



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Arbetsterapeutprogrammet

Examensarbete på kandidatnivå 15 hp

Våren 2018

Vilka aspekter stödjer och/eller hindrar arbetsterapeuter i primärvården att arbeta med patienter som har aktivitetsbegränsningar relaterat till psykisk ohälsa.

Författare: Elvira Nilsson, Malin Troedsson

Handledare: Elisabeth Persson

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet
Box 157
221 00 LUND

Tack!

Ett varmt tack till vår engagerade handledare Elisabeth som har varit ett stort stöd hela vägen och inspirerat oss i vårt examensarbete. Elisabeths stöd och kommentarer har fört vårt arbete framåt och i mål. Vi vill även rikta ett stort tack till er arbetsterapeuter som tog er tid att besvara enkäten. Sist men inte minst vill vi tacka varandra för ett gott och roligt samarbete längs vägen!

Vilka aspekter stödjer och/eller hindrar arbetsterapeuter i primärvården att arbeta med patienter som har aktivitetsbegränsningar relaterat till psykisk ohälsa.

Författare: Elvira Nilsson, Malin Troedsson

Handledare: Elisabeth Persson

Examensarbete på kandidatnivå
Våren 2018

Abstrakt

Bakgrund: Sjukskrivningarna relaterat till psykisk ohälsa har ökat de senaste åren och behandlingarna rapporteras vara otillräckliga. Det saknas kunskap och resurser för att arbeta med individer med psykisk ohälsa. Primärvården är oftast den instans individer vänder sig till i första skedet och där kan arbetsterapeutiska interventioner användas som en del av behandlingen vid psykisk ohälsa. **Syfte:** Att undersöka stödjande/hindrande faktorer för arbetsterapeuter inom primärvården i arbetet med patienter som har aktivitetsbegränsningar relaterade till psykisk ohälsa, och vilka bedömningar/interventioner arbetsterapeuterna använder. **Metod:** En egenkonstruerad webbenkät skickades ut. För att analysera svaren från enkäten användes deskriptiv analys och kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Studien visade på att arbetsterapeuterna hade intresse att arbeta med målgruppen men upplevde att de inte hade stöd i de nationella riktlinjerna. Målgruppen blev remitterade till arbetsterapeuterna men det saknades kunskap om vad arbetsterapeuter kan göra för denna målgrupp. **Slutsats:** Flertalet av arbetsterapeuterna inom primärvården arbetade med individer med psykisk ohälsa och ansåg att det viktigaste att förbättra var främst ökad kunskap om arbetsterapi inom verksamheten samt teamarbetet med andra vårdprofessioner.

Nyckelord

Aktivitetsmönster, arbetsterapeut, arbetsterapi, hälsa, primärvård, psykisk ohälsa

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet
Box 157
221 00 LUND

Which aspects support and/or prevent occupational therapists in primary health care to work with patients who have limitations in daily activity related to mental illness.

Author/s: Elvira Nilsson, Malin Troedsson

Supervisor: Elisabeth Persson

Bachelor thesis
Spring 2018

Abstract

Background: Sick leave due to mental illness have increased in recent years and the treatments are reported to be insufficient. There is a lack of knowledge and resources to work with individuals with mental illness. Primary health care is usually the instance individuals meet at first stage, and occupational therapy interventions can be used as part of the treatment of mental illness. **Purpose:** To investigate what support/prevent occupational therapists in primary health care to work with patients who have activity constraints related to mental illness, and which assessments/interventions occupational therapists use. **Method:** A self-designed web-survey was sent out. To analyze the answers from the survey, descriptive analysis and qualitative content analysis were used. **Results:** The study showed that occupational therapists were interested in working with this group but they had no support in the national guidelines. Individuals with mental illness were remitted to the occupational therapists but there was lack of knowledge of what occupational therapists can do for this group. **Conclusion:** Occupational therapists in primary health care worked with individuals with mental illness and felt that the most important thing to improve was to increased knowledge of occupational therapy and teamwork with other care professionals.

Keywords

Activity patterns, health, mental illness, occupational therapist, occupational therapy, primary health care

Lund University
Faculty of Medicine
Occupational Therapy Programme
Box 157
S-221 00 LUND

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
2. Bakgrund	7
2.1 Psykisk ohälsa	7
2.2 Primärvårdens uppdrag	8
2.3 Arbetet med psykisk ohälsa i primärvård	9
2.4 Arbetsterapi inom primärvården	9
2.5 Arbetsterapi vid psykisk ohälsa	10
2.6 Sammanfattande problemformulering	13
3. Syfte	13
3.1 Frågeställning	14
4. Metod	14
4.1 Urval	14
4.2 Datainsamling	15
4.3 Dataanalys	17
4.4 Forskningsetiska övervägande	17
5. Resultat	18
5.1 Arbetsterapeuter i arbetet med psykisk ohälsa	18
5.2 Stödjande/hindrande faktorer inom verksamheten/organisationen	19
5.3 Stödjande/hindrande faktorer i den egna rollen som arbetsterapeut	20
5.4 Bedömningar vid psykisk ohälsa	21
5.5 Interventioner vid psykisk ohälsa	22
5.6 Viktigast att förbättra i arbetet med psykisk ohälsa	23
6. Diskussion	24
6.1 Sammanfattning av resultatet	24
6.2 Metoddiskussion	25
6.3 Resultatdiskussion	29
7. Slutsats	34
8. Referenslista	35
Bilaga 1	41

1. Inledning

Psykisk ohälsa har ökat i samhället (Socialstyrelsen, 2017b; Försäkringskassan, 2016). Arbetsterapeuter och andra professioner inom sjukvården står inför utmaningar i arbetet med den ökade psykiska ohälsan menar Kåhlin (2017). Psykisk ohälsa ses som ett stort hot mot folkhälsan (Kåhlin, 2017; Socialstyrelsen, 2017b). Professionerna i primärvården är oftast de som möter patienter med psykisk ohälsa i tidigt skede (SFS 1982: 763), samtidigt som arbetet med psykisk ohälsa i primärvården pekas ut som bristfälligt. Primärvårdens arbete är därför en viktig del i förbättringen av arbetet med psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2017b). Arbetsterapeutiska insatser vid psykisk ohälsa har visat sig kunna bidra till ett ökat välmående och upprätthållande av hälsa (Eklund & Erlandsson, 2011; Argentzell & Leufstadius, 2010a). För att få ett ökat välmående för individer och i slutändan positiva insatser i hela vårt samhälle, kan arbetsterapeuter tillsammans med andra professioner och andra samhällsfunktioner vara med och hjälpa de som drabbats av psykisk ohälsa menar Sveriges Arbetsterapeuters förbundsordförande (Kåhlin, 2017).

Med dessa utgångspunkter ämnar författarna undersöka vilka aspekter som stödjer och/eller hindrar arbetsterapeuter i primärvården att arbeta med individer som har aktivitetsbegränsningar till följd av psykisk ohälsa, samt vilka bedömningar och interventioner som används av arbetsterapeuter inom primärvården i arbetet med denna patientgrupp.

2. Bakgrund

2.1 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa förekommer i många individers vardag och blir ett problem om det ökar till den grad att det blir störande i vardagen. Det finns många olika sätt att definiera psykisk ohälsa. Begreppet används ofta som ett samlingsbegrepp för alla typer och grader av psykiska störningar, sjukdomar och upplevelser av psykiska problem (Hedelin, 2006). Psykisk ohälsa har ökat i Sverige och ökningen har skett i störst utsträckning bland unga i arbetsför ålder (Socialstyrelsen, 2017b). Orsaken till ökningen av psykisk ohälsa kan inte kopplas till en faktor, utan beskrivs kunna bero på bland annat en ärftlig benägenhet, negativa livshändelser, brist på socialt nätverk, dåliga hem- och arbetssituationer. En ökad risk för psykisk ohälsa kan även kopplas samman med kön, individens utbildning, bostadsort eller civilstånd (Försäkringskassan, 2014). Samtidigt som en ökning av psykisk ohälsa sker i samhället rapporteras att behandlingen ofta är otillräcklig. En konsekvens av detta rapporteras att det ofta kan ta lång tid att få vård, att det saknas kunskap samt att det kan förekomma resursbrist (Socialstyrelsen, 2017b).

Ökningen av psykisk ohälsa i Sverige har stor del i ökningen av sjukskrivningar och sjukfrånvaro. Från år 2010 till 2015 ökade sjukfrånvaron av psykisk ohälsa från 82 000 till 139 000 individer. Ökningen ses bland både män och kvinnor, men är något större bland kvinnor. De diagnoser inom psykisk ohälsa som har ökat mest i samhället är depression, ångest, stress och utmattningssyndrom (Försäkringskassan, 2016). Författarna har därför valt att fokusera på dessa diagnoser samt att de kan bidra till aktivitetsbegränsningar för individer. Aktivitetsbegränsningar kan innebära att individer har svårigheter med att utföra arbete som innehåller många olika uppgifter eller arbetsuppgifter som ställer krav på goda kognitiva funktioner (Socialstyrelsen, 2018b). Definitionen av depression enligt diagnossystemet ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), är symtom som minskad energi, minskad lust att utföra aktiviteter som förut varit glädjande samt nedstämdhet. Ångestsyndrom definieras med att vissa situationer eller vissa omständigheter utlöser oro och svårbemästrad rädsla vid upprepade tillfälle, som kan leda till begränsningar i vardagen för de som drabbats (Socialstyrelsen, 2017a). En definition av stress är att det kan utlösas av obalans mellan påfrestningar som individer utsätts för i förhållande till de resurser

de har för att kunna hantera dessa. Det kan både vara överskott som underskott av resurser i förhållande till påfrestningar som kan leda till negativ stress (Socialstyrelsen, 2003). Att utsättas för stress under lång tid kan ge psykisk och fysisk trötthet vilket kan leda till utmattningssyndrom. Detta kan medföra betydande kognitiva funktionsnedsättningar, vanligen tillsammans med ångest och depression samt även fysiska symtom. De kognitiva besvären kan exempelvis vara problem med minnet, svårighet att koncentrera sig och svårt att ta egna initiativ. Fysiska symtom kopplat till psykisk ohälsa kan vara sömn- och balanssvårigheter och kroppslig svaghet (Socialstyrelsen, 2018b).

2.2 Primärvårdens uppdrag

Primärvården är oftast den första instansen i vårdkedjan som individer vänder sig till när de söker vård (SFS 1982:763). Vidare framgår det i lagen att kontakt med primärvården är en del av vårdgarantin vilket innebär en försäkran om att medborgare har rätt att få vård inom en viss angiven tid. Primärvården ska utan restriktioner på ålder, sjukdomar eller grupper i samhället ansvara för den huvudsakliga medicinska behandlingen, rehabiliteringen och omvårdnaden, som inte kräver mer avancerad medicinsk kompetens eller teknisk hjälp. Uppdraget att samordna primärvårdsenheterna ligger på landstingen och vårdenhet ska kunna väljas fritt av medborgarna via vårdvalssystemet (SFS 1982:763).

