

Referensstödetts möjligheter inom mentalvårds rehabilitering

En systematisk litteraturstudie

Kaisa Karppinen

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Ergoterapi
Identifikationsnummer:	
Författare:	Kaisa Karppinen
Arbetets namn:	Referensstödet s möjligheter inom mentalvårds rehabilitering
Handledare (Arcada):	Annikki Arola
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med detta examensarbete var att leta reda på hurdan referensstöd som används inom mentalvården och hur man kunde använda referensstöd som en del av ergoterapi-interventioner. Forskningsfrågorna styrde arbetets fokus på personrelaterade, aktivitetsrelaterade och sociala omgivningsrelaterade faktorer som påverkas av referensstöd. Som metod användes en systematisk litteraturstudie i form av litteraturöversikt. Som analysmetod användes en innehållsanalys av materialet och teoretiska grunden för arbetet formade PEOP (Person Environment Occupation Performance). Vid datainsamlingen inkluderades 12 artiklar eller rapporter som fyllde inklusionskriterierna för studien. Kvalitetsgranskning av artiklarna skedde enligt Forsberg & Wengströms (2003) riktlinjer.</p> <p>Resultaten av analysen kategoriserades enligt teman som framkom: olika referensstödsformer, inverkan på personfaktorer, socialt stöd och den sociala omgivningen, samt inverkan på aktivitetsutförandet. I kapitel 6.2 sammankopplades referensstöd med ergoterapi-interventioner. Referensstöd kan ingå i ergoterapiprocessen som förstärkare av sociala och grundläggande faktorer där man kan sträva mot samma mål som i ergoterapi. Mera forskning behövs om referensstöd som en stödform i mentalvårds rehabilitering för att bevisa effekten på individnivå.</p>	
Nyckelord:	Ergoterapi, referensstöd, mentalvård, PEOP, litteraturstudie
Sidantal:	43
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
DegreeProgramme:	Occupational therapy
Identificationnumber:	
Author:	Kaisa Karppinen
Title:	The potentials of using peer support as a part of mental health rehabilitation
Supervisor (Arcada):	Annikki Arola
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this degree thesis was to find information about what kind of peer support is available in mental health services, and to combine this information with occupational therapy interventions. Questions around the purpose of the study arose, and made the focus of the study to person related factors, activity related factors and social environmental factors. A systematic literature review was used to process articles and reports. To analyze the results the writer used a qualitative content analysis and the theoretical background was formed by PEOP (Person Environment Occupation Performance). 12 articles meeting the inclusion criteria's were included in the study. The quality research of the articles was done according to Forsberg & Wengström's (2003) guidelines.</p> <p>The results of the study were categorized according to themes that were found: different peer support forms, effects on person related factors, social support and social environment as well as the impacts on activity performance. In chapter 6.2 peer support was linked to occupational therapy interventions. Peer support is possible to link to the occupational therapy process by striving to same goals in terms of social and baseline factors. Further, more research is needed concerning peer support in mental health rehabilitation to be able to show the impact on personal level.</p>	
Keywords:	Occupational therapy, peer support, mental health, PEOP, literature review
Numberof pages:	43
Language:	Swedish
Date ofacceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Toimintaterapia
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Kaisa Karppinen
Työn nimi:	Vertaistuen mahdollisuudet mielenterveyskuntoutuksessa
Työnohjaaja (Arcada):	Annikki Arola
Toimeksiantaja:	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä tietoa mielenterveystyössä käytettävästä vertaistuesta ja kuinka tietoa voitaisiin hyödyntää toimintaterapiainterventioissa. Tutkimuskysymykset ohjasivat työn painopisteen vertaistuen vaikutuksesta henkilökohtaisiin, toiminnallisiin ja sosiaalisen ympäristöön vaikuttaviin tekijöihin. Työ tehtiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja analysoinnissa edettiin laadullisen sisällönanalyysin pohjalta. Teoreettisen perustan työlle loi PEOP (Person Environment Occupation Performance). Tiedonkeruun ja valikointivaiheen jälkeen tutkielmaan sisällytettiin 12 artikkelia tai raporttia jotka täyttivät työn kriteerit. Laaduntarkastus perustui Forsberg & Wengströmin (2003) ohjeistuksiin.</p> <p>Tutkimustulokset luokiteltiin teemoittain analyysin jälkeen: erilaiset vertaistuen muodot, vaikutus henkilötasolla, sosiaalinen tuki ja sosiaalinen ympäristö sekä vaikutus toiminnallisuuteen. Luvussa 6.2 vertaistuki liitettiin toimintaterapiainterventioihin. Vertaistuen voi liittää osaksi toimintaterapiainterventioita tavoittelemalla samoja tavoitteita sosiaalisten ja perustavien tekijöiden osalta. Lisää tutkimuksia tulisi tehdä vertaistuesta tukimuotona mielenterveyskuntoutuksessa, jotta vaikutusta voidaan osoittaa yksilötasolla.</p>	
Avainsanat:	Toimintaterapia, vertaistuki, mielenterveys, PEOP, kirjallisuuskatsaus
Sivumäärä:	43
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1	INLEDNING	8
2	BAKGRUND	9
2.1	Referensstöd	10
2.2	Psykisk ohälsa	11
2.3	Ergoterapi i mentalvården	12
2.4	Teoretisk utgångspunkt: PEOP	13
3	TIDIGARE FORSKNING	15
4	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	17
5	METOD	17
5.1	Urval	18
5.2	Datainsamling	18
5.3	Kvalitetsgranskning	20
5.4	Bearbetning och analys	22
5.5	Tillförlitlighet och generaliserbarhet	23
5.6	Etiska överväganden	23
6	RESULTATREDOVISNING	23
6.1	Olika referensstödsformer och dess förekomst	28
6.2	Referensstödet inverkan på personfaktorer	29
6.3	Den sociala omgivningen och socialt stöd	30
6.4	Aktivitet utförande och referensstöd	32
6.5	Referensstöd integrerat i ergoterapi	33
7	DISKUSSION	34
7.1	Metoddiskussion	37
7.2	Slutdiskussion	38
	KÄLLOR	40
	BILAGA 1	
	BILAGA 2	
	BILAGA 3	
	BILAGA 4	

Tabeller

Tabell 1. Datainsamling	19
Tabell 2. Checklista för forskningsartiklar.....	21
Tabell 3. Checklista för andra artiklar och rapporter	22
Tabell 4. Inkluderade forskningsartiklar	24
Tabell 5. Andra inkluderade artiklar och rapporter	26

FÖRORD

Examensarbetsprocessen var lång och lärorik. Som forskningsämne visade sig referensstöd vara ganska okänt, men ändå ett intressant område med möjligheter för utveckling och utsträckning.

Jag vill tacka min handledare Annikki Arola för goda råd och hjälp då det kändes som att man inte kom framåt i arbetet. Ytterligare vill jag även tacka min sambo för stöd och kämpande i den långa processen.

1 INLEDNING

Intresset för att göra en studie om referensstöd (även kallat kamratstöd), väcktes då det grundades i en kommun ett referensstödscenter med verksamhet. Centret i fråga är främst avsett för långtidsarbetslösa men i denna studie valdes det att fokusera syftet med arbetet till speciellt mentalvården. Som blivande ergoterapeut anser jag att man med att kombinera referensstöd och rehabilitering kan få en optimal och kompakt helhet där klienten får delge och ta emot så mycket kunskap och erfarenheter som möjligt. Även samhället har stor nytta av att individer kan dela med sig sina kunskaper i form av referensstöd, genom att därmed spara in på resurser inom social- och hälsovård.

På Suomen Mielenterveysseuras (Finlands Mentalvårdsförenings) (2013) sidor kan man hitta flera referensstödsgrupper med olika teman, det gemensamma för dem alla är möjligheten att få dela med sig sina tankar och upplevelser med andra som genomgår en liknande livssituation. I bästa fall kan samhället främja individens välmående genom att erbjuda tjänster där man stöder överlevnadsmetoder och aktivitetsutförande vid förändrade livssituationer. Med dessa tjänster kan man undvika personer från att insjukna på nytt eller isoleras i samhället. (Suomen Mielenterveysseura 2013)

Jag fick även en chans att med egna ögon se vad referensstöd kan vara inom mentalvården då jag under våren 2013 genomförde en yrkespraktik på ett psykiatriskt ergoterapicenter. Min upplevelse av praktiken var att psykiatriska sjukdomar och symptom är sådant man sällan vill tala om för vänner och familj; man stänger sig hellre inne ensam i sitt egna hem. Endast få av dem jag mötte på praktiken ansåg sig kunna tala öppet med bekanta om sina problem. Men då klienterna kom till ergoterapicentrets terapigrupper kunde de identifiera sig med alla andra i liknande livssituationer. Allting kunde talas om i en grupp där klienterna kände sig likvärda med varandra.

