesign inkluderar användandet av behandlingsämnen, eller moduler, för att främja undervisning och implementering av beteende förändringar i dagliga rutiner. Alla behandlingar gavs av en arbetsterapeut. Behandlingsämnen, och varaktigheten spenderat på behandling i varje ämne eller modul, bestämdes utifrån den behandlande terapeutens uppskattning och bedömning av patientens behov. Följande behandlingsämnen fanns: Egenvård och hälsohanterings (management) rutiner, Funktionell rehabilitering, Integrering i samhället och Generell smärthantering (management). Endast individuella behandlingar gavs och varje behandlingstillfälle var cirka 45-60 minuter långt. Alla behandlingar utfördes på en klinisk anläggning, som omfattade öppenvården, med undantag för dem som inkluderade en säkerhetsbedömning i hemmet.

Kategorierna enligt MoHO som interventionerna hade effekt inom

(För en överskådlighet, se tabell 3 bilaga 2).

A. Viljekraft- Värderingar, intressen och uppfattning om den egna förmågan.

Lifestyle redesign (8) och en del rehabiliteringsprogram med ett multimodalt team (2,3,5) hade en effekt på uppfattningen om den egna förmågan. Deltagarna i Lifestyle redesign (8) och de som deltagit i en multimodal rehabilitering (2,3,5) upplevde en förbättring av förmågan att utföra aktiviteter och även med tillfredställelsen av resultatet vid utförandet av

aktiviteter mät med instrumentet COPM. Efter interventionen skattade deltagarna i Lifestyle redesign (8) även hälsokonceptet "Socialt fungerande" högre i SF-36. SF-36 är ett instrument som undersöker livskvaliteten baserat på olika hälsokoncept (8).

B. Vanebildning- Vanor och roller.

Det biopsykosociala rehabiliteringsprogrammet (6) påverkade deltagarnas vanor. Direkt efter den biopsykosociala rehabiliteringen (6) angav 66 % av deltagarna att de hade ändrat sina levandsvanor.

Lifestyle redesign (8) hade en effekt på roller. I studien med interventionen Lifestyle redesign (8) upplevde deltagarna en förbättrad livskvalitet gällande rollbegränsningar orsakat av den fysiska hälsan och känslomässiga problem enligt instrumentet SF-36.

C. Utförande kapacitet- Objektiva fysiska och mentala komponenter samt subjektiva upplevelser

Interventionen Lifestyle redesign (8) och ett multimodalt rehabiliteringsprogram (4) ledde till en förbättring av de fysiska förmågorna. Efter Lifestyle redesign interventionen (8) visades en liten minskning av den genomsnittliga smärtan och värsta smärtnivåerna. I den fjärde studien inom multimodal rehabilitering (4), som gjordes i Sverige, lärde arbetsterapeuten i teamet ut ergonomi och deltagarna uppgav att smärtintensiteten hade minskat vid 1 års uppföljningen. I studien från Israel med en ergonomiskt intervention (7), som gavs till sjuksköterskor på ett sjukhus, fanns det däremot ingen större skillnad i nivån av muskuloskeletal smärta innan och efter interventionen, varken bland interventionsgruppen eller kontrollgruppen.

En del multimodala rehabiliteringsprogram (1,4) ledde till en förbättring av de mentala förmågorna hos deltagarna. I den första studien inom multimodal rehabilitering (1), som är från USA och där huvudmålet var återgång i arbete, hade förekomsten av depression minskat bland deltagarna enligt Beck Depression Inventory. Beck Depression Inventory bedömer förekomsten av depression hos personer med kronisk smärta. Även i den fjärde studien inom

multimodal rehabilitering (4) , som gjordes i Sverige, uppgav deltagarna att förekomsten av depression hade minskat vid 1 års uppföljningen.

D. Miljö- *Fysiska, sociala, kulturella, ekonomiska och politiska egenskaper i ens sammanhang.*

I den andra artikeln inom multimodal rehabilitering (2) hade interventionen en effekt på miljön men denna effekten undersöktes inte. Arbetsterapeuten i teamet besökte deltagarnas arbetsplatser och gav förslag på anpassning av arbetsplats (2).