Enligt Socialstyrelsen (2016) är de krav som ställs på primärvårdsenheterna inte utförligt beskrivet. Kraven på vilka insatser som ska finnas tillgängliga skiljer sig mellan de olika landstingen. Ett exempel på detta är att hälften av landstingen har en tydlighet i att tillgång till arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska finnas, medan andra hälften av landstingen saknar detta krav. Även kompetenskraven inom det psykosociala området skiljer sig åt mellan primärvårdsenheterna. Det vanligaste kravet inom detta område är kompetens i kognitiv beteendeterapi och grundläggande psykoterapiutbildning, medan vissa landsting inte har specificerade krav utan mer allmänna krav på kompetens inom psykosociala området (Socialstyrelsen, 2016). I Socialstyrelsens rapport *Primärvårdens uppdrag: En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*, påpekas att ett förtydligande om primärvårdens åtagande bör göras nationellt (Socialstyrelsen, 2016). Riksrevisionen har undersökt hur de statliga reformerna om lagstadgad vårdgaranti och vårdval har inverkat på primärvårdens möjligheter att ge lika vård till medborgarna och att arbeta för en god hälsa. De

rekommenderade regeringen att ta initiativ till att utforma ett mer likformigt primärvårdsuppdrag och skapa mer likvärdiga vårdvalssystem (Riksrevisionen, 2014).

2.3 Arbetet med psykisk ohälsa i primärvården

Sjuttio procent av de individer som behandlas för depression- och ångestsymtom får sin vård inom primärvården (Socialstyrelsen, 2017a). Trots att många behandlas så lyfts primärvårdens arbete med psykisk ohälsa fram som den del inom sjukvården som har den mest bristfälliga behandlingen av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2017b). Socialstyrelsen (2013) anser det vara av största vikt att vården vid psykisk ohälsa inom primärvårdens verksamhet förbättras. Vid behandlingen av psykisk ohälsa ska de nationella riktlinjerna följas enligt Socialstyrelsen (2017b). I de nationella riktlinjerna för depression och ångesttillstånd påvisas vikten av att identifiera negativa faktorer i vardagen genom att se över rutiner, vanor och aktiviteter som kan bidra till psykisk ohälsa. För individer som drabbats av psykisk ohälsa, påvisas vikten av att skapa förändring som kan innebära att återfå förlorade rutiner och aktiviteter, samt skapa ett klimat där krav från arbete och skola anpassas till individerna. Detta för att individerna på nytt ska kunna engagera sig i aktiviteter som är meningsfulla för dem (Socialstyrelsen, 2017a). Att följa de nationella riktlinjerna vid behandling av psykisk ohälsa inom primärvården visar sig vara eftersatt och den främsta orsaken beskrivs vara en resurs- och kunskapsbrist (Socialstyrelsen, 2017b). Enligt Socialstyrelsen (2016) är det endast något fler än hälften av landstingen som har tydliga krav på att primärvårdens verksamheter ska utgå från de nationella riktlinjerna för olika sjukdomstillstånd.

2.4 Arbetsterapi inom primärvården

Det är ca 10 000 medlemmar i Sveriges arbetsterapeuter varav ca 11% av dem arbetar inom primärvården (Sveriges arbetsterapeuter, 2018). Inom primärvården möter arbetsterapeuter individer som har aktivitetsbegränsningar som kan bero på skador och sjukdomar i rörelseorganen, kognitiva funktionsnedsättningar, stress, kronisk smärta och psykisk ohälsa. Arbetsterapeuter i primärvården utför bedömningar och utredningar av individens aktivitetsbegränsningar. Vid behov kan arbetsterapeutiska interventioner genomföras för att minska dessa begränsningar. Arbetsterapeutiska bedömningar och utredningar kan vara underlag för olika sjukdomsdiagnostiseringar, bidrag med information inför sjukskrivningsbeslut eller vid misstänkt demens. Interventionerna som arbetsterapeuterna utför

kan vända sig både till individer och kringliggande miljö samt ske i både grupp och individuellt. Arbetsterapeutiska interventioner i primärvården kan vara att öka förutsättningarna för individers arbetsförmåga och förmåga att utföra vardagliga aktiviteter. Interventionerna kan vara att träna i aktivitet, åtgärder riktade mot bättre ergonomi, tillverkning av ortoser och patientutbildningar (Arbetsterapi i primärvården, 2014).

I en undersökning där arbetsterapeuter intervjuades, angående sin arbetssituation generellt i olika typer av verksamheter, framkom att det som de upplevde som stödjande inom sin egen profession var: att arbetet var omväxlande, intressant, engagerande och roligt, att problemlösningar var kreativa samt ökat behov av arbetsterapeutiska insatser vilket medförde ökat antal kollegor. Det som arbetsterapeuterna i studien upplevde som hinder i arbetet var: en ökad arbetsbörda, arbetsgivare och klienters ökande krav, att det hände något som behövde åtgärdas akut utanför arbetsterapeutiska åtaganden, ökad stress, ensamhet inom sin profession på arbetsplatsen, organisatoriska gränser som hindrade, avsaknaden av samtal/diskussion med kollegor, omorganisationer samt att de saknade respekt och lyhördhet för sin profession (Hane & Wennberg, 2002). Då arbetsterapeuter arbetar med att möjliggöra utförandet av vardagliga aktiviteter för individer som av olika skäl inte har möjlighet att utföra dessa. Vardagliga aktiviteter anses till stor del självklara och relativt lätta att förstå, vilket kan göra att det som arbetsterapeuter arbetar med kan ses som underförstått av andra professioner (Erlandsson & Persson, 2014).

2.5 Arbetsterapi vid psykisk ohälsa

Människan är av naturen en aktiv varelse och behöver aktivera sig på olika sätt för att uppnå hälsa. World Health Organisations (WHO, 2014a) definierar hälsa som "*fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada*". Aktivitet spelar i WHO:s hälsobegrepp en viktig roll. Aktivitet kan skapa mening och beskrivs bidra till att individer kan upprätthålla och bibehålla sin hälsa genom rätt balans mellan aktivitet och vila (Wilcock & Hocking, 2015).

Psykisk ohälsa som depression, ångest, stress och utmattningssyndrom kan leda till begränsad möjlighet att utföra aktiviteter. Förändrad livsstil, successiv återgång till normal vardag och hantering av stress är målet av rehabiliteringen för individer med psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2018b). Enligt WHO (2014b) innebär mental hälsa ett tillstånd av välbefinnande där varje individ kan hantera normala prövningar i livet, kan arbeta och bidra till

samhället och inse sin egen potential. För att upprätthålla mental hälsa menar Wilcock och Hocking (2015) att individernas aktiviteter behöver vara motiverande, bidra till att skapa självkänsla, en känsla av tillhörighet och att ha ett mål.

Arbetsterapeuter utgår från att varje individ är unik och har egna specifika förmågor. För att kunna stödja individer till en acceptabel vardag fokuserar arbetsterapeuter på vad som hindrar individer och deras förmågor istället för på diagnoser (Argentzell & Leufstadius, 2010b; Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2012). Vid psykisk ohälsa kan individers aktivitetsmönster upplevas bli uppluckrat, kaotiskt och ostrukturerat. Det kan uppstå en obalans mellan aktiviteter och vila/sömn vilket i sin tur kan ge en negativ påverkan på individers välbefinnande och hälsa (Leufstadius, Erlandsson & Eklund, 2006). Ett aktivitetsmönster innehåller olika aktiviteter och påverkas av hur individer fördelar sin tid, vilket gör att varje individs aktivitetsmönster är unikt. Aktivitetsmönstret varierar över tid då intresse, ålder och sammanhang förändras genom hela livet (Erlandsson & Christiansen, 2015; Christiansen & Townsend, 2010; Matuska & Barrett, 2013). Psykisk ohälsa tillsammans med en, för individen, trygg miljö kan göra att omvärlden och socialt samspel begränsas på ett negativt sätt. Det är viktigt att hjälpa individen att komma igång för att kunna upprätthålla sitt aktivitetsmönster och sina sociala kontakter vid psykisk ohälsa. Genom att motivera och ge individen positiv feedback i de aktiviteter som individen för närvarande utför kan medföra att självkänslan ökar. Detta kan i sin tur bidra till att individen vill fortsätta med aktiviteten och vara delaktig socialt, vilket är gynnsamt för återhämtningen vid psykisk ohälsa (Argentzell & Leufstadius, 2010b).

En arbetsterapeut kan hjälpa individer som av olika anledningar saknar struktur och som har obalans i sin vardag. Detta kan ske med hjälp av olika kognitiva hjälpmedel eller träning i vardagliga aktiviteter, där en viktig uppgift för arbetsterapeuter är att motivera individer till att engagera sig i aktiviteter i sin vardag. Arbetsterapeuter kan hjälpa individer att själv hitta lösningar och strategier för att få vardagen att fungera. För att rätt åtgärd ska vidtas kan arbetsterapeuter bedöma individers aktivitetsmönster (Argentzell & Leufstadius, 2010b). Ett sätt att kartlägga aktivitetsmönster och identifiera obalans i vardagen är att använda sig av en aktivitetsdagbok/tidsdagbok. Detta kan hjälpa till att identifiera svårigheter, och göra det mer tydligt för både individer och arbetsterapeuter vad och/eller var i vardagen problem kan finnas. Dagboken utgör ett underlag för diskussion om vardagen, och enskilda aktiviteter kan sedan tas bort, omstruktureras eller läggas till för att kunna uppnå en mer balanserad vardag (Bejerholm, 2010). Det är individuellt hur aktivitetsbalans upplevs och det krävs att de aktiviteter som utförs

har ett värde och ett syfte för individerna (Wagman, Håkansson & Björklund, 2012; Christiansen & Townsend, 2010; Matuska & Barrett, 2013). Kunskapen om individers aktivitetsbalans är ett viktigt redskap för arbetsterapeuter. För att uppnå balans i vardagliga aktiviteter krävs att "the big four"; *arbete, fritid, vila* och *sömn* är jämnt fördelade för individen, när detta åstadkommit har det en stor inverkan på individens välbefinnande och hälsa (Wagman et al. 2012).

Upplevelsen av att vara delaktig och att ha en social roll är gynnsamt för ett positivt resultat efter rehabiliteringen (Argentzell & Leufstadius, 2010a). Det kan vara av betydande vikt att förstå hur individen uppfattar meningen med att utföra aktiviteter. Mening ses som ett dynamiskt begrepp (Erlandsson & Persson, 2014). För att förstå vad som kan skapa mening i aktivitet har Wilcock och Hocking (2015) delat in mening i fyra dimensioner; *doing* (görandet), *being* (varandet), *belonging* (tillhörighet) och *becoming* (blivandet). Dessa dimensioner beskrivs kunna skapa meningsfulla aktiviteter för individer. Att vara delaktig i sin behandling av psykisk ohälsa i sjukvården kan öka känslan av att vara involverad socialt. Känslan av delaktighet i sin vård är dock någon som lyfts fram som en brist. Med en mer individanpassad vård där det fokuseras på individernas unika behov, dess förväntningar och integritet förväntas patienterna känna sig mer delaktiga i den vård de får (Socialstyrelsen, 2017b).