Genom att avgränsa målgruppen i studien till specifikt mentalvården fanns möjlighet att djupdyka i material som berörde speciellt referensstöd för psykisk ohälsa och stödets

inverkan på människans sociala omgivning. Den teoretiska utgångspunkten i studien var i Person Environment Occupation Performance (PEOP) med fokus på människans sociala omgivning, personkomponenter och aktivitetsutförande. Studien gjordes i form av en systematisk litteraturstudie där källorna bestod av relevanta artiklar samt rapporter med annat utgångsläge än forskning.

2 BAKGRUND

För att få en uppfattning om vad man enligt litteratur avser med referensstöd (eller kamratstöd) så öppnas begreppet i stycket 2.1. Mentalvården består av flera olika komponenter men i detta arbete ligger fokus främst på psykisk ohälsa. Detta begrepp förklaras och öppnas i kapitel 2.2. Stycket 2.3 innehåller den teoretiska utgångspunkt som använts för att få en ergoterapeutisk synvinkel att resonera med i studien. I kapitel 3 stöds valet av referensstöd som en metod för rehabilitering med tidigare forskning inom området.

Stödet från personens sociala kontext, så som familj och vänner, professionella samt andra personer med liknande problematik, samt delaktighet i meningsfulla aktiviteter är avgörande faktorer i rehabiliteringen. Med socialt stöd får personen förståelse för vad som ingår i tillfriskningen och hur man når sitt mål med rehabiliteringen. Schön et al. (2009) beskriver att personen genom sociala förhållanden ”omdefinierar sig själv som person – som en person med problem men också med förmågor”. (Schön et al. 2009)

Följande citat är lånat från lagstiftningen för mentalvården och beskriver vad som avses med mentalvårdstjänster:

1 § Mentalvårdsarbete: ”Med mentalvårdsarbete avses främjande av individens psykiska välbefinnande och hans handlingsförmåga och personlighetsutveckling samt förebyggande, botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar.” (Finlex 1990)

Enligt mentalvårdslagen är varje kommun skyldig att erbjuda mentalvårdstjänster i den utsträckningen som socialvårdslagen ([710/1982](#)) och hälso- och sjukvårdslagen ([1326/2010](#)) bestämmer. Enligt [4§](#) ”Principerna för mentalvårdstjänsterna” skall mentalvård i första hand ordnas som öppen vård så att människor självmant söker sig till vård. Mentalvårdstjänsterna skall motsvara kommunens behov. (Finlex 1990)

2.1 Referensstöd

Det finska begreppet ”vertaistuki” öppnar bättre begreppet referensstöd genom att innehålla orden ”vertainen” och ”tuki”; man får förståelse om att det gäller en eller flera personer som har genomgått något motsvarande och vill dela med sig sitt stöd för andra i liknande situation. Lämsä (2012:28) öppnar begreppet med att förklara att det inte är frågan om en direkt vårdform utan att det främst gäller att dela erfarenheter med andra som varit i liknande livssituationer. Det poängteras även att man inte med referensstöd kan ersätta professionell hjälp utan att man endast kan ge mera fyllning på hjälpen. (Lämsä 2012:28, Lund 2006:131) Enligt Lund (2006:131) bör referensstöd, så väl som annan volontärverksamhet, vara väl koordinerat för att man skall kunna bilda en stark rehabiliteringsgrund där kunskapen kommer på första plats.

Mikkonen (2009:29) tar upp i sin forskning de olika begreppen man på engelska använder om referensstöd; ”selfhelp”, ”peer support”, ”mutual aid” och ”self-help support”. Hon anser att man även kan använda ”social support” för att beskriva den sociala domänen som referensstödet täcker. (Mikkonen 2009:29)

De som fungerar som referensstödspersoner kan ge styrka och hopp om en bättre fortsättning för en person som drabbats av nedstämdhet eller nedsatt känsla av meningsfullhet i livet. Med referensstöd kan man spegla varandras känslor och fungera som en slags tolk för känslor. I optimala fall kan referensstöd även fungera som förebyggande i och

med att man tar i tu med saker då de är aktuella. (Lämsä 2012:28) Motivationen är en stark bidragare inom rehabilitering och detta syns i viljan att driva referensstöd; utbildade stödpersoner kan ha en avgörande betydelse i en vårdprocess (Lund 2006:133).

Inom mentalvårds rehabilitering används även enligt litteratur referensstödsgrupper vars främsta fokus är på gruppdiskussion där var och en får komma fram med sina känslor och upplevelser. Då det används grupper är det en handledare som håller i trådarna. Målsättningen med sådana grupper kan vara till exempel att förhindra kriser från att förlängas eller möjliggöra delande av erfarenheter och känslor. (Narumo 2010:8) I Mikkonens forskning har man definierat "vertaisryhmä" (referensgrupp) som en grupp personer där alla vill dela med sig livserfarenheter, känna tillhörighet och få referensstöd och information av andra i samma livssituation. Vissa professionella vill även skilja på begreppen referensgrupp och referensstödsgrupp - detta främst för att man anser att en referensgrupp kan bestå av annat än ömsesidigt stöd, så som av människor i samma ålder etc. (Mikkonen 2009:30)

Tredje sektorn har en central roll då det kommer till referensstöd, genom att hålla i trådarna för volontär medborgarverksamhet. Dessa medborgarverksamheter skall utgå från att man kan möta personer som genomgått liknande upplevelser. Erbjudandet av referensstöd är tredje sektorns styrkor som inte går att tävlingsställa eller prissätta. Kommunerna kunde mer effektivt överväga möjligheten att involvera referensstöd i den kommunala vården, fastän det kan vara svårt att jämföra denna stödform med professionell vård. (Lund 2006:21)

2.2 Psykisk ohälsa

Årligen insjuknar 1.5 % av finska befolkningen i någon psykisk sjukdom och man har uppskattat att till och med var femte invånare drabbas i något skede av sitt liv av depressionssymtom (Huttunen 2008). Psykiska hälsan påverkas av många faktorer och är därför svår att definiera. Undersökningar visar att genetiken har en stor betydelse för

psyket men lika väl som annat hälsotillstånd så kan psykiska hälsans tillstånd variera. Det finns heller ingen statisk psykisk hälsa och det går därmed inte att mäta en människas psykiska hälsa. Begreppet består av människans egen uppfattning om sin psykiska hälsans tillstånd. (Toivio & Nordling 2009:84) Psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar finns i flertal och kategoriseras enligt symptombilden, som även den är varierande (Huttunen 2008).

Definitionen av psykisk ohälsa är svår även på grund av att det i vissa mentalsjukdomar inte förekommer en sjukdomsbild som skulle berätta för individen om en ohälsa. Detta leder till att personen inte söker hjälp till sin ohälsa, sjukdomstillståndet förlängs och vårdresultat är svårare att uppnå. (Toivio & Nordling 2009:84)

För en person som psykiskt mår bra och aldrig har upplevt psykiska störningar kan det ofta vara svårt att förstå psykiska avvikelser som har utbud i exempelvis beteendet. Ibland har människor även på grund av rädsla svårt att tala om psykiska störningar över lag. (Huttunen 2008) För den insjuknade vore det sociala stödet och sociala omgivning- en ytterst viktig för psykiska hälsan. (Toivio & Nordling 2009:84)

2.3 Ergoterapi i mentalvården

Ergoterapeuten har inom mentalvården en roll att stödja aktivitetsförmågan och möjliggöra aktiviteter för klienten genom att kombinera klientens aktivitetshistoria, intressen och begränsningar samt klientens önskemål om samarbete med ergoterapeuten. Ergoterapeuten gör kontinuerlig utvärdering av aktivitetsutförandet i rutiner, olika roller samt vardagliga aktiviteter (så som hygien, produktivitet och vila). Även klientens sociala och fysiska omgivning bedöms och utvärderas. (Cook et al. 2009)

Tillsammans med klienten lägger ergoterapeuten upp målsättningar för ergoterapi som innefattar terapeutiska aktiviteter som är specifikt tillämpade för klienten. I genomfö-

randet av terapin kan ergoterapeutens roll vara att engagera klienten till aktivitetsutförande samt att lära färdigheter. Även handledning till att använda stöd från omgivningen, delta i gruppverksamhet samt utveckla rutiner och aktivitetsbalans kan ingå i ergoterapin. (Cook et al. 2009)

2.4 Teoretisk utgångspunkt: PEOP

Den teoretiska utgångspunkten för reflektion i detta arbete var ergoterapeutiska referensramen Person Environment Occupation Performance (PEOP). Denna teori valdes för att kunna stöda syftet i studien med tankar utifrån ergoterapins synsätt på individens kringliggande faktorer.