E. Aktivitet- *Görande av arbete, lek och aktiviteter i det dagliga livet.*

Tre olika multimodala rehabiliteringsprogram (2,3,4) och den ergonomiska interventionen (7) hade en inverkan på aktivitet. I den andra studien inom multimodal rehabilitering (2) och i studien från Israel (7) hade interventionen en inverkan på görande av arbete. En högre andel av deltagarna i den andra studien inom multimodal rehabilitering (2) hade återgått till arbete efter interventionen. När programmet började hade 15% av deltagarna återvänt till arbete och efter programmets slut låg siffran på 46% (2). I studien från Israel (7) uppvisades mindre kroppsställningar som anses vara en riskfaktor för att utveckla muskuloskeletal störningar i utförandet av arbetsuppgifter bland deltagarna i interventionsgruppen.

Interventionen i den fjärde studien inom multimodal rehabilitering (4) inverkade på görandet av lek-aktiviteter. I studien om effekten av en multimodal rehabilitering (4) upplevde deltagarna en förbättring gällande livstillfredsställelse baserat på hälsokonceptet "Fritid" i SF-36.

Ett multimodalt rehabiliteringsprogram (3) hade en positiv inverkan på görandet av aktiviteter i det dagliga livet. Efter rehabiliteringen (3) kunde deltagarna i genomsnitt gå en längre sträcka på samma tid. I början gick deltagarna i genomsnitt 1 m/s under 6mWT , som är en utförandebaserad mätning av funktionell kapacitet, och samma personer gick efter interventionen 1,4 m/s under 6mWT (3).

Diskussion

Studien visar att olika typer av arbetsterapeutiska interventioner finns beskrivna för personer med långvarig smärta. Författaren fann att genom användning av begrepp från Model of Human Occupation (Kielhofner, 2008) för analysen kunde interventionerna klassificeras efter kategorierna ”Viljekraft”, ”Vanebildning”, ”Utförandekapacitet”, ”Miljö” och ”Aktivitet”, vilket tydliggjort interventionernas resultat. I följande resultat diskussion kommer samma numrering (1-8) av artiklarna att användas, se tabell 2 bilaga 1.

Resultatdiskussion

Av studiens 8 artiklar visade resultatet 4 olika arbetsterapeutiska interventioner: *Multimodal rehabilitering*, *Biopsykosocial rehabilitering*, *Ergonomisk intervention* och *Lifestyle redesign*. Syftet med denna studie var även att undersöka effekten av arbetsterapeutiska interventioner som kan ingå i en multidisciplinär rehabilitering mot långvarig smärta för vuxna personer med avseende på MoHO-modellen. Resultatet visade att endast en av interventionerna hade en effekt på miljön, att förslag på anpassning av arbetsplats (2) främjar återgång i arbete och att den ergonomiska interventionen i studien från Israel (7) endast hade en effekt på aktivitet.

Endast en av interventionerna hade en effekt på miljön. Effekten som interventionerna hade på miljön undersöktes inte i någon av studierna. Att enbart en av interventionerna hade en effekt på miljön kan bero på att det inte fanns ett stort behov av såna arbetsterapeutiska interventioner. Arbetsterapeuter har ett etiskt ansvar att fokusera sina bedömningar och interventioner utifrån klientens behov och problem i aktivitet (Fischer & Nyman, 2007). Arbetsterapeuter anpassar även sitt arbete efter den arbetsplats som de är verksamma i. Arbetsplatsen som arbetsterapeuten är verksam i kan avgöra hur involverad den är eftersom detta påverkas av arbetsplatsens karaktär och hur länge klienten ska stanna (Toglia, Golisz & Goverover, 2014). Arbetsterapeuten i de flesta studier som inkluderades i resultatet hade antagligen ett fokus på att främja patienternas aktivitetsförmåga och ett arbetssätt där interventioner inte var inriktade på att ändra miljön. Smärtrehabilitering kan vara inriktad på att öka patienters aktivitetsförmåga (Rivano-Fischer & Persson, 2015).