Arbetsterapeuter kan arbeta med olika interventioner när det gäller psykisk ohälsa. För att kunna vara socialt delaktig arbetar arbetsterapeuter med social träning tillsammans med individen. Social träning kan ske individuellt eller i grupp riktad mot delaktighet i aktivitet och i samhället. Detta kan ske genom att individerna med arbetsterapeuten som stöd, utsätter sig för olika sociala sammanhang som de upplever sig ha svårt att klara av. Vidare om individerna har problem med förmågan att planera, problem med minnet eller problem att hantera andra vardagliga situationer, kan arbetsterapeuten tillhandahålla aktivitetsträning i form av minnesträning eller träning i vardagliga aktiviteter (Argentzell & Leufstadius, 2010b).

ReDO™-metoden är en intervention som är utarbetad för kvinnor med stressrelaterade sjukdomar, som är sjukskrivna och ska återgå till arbetet. Interventionen utförs i grupp under 16 veckor och används till individer som är i behov av att förändra sin vardag, för att kunna få en ökad arbetsförmåga och hälsa. Rutiner och vanor omstruktureras och individerna har själv den aktiva rollen i att identifiera och hitta strategier för att få en mer hälsosam och balanserad vardag (Eklund & Erlandsson, 2011). Rutinerna och vanorna har ett värde i vardagen då det skapar struktur och hjälper oss att upprätthålla vår hälsa och balans i vardagen. Dåliga rutiner

och vanor kan även vara en bidragande faktor till en obalans i vardagen och därmed orsaka psykisk ohälsa (Matuska & Barrett, 2013; Erlandsson & Christiansen, 2015).

Vid en fullgod behandling vid psykisk ohälsa, är syftet för individen att uppnå ett ökat välmående med minskade negativa symtom och ökade sociala förmågor. Målet är att individen ska kunna återgå till tidigare sysselsättning. Vid bristfällig eller försenad behandling ökar risken för självmord, långvarig sjukdom och högre risk för att återigen insjukna. Rekommendationen är därför snabb hantering av psykiska tillstånd (Socialstyrelsen, 2017b).

2.6 Sammanfattande problemformulering

Det har framgått att psykisk ohälsa har ökat i Sverige (Socialstyrelsen, 2017b; Försäkringskassan, 2016). För att möta det ökade behovet och uppnå en god vård vid psykisk ohälsa har Socialstyrelsen (2017a) som utgångspunkt att utgå från individens unika behov, önskemål och förutsättningar. Detta är avgörande vid valet av behandlingsåtgärd och en förutsättning för utvecklingen i arbetet med psykisk ohälsa. Arbetsterapeuter ska enligt den Etiska koden för arbetsterapeuter (2012) utgå från individens vilja och respektera rätten till självbestämmande. Det finns även evidens för arbetsterapeutiska interventioner riktade mot individer med psykisk ohälsa (Erlandsson, 2013; Argentzell & Leufstadius, 2010a). Arbetsterapeuter arbetar idag med psykisk ohälsa inom primärvårdens verksamhet (Arbetsterapi i primärvården, 2014). Primärvårdens verksamhet pekats ut som den mest bristfälliga vården vid arbetet med psykisk ohälsa av Socialstyrelsen (2017b). Det anses vara av vikt att belysa ämnet psykisk ohälsa då det är ett ökat samhällsproblem. Även att undersöka vad arbetsterapi inom primärvården kan bidra med för denna målgrupp, då det saknas riktlinjer och studier om vad arbetsterapeuter inom primärvården kan göra för individer med psykisk ohälsa.

3. Syfte

Syftet med studien är att undersöka vilka aspekter som stödjer och/eller hindrar arbetsterapeuter i primärvården i arbetet med patienter som har aktivitetsbegränsningar relaterade till psykisk ohälsa, och vilka bedömningar/interventioner som används.

3.1 Frågeställning

Vad stödjer arbetet inom arbetsterapi med psykisk ohälsa?

Vad hindrar arbetet inom arbetsterapi med psykisk ohälsa?

Vilka bedömningar använder arbetsterapeuterna som arbetar med psykisk ohälsa?

Vilka interventioner använder arbetsterapeuterna som arbetar med psykisk ohälsa?

Upplever arbetsterapeuter den ökade psykiska ohälsan i samhället och vad anser de är det viktigaste att förbättra i arbetet med denna patientgrupp?

4. Metod

Studien är en empirisk kvantitativ tvärsnittsstudie som utfördes som en enkätstudie med kvalitativa inslag. En kvantitativ ansats valdes för att kunna göra jämförelser. Induktiv ansats valdes för att kunna göra en kartläggning över undersökningsgruppen.

4.1 Urval

Urvalet valdes ändamålsenligt och bestod av legitimerade arbetsterapeuter. Inklusionskriterier var att arbetsterapeuterna skulle arbeta inom primärvårdens verksamhet. Bekvämlighetsurval gjordes då enkäten skickades ut via e-mail till arbetsterapeuter i primärvården. Icke-slumpmässigt urval gjordes vid utskick av enkäten via internet i enlighet med Kristensson (2014). För att komma i kontakt med arbetsterapeuter inom primärvården, kontaktades Sveriges Arbetsterapeuter, privata aktörer, författarnas tidigare kända kontakter inom primärvården samt via en arbetsterapeut inom Region Skåne. För att undersökningen skulle spridas runt om i landet distribuerades enkäten även i gruppen Arbetsterapeuter på Facebook (Facebook inc., 2018).

Beskrivningen av respondenterna, vilket kön, inom vilken sektor som de arbetade i, hur länge de varit verksamma som arbetsterapeuter och hur länge de varit verksamma inom primärvården visas i tabell 1.

Tabell 1 Beskrivning av undersökningsgruppen (n = 42)

Bakgrundsfaktorer	
Kön (n (%))	
Kvinnor	40 (95,2)
Män	2 (4,8)
Sektor (n (%))	
Landsting/region	32 (76,2)
Privat	10 (23,8)
Verksam som arbetsterapeut (År)	
Medelvärde	16,4
SD ^a	9,8
Range ^b	1–37
Verksam inom primärvården (År)	
Medelvärde	9,6
SD ^a	9,1
Range ^b	1–32

^aSD = Standardavvikelse, ^bRange = min- och maxvärde.

Den geografiska spridningen i vilken region arbetsterapeuterna var verksamma enligt följande fördelning: I region Skåne var det 22 arbetsterapeuter (52,4 %), i region Stockholm var det åtta arbetsterapeuter (19,0 %), i region Västra Götaland var det tre arbetsterapeuter (7,1 %) i region Södermanland, Dalarna och Jönköping två arbetsterapeuter/region (4,8 %), i region Värmland, Kronoberg och Norrbotten var det en arbetsterapeut/region (2,4 %).

4.2 Datainsamling

Deltagarna rekryterades genom utskick av enkäter till 36 mailadresser samt ett inlägg på Facebook (Facebook inc., 2018), med en förfrågan om att delta i studien tillsammans med ett bifogat informationsbrev om studien, dess syfte samt bifogat länk till webbenkät. Webbenkäten var en självrapportering, vilket innebär att de svarade på enkäten på egen hand. Det framgick tydligt i det bifogade informationsbrevet om konfidentialitet och frivilligt deltagande i enlighet med Kristensson (2014). Antal besvarade enkäter blev 42, deltagarna fick tio dagar på sig att svara på enkäten och efter sju dagar skickades en påminnelse ut via mail och nytt inlägg på Facebook (Facebook inc., 2018), där deltagarna hade tre dagar på sig att svara. Trettiosju

respondenter hade besvarat enkäten efter första utskicket, ytterligare fem respondenter besvarade enkäten efter att påminnelse skickats ut.

Enkäten (se bilaga 1) utformades med hjälp av Google forms (Google inc., 2018) och bestod av 13 frågor som tog ca fem minuter att besvara. Enkäten var i huvudsak uppbyggd med slutna frågor, samt kompletterad med några öppna frågor. Vid konstruktionen av enkätfrågorna tillämpades följande principer i enlighet med Streiner och Norman (2008); tydlighet med ett språk som var förståeligt, ej ledande eller negativt utformade frågor. Respondenterna kunde välja bort att ange svar på enskilda påståenden. För att frågor skulle vara relevanta och trovärdiga för ämnet användes referenslitteratur och studier vid utformningen av frågorna. Exempel på referenslitteratur är bland annat Argentzell & Leufstadius (2010a), Bejerholm (2010), Erlandsson och Persson (2014) och Hane och Wennberg (2002).

Fråga 1 till 5 bestod av bakgrundsfrågor som ställdes för att kunna beskriva stickprov från den population som undersöktes. Fråga 1 och 3 utformades som flervalfrågor som enligt Kristensson (2014) innebär frågor med mer än tre svarsalternativ. Fråga 2 var en dikotom fråga, vilket innebär frågor med endast två svarsalternativ med avsikt att samla in enklare information (Kristensson, 2014). Fråga 4 till 5 valdes att ställas som öppna frågor för att få reda på antalet år som respondenterna hade arbetat som arbetsterapeuter samt hur länge de arbetat i primärvården.

Fråga 6 till 7 var dikotoma och berörde respondenternas erfarenheter som arbetsterapeut och deras arbete med psykisk ohälsa.

Fråga 8 till 11 berörde syftet med studien. Förbestämda svarsalternativ användes för att frågorna skulle vara lätta att besvara och för att senare kunna kategoriseras i resultatet. I slutet på dessa frågor fanns en öppen avslutande fråga, detta för att enligt Kristensson (2014) minimera risken att svarsalternativen inte skulle passa in på någon av deltagarna.

Fråga 12 var en öppen fråga för att, som Kristensson (2014) menar, deltagarna skulle kunna uttrycka sina upplevelser och ge sina synpunkter på ämnet.

Fråga 13 fick deltagarna fylla i sin mailadress om de ville ta del av studien när denna var färdigställd.

En pilottest av enkäten genomfördes av två arbetsterapeutstudenter på Lunds universitet som var kända av författarna sedan tidigare. Pilottesterna skulle fokusera på om frågorna och instruktionerna var tydliga och hur lång tid det tog att genomföra enkäten. Pilottest utförs för

att upptäcka eventuella brister samt vid behov kunna förbättra enkäten innan det huvudsakliga utskicket görs (Ejlertsson, 2014). Efter feedback från pilottestet gjordes justeringar i enkäten som därefter skickades ut till arbetsterapeuter inom primärvården enligt urvalskriterierna. Eftersom enkäten besvarades anonymt behövdes inget skriftligt samtycke, utan samtycke att delta skedde genom arbetsterapeuterna svarade på enkäten i enlighet med Kristensson (2014).