PEOP är en klientcentrerad referensram som fyller på modellen Occupational Performance (OP) genom att ta i hänsyn även människans omgivning (environment), inklusive sociala omgivningen, och därmed tycktes teorin passa bra för syftet med studien. PEOP skiljer sig från andra ergoterapeutiska referensramar även med dess tudelade målsättning; man fokuserar på både aktivitetsutförandet och delaktighet. (Turpin & Iwama 2011: 90)

I fokus i modellen står interaktionen mellan personen och dess omgivning, samt hur dessa två påverkar aktivitetsutförandet och delaktigheten. Personen och omgivningen påverkas även av varandra och lägger grunden för vad människan gör. Personfaktorer, dvs. inre faktorer, består av fysiologiska (så som hälsa och kondition), psykologiska (exempelvis vilja, värderingar, attityder och interna processer), kognitiva (bestående av inlärning, kommunikation, observation), spirituella (människans värderingar om meningsfullhet) samt neurobeteendemässiga (sensoriska och motoriska system) faktorer. (Turpin & Iwama 2011: 90-92)

Omgivningsfaktorer (yttre faktorer) består av socialt stöd, sociala och ekonomiska system, kultur och värderingar samt byggda och naturliga omgivningen. I denna studie ligger fokus i den sociala omgivningen och sociala stödet. Det sociala stödet upplevs individuellt gällande behovet och delas in i tre olika stödtyper: praktiskt stöd (ofta instrumentellt stöd), informellt stöd (rådgivande eller kunskaps och färdighetsövning) samt emotionellt stöd (beaktande i form av kommunikation, närvaro och emotionell rådgivning). (Turpin & Iwama 2011: 93-94)

Sociala och ekonomiska system möjliggör för individen resurser i samhället. Dessa system gynnar vissa grupper, medan de även kan missgynna andra grupper så som personer med nedsättningar av något slag som ofta blir socialt isolerade från exempelvis arbetsmarknaden. Kulturen och värderingar bygger delvis på genetisk uppläggnings gällande till exempel beteende och övertygelser. Kulturen formar även personens val av aktiviteter och attityd mot dessa. (Turpin & Iwama 2011: 94)

Byggda omgivningen och teknologin kan möjliggöra eller begränsa aktivitetsutförandet och innefattar alla fysiska designegenskaper i miljön som människan har åstadkommit. Naturliga omgivningen i sin tur är den geografiska egenskapen av miljön som innefattar solljuset, klimaten, luften och terrängen. Naturliga omgivningen har benägenhet att bilda aktiviteter som följer naturens gång, så som att skotta snö. (Turpin & Iwama 2011: 94)

PEOP möjliggör att snävare fokusera arbetet på endast vissa komponenter: personen och dess sociala omgivning; vilka yttre och inre faktorer som påverkar delaktighet i rehabiliteringen i form av referensstöd, samt hurdan socialt stöd man kan få av referensstöd.

3 TIDIGARE FORSKNING

I tidigare forskningen valdes att inkludera studier om referensstöd som är gjorda även kring andra målgrupper än mentalvård för att få en bredare synvinkel på referensstödet användbarhet inom rehabilitering över lag. Andra målgrupper som inkluderades var diabetiker, cancerpatienter samt postpartum depressiva mödrar. Databaser som användes för insamlingen av material var Ebsco, OT Seeker och Sage journals. Sökorden bestod av bland annat "peer support", "peer*", "occupational therapy" and "peer" and "participation" samt "peer support" and "rehabilitation".

Att fungera som en referensstödsperson inom mentalvården möjliggör ofta positiva förändringar efter att personen fått arbets- och träningserfarenhet inom området. Forskning visar bland annat förminskat behov av sjukhusvård samt att personerna upplever bättre självförtroende, empowerment och förbättrad livskvalitet. I Gerry's (2011) forskning ville man få information om referensstödspersonernas åsikter och erfarenheter av att fungera i sin position. Aspekter som referensstödspersonerna kom fram med i forskningen var en bättre förståelse för tillfriskning (recovering) och hur tillämpa ny kunskap de fått (learningskills). Deltagarna fick även ett bättre självförtroende (confidence) och ansåg sig nu kunna bättre verbalt uttrycka sig (communication). (Gerry 2011)

En forskning handlade om referensstödet inverkan på hälsorelaterat beteende hos vuxna. Artikeln innehöll en analys av 25 olika studier relaterade med referensstöd och förändrade beteendemönster hos vuxna. Studien mätte effektiviteten av referensstödet. I studien kom forskarna fram till att det finns tre olika typer av referensstöd som används; dyader (där två personer gör samarbete), grupper och blandningar av båda. 72 % av studierna i forskningen hade använt dyader som referensform eftersom det är den lättare formen att implementera. Nästan hälften av grupperna som analyserats kunde bevisa en positiv ändring medan det i andra halvan av grupperna inte kunde visas en skillnad mellan kontroll- och referensstödsgruppen. Forskarna kunde heller inte komma på en förklaring till skillnaderna i resultatet av effektiviteten. (Webel et al. 2010)

I dagens samhälle har internet en stor roll för socialt umgänge och även referensstöd erbjuds dessa vägar. Høybye et al.(2010) har i sin forskning undersökt effektiviteten av internet referensstöd till psykosocialt anpassande i situationen hos klienter med cancer. Interventionerna, diskussionerna, tog plats på internetet i chat forum eller med privat meddelanden för personer som deltagit i en rehabiliteringskurs. Inga terapeutiska kontakter var involverade. Man använde sig av en kontroll- och interventionsgrupp varav båda gruppernas klienter hade deltagit i samma rehabiliteringskurs. Man kunde inte bevisa märkvärdiga skillnader i resultaten mellan de två grupperna, utan båda grupperna hade ett förbättrat psykologiskt välmående efter att studien slutförts. Forskarna kom dock fram till att de som använt referensstöd och social interaktion hade därmed nått en högre nivå av "kämparglöd" (fighting spirit). (Høybye et al. 2010)

Även telefonsamtal är ett sätt att nå människor i samma situation där man själv är. Denna form av referensstöd har i en forskning undersökts med målgruppen diabetiker. Syftet med studien var att undersöka användbarheten och godkännbarheten av en plattform kallad "Interactive Voice Response (IVR)" för att erbjuda referensstöd för äldre personer med diabetes. Personerna var tillfrågade att varje vecka använda tjänsten och tala med en referensstödsperson samt efteråt utvärdera denna tjänst. Forskningen visade att IVR var en bra form av referensstöd för personerna som deltog, samt att de flesta av deltagarna gillade att tala med sin referensstödsperson och ringde denne ofta. Personerna ansåg sig också dra stor nytta i vårdmässiga råd de fick via samtalen och kände sig mer motiverade för att sköta om sitt sjuktillstånd. (Heisler & Piette 2005)

En annan forskning där man använt referensstöd via telefonsamtal hade som målgrupp mödrar med postpartum depression. I studien har man jämfört en kontroll- och experimentgrupp där interventionerna bestod av telefonsamtal med en referensstödsperson. I resultaten kunde man se en betydlig skillnad på depressionsnivån i de två olika grupperna. Referensstödet hade minskat graden av depression symptom hos 85 % av mödrarna i experimentgruppen. Det man lagt märke till var att det inte var kvantiteten av telefonsamtal som var centralt, utan att det var kvaliteten på samtalen som avgjorde resultaten. (Dennis 2003)

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie var att utreda hur litteraturen beskriver olika former av referensstöd som används inom mentalvårds rehabilitering samt hur referensstödet påverkar individen och dess omgivning. Som en del av syftet var även att beskriva hur referensstöd kan integreras i ergoterapi-interventioner.

Följande frågeställningar för studien har uppställts:

- Hur kan referensstöd inom mentalvården stöda individen på personnivå?
- Hur kan referensstöd stöda individen i hennes/hans sociala omgivning?
- Hur kan mentalvårdsklienters aktivitetsutförande främjas med referensstöd?

5 METOD

Studien genomfördes i form av en systematisk litteraturstudie för att via litteratur och forskningsartiklar utreda vad man använt för former av referensstöd inom mentalvårds rehabilitering. Forskningsfrågor formulerades för att vägleda studiens syfte (jfr Forsberg & Wengström 2003:27). Med en litteraturstudie kunde aktuell information om referensstöd nås via forskning och skriven litteratur.