I studien inom multimodal rehabilitering (2) där arbetsterapeuten bland annat gav förslag på anpassning av arbetsplats återvände en högre andel av deltagarna till arbete och detta visar på att miljön ändå kan vara ett hinder för aktivitet för en del personer med långvarig smärta. Miljö kan påverka utförandet av aktiviteter. Alla aktiviteter är ett resultat från en interaktion av en persons viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet tillsammans med egenskaperna i den fysiska och sociala miljön (Forsyth, Taylor, Kramer, Prior, Richie, Whitehead, Owen & Melton, 2014). Som tidigare nämnts kan smärta leda till en nedsättning av utförandekapacitet och det är därför som personer med långvarig smärta ofta har svårigheter med att utföra aktiviteter. Smärta kan fysiskt leda till bland annat gångsvårigheter, nedsatt rörlighet, sömnproblem, trötthet och nedsatt aptit (Jakobsson, 2008). Enligt Kielhofner (2008) erbjuder varje miljö potentiella möjligheter och resurser samt krav och begränsningar. Hur miljön påverkar en beror på hur egenskaperna i en given miljö interagerar med personens värderingar, intressen, uppfattning om den egna förmågan, roller, vanor och utförandekapacitet (Kielhofner, 2008). Därför borde förslag på anpassning av arbetsplats ingå i en rehabilitering med inriktning på återgång i arbete för personer med långvarig smärta.

Den ergonomiska interventionen i studien från Israel (7) hade endast en effekt på aktivitet och detta visar på att det inte räcker med en enda intervention för att behandla smärta. Enligt Jakobsson (2007) interagerar ofta fysiska, psykiska, sociala och kulturella faktorer med smärtan. Alla dessa faktorer måste tas med i beräkningen för en lyckad vård och därför bör behandlingen baseras på ett multidisciplinärt teamarbete, där kompetensen från olika kompetensområden samordnas (Jakobsson, 2007). Detta innebär att flera olika yrkesprofessioner bör samarbeta vid behandlingen av personer med långvarig smärta och att denna behandling borde innehålla flera interventioner eller åtgärder, beroende på behovet som finns. Dessutom har World Health Organization (2003) publicerat en rapport som beskriver att en framgångsrik behandling av personer med muskuloskeletala tillstånd är beroende av en multidisciplinär vård.

Litteraturstudiens resultat visar på att det finns relativt lite forskning om arbetsterapeutiska interventioner för personer med långvarig smärta. Enligt Hesselstrand, Samuelsson och Liedberg (2015) behövs det fler kvalitativa studier som undersöker individers upplevelser av arbetsterapeutisk behandling vid kronisk smärta. Resultatet i denna litteraturstudie bekräftar

detta eftersom det inte fanns en enda kvalitativ artikel vid datainsamlingen som var relevant för syftet. Den praktiska nyttan med denna litteraturstudie är att arbetsterapeuter som arbetar med långvarig smärta får kunskap om vilka arbetsterapeutiska interventioner som finns och effekterna av dessa.

Metoddiskussion

Genom att göra en litteraturstudie ville författaren sammanställa relevant kunskap inom ett område som sedan kan omsättas i praktiken (Kristensson, 2014). Tre olika databaser användes och bedömdes som relevanta för att söka artiklar som svarade på syftet; Cinahl, Medline och PsychINFO. Genom att använda databaser med ett relevant innehåll och ha en tydlig plan för hur artiklar skulle väljas ut ökade validiteten (Kristensson, 2014).

Samtliga artiklar granskades utifrån risken för systematiska fel och evidensstyrkan var begränsad i de flesta av artiklarna enligt Grade-skalan. Detta beror på att nästan alla studier i artiklarna var observationsstudier. Enligt Grade-skalan är evidensstyrkan starkast på randomiserade studier (Statens beredskap för medicinsk utvärdering , 2014). Endast en randomiserad studie fanns med bland artiklarna som inkluderades i resultatet. Alla artiklar som ingått i studien var skrivna på engelska. En författare till litteraturstudien ökade risken för tolkningsfel vilket har minskat reliabiliteten.