4.3 Dataanalys

De 42 respondenter som deltog i studien beskrivs i nummer (n). För att presentera svaren på frågorna användes deskriptiv statistik. De numeriska kvantitativa variablerna fördes över till Excel och bearbetades där. Svaren sammanställdes och de kvantitativa variablerna redovisades i kvotskalor och de kvalitativa variablerna i nominalskalor. Medelvärde (m) kompletterades med spridningsmåttet standardavvikelse (SD). En manifest innehållsanalys gjordes i enlighet med Kristensson (2014) på de kvalitativa variablerna för att kunna hitta mönster, skillnader och likheter i texten. För att kategorisera de kvalitativa variablerna läste författarna var för sig, igenom svaren för att bilda sig en uppfattning om hur svaren kunde kategoriseras. Därefter diskuterades och tolkades svaren, meningsenheter på de ord som var lika och relaterade till syftet identifierades. Vidare kondenserades meningsenheterna med några ord, en kod sammanfattade dessa. Koderna lästes igenom och de som hörde ihop sammanfattades i en kategori. De frågor som hade få svar eller där likheter och skillnader ej kunde identifieras, presenterades exempel från svaren som enligt Lundman och Graneheim (2008) förstärker giltigheten i resultatet. Citat som valdes ut på de stödjande och hindrande faktorerna var de svar som skiljde sig från de fasta svarsalternativen och som var mest relevanta för frågan. Cirkeldiagram utformades på de frågor där det var två svarsalternativ. På de frågor som hade fler svarsalternativ skapades tabeller. Diagram och tabeller utformades enligt Backman (2016).

4.4 Forskningsetiska övervägande

Förfrågan till verksamheten valdes att exkluderas då enkäten var avsedd för att ta reda på arbetsterapeuters arbete och upplevelser, och inte berörde patientuppgifter. Enkäterna distribuerades därför direkt via mail till arbetsterapeuterna inom primärvården. Vid utformningen av enkäten samt medföljande information tillämpades fyra huvudkrav för forskningsetik: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationen som skickades ut utformades på ett kravlöst sätt. Tillsammans

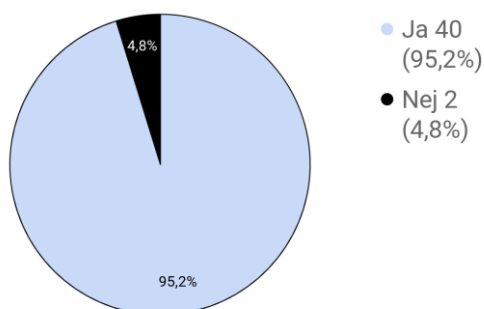
med förfrågan om att delta i enkäten, informerades deltagarna om studiens syfte samt hur den insamlade datan skulle användas. De informerades om att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas utan att uppge anledning till detta samt att den inhämtade informationen endast var till för att användas för denna studie. Vidare informerades de om att svaren och personuppgifter som mail och namn kommer hanteras konfidentiellt. Enkätfrågorna utformades så att svaren ej kunde härledas till specifika individer i enlighet med Hansagi och Allebeck (1994).

5. Resultat

Samtliga respondenter besvarade de inledande bakgrundsfrågorna. I resultatet visas de kvantitativa frågorna med kompletterande citat från de avslutande öppna frågorna. Därefter kommer beskrivning av kategorierna från den kvalitativa innehållsanalysen med utdrag av citat på de öppna enkätfrågorna.

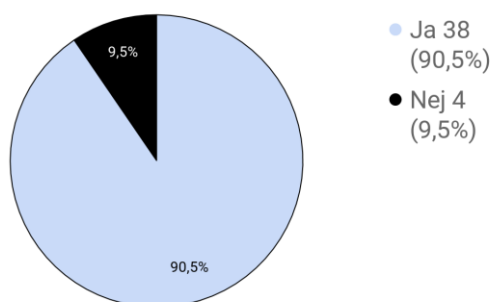
5.1 Arbetsterapeuter i arbetet med psykisk ohälsa

De flesta av arbetsterapeuterna i studien arbetade med patienter med psykisk ohälsa (se figur 1).



Figur 1 Antal arbetsterapeuter som arbetade med patienter med psykisk ohälsa (n = 42).

Mer än 90% av arbetsterapeuterna hade upplevt en ökning med hur många patienter som sökte sig till dem på grund av psykisk ohälsa (se figur 2).



Figur 2 Antal arbetsterapeuter som upplevde en ökning av patienter som lider av psykisk ohälsa (n = 42).

5.2 Stödjande/hindrande faktorer inom verksamheten/organisationen

Det som framgår i tabell 2 är resultatet av vad arbetsterapeuterna upplevde som stödjande och/eller hindrande faktorer inom verksamheten/organisationen i arbetet med psykisk ohälsa. Det var 41 arbetsterapeuter som svarade, vilket gav ett bortfall på en respondent som inte uppgav något svar. De kunde välja bort att ange svar på enskilda påståenden vilket ingen hade gjort utan alla respondenter angav svar på samtliga påståenden.

Tabell 2 Stödjande (ja) eller hindrande (nej) faktorer för arbetsterapeuterna inom verksamheten, i arbetet med patienter som lider av psykisk ohälsa (n = 41)

Stöd eller hinder i verksamheten	Ja	(%)	Nej	(%)
Remitteras patientgruppen vidare till arbetsterapeuten	32	(78,0)	9	(22,0)
Har verksamheten tillräckligt med kunskap om vad en arbetsterapeut kan göra för denna patientgrupp	7	(17,1)	34	(82,9)
Avsätter verksamheten tillräckligt med tid för denna patientgrupp	13	(31,7)	28	(68,3)
Finns det tillfredsställande lokaler i verksamheten	30	(73,2)	11	(26,8)
Finns det möjlighet till fortbildning inriktad för denna patientgrupp	27	(65,9)	14	(34,1)
Prioriterar verksamheten att andra professioner arbetar med denna patientgrupp	23	(56,1)	18	(43,9)

Som stödjande faktorer visade resultatet att flertalet av arbetsterapeuterna (78,0 %) upplevde att patientgruppen blev remitterade till dem. Mer än 70 % av arbetsterapeuterna upplevde att det fanns tillfredsställande lokaler och 65,9 % upplevde att det fanns möjlighet för fortbildning inriktad på patientgruppen. Det som arbetsterapeuterna upplevde som det mest hindrande (82,9 %) var att verksamheten inte hade tillräckligt med kunskap om vad arbetsterapeuter kan göra

för patientgruppen. Det var 68,3 % av arbetsterapeuterna som upplevde att verksamheten inte satte av tillräckligt med tid för att arbeta med patientgruppen samt 43,9 % upplevde att verksamheten prioriterade att andra professioner arbetade med patientgruppen. Tretton arbetsterapeuter (31 %) svarade annat och sju av dem som svarat annat uppgav svar på den efterföljande öppna frågan som de valfritt kunde uppges svar på. Några exempel av dessa svar var:

“Poängsystemet hindrar, gruppbehandling för de med psykisk ohälsa - är inte lönsam”

“Liten tjänst och svårt att ensam hinna med och även behärska alla områden lika bra”.

“Det är väldigt personbundet om man remitterar till arbetsterapeut.”

5.3 Stödjande/hindrande faktorer i den egna rollen som arbetsterapeut

I tabell 3 visas resultatet av vad arbetsterapeuterna upplevde som stödjande eller hindrande faktorer hos dem själva för att arbeta med psykisk ohälsa. Det var 41 arbetsterapeuter som besvarade frågan. De kunde välja bort att ange svar på enskilda påståenden.

Tabell 3 Stödjande (ja) eller hindrande (nej) faktorer hos arbetsterapeuter, i arbetet med patienter som lider av psykisk ohälsa (n = 41)

Stöd och hinder hos arbetsterapeuten	Ja	(%)	Nej	(%)
Har du relevant kunskap om denna patientgrupp	30	(73,2)	11	(26,8)
Har du intresse för denna patientgrupp	40	(97,6)	1	(2,4)
Har du fungerande samarbete med andra arbetsterapeuter	26	(63,4)	15	(36,6)
Har du fungerande samarbete med övriga professioner	29	(70,7)	12	(29,3)
Har du tillgång till bedömningsinstrument för denna patientgrupp	20	(48,8)	20	(48,8)
Har du kunskap om vilka arbetsterapeutiska interventioner som kan användas på denna patientgrupp	34	(82,9)	7	(17,1)
Har du stöd av nationella riktlinjer i arbetet med denna patientgrupp	11	(26,8)	29	(70,7)
Prioriterar du att arbeta med denna patientgrupp	28	(68,3)	13	(31,7)

Flertalet arbetsterapeuter (97,6 %) var intresserade av att arbeta med denna patientgrupp och en stor del av arbetsterapeuterna upplevde att de hade relevant kunskap (73,2 %) samt fungerande samarbete med andra professioner (70,7 %). De tre mest hindrande faktorer var att det inte fanns

stöd i de nationella riktlinjerna (70,7 %) och att arbetsterapeuterna inte hade fungerande samarbete med andra arbetsterapeuter (36,6 %). Dock var det en stor del (63,4 %) av arbetsterapeuterna som ansåg att samarbetet med andra arbetsterapeuter var stödjande. Det var lika många av arbetsterapeuterna (48,8 %), som upplevde att de hade tillgång respektive inte tillgång till bedömningsinstrument. Tio av arbetsterapeuterna (24,4 %) svarade annat och åtta av dem som svarade annat uppgav svar på den efterföljande öppna frågan. Nedan presenteras några exempel av svaren som valts ut. Urvalet av vilka svar som skulle anges var de som var mest olika då vissa av respondenterna svarat lika.

“ReDO verkar vara en jättebra intervention för denna patientgrupp. Tyvärr blir dessa kurser snabbt fyllda och det är svårt att få plats. Trist, eftersom det drabbar våra patienter”

“Ackrediteringen för primärvården är skriven på ett sådant sätt (öppen för subjektiv tolkning) att chefer inte behöver prioritera arbetsterapeuters tjänsteutrymme”

“Lite tid för att träffa kollegor och en pressad vardag”.

5.4 Bedömningar vid psykisk ohälsa

Det som framgår i tabell 4 är resultatet på vilka bedömningar arbetsterapeuterna använde i arbetet med patienter med psykisk ohälsa. Det var 41 arbetsterapeuter som besvarade denna fråga.

Tabell 4 Beskrivning av vilka bedömningar arbetsterapeuterna använde i arbetet med psykisk ohälsa (n = 41)

Bedömningar	Antal svar	(%)
Aktivitetsbedömning	36	(87,7)
Aktivitetsdagbok	34	(82,9)
Underlag till sjukintyg	20	(48,8)
Annat	12	(29,3)
Arbetsutredning	10	(24,4)
Arbetsplatskartläggning	2	(4,9)

De flesta arbetsterapeuter använde sig av aktivitetsbedömning (87,7 %) och aktivitetsdagbok (82,9 %). Det var 29,3 % av arbetsterapeuterna som svarade annat. Nio av dem svarade på den efterföljande öppna frågan där möjlighet gavs att uppge andra bedömningar än de redan fasta svarsalternativen. Följande är samtliga svar på vilka bedömningar som arbetsterapeuterna angav:

“Intervju”, “kartläggning utifrån hjärntrötthet”, “sömdagbok”, “TTM”, “psfs”, “veckoschema”, “bedömning av kognitiva hjälpmedel”, “samtal utifrån stress-sårbarhetsmodellen” och “SDO”.

5.5 Interventioner vid psykisk ohälsa

Det var 41 av 42 arbetsterapeuter som besvarade denna fråga. Arbetsterapeuterna kunde uppge mer än ett svar och procenten i tabell 4 är beräknad på hur många respondenter som svarade på påståendena utav 41 svarande. Resultatet för vilka interventioner arbetsterapeuter använde i sitt arbete med individer med psykisk ohälsa visas i tabell 5.