Arbetet framskred enligt följande: informationssökning och reflektion, värdering av materialet, analys av resultat, sammanställning och tillämpning. Först söktes litteraturen systematiskt, varefter det genomfördes kritisk granskning av materialet. Sedan sammanställdes litteraturen och analyserades utgående från en innehållsanalys. Litteraturen som inkluderades i studien skulle vara aktuell och ingå i området i fråga. Inkluderings och exkluderings kriterier (se punkt 5.1) avgjorde hur många studier som ingick i litteraturstudien. (jfr Forsberg & Wengström 2003: 29-30, 74)

5.1 Urval

För att nå relevant information för studien formulerades inklusionskriterier för materialet. Inklusionskriterierna var att forskningsartiklarna inte fick vara äldre än tio år gamla (skulle vara från år 2003 framåt), måste angå referensstöd inom mentalvården och ha en hög eller medelhög kvalitet efter kvalitetsgranskningen. Artiklarna skulle ge svar på frågeställningarna som behandlade personrelaterade - och omgivningsfaktorer samt aktivitetsutförandet. Litteraturen skulle vara skriven på engelska, finska eller svenska. Exklusionskriterier var att inga barnstudier eller undersökningar som fått mycket låg kvalitet vid kvalitetsgranskningen inkluderades (se punkt 5.3).

Valet av lästa abstrakt skedde genom att kolla artikelns nyckelord och huruvida orden mötte inklusionskriterierna för denna studie. 26 artiklar föll bort efter abstraktläsningen på grund av att de inte mötte syftet med denna studie. Vidare föll två stycken artiklar bort vid analyskedje pga. att de inte heller mötte syftet med studien; de behandlade annat område än referensstöd. Sammanlagt innehöll studien bearbetning av 12 stycken artiklar.

5.2 Datainsamling

Insamling av materialet till studien genomfördes med att systematiskt söka litteratur med bestämda sökord. Sökorden som användes var bland annat "peer support", "mental illness", "peer*", "rehabilitation", "social support" och "social environment" (se tabell 1 Datainsamling). Genom att studera referenslistan på en artikel kunde hittas flera artiklar inom området.

Insamlingen av material påbörjades i oktober 2012 och avslutades i maj 2013. Tabellen för datainsamlingsprocessen (Tabell 1.) visar hur processen såg ut genom att vara delad

in i kolumner som beskriver databasen, sökord, antal träffar, antal lästa abstrakt samt antal valda artiklar. Sammanlagt var resultatet av datainsamlingen från databaser 40 lästa abstrakt varav 14 stycken valda artiklar. Orsaken till att det i vissa fall lästes endast några abstrakt fast träffarna var många (jfr Tabell 1.) berodde på att det redan i artikelns namn framgick till exempel att studien var gjord med barn eller annan än psykisk problematik var i fokus. Då man begränsade sökningen med fler specifika sökord fick man inget resultat.

Manuell sökning genomfördes under veckan 21 i Arcada och Kervo stads bibliotek. Sökningen innefattade följande material: American Journal of Occupational Therapy tidskrifterna publicerade från 2010-2013 (två lästa abstrakt men inga valda artiklar), British Journal of Occupational Therapy publicerade mellan 2010-2013 (även bland dessa lästes två abstrakt men ingen artikel fyllde inklusionskriterierna), mellan åren 2010 och 2012 publicerade Scandinavian Journal of Occupational Therapy tidskrifter (tre lästa abstrakt, ingen vald artikel), Arbetsterapeuten tidskriftens publikationer från år 2010 till 2011 (inga träffar) samt Australian Occupational Therapy Journals publikationer mellan åren 2010 och 2012 (två lästa abstrakt som inte fyllde inklusionskriterierna). Orsaken för att lästa abstrakten inte ledde till att artikeln inkluderades i studien var att syftet med artikeln inte stödde inklusionskriterierna för denna studie.

Tabell 1. Datainsamling

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Academic Search Elite: EBSCO	Occupational therapy AND peer AND participation	20	2	0
Academic Search Elite: EBSCO	peer AND quality of life AND mental illness	4	1	1
Academic Search Elite: EBSCO	peer support AND quality of life AND mental illness	40	5	1

Academic Search Elite: EBSCO	peer relations AND mental illness	17	2	1
Academic Search Elite: EBSCO	peer AND mental illness AND social*	375	5	2
Academic Search Elite: EBSCO	peer support AND rehabilitation	71	8	3
OT Seeker	peer participation	9	2	0
OT Seeker	peer support	29	2	1
SAGE Journals	peer support AND mental illness and social*	1	1	1
SAGE Journals	peer support AND mental illness AND social environment	21	3	1
SAGE Journals	mental illness AND social* AND rehabilitation	14	1	1
Google Scholar	peer support AND mental illness AND social* AND adults	5 860	8	2

5.3 Kvalitetsgranskning

För att bedöma litteraturens validitet och reliabilitet gjordes en kvalitetsgranskning på materialet. Utgående från Forsberg och Wengström (2003:118) riktlinjer togs det i kvalitetsgranskningen hänsyn till speciellt undersökningens syfte, resultat som erhöles samt om resultaten var giltiga. Även frågeställningar, design, urval, mätinstrument, analys samt hur forskarna tolkat resultaten bedömdes. (Forsberg & Wengström 2003:118–119)

Kvalitetsgranskningen av forskningsartiklar som hittades vid insamling av material genomfördes med att använda checklistor som Forsberg och Wengström utarbetat (se bi-

laga 1-4). Checklistorna är olika beroende på studiens metod och omfattar: systematiska litteraturstudier, RCT - randomiserade kontrollerade studier och kvasi-experimentella studier (kvantitativa artiklar) samt kvalitativa artiklar. Med checklistorna gavs värden åt svaren på frågorna: genom att poängsätta med ett (1) poäng frågor som gav positivt svar samt noll (0) poäng för svar som inte mötte frågan (Willman et al. 2006: 96). Eftersom checklistorna ursprungligen hade i vissa fall beskrivande svar, så ändrades de till frågor som kunde besvaras ja eller nej. Totala poängsumman av artikeln dividerades med tre och därmed bestämdes kvalitetsgraden av artikeln: hög (3), medelhög (2) eller låg kvalitet (1) (se tabell 2).

Tabell 2. Checklista för forskningsartiklar

Metod	Max poäng	Hög kvalitet (3)	Medelhög kvalitet (2)	Låg kvalitet (1)
Systematisk litteraturstudie	17	12-17	7-11	< 7
Kvantitativ, randomiserad, kontrollerad studie	32	21-32	11-20	< 11
Kvalitativ, kvasiexperimentell studie	23	15-23	7-14	< 7
Kvalitativ studie	31	21-31	10-20	< 10

För kvalitetsgranskning av annan litteratur, som i denna studie var rapporter och artiklar med annan utgångspunkt än forskning, bedömdes innehållets kvalitet genom att försäkras om att dokumenten var korrekta, söka information om författarna, lägga märke till året och källmaterialets relevans, vilket förlag som publicerat litteraturen samt genom att granska materialets trovärdighet och representativitet. (jfr Denscombe 2000: 202) I denna studie söktes det på internet information om författarna samt hur mycket och kring vilka områden de publicerat material. Materialet granskades med att noggrant jämföra utgångsläget med författarnas resultat. Till slut poängsattes bedömningen (se tabell 3).

Tabell 3. Checklista för andra artiklar och rapporter

Metod	Max poäng	Hög kvalitet	Medelhög kvalitet	Låg kvalitet
Bedömning av innehållets kvalitet (information om författarna, årtal, källmaterialets relevans, publicerande förlag, materialets trovärdighet och representativitet)	3	3 (hittades riklig information för att kunna bedöma kvaliteten)	2 (hittades delvis information för att kunna bedöma kvaliteten)	1 (hittades bristande information för att kunna bedöma kvaliteten)

5.4 Bearbetning och analys

Analys av materialet i denna litteraturstudie genomfördes med en innehållsanalys. Detta möjliggjorde systematisk och planerad genomgång av materialet samt identifikation av mönster och teman som framkom i litteraturen. Genom att i bearbetningsskede hitta teman i litteraturen så kunde forskningsfrågorna och syftet med studien besvaras. Resultaten kategoriserades enligt de temaområden som framgick: olika referensstödsformer, personnivå, social omgivning samt aktivitetsutförande. Beskrivning av skillnader och likheter som framkom i textens innehåll iaktogs, och textens kontext togs i beaktande dvs. att resultaten förstods ur sitt sammanhang. (jfr Forsberg & Wengström 2003: 146; Granskär & Höglund-Nielsen 2008: 162)

Tolkning av resultaten skedde genom att lägga resultatet i ett större sammanhang utifrån temana som uppstod. Det finns enligt Jacobsen (2007: 294) flera olika sätt att utföra tolkningen och i denna studie användes teorin PEOP som utgångsläge för tolkning. Ge-

nom att använda teorier för att analysera materialet så användes deduktiv ansats i analysen (Granskär & Höglund-Nielsen 2008: 160).