Det fanns relativt få studier som var relevanta och därför togs även artiklar med där deltagarna i studien var äldre än 65 år, trots att detta inte överensstämde med inklusionskriterierna. Ett av inklusionskriterierna var att deltagare i artikelns studie skulle vara mellan 18-65 år. Dessutom inkluderades en studie där interventionen inte gavs av en arbetsterapeut. I den studien gavs interventionen av en fysioterapeuten som fick handledning och gick på kurser som hölls av en arbetsterapeut. Även en annan studie där interventioner gavs av en arbetsterapeut tillsammans med en fysioterapeut inkluderades. Eftersom det fanns så få artiklar vid sökningen inkluderades studier från 1996 och framåt vilket innebär att vissa av de slutgiltiga artiklarna inte var så aktuella. Endast 3 av studierna hade fått någon form av etiskt godkännande vilket gjorde det svårt att värdera etiken i studierna.

Användningen av förutbestämda kategorier genom riktad innehållsanalys gav en struktur i analysen (Hsieh & Shannon, 2005) och gjorde det möjligt att ha ett fokus på aktivitet. Genom detta fokus på MoHOs begrepp om aktivitet upplevde författaren att den lyckats behålla ett arbetsterapeutiskt perspektiv genom hela processen i arbetet.

Konklusion

Arbetsterapeutiska interventioner vid långvarig smärta bör kompletteras med behandling och åtgärder från andra yrkesgrupper. Få arbetsterapeutiska interventioner hade någon effekt på miljön men ett viktigt fynd i denna studie är att miljön kan vara ett hinder för aktivitet och att förslag på anpassning av arbetsplats borde ingå i en rehabilitering med inriktning på återgång i arbete. Litteraturstudiens resultat visar att forskningsunderlaget är begränsat och att det finns ett stort behov av vidare studier inom området.

Referenser

Ashby, S., Fitzgerald, M., & Raine, S. (2012). The impact of chronic low back pain on leisure participation: implications for occupational therapy. *British journal of occupational science*, 75(11), 503-508.

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.173-188). Lund: Studentlitteratur.

*Baker, P., Goodman, G., Ekelman, B., & Bonder, B. (2005). The effectiveness of a comprehensive work hardening program as measured by lifting capacity, pain scales, and depression scores. *Work*, 24(1), 21-31.

- Bergman, S., & Nisell, R. (2011). Långvarig smärta. I L. Klareskog, T. Saxne, & Y. Enman (Red.), *Reumatologi* (2 uppl., s.253-269). Lund: Studentlitteratur.
- Caetano Martins Silva, F., Ferreira Sampaio, R., Cotta Mancini, M., Terezinha Luz, M., & Alessandro Alcântara, M. (2011). A qualitative study of workers with chronic pain in Brazil and its social consequences. *Occupational therapy international*, 18, 85-95.
- Dunn, W. (2001). Measurement issues and practices. In M. Law, C. Baum, & W. Dunn (Eds.), *Measurement in occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy* (pp. 21-29). Thorofare, N.J. : Slack, cop
- Fisher, A.G. & Nyman, A. (2007). *OTIPM: en modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi*. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier (4 uppl., s.65-147). Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsyth, K., Taylor, R.R., Kramer, J., Prior, S., Richie, L., Whitehead, J., Owen, C., & Melton, J. (2014). The model of human occupation. In B.A. Boyt Schell, G.Gillen, & M.E Scaffa (Eds.), *Willard & spackman's occupational therapy* (12th ed., pp.505-526). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, cop.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3 upp., s.141-152). Lund: Studentlitteratur.
- *Gantsching, B.E, Heigl, F., Widmer leu, C., Bütikofer, L., Reichenbach, S., Villiger, P.M. (2017). Effectiveness of the Bern Ambulatory Interprofessional Rehabilitation (BAI-Reha) programme for patients with chronic musculoskeletal pain: a cohort study. *Swiss Medical Weekly*, 147, w14433.
- Gerde, B., & Gullacksen, A.C. (2010). Rehabilitering vid långvarig benign smärta. I U. Jakobsson (Red.), *Långvarig smärta* (s.203-218). Lund: Studentlitteratur.
- Hesselstrand, M., Samuelsson, K., & Liedberg, G. (2015). Occupational therapy interventions in chronic pain: A systematic review. *Occupational therapy international*, 22, 183-194.
- Hsieh, H.F., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

International Association for the Study of Pain. (u.å). IASP Taxonomy. Hämtad den 13 November, 2017, från International Association for the Study of Pain, <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

Jakobsson, U. (2007). Introduktion. I U.Jakobsson (Red.), *Långvarig smärta* (s.15-21). Lund: Studentlitteratur.

Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4th ed). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso-och vårdvetenskapen*. Lund: Studentlitteratur.

*Kurklinsky, S., Perez, R.B., Lacayo, E.R., & Sletten, C.D. (2016). The Efficacy of Interdisciplinary Rehabilitation for Improving Function in People with Chronic Pain. *Pain Research and Treatment*, 1, 1-6.

Law, M., Polatajko, H., Baptise, S., & Townsend, E. (2002). Core concepts of occupational therapy. In E.Townsend (Ed.), *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (1th ed., pp. 29-56). Ottawa : CAOT Publications ACE.

Leufstadius, C., & Argentzell, E. (2010). Meningsfull aktivitet och psykiskt funktionshinder. I M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation: Mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (s.175-197). Lund: Studentlitteratur.

*Merrick, D., Sundelin, G., & Stålnacke, B.-M. (2012). One-year follow-up of two different rehabilitation strategies for patients with chronic pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(9), 764-773.

*Mårtensson, L., Marklund, B., & Fridlund, B. (1999). Evaluation of a Biopsychosocial Rehabilitation Programme in Primary Healthcare for Chronic Pain Patients. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6(4), 157-165.

Persson, E., Lexell, J., Rivanco-Fischer, M., & Eklund, M. (2013). Everyday Occupational problems perceived by participants in a pain rehabilitation programme. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20, 306-314.

*Persson, E., Lexell, J., Rivano-Fischer, M., & Eklund, M. (2014). Occupational performance and factors associated with outcomes in patients participating in a musculoskeletal pain rehabilitation programme. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(6), 546-552.

Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2013). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. Townsend & H. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (2nd ed., pp.13-36). Ottawa, Ontario : Canadian Association of Occupational Therapists.

*Ratzon, N.Z., Bar-Niv, N.A., & Froom, P. (2016). The effect of a structured personalized ergonomic intervention program for hospital nurses with reported musculoskeletal pain: An assigned randomized control trial. *Work*, 54(2), 367-377.

Rivano Fischer, M., & Persson, E. (2015). Åter i livet, åter i arbete: Rehabilitering vid långvarig smärta. I M. Eklund, K.Ekberg & G. Hensing (Red.), *Återgång i arbete: Processer, bedömningar, åtgärder* (s.88-107). Lund: Studentlitteratur.

Sand, O., Sjaastad, ø, Haug, E., & Bjålie, J. (2007). *Människokroppen* (2 uppl., s.148-178)(I. Bolinder-Palmér, K. Grönvall & K. Olsson, övers.). Stockholm: Liber. (Originalarbete publicerat 2006).

*Simon, A.U., & Collins, C.E.R. (2017). Lifestyle Redesign for Chronic Pain Management: A Retrospective Clinical Efficacy Study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 1-7

Socialstyrelsen. (2010). *Habilitering och rehabilitering: Förutsättningar för uppföljningar* (2010-12-20). Från <http://www.socialstyrelsen.se>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården: En handbok* (2 uppl). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Från <http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Toglia, J.P., Golisz, K.M., & Govderover, Y. (2014).Cognition, perception, and occupational performance. In B.A. Boyt Schell, G.Gillen, & M.E Scaffa (Eds.), *Willard & spackman's occupational therapy* (12th ed., pp.779-807). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, cop.

Wilcock, A. (2006). *An occupational perspective of health* (2nd ed., pp.78-109). Thorofare, N.J. : Slack, cop.