Tabell 5 Beskrivning av vilka interventioner arbetsterapeuterna använde i arbetet med psykisk ohälsa (n = 41)

Intervention	Antal svar	(%)
ReDo	26	(63,4)
Aktivitetsträning	22	(53,7)
Återgång till arbetet	18	(43,9)
Kognitiva hjälpmedel	16	(39,0)
Annat	15	(36,6)
Stresskola	7	(17,1)
Social träning	3	(7,3)

En stor del av arbetsterapeuterna använde ReDoTM (63,4 %) och Aktivitetsträning (53,7 %) som intervention. Endast ett fåtal av arbetsterapeuterna använde social träning (7,3 %) som intervention i arbetet med patienter med psykisk ohälsa.

Femton av arbetsterapeuterna uppgav annat och samtliga av dessa uppgav svar på vilka interventioner de använde. Följande är svaren som uppgavs. Det var några av arbetsterapeuterna som hade uppgett samma svar:

“Mindfulness”, “smärtskola”, “naturunderstödd rehab”, “TTM”, “Ha koll”, “vardagsstruktur” två av arbetsterapeuterna svarade: “kognitiva strategier” och “sömnskola” samt tre av arbetsterapeuterna svarade: “aktivitetsbalans”.

Det var några arbetsterapeuter som uppgav svar under annat där interventionerna redan fanns med i de fasta svarsalternativen, följande svar uppgavs:

“ReDo är bra för målgruppen! Alla arbetsterapeuter inom primärvården borde gå kurs i ReDo metoden!”

“delar av Redo men ej i grupp”

5.6 Viktigast att förbättra i arbetet med psykisk ohälsa

I tabell 6 visas resultatet av en öppen fråga där arbetsterapeuterna fritt kunde uttrycka vad de ansåg vara det viktigaste att förbättra i arbetet med psykisk ohälsa. Trettionio arbetsterapeuter (92,8 %) valde att besvara frågan. Svaren delades in i fem kategorier via en manifest innehållsanalys. Arbetsterapeuterna kunde uppges mer än ett svar och procenten i tabell 6 är beräknad på hur många respondenter som svarade på påståendena utav 39 svarande.

Tabell 6 Beskrivning av vad arbetsterapeuterna ansåg vara viktigt att förbättra i arbetet med psykisk ohälsa (n = 39)

Kategorier	Antal svar	(%)
Kunskap om arbetsterapi	15	(38,5)
Teamarbete	11	(28,2)
Tid	9	(23,1)
Tidiga insatser	9	(23,1)
Övrigt	7	(17,9)

En stor del av arbetsterapeuterna ansåg att det behövdes mer kunskap inom verksamheten om arbetsterapi (38,5 %) och många ansåg att teamarbete var viktigt (28,2 %). Det behövdes mer tid samt tidiga insatser ansåg 23,1 %. Nedan följer några exempel på vilka svar som har delats in i de olika kategorierna.

I kategorin; Kunskap om arbetsterapi valdes följande svar:

“Att fler professioner får kunskap om hur vi som arbetsterapeuter kan arbeta med denna patientgrupp så att fler patienter får möjlighet till att träffa oss”

”Öka kunskapen bland andra yrkeskategorier kontinuerligt då det glöms bort att: 1. vi sysslar med detta, samt 2. Vad vi kan göra åt denna patientgrupp”.

Det som tillhör kategorin; Teamarbete, valdes följande svar från arbetsterapeuterna:

“viktigt att alla inblandade yrkeskategorier har ett fungerande samarbete”

“Teamarbete runt patienten”

Tidiga insatser, i denna kategori valdes följande svar från arbetsterapeuterna:

“Nå patienterna i tid”

“Satsa på denna patientgrupp i tid”

I kategorin övrigt identifierades sju svar. I denna kategori var svaren av blandad karaktär och gick ej att kategorisera, ett exempel som valdes var:

“arbeta preventivt för att minska risk för återfall, involvera patienterna mer”

6. Diskussion

6.1 Sammanfattning av resultatet

De aspekter som framkom vara stödjande för arbetsterapeuterna i studien var främst deras intresse för målgruppen men även att individerna med psykisk ohälsa blev remitterade till dem som arbetsterapeuter. Det som upplevdes hindrande för arbetsterapeuterna var att flertalet ansåg att verksamheten hade för lite kunskap om vad arbetsterapeuter kunde göra för individer med psykisk ohälsa samt att de saknade stöd från de nationella riktlinjerna. Bedömningar som

arbetsterapeuterna i studien använde var främst aktivitetsbedömning och aktivitetsdagbok. Interventionerna som flest arbetsterapeuter i studien använde var ReDO™-metoden och aktivitetsträning medan få av arbetsterapeuterna arbetade med social träning. Det som arbetsterapeuterna ansåg vara det viktigaste att förbättra i arbetet med denna målgrupp var teamarbete och att fler skulle få kunskap om arbetsterapi.

6.2 Metoddiskussion

Studien genomfördes som en empirisk kvantitativ induktiv tvärsnittsstudie med kvalitativa inslag. Detta valdes för att undersöka hur arbetsterapeuter inom primärvården upplever arbetet med patienter med psykisk ohälsa samt vilka bedömningar och interventioner som arbetsterapeuterna använder. En induktiv ansats är enligt Kristensson (2014) att ett fenomen undersöks för att kunna komma fram till någon form av kartläggning eller hypotes. En egenkonstruerad webbenkät (se bilaga 1) konstruerades för att kunna få svar som relaterades till studiens syfte. En kvantitativ ansats valdes för att kunna göra jämförelser, antal respondenter blev dock för få för att kunna göra detta. Att göra jämförelser var dock inte det primära syftet med studien. Enligt Kristensson (2014) är det syftet som avgör vilken metod som används.

Bekvämlighetsurval tillämpades för att nå ut till arbetsterapeuter i primärvården inom Region Skåne. Även ett icke-slumpmässigt urval tillämpades för att kunna nå respondenter i ett bredare geografiskt område och fler antal respondenter. Dessa urval innebär enligt Kristensson (2014) en stor risk att urvalet inte blir representativt för populationen men är ändå ett rimligt sätt för rekrytering av deltagare. Dessa urval valdes då tiden för studien var begränsad. Om studien skulle ha utförts under längre tid och möjligheten till att nå arbetsterapeuter inom primärvården varit annorlunda hade ett slumpmässigt urval kunnat användas. Enligt Kristensson (2014) innebär slumpmässigt urval en garanti att de som tillhör populationen har samma chans att bli utvalda. Ett godkännande från verksamheten valdes att exkluderas till denna enkät. Enkäten berörde ej patientdata och enkäten tog max 5 minuter att besvara. Därför ansågs det inte vara befogat i relation till hur lång tid det tog att besvara enkäten i förhållande till tiden det skulle ta för varje verksamhet att godkänna detta.

Vid konstruktionen av frågorna formulerades dessa enligt Streiner och Normans (2008) principer om bland annat tydlighet och lättförståeligt språk. Trots detta blev några frågor otydliga och skulle kunna formuleras bättre vilket hade stärkt validiteten i enkäten. Ett exempel

på detta var på de öppna följdfrågorna som skulle kunnat förtydligas med en mer förklarande text om vad frågan innebar.

Bakgrundsfrågorna var av allmän karaktär, såsom ålder, kön samt specifika frågor som hur länge arbetsterapeuterna arbetat inom primärvården. Enligt Kristensson (2014) är syftet med bakgrundsfrågor en kontroll på att urvalet speglar populationen. De frågor som skulle ge svar på syftet var genomtänkta och bedömdes kunna ge svar på det som efterfrågades. En pilottest utfördes genom att låta två arbetsterapeutstudenter från termin sex besvara enkäten. För att stärka frågorna i en enkät kan denna pilottestas enligt Kristensson (2014). När det utförs pilottester bör de som utför testet vara så nära undersökningsgruppen som möjligt (Ejlertsson, 2014). Författarna ansåg att de utvalda pilottestarna hade relevant erfarenhet och kunskap om arbetsterapi vid psykisk ohälsa från arbetsterapiutbildningen. Det mest optimala hade dock varit om pilottestet utförts på arbetsterapeuter inom primärvården. Då hade kanske andra mer relevanta aspekter för primärvårdens verksamhet lyfts upp. Utformningen av enkäten, dess frågor och omfattning diskuterades tillsammans med de som utfört pilottestet och med handledaren. Därefter gjordes några ändringar i enkäten, som till exempel att ändra ordningsföljden på frågorna, före utskicket. Frågorna i studien bedömdes kunna ge svar på det som avsetts för studien. Enligt Kristensson (2014) är validitet i vilken omfattning studien undersöker det som ska avsetts och inget annat. Reliabiliteten är inte testad på enkäten vilket skulle kunna göras om studien skulle göras om eller om tiden för studien inte varit begränsad. Test-retestmetoden skulle kunna utföras för att mäta reliabiliteten genom att ta reda på hur många som svarade lika eller olika vid två olika mättillfällen. Dessa mättillfällen skulle rimligen vara med två veckors mellanrum och till samma personer som första utskick (Ejlertsson, 2014).

Enkäten distribuerades via e-mail och via Facebook (Facebook inc., 2018) och innebar därav självrapportering för deltagarna. Denna metod passade studien då enkäten tog relativt kort tid att besvara och tiden för denna studie var begränsad. I enighet med Kristensson (2014) kan självrapporterade enkäter med fördel användas då de med lätthet kan distribueras till deltagarna. I enighet med Ejlertsson (2014) valdes tidpunkten för utskick för att inte sammanfalla i samband med helgdagar och eventuella skollov. Vidare menar Ejlertsson (2014) att svarsfrekvensen ofta kan bli låg vid webbaserade enkäter då individens maillådor ofta består av mycket mejl. Vid speciella fall kan svarsfrekvensen ändå bli bra särskilt om respondenterna haft intresse och engagemang av studiens område (Ejlertsson, 2014). Påminnelsen skickades ut till samtliga respondenter med tillägg i texten att det var en påminnelse. Detta för att det inte var möjligt att veta vem som hade besvarat enkäten tidigare. Att skicka ut påminnelse minskar också risken

för bortfall vid självrapporterade enkäter (Kristensson, 2014). Att sprida enkäten via flera plattformar skulle kunna gjort att fler respondenter besvarat enkäten. För att öka spridningen av enkäten upplystes arbetsterapeuterna, i det bifogade informationsbrevet, att enkäten var fri att spridas av läsarna till arbetsterapeutkolleger inom primärvården.