5.5 Tillförlitlighet och generaliserbarhet

För att bedöma tillförlitligheten och generaliserbarheten av resultaten i forskningen så jämfördes och diskuterades resultaten med varandra i diskussionsdelen av arbetet (se kapitel 7). Syftet och frågeställningarna styrde studiens framskridande och resultatet formades med studiens syfte som utgångsläge. Tillförlitligheten i studien påverkades av forskningsresultaten som förutom några undantag bra stämde överens sinsemellan. Generaliserbarheten begränsades av att studien endast berörde referensstöd inom mentalvården.

5.6 Etiska överväganden

Då studien genomfördes strävades det till att ge läsaren en sanningsenlig bild om innehållet i studien (jfr Nyberg 2000:35). Etiska överväganden togs i hänsyn redan innan studien påbörjades. Enligt Forsberg och Wengström (2003) riktlinjer har fusk och oherlighet inte existerat i studien. Plagiering har inte skett, utan vid citat har källan alltid angetts (jfr Nyberg 2000:35). De centrala aspekterna som tagits i hänsyn vid etiska överväganden gällde urvalet samt presentationen av resultat. Hänsyn togs till att endast inkludera studier som etiskt granskats, att redovisa alla artiklar som ingick i studien samt att presentera alla resultat oavsett om de mötte syftet med studien eller ej. (jfr Forsberg & Wengström 2003:73–74)

6 RESULTATREDOVISNING

I detta kapitel redovisas allt material som efter kvalitetsgranskningen inkluderats i studien. Först presenteras forskningsartiklarna som inkluderats i studien i tabellform, där

det framgår författare, årtal, syftet med studien, metoden, resultatet samt bedömda kvalitetsgraden enligt Forsberg & Wengströms (2003) riktlinjer (se tabell 4 *Inkluderade forskningsartiklar* samt tabell 5 *Inkluderat annat material*), varefter materialet bearbetas och redovisas.

Tabell 4. Inkluderade forskningsartiklar

Författare och årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Bouchard et al. 2010	Att utreda uppfattningar och upplevelser av naturligt förekommande referensstöd hos vuxna hospitaliserade mentalvårdsklienter.	Kvalitativ studie	Resultatet av studien visar att referensstödet är omfattande och nyttigt och kräver ingen ansats av personalen. Som stödande verksamhet kan referensstöd innefatta hjälp med vardagliga aktiviteter, socialt och emotionellt stöd samt att dela information och råd.	Hög
Castelein et al. 2008	Att utreda effekten av en minimalt styrd referensstödgrupp hos personer med psykos gällande socialt nätverk, socialt stöd, själveffektivitet, självsäkerhet och livskvalitet, samt att evaluera interventionen och dess ekonomiska konsekvenser.	Kvantitativ studie Randomiserad kontrollerad studie	Resultatet visar att referensstödsgruppen (experimentgruppen) hade positiv inverkan på socialt nätverk och socialt stöd. I jämförelsegruppen ansåg de aktivaste i gruppen sociala stödet, själveffektiviteten och livskvaliteten förhöjts. Interventionerna hade inga ekonomiska konsekvenser och referensstödsgruppen fick bra evaluering av deltagarna.	Hög
Druss et al. 2010	Forskarna utvecklade ett program (Health and Recovery Program) för att få kroniskt sjuka mentalvårdsklienter att bli bättre behärs-	Kvantitativ studie Randomiserad kontrollerad studie	Resultatet av studien visade lovande tecken på att programmet kunde ha en positiv inverkan på egenvård och aktivering av klienter, samt användning av primärvården. Speci-	Medel hög

	kare över sin sjukdom.		ellt visade sig interventionen ha effekt på medicinskt och socialt utsatta subgrupper.	
Lloyd, R 2007	Att registrera effektiviteten av referensstöd och narrativ terapi i en infödd gemenskap av tillhörighet eller i urbana stammar.	Kvalitativ studie	Resultatet visar att personer som lever med psykiska eller intellektuella nedsättningar upplever förhöjd livskvalitet och känsla av självbestämmande när de deltar i sammanslagna eller öppna stammar, eller gemenskaper med tillhörighet.	Medel hög
Min et al. 2007	Att undersöka effekten av deltagande i ”The Friends Connection”, ett referensstödsprogram för personer med återkommande psykisk problematik.	Kvantitativ studie Kvasi-experimentell studie	Resultatet visar att referensstödsprogrammet ”The Friends Connection” kan främja individens förmåga att ta hand om sig själv i samhället samt förhindra återgång till sjukhusvård.	Hög
Moran et al. 2011	Att utreda hur arbetandet som en referensstödsperson kan främja eget tillfrisknande.	Kvalitativ studie	Resultatet visade att nyttan av referensstödsverksamheten på personnivå kunde delas in i fem hälsodomäner: grundläggande, emotionella, spirituella, sociala och aktivitetsrelaterade. Det hittades även fem rollrelaterade och fem arbetsomgivningsrelaterade välgörande faktorer.	Hög
Pfeiffer et al. 2011	Bedöma effekten av referensstöd för att minska depressionssymptom.	Systematisk litteraturstudie	Resultatet av RCT studier visar att referensstöd i förhållande till vanlig vård minskar symptom av depression. Resultatet visar däremot ingen statistisk skillnad mellan grupper av referensstöd och kognitiv beteendeterapi.	Hög

Verhaeghe et al. 2008	Att utreda möjligheten till att referensstöd kan minska stigmatisering och därmed förbättra självkänslan.	Kvalitativ studie	Resultatet visar att stigmatisering är negativt relaterat till självkänslan, medan referensstöd möjliggör att personer känner sig mer godkända och nöjda och gör en positivare självvärdering. Referensstöd är enligt resultatet dock endast effektivt för personer med låg stigmaupplevelse, inte för personer med hög stigmatisering.	Hög
------------------------------	---	-------------------	---	-----

Tabell 5. Andra inkluderade artiklar och rapporter

Författare och årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Davidson, L. et al. 2006	Att definiera vad referensstöd är inom mentalvården och presentera skillnader mellan resultaten av konventionell vård då man jämför utförandet av en referensstödsperson med en annan person.	Författaren definierar referensstöd med litteratur samt granskning av fyra (4) RCT studier.	Resultatet visade inga märkvärdiga skillnader mellan resultaten av RCT studierna vilket enligt forskarna tyder på att referensstödsverksamhet fortfarande bör utvecklas som en del av mentalvården.	Hög
Edmondson, Brad. 2012	Att ge en överblick av möjligheten att spara in samhällets pengar genom att använda referensstöd inom mentalvården.	Historik i form av en artikel, med hänvisningar till kvalitativa upplevelser.	I artikeln framgår att samhället inte ännu kommit fram till hur man kan spara in pengar med att anlita referensstöd, då denna vårdform inte bygger på traditionell utbildning. Individuella upplevelser av referensstöd stöder	Hög

			dock artikelns syfte.	
Spirito Dalgin, R. et al. 2011	Att beskriva hur referensstödssamtal påverkade psykiatriska klienters liv.	Datainsamling skedde per telefon med 480 inringare under fyra års tid.	Resultatet av studien visar att klienternas behov av krisservice minskade samt att de kände sig mindre isolerade än förr. Ett stort behov finns i att möjliggöra referensstöd via telefonsamtal även kvällstid för att minska ensamhet och främja symptombehandling.	Hög
Swarbrick, M. et al. 2011	Att presentera utvecklingen av en referensstöds persons roll som hälsohandledare (wellness coach) för att hjälpa personer med psykisk problematik kvarhålla sin strävan till hälsa och välmående.	Med litteratur samt författarnas professionella och personliga upplevelser presentera den utvecklade rollen.	Författarna anser att hälsohandledning är idealt för referensstöds personer som återställer sig och har potential att ta i tu med hälso- och välmående aspekter med mentalvårdsklienter som har hög risk för andra medicinska tillstånd.	Medel hög

Resultaten har kategoriserats enligt ofta förekommande teman som framkommit vid analyskede av materialet. Kategorierna, som följer i form av underrubriker, blev följande: olika referensstödsformer och dess förekomst, referensstödet inverkan på personfaktorer, den sociala omgivningen och socialt stöd, samt aktivitetsutförande och referensstöd. I kapitel 6.2 integreras referensstödet som en del av ergoterapeutiska interventioner utgående ifrån forskningsresultaten.

6.1 Olika referensstödsformer och dess förekomst

Resultatet av forskningar visar att det finns flera olika sätt att använda referensstöd som en del av rehabiliteringen. Pfeiffer et al. (2011) konkretiserar detta med att konstatera att referensstöd kan förekomma i grupper eller par, personligen, via telefon eller över internet. Speciellt stor roll spelar referensstöd då annan vård eller annat stöd inte är tillgängliga (Pfeiffer et al. 2011).