World Health Organization. (2003). *The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium* (WHO technical report series, nr 919). Geneve: World Health Organization. Från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42721/1/WHO_TRS_919.pdf

Östlundh, L. (2017). Informationsökning. I F.Fribergs (Red.), *Dags för uppsats* (3 upp., s.59-82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Tabell 2. Sammanställning av granskade artiklar

	Artikel	Land	Design	Urval	Intervention	Instrument	Resultat	Evidens nivå
1	Baker, P., Goodman, G., Ekelman, B., & Bonder, B. (2005). The effectiveness of a comprehensive work hardening program as measured by lifting capacity, pain scales, and depression scores. <i>Work, 24(1)</i> , 21-31.	USA	Kvantitativ	Arbetare som på grund av en kronisk skada inte längre kunde arbeta på samma nivå som tidigare. N=141	Multimodal rehabilitering. Arbetsterapeuten i teamet fokuserade på överkroppens motoriska färdigheter, ADL-aktiviteter, ergonomi, diaphragmatisk andning samt att stärka balansen mellan arbete och fritid.	The Baltimore Therapeutic Exercise machine (BTE)? Beck Depression Inventory (BDI) Oswestry low back pain disability questionnaire Waddell's test	Direkt efter interventionen visades en generell minskning av medel poängen på Beck Depression Inventory.	Begränsad
2	Gantsching, B.E, Heigl, F., Widmer leu, C., Bütikofer, L., Reichenbach, S., Villiger, P.M. (2017). Effectiveness of the Bern Ambulatory Interprofessional Rehabilitation (BAI-Reha) programme for patients with chronic musculoskeletal pain: a cohort study. <i>Swiss Medical Weekly, 147</i> , w14433.	Schweiz	Kvantitativ	Personer med diagnosen kronisk muskuloskeletal smärtsyndrom enligt ICD-10 kriterierna. N=30	Multimodal rehabilitering. Deltagarna som var anställda fick börja arbetsträna på deras vanliga arbetsplatser. En arbetsterapeut bedömde arbetsplatsen, höll i diskussioner med arbetsgivaren och rekommenderade arbetsanpassningar. Anpassningarna gällde arbetsplatsen, arbetsuppgifter och ergonomi.	The Numeric Rating Scale (NRS) The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) The Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM) European Quality of Life and Health measure (EuroQoL-5D-3L VAS)	Efter interventionen kände fler deltagare sig tillfredsställda med aktiviteter och skattade utförandet högre med COPM. Efter interventionen hade en högre andel av deltagarna återgått till arbete.	Begränsad
3	Kurklinsky, S., Perez, R.B., Lacayo, E.R., & Sletten, C.D. (2016). The Efficacy of Interdisciplinary Rehabilitation for Improving Function in People with Chronic Pain. <i>Pain Research and Treatment, 1</i> , 1-6.	USA	Kvantitativ	Personer som fick delta i ett smärtehabiliteringsprogram N=150	Multimodal rehabilitering. Den arbetsterapeutiska delen fokuserade på måttfullhet och balans av daglig aktivitet. Varje fredag hölls ett tidshanteringspass för att hjälpa deltagarna balansera aktivitet. Deltagarna fick även lära sig att använda strategier, som diaphragmatisk andning och muskelavslappning, i aktivitet.	6-minute Walk Test (6mWT) The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	Patienterna skattade sig själv i genomsnitt högre på COPMs utförande och tillfredsställelse skala när programmet var slut om man jämför vid starten. Vid programmets slut visades även en förbättring i funktionell kapacitet.	Begränsad
4	Merrick, D., Sundelin, G., & Stålnacke, B.-M. (2012). One-year follow-up of two different rehabilitation strategies for patients with chronic pain. <i>Journal of Rehabilitation Medicine, 44(9)</i> , 764-773.	Sverige	Kvantitativ	Personer med kronisk smärta N=75 Multimodal rehabilitering N=210 Rehabiliteringsplan	Multimodal rehabilitering. Programmet inkluderade arbetsterapi (ergonomi)	Visual Analogue Scale (VAS) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Disability Rating Index (DRI) LiSat-11	Vid 1 års uppföljningen hade smärtintensiteten minskat och förekomst av depression hade också förbättrats jämfört med innan interventionen gavs. Förbättring i LiSat-11 gällande domänen "Leisure".	Begränsad