En nackdel med webbenkät är att det inte går att styrka att respondenterna var arbetsterapeuter inom primärvården. Vidare så har respondenterna inte möjlighet till att få förtydligande av enkätfrågorna om de inte förstod någon av dessa, vilket kan leda till att svar som angivits på grund av missuppfattningar inte kan rättas till (Kristensson, 2014). I studien uppgav en av arbetsterapeuterna i de öppna frågorna, att hen ej arbetade med psykisk ohälsa i primärvården. Detta kan tyda på att individen kan ha misstolkat att det var arbetsterapeuter inom primärvården som efterfrågades att delta i studien. Någon möjlighet till fördjupade, oplanerade följdfrågor finns inte heller enligt Kristensson (2014) vilket också är en nackdel vid enkätstudier. Enkäter beskrivs vara en mindre flexibel metod än intervjuer där frågorna, till skillnad från en enkätstudie, kan anpassas under intervjuens gång. Frågor i enkäter kan ej modifieras i efterhand menar Ejlertsson (2014). Fördelar med enkätstudie är att respondenterna kan besvara frågorna i egen takt och har möjlighet att överväga sina svar. En enkät bör inte ta längre tid än 30 minuter att besvara och då bör antalet frågor inte vara för många, även om det inte finns belägg för att svarsfrekvensen blir lägre vid fler antal frågor (Ejlertsson, 2014). Denna studie hade 13 frågor och tog cirka fem minuter att besvara. Enkäter bygger på en standardiserad datainsamling då alla frågor och svarsalternativ presenterades identiskt för samtliga respondenter (Ejlertsson, 2014). På de frågor som relaterade till syftet i studien användes fasta svarsalternativ med kompletterande öppna frågor där deltagarna fritt kunde ange svar. Enligt Kristensson (2014) minimeras risken för bortfall om det finns öppna frågor i slutet på fasta svarsalternativ. Svaren på de kompletterande öppna frågorna blev korta och allmänna vilket gjorde att dessa ej kunde kategoriseras. Därför valdes det att ange citat från de mest relevanta svaren och de som skiljde sig mest från varandra och de fasta svarsalternativen.

Samtliga respondenter besvarade frågorna ett till sju. Det blev internt bortfall på fråga 8 till 11 på en respondent (2,4 %) samt på fråga 12 blev bortfallet tre respondenter (7,1 %). Det interna bortfallet var lågt vilket kan tyda på att frågorna i enkäten var lättförståeliga. Enligt Ejlertsson (2014) och Kristensson (2014) kan dåligt konstruerade frågor ge stor risk för internt bortfall. Det interna bortfallet kan bero på att respondenterna upplevde att frågorna var otydliga eller inte relevanta. Då ett stort bortfall inträffar ses detta som ett hot mot kvaliteten i studien (Kristiansson, 2014). Sista frågan, där respondenterna kunde uppge sin e-mailadress om de ville ta del av den färdiga studien, misstolkades av fyra respondenter (9,5 %) då svaren de uppgav

var annat än deras e-mailadress. Enkäten besvarades anonymt vilket gör det oklart om svaren inkom från e-mailutskick eller från Facebook (Facebook inc., 2018). Detta medför att externt bortfall inte kan beräknas. Ett externt bortfall kan ha förekommit och kan bero på att arbetsterapeuter inom primärvården inte har Facebook eller är med i gruppen Arbetsterapeuter på Facebook eller att de inte fick enkäten via e-mail. Externt bortfall är personer som inte getts möjlighet att besvara enkäten trots att de var inom urvalskriterierna. Det kan också bero på att individer som har svårt att läsa, svårigheter med att fylla i frågeformulär eller inte behärskar språket väljer att inte svara på enkäten (Ejlertsson, 2014).

Resultatet presenterades med hjälp av deskriptiv statistik där de numeriska variablerna presenterades i nummer (n) och procent (%). Spridningsmått som standardavvikelse (SD) användes för att ge en bild av den genomsnittliga avvikelsen i spridningen runt medelvärdet samt Range mått som angav högsta och lägsta värdet. Medianvärde kan användas om antal respondenter är väldigt få skriver Kristensson (2014). I denna studie var det 42 arbetsterapeuter som besvarade enkäten och medelvärde valdes att användas. Eftersom enkäten var webbaserad blev svaren sparade i Google inc. (2018) dataregister och svaren gick sedan att överföra till Excel. Ingen inmatning av data behövde göras vilket eliminerade risken att felaktiga siffror matades in. På de öppna frågorna som syftade till att få kännedom om antal år arbetsterapeuterna arbetat och antal år de arbetat inom primärvården, var det vissa respondenter som angav text tillsammans med en siffra. Detta medförde att författarna fick redigera och ta bort text, för att få endast siffror vid framtagning av diagram och tabeller i Excel. En felkälla var att några av arbetsterapeuterna i studien uppgav förkortningar på bedömningsinstrumenten, detta gjorde att författarna fick tolka svaren genom att söka upp dessa bedömningsinstrument i referenslitteratur. För att styrka studien och undvika feltolkningar, hade ett förtydligande med att inte skriva förkortningar i svaren kunnat läggas till på de öppna frågorna i enkäten. Ett exempel på detta är "Psf's" där respondenten troligen menade Patientspecifik funktionell skala. Ytterligare en felkälla var att några av arbetsterapeuterna i studien uppgav svar på den öppna frågan om interventioner, där svaret redan fanns med i de fasta svarsalternativen. För att undvika detta hade frågan kunnat formuleras så det tydligt framgick, att endast ange svar på interventioner som inte redan fanns angivna i de fasta svarsalternativen. För att få fram de följande kategorierna: kunskap om arbetsterapi, teamarbete, tid, tidiga insatser och övrigt, gick författarna igenom och kategoriserade svaren på de öppna frågorna var och en för sig. Detta arbetet resulterade i små olikheter som diskuterades och sedan kategoriserades. Två svar

presenterades från varje kategori och dessa var de svar som författarna ansåg var mest talande och utmärkande för kategorin.

6.3 Resultatdiskussion

I studiens resultat framkom att 97,6 % av arbetsterapeuterna hade intresse att arbeta med patienter med psykisk ohälsa. Att arbetsterapeuter känner intresse och engagemang för sitt arbete nämns som en positiv aspekt i Hane och Wennbergs (2002) studie. Vidare nämner de att detta kan vara en bidragande faktor till att arbetsterapeuter trivs med sitt arbete, att det är motiverade för att utvecklas och fortsätta arbeta som arbetsterapeut. Det var 78,0 % av arbetsterapeuterna i studien som upplevde det som en stödjande faktor att individer med psykisk ohälsa blev remitterade till dem. En intressant aspekt till detta är att på frågan om vad som var viktigt att förbättra i arbetet med psykisk ohälsa, var det 38,5 % av arbetsterapeuterna som påpekade att andra professioner behövde få bättre kunskap om arbetsterapi. Samtidigt ansåg en stor del av arbetsterapeuterna att verksamheten hade för lite kunskap om vad arbetsterapeuter gör. Hur detta hänger ihop med att så många patienter blev remitterade till arbetsterapeuterna visade inte studien.

Flertalet av arbetsterapeuterna (82,9 %) ansåg att verksamheten hade för lite kunskap om vad arbetsterapeuter kunde göra för individer som lider av psykisk ohälsa. Kinn och Aas (2009) och Donnelly, Brenchley, Crawford och Letts (2014) beskriver att arbetsterapeuter har ett brett arbetsområde, vilket kan göra det svåröverskådligt för andra professioner inom vården att förstå vad arbetsterapeuter gör. Hur arbetsterapeuter kan sprida kunskap om arbetsterapi och göra det mer lättförståeligt beskrivs i Kinn och Aas (2009) studie, där arbetsterapeuter arbetade för att marknadsföra sig själva och göra sitt yrke synligt. De hade utvecklat strategier och arbetade aktivt med detta genom att bland annat vara kortfattade i sina beskrivningar om vad arbetsterapi var och vad arbetsterapi betydde för patienternas välmående. Vidare så var de noga med sina ordval när de dokumenterade och fokuserade på vad arbetsterapeuten kunde delge om patienten som de övriga vårdprofessionerna inte kunde.

Det mest hindrande i arbetet för många av arbetsterapeuterna (70,7 %) var att det saknades stöd i nationella riktlinjer. Det är eftersatt att följa de nationella riktlinjerna vid depression och ångestsyndrom enligt Socialstyrelsen (2017b). Vidare menar de att detta ses främst beror på kunskap- och resursbrist i verksamheterna. Arbetsterapeutiska behandlingsrekommendationer

framgår inte tydligt i de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2017a). Socialstyrelsens (2016) rekommendationer i primärvården består av tidiga insatser med interpersonell psykoterapi (IPT) eller kognitiv beteendeterapi (KBT) samt i de fall det behövs, även läkemedelsbehandling. Sveriges Arbetsterapeuter (2017) anser att det saknas ett rehabiliteringsperspektiv och ett holistiskt synsätt i de nationella riktlinjerna. Dessa aspekter kan vara en bidragande faktor till att arbetsterapeuterna inte kände stöd i riktlinjerna. Det kan behövas fler arbetsterapeutiska studier inom detta område eftersom de nationella riktlinjerna, enligt Socialstyrelsen (2018a) utgår från evidens samt beprövad erfarenhet vid utformningen av dessa. Riktlinjerna ska stärka individens möjlighet till en bra och jämlik vård. Riktlinjerna ska utgöra ett stöd i beslutsfattandet när resurser ska fördelas. Trots detta är det bara hälften av landstingen som ställer krav på att de nationella riktlinjerna ska följas (Socialstyrelsen, 2016). Enligt Socialstyrelsen (2017b) är det viktigt att identifiera negativa faktorer i individens vanor och rutiner i vardagen, för att kunna återskapa en fungerande vardag och att återhämta sig vid psykisk ohälsa. Att arbeta med rutiner, vanor och få en fungerande vardag är arbetsterapeuters område och något som de arbetar med (Argentzell & Leufstadius, 2010b; Erlandsson & Christiansen, 2015; Eklund & Erlandsson, 2011; Matuska & Barrett 2013). Att kartlägga behandlingsrekommendationer som arbetsterapeuter kan utföra i de nationella riktlinjerna kan vara angeläget, då arbetsterapeuter idag är en av de professioner som arbetar med psykisk ohälsa i primärvården.

Det var flertalet av arbetsterapeuterna som uppgivit mer än ett svar på frågan om vilka bedömningar de använde sig av. De bedömningarna som användes mest var aktivitetsbedömning (87,8 %) och aktivitetsdagbok (82,9 %). Ett av de hinder som framkom på frågan om vilka faktorer som var stödjande eller hindrande för arbetsterapeuter inom verksamheten, var drygt hälften (48,8 %) som ansåg att de inte hade tillräckligt med bedömningsinstrument. Det var nio arbetsterapeuter som uppgav att de använde andra bedömningsinstrument än de redan angivna svarsalternativen. Resultatet visar att arbetsterapeuterna i studien använde många olika bedömningsinstrument i arbetet med psykisk ohälsa. Detta kan även kopplas till det tidigare diskuterade faktum, att det inte finns rekommendationer i de nationella riktlinjerna för hur arbetsterapeuter kan arbeta med individer med psykisk ohälsa i primärvården. Bejerholm (2010) talar även om aktivitetsdagbok och aktivitetsbedömningar när hon nämner en rad olika bedömningsinstrument som kan användas för individer med psykisk ohälsa. Vidare menar hon att med hjälp av dessa kan individens

aktivitetsrepertoar kartläggas i förhållande till miljö, aktivitetsförmåga och vilken mening individen upplever.