Referensstöd sammankopplas i många av artiklarna med självhjälp och ömsesidigt stöd (Moran et al. 2012; Min et al. 2007; Edmondson 2012). Med ömsesidigt stöd menar Davidson et al. (2006) att det är frågan om en process där en person frivilligt kommer samman med andra människor för att hjälpa dem överkomma liknande problem man själv bemött. Edmondson (2012) konstaterar i sin artikel att det inom referensstöd är viktigt att lyssna på andra, men även stå vid den andra personens sida. Genom att arbeta i par med en referensstödsperson kan stor nytta fås av att ha en modell av den andra (Lloyd 2007).

Referensstödsverksamheten kan enligt forskningarna vara volontärbaserad (Lloyd 2007) eller betald verksamhet (Min et al. 2007). Lloyd (2007) presenterade i sin forskning en modell för rehabilitering som grundar sig på självhjälp; en gemenskap av tillhörighet. Samhällsbaserade aktiviteter bestående av självhjälpgrupper, fritid och återskapningsgrupper samt diskussion (Min et al. 2007) och konsument- eller referensstödsdriven verksamhet är även ett sätt att nå ömsesidigt stöd (Davidson et al. 2006).

Ett ofta förekommande fenomen i forskningarna var olika typer av referensstödsgrupper (Verhaeghe et al. 2008; Moran et al. 2012; Bouchard et al. 2010; Castelein et al. 2008; Lloyd 2007; Druss et al. 2010; Min et al. 2007). Denna typ av grupper kan förekomma i mångfald: återhämtningsgrupper på sjukhus (Moran et al. 2012; Bouchard et al. 2010), stängda referensstödsgrupper där klienterna väljer temat för diskussion och vårdarens (eller annan personal) roll blir att hålla struktur, kontinuum samt känsla av säkerhet

(Castelein et al. 2008), grupper ledda av utbildade referensstödspersoner (Druss et al. 2010) samt öppna gruppträffar eller workshops med tema om interaktion (Lloyd 2007).

En av forskningarna var en översikt om telefonbaserat referensstöd för mentalvårdsklienter. Telefonsamtalen möjliggör att man får prata med referensstödsspecialister via telefon, då annan hjälp är svårare att nå. Speciellt behov finns av denna typ av referensstöd efter arbetstid (klockan 17 framöver) och genom natten, för att ensamma personer skall få stöd i rehabiliteringen, sällskap och lära sig hantera sina symptom. (Spirito-Dalgin et al. 2011)

6.2 Referensstödet inverkan på personfaktorer

En viktig och central faktor som påverkas hos personer som anlitar referensstöd är självkänslan (Verhaeghe et al. 2008; Castelein et al. 2008; Lloyd 2007; Spirito-Dalgin et al. 2011). Efter att mottagit referensstöd gjorde personer positivare evalueringar om sig själv som aktör (Verhaeghe et al. 2008). Med referensstöd har man åstadkommit att personens känsloläge i situationen förändrats samt att personen sett på situationer från ett annat perspektiv och med annat agerande (Bouchard et al. 2010). Personens spirituella välmående påverkades av referensstöd genom att ge en förändring i livsperspektiv, känna mening i lidandet samt möjliggjorde personlig utveckling och övning av sina färdigheter (Moran et al. 2012). Spirito-Dalgin et al. (2011) presenterade forskningsresultat om att referensstöd kan i längden medföra nya copingstrategier (hanteringsstrategier) för individen.

Personens grundläggande välmående förbättrades med referensstöd genom att medföra förståelse och medvetenhet om psykiska tillståndet samt förbättrad självvård (Moran et al. 2012; Druss et al. 2010; Spirito-Dalgin et al. 2011). Resultaten visade att personer mera strikt följde sina riktlinjer för medicinintagning (Druss et al. 2010) samt hade en balans i hälsorutiner gällande sömnmängd, vila, kost, produktivitet och träning samt delaktighet i meningsfulla aktiviteter och förhållandet till stödande personer (Swarbrick

et al. 2011). En forskning visade även att referensstöd medförde signifikant lindring av depressionssymptom i jämförelse med vanlig vård så som psykoterapi, medan resultatet andra sidan inte kunde visa en skillnad mellan resultatet av kognitiv beteendeterapi och referensstöd (Pfeiffer et al. 2011; Castelein et al. 2008).

Psykosocialt har referensstödet haft inverkan på personens emotionella och sociala välmående (Moran et al. 2008). Personens emotionella välmående förbättrades genom upplevelser av positiva känslor, ett ökat självgodkännande, empowerment samt förbättrad självbild (Moran et al. 2012; Bouchard et al. 2010). Sociala välmående gynnades med förbättrade relationer och ökat socialt nätverk, samt ökad känsla av samhörighet och tillit till andra människor (Moran et al. 2008; Min et al. 2007; Castelein et al. 2008; Bouchard et al. 2010).

Personens uppfattning om sin livskvalitet hade det forskats om i några av studierna med motstridiga resultat. Castelein et al. (2008) konstaterade i sin forskning att livskvaliteten inte kunde ses ha förändrats då man jämförde en referensstödsgrupp med en kontrollgrupp. Druss et al. (2010) i sin tur kom fram till att referensstödet förbättrar livskvaliteten.

6.3 Den sociala omgivningen och socialt stöd

Den sociala omgivningen där referensstöd förekommer anses enligt studierna vara person- och återhämtningskoncentrerad omgivning eller stödande arbetsomgivning (Moran et al. 2012). De flesta omgivningar som framgick i analysen var samhällsbaserade, dvs. de tog plats inom andra eller tredje sektorns tjänster. En viktig del av fungerandet som referensstödsperson var enligt Moran et al. (2012) att ha ett bra referensnätverksarbete. I socialt samspel med en referensstödsperson eller grupp består kontexten av personliga särdrag, gruppdynamik och utifrån kommande strukturmässiga faktorer (så som regler och tidtabeller) (Bouchard et al. 2010). Socialt stöd får individen från referensstöds-

verksamhet genom att i optimalt fall få ny kunskap om mentala hälsan och rehabilitation (Moran et al. 2012).

Öppenhet mellan individen och dess referensstöd är ytterst viktigt för att ett förhållande med tillit, och där med socialt stöd, skall uppstå. Edmondson (2012) beskriver referensstödspersonens roll med uttrycket ”so I listened but I also made sure I stood up to him”, där budskapet är att förhållandet skall bestå av att lyssna på den andra men även finnas där som den andras byggsten. För att öppenhet i förhållandet skall bildas, så måste referensstödspersonen i en viss mån dela med sig sin personliga historia; då blir det centralt att urskilja vänskap och referensstöd från varandra (Moran et al. 201; Lloyd 2007; Davidson et al. 2006). I vissa fall kan referensstödsverksamheten leda till att kontakt uppstår med referensstöds personer även utanför planerade interventioner, men enligt forskningen är detta inte generaliserbart till ett förbättrat socialt liv med andra närstående (Castelein et al. 2008).

Referensstödspersonen i sig har en central roll som socialt stöd för individen. Enligt Moran et al. (2012) kan ha referensstödspersonen ha en roll som återhämtningsledare eller programutvecklare, eller även fungera som utbildad handledare (Swarbrick et al. 2011). Som referensstöds person kan man även arbeta på krisavlednings lägenheter, fungera som en bro mellan hemmet och läkaren eller jobba på klubbhus med verksamhet (Edmondson 2012). Som referensstöds person kan man även hitta en ny mening och roll i livet samt utveckla sin identitet som referensstöds person. (Moran et al. 2012)

Att själv aktivt hjälpa andra och därmed att delge socialt stöd åt en annan person möjliggör en känsla av tillfredställelse (Moran et al. 2012; Bouchard et al. 2010). Som referensstöds person är det viktigt att inte rakt ge ut svar på personers problem, utan uppmuntra dem till att självmant vilja sträva till förändring; detta kan ske exempelvis genom att ställa underlättande frågor som gynnar bättre självförståelse för personen (Swarbrick et al. 2011).

Socialt stöd i form av emotionellt och informellt stöd framgår i en forskning om samarbete. Studien visade att genom att anlita personer med mixdiagnoser och erfarenheter av flertal utmaningar, såkallat ”all fruits theory”, kan andras tillfriskning främjas i samarbete. (Lloyd 2007) Med detta menas att en person som genomgått många svåra situationer och har haft problematik inom fler områden bäst kan dela med sig och leva in i andra sjukas situation; man kan ge emotionellt stöd genom att förstå hur den andra känner sig och informellt stöd som baserar sig på erfarenheter. Druss et al. (2010) presenterade i sin forskning att speciellt medicinskt och socialt utsatta grupper drar största nytan av referensstöd. Med ett starkt samarbete kan referensstödspersonen handleda andra till förändringar i livet och därmed gynna rehabiliteringen (Swarbrick et al. 2011).