5	Persson, E., Lexell, J., Rivano-Fischer, M., & Eklund, M. (2014). Occupational performance and factors associated with outcomes in patients participating in a musculoskeletal pain rehabilitation programme. <i>Journal of Rehabilitation Medicine, 46</i> (6), 546-552.	Sverige	Kvantitativ	Personer med en smärta som varat längre än 3 månader och som signifikant påverkade det dagliga livet. N=555	Multimodal rehabilitering. Programmet bestod bland annat av aktivitetsträning och tidsanvändningsstrategier som en arbetsterapeut var involverad i.	The Canadian Occupational performance Measures (COPM) Disability Rating Index (DRI) Multidimensional Pain Inventory (MPI)	Det fanns statistiska förbättringar från start till slut, från avslut till 1 års uppföljningen och från start till 1 års uppföljningen på COPM i utförande och tillfredsställelse skalan.	Begränsad
6	Mårtensson, L., Marklund, B., & Fridlund, B. (1999). Evaluation of a Biopsychosocial Rehabilitation Programme in Primary Healthcare for Chronic Pain Patients. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 6</i> (4), 157-165.	Sverige	Kvantitativ	Personer med en smärta som varat längre än 6 månader. N=70	Biopsykosocial rehabilitering. Ett rehabiliteringsprogram bestående av kurser som en arbetsterapeut och en fysioterapeut höll i. Träning i avslappning och kroppsmedvetenhet inkluderades i alla kurstillfällena. Även applicering av ergonomi i det vanliga livet och på arbetet ingick.	Visual Analogue Scale (VAS) The Personality-Physical-cognitive (PPC) Questionnaire	Direkt efter interventionen angav 85% av deltagarna en ökad förmåga att kontrollera symptom, 28% att deras sömn hade förbättrats och 66% att de hade ändrat sina levnadsvanor.	Begränsad
7	Ratzon, N.Z., Bar-Niv, N.A., & Froom, P. (2016). The effect of a structured personalized ergonomic intervention program for hospital nurses with reported musculoskeletal pain: An assigned randomized control trial. <i>Work, 54</i> (2), 367-377.	Israel	Kvantitativ rct studie	Arbetande sjuksköterskor med musculoskeletal smärta. N=14 Intervention grupp N=17 Kontrollgrupp	Ergonomisk intervention	Rapid Entire Body Assessment (REBA) The Standardized Nordic Questionnaire for the Analysis of Musculoskeletal Symptoms (SNQ) The Job Content Questionnaire	Det fanns en minskning i kroppsställningspoäng i REBA hos interventionsgruppen efter interventionen jämfört med nivån innan. I kontrollgruppen fanns det ingen betydlig skillnad före och efter interventionen. Det fanns ingen betydlig skillnad i nivån av musculoskeletal smärta i någon av grupperna.	Stark
8	Simon, A.U., & Collins, C.E.R. (2017). Lifestyle Redesign for Chronic Pain Management: A Retrospective Clinical Efficacy Study. <i>The American Journal of Occupational Therapy, 71</i> (4), 1-7.	USA	Kvantitativ	Personer med kronisk smärta. N= 45	Lifestyle Redesign	The Canadian Occupational Performance Measures (COPM) 36-Item Short-Form Survey (SF-36) Brief Pain Inventory (BPI) Pain Self-Efficacy Questionary (PSEQ)	Mått på utförande och tillfredsställelse i COPM ökade. Socialt fungerande samt roll begränsningar på grund av fysisk hälsa eller känslomässiga problem ökade i poäng på SF-36. Brief Pain Inventory visade på en liten minskning i den genomsnittliga och värsta smärtnivåerna	Begränsad

Bilaga 2

Tabell 3. Kategorier enligt MOHO som interventionerna hade en effekt inom

Art. Nr.	Viljekraft			Vanebildning		Utförandekapacitet		Miljö					Aktivitet		
	Värderingar	Intressen	Uppfattning om den egna förmågan	Vanor	Roller	Objektiva fysiska och mentala komponenter	Subjektiva upplevelser	Fysisk	Social	Kulturell	Ekonomisk	Politisk	Arbete	Lek	Aktiviteter i det dagliga livet
1						×									
2			×					×					×		
3			×												×
4						×								×	
5			×												
6				×											
7													×		
8			×		×	×									