Den interventionen arbetsterapeuterna främst arbetade med vid arbetet med individer med psykisk ohälsa, var ReDO™-metoden (63,4 %). Även i de öppna frågorna framhövdes denna metod: *“REDO är bra för målgruppen! Alla arbetsterapeuter inom primärvården borde gå kurs i REDO metoden!”*

Socialstyrelsen (2017a) menar att det är av vikt att identifiera negativa faktorer i vardagen och att arbeta med vanor, rutiner och aktiviteter vid psykisk ohälsa, vilket har nämnts tidigare i diskussionen. Detta arbetar individen med i ReDO™-metoden. Individen är under interventionen involverad i arbetet med att själv identifiera negativa faktorer i vardagen och lära sig om sitt aktivitetsmönster för att förhindra sjukskrivning (Eklund & Erlandsson, 2011). Argentzell och Leufstadius (2010a) poängterar att det är positivt för tillfrisknande att individen är delaktig i sin behandling vid psykisk ohälsa. Socialstyrelsen (2017b) lyfter delaktigheten i vården som en brist och vill med en mer individanpassad vård göra att patienten ska känna sig mer involverad och därmed bidra till ett ökat välmående och självbestämmande. Arbetsterapeuter kan hjälpa till med att vården blir mer anpassad efter individen med sitt holistiska synsätt samt de delaktighetsperspektiv de arbetar utifrån (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2012).

Effekten av ReDO™-metoden har visat sig kunna hjälpa individer med stressrelaterad sjukdom att återgå till arbetet samt kan även användas i förebyggande syfte (Erlandsson, 2013). Interventionen kan bidra till ökad delaktighet i behandlingen och ett ökat välmående. Studien visade att ReDO™-metoden används som en intervention i primärvårdens verksamheter. Det var 53,7 % av arbetsterapeuterna som uppgav att de använde aktivitetsträning som en intervention till individer med psykisk ohälsa, medan det endast var 7,3 % av arbetsterapeuterna som arbetade med social träning. Att sakna en social tillhörighet och identitet kan göra att vardagen kan upplevas meningslös och därmed passera förbi utan rutiner och struktur som håller vardagen samman (Wilcock & Hocking, 2015). Försäkringskassan (2014) nämner även att brist på socialt nätverk är en aspekt som kan skapa psykisk ohälsa. Vid en redan etablerad depression är det även vanligt att individen slutar delta i sociala aktiviteter och känner en osäkerhet kring att delta i sociala sammanhang (Socialstyrelsen, 2013). Individers välmående kan påverkas positivt av att vara socialt delaktiga (Christiansen & Townsend, 2010). Ett av målen vid behandling av depression och ångesttillstånd är att individen ska återfå sin sociala funktion, det ingår även i kartläggningen av suicidala risker att utvärdera personens sociala

kontakter (Socialstyrelsen, 2013). Arbetsterapeuter kan motivera och hjälpa individer att återigen känna meningsfullhet i vardagen genom att stärka självkänslan och återfå sin sociala förmåga. Social träning lär individen att interagera och samarbeta med andra och kan ske genom att arbetsterapeuten motiverar individen till att vara socialt delaktig eller genom att öva i att vara delaktig i sociala situationer (Argentzell & Leufstadius, 2010b). Med detta som grund anser författarna att det är ett viktigt område att belysa. Hur arbetsterapeuter arbetar med att främja social delaktighet inom primärvården skulle vara av vikt att undersökas vidare då litteraturen (Argentzell & Leufstadius, 2010b; Christiansen & Townsend, 2010; Wilcock & Hocking, 2015) samt rapporter (Försäkringskassan, 2014; Socialstyrelsen, 2013) har visat att social delaktighet påverkar dels aspekten av insjuknandet i psykisk ohälsa men även främjar återhämtningen.

Det visade sig att 95,2 % av arbetsterapeuterna i studien arbetade med patienter som hade aktivitetsbegränsningar relaterade till psykisk ohälsa. Det var 90,5 % av arbetsterapeuterna i studien som hade upplevt en ökning av patienter med psykisk ohälsa som sökte sig till dem. Att psykisk ohälsa ökat i samhället påvisas även av Socialstyrelsen (2017b) och Försäkringskassan (2016). Försäkringskassan (2014) har undersökt olika orsaker till sjukfrånvaron hos individer mellan 16–65 år vid psykisk ohälsa. En av de största orsakerna till att psykisk ohälsa har ökat antyds vara den psykosociala arbetsmiljön. Den psykosociala arbetsmiljön har inte förbättrats avsevärt från 1995 till 2009. Situationen 2009 var på en liknande nivå med dåligt socialt stöd, höga krav och låg kontroll som när det undersöktes 1995. Det var 43,9 % av arbetsterapeuterna i studien som uppgav att de arbetade med återgång till arbetet vid psykisk ohälsa. Det är enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2014) i den psykosociala arbetsmiljön som det beskrivs vara störst arbete i att förebygga depression och utmattningssyndrom. I SBU (2014) litteraturöversikt på området beskrivs att det finns tillräcklig kunskap i relationen mellan psykisk ohälsa och psykosocial arbetsmiljö och därför av vikt att arbeta med detta. Vilken roll olika vårdprofessioner och arbetsgivare har vid psykisk ohälsa har inte undersökts. Detta är något som ses som en brist och kräver noggrannare undersökning då dessa aktörer spelar en stor roll (Försäkringskassan, 2014). Kommunikation och samarbete med vårdinstanser, kommun, arbetsförmedling och försäkringskassan skulle behöva förbättras. Gemensam kartläggning och samordnade rehabiliteringsinsatser beskrivs vara en bidragande faktor till att individer som har blivit sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa kan återgå till arbetet (Ekberg & Erlandsson, 2015; Försäkringskassan, 2014).

På frågan om vad arbetsterapeuterna ansåg vara det viktigaste att förbättra i arbetet med patienter som lider av psykisk ohälsa framkom, kunskap om arbetsterapi (38,5 %) och teamarbete (28,2%) var det viktigaste för arbetsterapeuterna. Hur teamarbetet kan förbättras och vad det kan finnas för barriärer visades i Atwals (2002) studie som undersökte teamarbete mellan arbetsterapeuter, sjuksköterskor och enhetschefer samt i Kvarnströms (2008) studie som undersökte teamarbetet mellan arbetsterapeuter, sjuksköterskor, fysioterapeuter, socionomer, administrativa assistenter, läkare, undersköterskor, psykologer och logopedier. Genom att arbeta i interprofessionella team gynnades patienten men det kunde även vara problematiskt enligt Atwal (2002) och Kvarnström (2008). Professionerna behandlades olika vilket kunde påverka teamarbetet negativt. Andra faktorer som också visade sig kunna påverka teamarbetet var bristande kommunikation mellan professionerna, personliga faktorer samt en oklarhet i rollerna om vem som gjorde vad i arbetsfördelningen (Atwal, 2002; Kvarnström, 2008).

För att komma över barriärerna och utveckla ett bra teamarbete hade deltagarna i Kvarnströms (2008) studie utvecklat strategier som gick ut på att lära ut om den egna professionen till de andra professionerna vilket bidrog till en större förståelse och därmed ett bättre samarbete.

Atwal (2002) betonade att det var av vikt att få bättre och effektivare kommunikation samt att se vad varje profession kunde bidra med och lyfta dessa färdigheter, för att kunna åstadkomma ett bra teamarbete. Vidare menade Atwal att det var viktigt att få utbildning i teamarbete, både på arbetet samt på de olika utbildningarna, och på så sätt få förståelsen för varandras professioner i ett tidigt stadium. Åsikter från arbetsterapeuterna i vår studie som *“viktigt att alla inblandade yrkeskategorier har ett fungerande samarbete”* stämmer överens med Atwals (2002) och Kvarnströms (2008) studier där det visade sig vara av vikt att utveckla och arbeta i team och där ett av hinderna för att bygga upp ett fungerande team var kunskapen om varandras professioner. Kunskapen om arbetsterapi till andra professioner visade sig även i vår studie vara det viktigaste att förbättra i arbetet med individer med psykisk ohälsa.

Studier om arbetsterapeuter i den svenska primärvården har inte funnits. Donnelly et al. (2014) har utfört en studie i Kanada om arbetsterapeuters framväxande yrke i primärvården. Primärvården i Kanada kan upplevas snarlik primärvården i Sverige då Donnelly et al. (2014) skriver i sin studie att primärvården i Kanada är ofta den första instans som individerna vänder sig till, och att de har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster med tvärvetenskapliga team.

Hur arbetsterapeuter arbetar med psykisk ohälsa i primärvården är ett outforskat område. Donnelly et al. (2014) har undersökt arbetsterapeuternas arbete generellt och inte utifrån specifika patientgrupper. De nämner dock att det är av vikt att fortsätta att studera och förstå

vad arbetsterapeuter kan bidra med inom primärvårdens verksamhet och vilken roll de har i teamet, då förfrågan på de arbetsterapeutiska insatserna inom primärvården ökar. Slutligen nämner Donnelly et al. (2014) att när arbetsterapeuter finns tillgängliga i primärvårdens verksamhet, ses detta kunna bidra till ökad förståelse för hälsa kopplat till vikten av att upprätthålla vardagliga aktiviteter som kan bidra till en ökad hälsa.

7. Slutsats

De aspekter som var stödjande för arbetsterapeuterna i studien var främst deras intresse av att arbeta med individer med psykisk ohälsa och att en stor del av målgruppen blev remitterade till dem. Det som upplevdes hindrande för arbetsterapeuterna var att flertalet ansåg att verksamheten hade för lite kunskap om vad arbetsterapeuter kunde göra för individer med psykisk ohälsa. En bidragande faktor till detta, beskrevs i tidigare studier, kunna beror på att arbetsterapeuternas arbete var svåröverskådligt för andra professioner då arbetsområdet är brett. Arbetsterapeuterna saknade även stöd från nationella riktlinjer. En faktor kan vara att det inte finns riktlinjer för hur arbetsterapeuter kan arbeta med denna målgrupp. Något som lyfts i de nationella riktlinjerna är vikten av att arbeta med vanor, rutiner och skapa en fungerande vardag. Detta arbetar arbetsterapeuter med vilket styrks av arbetsterapeutisk referenslitteratur. Bedömningar som arbetsterapeuterna i studien använde var främst aktivitetsbedömning och aktivitetsdagbok. Hälften av arbetsterapeuterna upplevde ett hinder i att de inte hade tillräckligt med bedömningsinstrument. De interventioner som arbetsterapeuterna använde mest var ReDO™-metoden och aktivitetsträning. De var få arbetsterapeuter i studien som arbetade med social träning. De sociala aspekterna lyfts i nationella riktlinjer såväl som arbetsterapeutisk referenslitteratur, som en viktig del att arbeta med i förebyggande syfte och vid återhämtningen vid psykisk ohälsa. Arbetsterapeuterna i studien hade i stor utsträckning upplevt att psykiska ohälsa ökat vilket stämmer överens med den rapporterade bilden av ökad psykisk ohälsa i samhället. Arbetsterapeuterna ansåg att det som var viktigast att förbättra i arbetet med denna målgrupp var teamarbete och mer kunskap om vad arbetsterapi kan bidra med. Slutligen hittades inga vetenskapliga artiklar gjorda på arbetsterapeuter i den svenska primärvården. I artiklar utförda utanför Sverige uppgavs det att efterfrågan på arbetsterapeutiska insatserna inom primärvården ökar. När arbetsterapeuter finns tillgängliga i primärvårdens verksamhet belyser detta vikten av att upprätthålla vardagliga aktiviteter och vilket ses kunna bidra till en ökad hälsa.