Den sociala omgivningen kring individen ger i forskning om stigmatisation varierande resultat (Verhaeghe et al. 2008; Edmondson 2012). En forskning visar att referensstöd som en form av socialt och emotionellt stöd inte kan dämpa negativa länken mellan stigmatisation och självkänsla (Verhaeghe et al. 2008), medan Edmondsons (2012) artikel i sin tur presenterar att stigmatisation är det som referensstöd bäst kan bekämpa. En synpunkt på sociala omgivningens inverkan på personen är att man med forskning har kunnat märka att referensstöd förhindrar social och emotionell isolering i större gemenskaper (Castelein et al. 2008).

6.4 Aktivitetsutförande och referensstöd

Speciellt Moran et al. (2012) hade i deras forskning kommit fram till hur aktivitetsutförandet kan påverkas av referensstöd. Förändringar som forskningsresultatet visade var att referensstödet medförde ökad kapacitet att kunna jobba, utveckling av personliga färdigheter och kompetenser, karriärframgång samt en känsla av att vara uppskattad som professionell. (Moran et al. 2012)

En forskning visade även att man med referensstöd kan uppnå en högre energinivå och utvidga sin aktivitetsrepertoar (Lloyd 2007). Detta bekräftas även av en forskning som visar att man efter referensstöd har större intresse för att sporta (Druss et al. 2010).

6.5 Referensstöd integrerat i ergoterapi-interventioner

Utifrån forskningarna som ingick i denna studie kunde man hitta element i referensstöd som kunde användas som en del av ergoterapi-interventionerna. Lika som referensstöd, kan även ergoterapi förekomma i olika omgivningar, individuellt eller i grupp och med olika aktiviteter i centrum. Eftersom referensstöd bäst kan erbjudas av en person som själv genomgått en liknande livssituation, så kan ergoterapeuten inte i samma mån själv fungera som referensstödsperson för sin klient. Ergoterapeutens roll i ett referensstödsnätverk kunde vara professionella rådgivaren, som håller i trådarna (jfr Moran et al. 2012; Castelein et al. 2008). Referensstöd måste inte heller alltid integreras i själva ergoterapi-interventionerna; som ergoterapeut kan man även konsultera samarbetsparter och handleda klienten till referensstöd från en annan service.

Både referensstöd och ergoterapi-interventioner kan ske i gruppform; enligt Moran et al's studie (2012) kan referensstödsgrupper förekomma t.ex. inom anstalter så som sjukhus. Ergoterapeuten är även ofta en del av teamet på psykiatriska sjukhus. Många av forskningarna var genomförda inom psykiatrisk sjukhusvård där man bildat grupper eller par med fokus på referensstöd; här har ergoterapin en möjlighet att styra grupper via aktivitet och låta klienterna gå in för diskussion där referensstöd kan förekomma som roll-relaterade mekanismer; t.ex. att hjälpa andra och dela med sig kunskap (jfr Moran et al. 2012; Castelein et al. 2008). Genom att integrera referensstöd i ergoterapi-interventioner så kan vissa färdigheter övas även med stöd av referensperson: man kan träna vardagliga aktiviteter, få emotionellt och socialt stöd och dela information (jfr Bouchard et al. 2010). Målsättningen för ergoterapin kunde fungera som grund även för referensstödsverksamheten: man kunde sträva mot samma mål och öva samma färdigheter.

I ergoterapin kan det vid bedömningskedan framgå att klienten har ett väldigt snävt socialt nätverk och därmed svårt att få socialt stöd under rehabiliteringen. Att delta i grupper inom referensstödsverksamhet kan användas som målsättning i ergoterapin för att klienten skall kunna få socialt stöd och ett bredare socialt nätverk där via. Enligt Castelein et al. (2008) ökar även själveffektiviteten och livskvaliteten, vid sidan om sociala kontakter, genom att man deltar i referensstödsgruppverksamhet. Via referensstöd kan även nya vänskapsband bildas och därmed isolering i samhället förebyggas (Moran et al. 2012; Min et al. 2007; Castelein et al. 2008; Bouchard et al. 2010).

Min et al. (2007) presenterade i sin forskning projektet ”The Friends Connection program” där man fördes samman med en annan person som överkommit liknande livssituation. I programmet var det centralt att engageras i fritidsaktiviteter, självhjälp-grupper och/eller diskussion (Min et al. 2007); en ergoterapeut kan fungera som koordinator och ordna liknande projekt där man planerar strukturen på interventionerna mellan en referensstödsperson och klient.

Det centrala i tanken med att kombinera referensstöd med ergoterapi-interventioner är dess starka inflytande på personens sociala och grundläggande färdigheter. Ergoterapi-interventioner inom mentalvården har ett starkt fokus på personens sociala, emotionella och grundläggande välmående (Cook et al. 2009) och forskningarna tyder på att man även med referensstöd kan förstärka dessa delområden. Man behöver inte se referensstödet som en direkt del av ergoterapi-interventionerna i sig själv, utan snarare en möjlighet att kombinera det som en del av processen i ergoterapin.

7 DISKUSSION

Referensstöd som en del av mentalvården visar sig enligt forskningarna i vissa fall vara en användbar metod vid sidan om andra stödformer. Med referensstöd har man kunnat

åstadkomma förändringar i flera olika dimensioner och i denna studie fanns intresset främst för förändringar på personnivå, i den sociala omgivningen och sociala stödet, samt i personens aktivitetsutförande. Forskningsresultaten diskuteras även med en koppling till teoretiska referensramen PEOP.

Forskningsresultaten hade varierande resultat gällande livskvalitetens förbättring med hjälp av referensstöd. En forskning ansåg att livskvaliteten var det man bäst kunde förbättra med referensstöd (Druss et al. 2010) medan Castelein et al. (2008) inte kunde konstatera att livskvaliteten skulle ha förändrats efter att man fått referensstöd. Eftersom livskvaliteten är en subjektiv upplevelse, så kan det hända att man i forskningarna på olika sätt har utarbetat begreppet och därmed fått varierande resultat. För läsaren kunde det också ha varit underlättande och intressant om det hade förklarats vad svararna ansåg som "livskvalitet".

I många av forskningarna togs det ställning till att man med referensstödverksamhet kunde spara in på samhällets resurser i och med att största delen av verksamheten är frivillig/välgörenhetsbaserad. Intressant blir då diskussionen gällande utbildning i jämförelse med erfarenhet. En forskning konstaterade, att man inte ännu kommit på vilket värde en verksamhet ledd av en referensstödsperson har i och med att man inte kan mäta kunskapen på samma sätt som i en utbildning (Edmondson 2012). Samhället behöver ett mer konkret underlag att grunda sina tjänster på. Davidson et al. (2006) konstaterade i sin forskning, att mentalvårdsreferensstöd ännu bör utvecklas för att det skall få sin plats som en del av vården. Edmondson (2012) poängterade i sin artikel att precis som inom andra samhällsliga tjänster är även inom referensstödsverksamheten korruption möjlig. Med volontärarbete och anlitan av referensstödsverksamhet kan man spara in på samhällets resurser och därmed möjliggöra kostnadseffektivitet (Lloyd 2007). I och med att forskningen visade att referensstöd gav lika bra resultat i jämförelse med andra vård/stödformer, och är därför en lika reliabel vårdform som former ledda av professionella, så finns det en möjlighet att spara in på samhällets resurser med att minska på professionellas börda (Davidson et al. 2006).

I det moderna samhället är allt fler tjänster baserade på teknologin och även i vissa forskningar erbjuds referensstöd via internet eller per telefon. Ett utvecklingsbehov finns dock enligt forskningarna i att erbjuda stöd även kvällstid, eftersom största delen av öppenvårdstjänster erbjuds under tjänstetid då de flesta är på jobb och inte själv kan anlita hjälp; i speciellt stort behov är sådana som är ytterst ensamma (Spirito Dalgin 2011).

I materialet som ingick i denna studie var ingen av forskningarna direkt relaterad till ergoterapi, men i forskningarna framgick flera teman som även är centrala i ergoterapin. Näst kopplas forskningsresultaten ihop med arbetets teoretiska referensram PEOP. De olika referensstödsformernas förekomst och inverkan på individen berör samma dimensioner som är centrala i ergoterapin; personen, omgivningen, utförandet och aktiviteten, samt kombinationen av alla dessa i form av aktivitetsutförande och delaktighet (jfr Turpin & Iwama 2011; Christiansen & Baum 2005). I flera av forskningarna kan det konstateras att såväl fysiologiska (Lloyd 2007), psykologiska (Spirito-Dalgin et al. 2011), spirituella (Druss et al. 2010) som kognitiva (Moran et al. 2012) personfaktorer påverkas av referensstöd.