8. Referenslista

Agrentzell, E., & Leufstadius, C. (2010a). Meningsfull aktivitet och psykiskt funktionshinder. I M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet och relation – mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (ss.175–201). Lund: Studentlitteratur.

Argentzell, E., & Leufstadius, C. (2010b). Teoretiska grunder inom psykosocial arbetsterapi. i M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & Relation. Mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (ss. 41–71). Lund: Studentlitteratur.

Atwal, A. (2002). A World Apart: How Occupational Therapists, Nurses and Care Managers Perceive Each Other in Acute Health Care. *British Journal Of Occupational Therapy*, 65(10), 446–452.

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

Bejerholm, U. (2010). Bedömning av aktivitetsförmåga. I M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & Relation. Mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (ss 151–174). Lund: Studentlitteratur.

Christiansen, C.H., & Townsend, E. A. (2010). *Introduction to occupation. The art and science of living*. (2 uppl.). London: Pearson Education Ltd.

Donnelly, C. A., Brenchley, C. L., Crawford, C. N., & Letts, L. J. (2014). The emerging role of occupational therapy in primary care: Le nouveau rôle de l'ergothérapie dans les soins primaires. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 81(1), 51–61.
doi:10.1177/0008417414520683

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Ekberg, K., & Erlandsson, L-K. (2015). Lättare psykisk ohälsa. I K. Ekberg, M. Eklund & G. Hensing (Red.), *Återgång i arbete. Processer, bedömningar, åtgärder* (s. 111–128). Lund: Studentlitteratur.

Eklund, M., & Erlandsson, L-K. (2011). Return to Work Outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) Program for Women with Stress-Related Disorders-A Comparative Study. *Women & health*, (7), 676. doi:10.1080/03630242.2011.618215

Erlandsson, L-K. (2013). The redesigning daily occupations (ReDO)-program: supporting women with stress-related disorders to return to work - knowledge base, structure, and content. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29, 85-101.

Erlandsson, L-K., & Christiansen, C. H. (2015). The Complexity and Patterns of Human Occupations. I C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen, *Occupational Therapy: performance, participation and well-being* (ss.111–125). Thorofare: SLACK Incorporated.

Erlandsson, L-K., & Persson, D. (2014). *ValMo-modellen. Ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Facebook inc. (2018). *Arbetsterapeuter på Facebook*. Hämtad 27 februari, 2018, från <https://www.facebook.com/groups/296709540452482/>

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2012). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Försäkringskassan. (2014). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år* (Socialförsäkringsrapport 2014:4). Hämtad från Försäkringskassans webbplats: <http://www.forskasverige.se/wp-content/uploads/Sjukfranvaro-Psykiska-Diagnoser-2014.pdf>

Försäkringskassan. (2016). *Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest* (Korta analyser 2016:2). Hämtad från Försäkringskassans webbplats: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275dafa6ad/korta_analyser_2016_2.pdf?MOD=AJPERES

Google inc. (2018). *Google forms*. Hämtad 27 februari, 2018, från <https://www.google.se/intl/sv/forms/about/>

Hane, M., & Wennberg, B-Å. (2002). *Samtal med arbetsterapeuter: om arbetsmiljöns brister, risker och glädjeämnen*. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, cop.

Hansagi, H., & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Hedelin, B. (2006). Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa - psykiatrisk omvårdnad utanför psykiatrins arena. I B. Arvidsson & I. Skärsäter (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad - att stödja hälsofrämjande processer* (ss. 63–80). Lund: Studentlitteratur.

Kinn, L., & Aas, R. (2009). Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(2), 112–121. doi: 10.1111/j.1440-1630.2007.00714.x.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 191–203.

Kåhlin, I. (2017). Effektiv rehabilitering med personcentrerade metoder i primärvården [poddradio]. *Primärvårdspratarna*. Hämtad från <https://soundcloud.com/user-304185756/effektiv-rehabilitering-med-personcentrerade-metoder-i-primarvarden-med-ida-kahlin>

Leufstadius, C., Erlandsson, L-K., & Eklund, M. (2006). Time use and daily activities in people with persistent mental illness. *Occupational Therapy International*, 3, 123–141.

Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Högund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 219–233). Lund: Studentlitteratur.

Matuska, K., & Barrett, L. (2013). Patterns of Occupation. I B. Schell, G. Gillen & M. Scaffa (Red), *Willard & Spackman`s Occupational Therapy* (ss.163-172). Lippincott: Williams and Wilkins.

Riksrevisionen. (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (Artikelnr RIR 2014:22). Hämtad från Riksrevisionens webbplats:

https://www.riksrevisionen.se/download/18.78ae827d1605526e94b2fc81/1518435446126/RIR_2014_22_%20v%C3%A5rdval_Anpassad_2.pdf

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad från Riksdagens webbplats:

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa* (Artikel nr: 2003-123-18). Hämtad från Socialstyrelsens webbplats:

https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18_200312319.pdf

Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013: vård och insatser vid depression, ångest och vård schizofreni: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning* (Artikelnr 2013-6-27). Hämtad från Socialstyrelsens webbplats:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19150/2013-6-27.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Primärvårdens uppdrag: En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade* (Artikelnr 2016-3-2). Hämtad från Socialstyrelsens webbplats: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20066/2016-3-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2017a). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning* (Artikelnr 2017-12-4). Hämtad från Socialstyrelsens webbplats: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2017b). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2017* (Artikelnr 2017-3-1). Hämtad från Socialstyrelsens webbplats: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20470/2017-3-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2018a). *Om nationella riktlinjer*. Hämtad 11 april, 2018, från Socialstyrelsens webbplats: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer>

Socialstyrelsen. (2018b). *Utmattningssyndrom - F43.8*. Hämtad 13 april, 2018, från Socialstyrelsens webbplats: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningssyndrom/546>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt* (SBU rapport nr 223). Hämtad från Statens beredning för medicinsk utvärderings webbplats: http://www.sbu.se/contentassets/800ad7aecf9146c795d3a89c7a957048/arbetsmiljo_depression_2014.pdf

Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health measurement Scales a practical guide to their development and use* (4 uppl.) New York: Oxford University Press

Sveriges Arbetsterapeuter. (2017). *Läkemedel och KBT räcker inte vid depression*. Hämtad 6 april, 2018 från <https://www.arbetsterapeuterna.se/Nyhetsarkiv/Nyhetslista-2017/Lakemedel-och-KBT-racker-inte-vid-depression/>

Sveriges arbetsterapeuter. (2018). *Våra medlemmar*. Hämtad 18 januari, 2018 från Sveriges arbetsterapeuters webbplats: <https://www.arbetsterapeuterna.se/Om-forbundet/vara-medlemmar/>

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, (4), 322. doi:10.3109/11038128.2011.596219.

Wilcock, A. A., & Hocking, C. (2015). *An Occupational Perspective of Health* (Vol. 3). Thorofare, NJ, USA: SLACK Incorporated.

World Health Organization. (2014a). *Basic Documents: Forty-eighth edition*. Geneva: WHO Press, World Health Organization.

World Health Organization. (2014b). *Mental health: a state of well-being*. Hämtad 5 februari, 2018, från World Health Organizations webbplats:

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Web-enkäten

Vilka aspekter stödjer och/eller hindrar arbetsterapeuter i primärvården att arbeta med personer med aktivitetsbegränsningar relaterade till psykisk ohälsa.

Enkäten har 13 frågor och tar ca 5 minuter att besvara.

1. Vilket kön har du? Med kön menar vi könsidentitet, alltså det kön du själv känner dig som

Kvinna Man Annat alternativ

2. Inom vilken sektor är du anställd

Landsting/region Privat

3. Inom vilken region är du verksam

Blekinge Dalarna Gotland Gävleborg Halland Jämtland Härjedalen

Jönköpings Kalmar Kronoberg Norrbotten Skåne Stockholms

Södermanland Uppsala Värmlands Västerbotten Västernorrland

Västmanland Västra Götaland Örebro Östergötland

4. Hur länge har du varit verksam som arbetsterapeut (ange antal år)

5. Hur länge har du varit verksam inom primärvården (ange antal år)

6. Arbetar du med patienter som har aktivitetsbegränsningar relaterade till psykisk ohälsa?

Ja Nej

7. Upplever du en ökning med patienter som lider av psykisk ohälsa som kommer till dig som arbetsterapeut?

Ja Nej

8. Verksamheten/organisationen

Vad stödjer (svara ja) eller hindrar (svara nej) dig i arbetet med patienter som lider av psykisk ohälsa? Fler alternativ kan kryssas i.

	Ja	Nej
Remitteras patientgruppen vidare till arbetsterapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har verksamheten tillräckligt med kunskap om vad en arbetsterapeut kan göra för denna patientgrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avsätter verksamheten tillräckligt med tid för denna patientgrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det tillfredsställande lokaler i verksamheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det möjlighet till fortbildning inriktat för denna patientgrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prioriterar verksamheten att andra professioner arbetar med denna patientgrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat (ange vad på fråga 8.1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.1. Om du angav annat på fråga 8

9. Arbetsterapeut

Vad stödjer (svara ja) eller hindrar (svara nej) dig i arbetet med patienter som lider av psykisk ohälsa? Fler alternativ kan kryssas i.

	Ja	Nej
Har du relevant kunskap om denna patientgrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du intresse för denna patientgrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fungerande samarbete med andra arbetsterapeuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fungerande samarbete med övriga professioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du tillgång till bedömningsinstrument för denna patientgrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du kunskapen om vilka arbetsterapeutiska interventioner som kan användas på denna patientgrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du stöd av nationella riktlinjer i arbetet med denna patientgrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prioriterar du att arbeta med denna patientgrupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat (ange vad på fråga 9.1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.1. Om du angav annat på fråga 9.

10. Vilken/-a bedömning/ar använder du som arbetsterapeut i arbetet med psykisk ohälsa

- Aktivitetsbedömning Aktivitetsdagbok Arbetsutredning
- Arbetsplatskartläggning Underlag till läkarens sjukintyg
- Annat (ange vad på fråga 10.1)

10.1 Om du angav annat på fråga 10.

11. Vilken/-a intervention/-er använder du i arbetet med patienter med psykisk ohälsa? Fler alternativ kan kryssas i.

- ReDO Stress-skola Förskrivning av kognitiva hjälpmedel Social träning Aktivitetsträning Interventioner riktade mot återgång till arbetet Annat (ange vad på fråga 11.1)

11.1. Om du angav annat på fråga 11.

12. Vad anser du är det viktigaste att förbättra i arbetet med patienter som lider av psykisk ohälsa

13. Om du vill ta del av studiens resultat, var god ange din mailadress nedan.
Tack för din medverkan!