Omgivningen, och i denna studie speciellt den sociala omgivningen, spelar en stor roll i referensstödsverksamhet i och med att den innefattar bland annat referensnätverksarbete (bl.a. Moran et al. 2012) samt lägger grunden för individens delaktighet och tillhörighet i samhället (Verhaeghe et al. 2008; Edmondson 2012; Lloyd 2007), både i positiv och i negativ bemärkelse. Centralt i omgivningen är även sociala och ekonomiska systemen (Christiansen & Baum 2005) och med samhällsbaserade aktiviteter så som självhjälpgrupper kan man minska personens risk att måsta återgå till sjukhusvård (Min et al. 2007; Druss et al. 2010; Spirito-Dalgin et al. 2011).

I forskningsresultaten kunde det konstateras att referensstöd även medförde ökad kapacitet att genomföra aktiviteter, så som att arbeta, samt att man pga. referensstödet inverkan på energinivån skaffade nya aktiviteter i vardagen (Bouchard et al. 2010; Moran et al. 2012; Lloyd 2007). Christiansen & Baum (2005) anser att aktiviteter alltid har en mening för individen och en social dimension som kan förekomma direkt eller indirekt. Genom att ha en förhöjd kapacitet till att jobba så kan aktiviteten få en konkret mening (pengar) och den sociala dimensionen stärkas genom interaktion med arbetskamrater eller referensstödspersoner.

7.1 Metoddiskussion

Denna studie genomfördes som en systematisk litteraturstudie för att kunna nå så mycket material som möjligt inom området. Vid materialsökning kunde det konstateras, att det inte finns särskilt mycket forskning om referensstöd då det kommer till speciellt mentalvården. Många av forskningarna om referensstöd hade gjorts kring medicinska grupper med fysiska nedsättningar. I studien inkluderades slutligen 12 artiklar, varav åtta stycken var forskningsartiklar och fyra annat material, så som rapporter. På grund av ekonomiska skäl var datainsamlingen begränsad till gratis material via databaser och manuell sökning i tidskrifter. Nackdelen med att genomföra en litteraturstudie var risken att få varierande resultat och att man inte kunde ta i hänsyn enskilda individers erfarenheter och åsikter. Resultaten blev svåra att generalisera.

Inklusions- och exklusionskriterierna för materialet i denna studie gjorde att material var utmanande att hitta. Många studier var genomförda med barn, vilket inte fick existera i denna studie. Att kombinera sökorden för att få träffar lyckades rätt bra, men svårt visade sig att vara användningen av uttrycket för referensstöd på engelska ("peer support"/"peer").

Artiklarna som ingick i studien var skrivna på engelska. Översättningen till svenska kan ha medfört misstag som i sin tur kan ha haft en inverkan på resultatredovisningen. I

vissa fall användes svåra engelska medicinska termer som var svåra att översätta till svenskan. Studiens reliabilitet kan ha påverkas av dessa aspekter.

Eftersom det inte från början fanns en uppfattning om det över huvudtaget fanns forskning kring studiens syfte, så plockades det ur materialet all relevant info som kunde hittas för att svara på forskningsfrågorna. Efter bearbetning av materialet kunde konstateras att resultaten rätt bra svarade på forskningsfrågorna. Många av artiklarna i studien diskuterade och kom till samma resultat som andra forskningar vilket ökar på reliabiliteten i denna studie. Endast frågor gällande livskvalitet och stigmatisering var fenomen som forskningarna inte hade entydiga resultat om.

7.2 Slutdiskussion

Referensstöd som en del av mentalvårdsrehabilitering kan enligt forskningarna ha en större roll i framtiden som kostnadseffektiv vårdmetod för samhället. Mera forskning om referensstöd behövs dock för att kunna bevisa effekten av denna stödform. Vissa forskningar kunde inte heller visa en statistisk skillnad mellan referensstöd och andra vårdformer (så som kognitiv beteendeterapi [Pfeiffer et al. 2011; Davidson et al. 2006]). Ett problem är också att referensstöd inte bygger på en utbildning och går därmed inte alltid att jämföra med professionell medicinsk vård. Med referensstöd har man kunnat nå förändringar som berör personen på psykosocial nivå, aktivitetsutförande samt dess sociala omgivning. I denna studie hittades ingen negativ länk mellan referensstöd och mentalvårdsrehabilitering.

Ergoterapins roll i mentalvårdsrehabilitering täcker samma dimensioner som i forskningarna lyfts fram gällande referensstödet inverkan på personen. Man kunde se detta som en möjlighet att integrera referensstöd som en del av ergoterapiinterventioner. Som blivande ergoterapeut finns intresse för människans psykosociala utveckling och rehabilitering och en central del är den sociala omgivningen personen är omringad av. Från referensstödsverksamhet kan personer hitta nya sociala kontakter och lära sig hantera

den nya livssituationen. Som flera av forskningarna kunde konstatera förbättras även personens kunskap att ta hand om grundläggande behov och välmående; personen tar en mer aktiv roll i sitt liv (Moran et al. 2012; Druss et al. 2010; Spirito-Dalgin et al. 2011).

Mera forskning om ergoterapi och referensstöd behövs för att kunna främja användningen av referensstöd som en planerad del av rehabiliteringen. Speciellt på sjukhus och annan anstaltsvård där gruppinterventioner förekommer kan personer få styrka av andra i liknande livssituation.

Tredje sektorns roll som erbjudare och möjliggörare av volontärarbete är oersättlig så länge som referensstöd inte kan erbjudas som praxis i grundvården. I den mån som mentalvårdsproblematiken ökar (jfr Moring et al. 2011) undrar man om social- och hälsovårdstjänsterna kan täcka allt behov; här har referensstödsverksamheten en möjlighet att dyka upp och finna sin roll som en del av mentalvårdsrehabiliteringen.

KÄLLOR

- Bouchard, L. Montreuil, M & Gros, Catherine. 2010, *Peer Support among Inpatients in an Adult Mental Health Setting*. Issues in Mental Health Nursing. Vol.31 s.589-598.
- Castelein, S; Bruggeman, R; van Busschbach, J.T; van der Gaag, M; Stant, A.D; Knegtering, H & Wiersma, D. 2008, The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol.118 s. 64-72.
- Christiansen, Charles & Baum, Carolyn. 2005, *Occupational therapy: performance, participation and well-being*. Thorofare, NJ: Slack incorporated. 653 s.
- Cook, Sarah; Chambers, Eleni & Coleman, Julie. 2009, Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. Vol. 23. s. 40-52.
- Edmondson, Brad. 2012, Crazy enough to care. *The American Scholar, spring 2012*. s.46-55.
- Davidson, L; Chinman, M; Sells, D & Rowe, M. 2006, Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin*. Vol.32 Nr.3 s.443-450.
- Dennis, Cindy-Lee. 2003, The Effect of Peer Support on Postpartum Depression: A Pilot Randomized Controlled Trial. *The Canadian Journal Of Psychiatry-Brief Communication*. Vol 48, Nr.2, s.115-124.
- Denscombe, Martyn. 2000, *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur. 292 s.
- Druss, Benjamin; Zhao, Liping; von Esenwein, Silke; Bona, Joseph; Fricks, Larry; Jenkins-Tucker, Sherry; Sterling, Evelina; DiClemente, Ralph & Lorig, Kate. 2010, The Health and Recovery Peer (HARP) Program: A peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness. *Schizophrenia research*. Vol 118 (1-3). s.264-270.
- Finlex. 1990, *Mentalvårdslag*. Allmänna stadganden. Justitieministeriet: Edita Publishing AB.

- Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2003, *Att göra systematiska litteraturstudier*. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och kultur. 207 s.
- Gerry, Louise. 2011, Evaluation of a training scheme for peer support workers. *Mental Health Practice*. Vol 14. Nr. 5. s. 24-29.
- Granskär, Monica & Höglund-Nielsen, Birgitta. 2008, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB. 210 s.
- Heisler, Michele & Piette, John D. 2005, "I Help You, and You Help Me": Facilitated Telephone Peer Support Among Patients With Diabetes. *The Diabetes Educator*. Nr. 31: 869-879.
- Høybye, MT; Dalton, SO; Deltour, I; Bidstrup, PE; Frederiksen, K & Johansen, C. 2010, Effect of Internet peer-support groups on psychosocial adjustment to cancer: a randomised study. I: *British Journal of Cancer*. Nr. 102: 1348-1354.
- Huttunen, Matti. 2008, *Mielenterveyden häiriöt*. Kustannus Oy Duodecim. Tillgänglig: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002 Hämtad: 15.1.2013
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Upplaga 1:6. Lund: Studentlitteratur AB. 316 s.
- Lloyd, Robbie. 2007, Modeling community-based, self-help mental health rehabilitation reform. *Australasian Psychiatry*. Vol.15 s. 99-103.
- Lund, Pekka. 2006, *Torjuttu toivottomuus*. PS-kustannus, Juva: WS Bookwell Oy. 166 s.
- Lämsä, Anna-Liisa. 2012, *Miltä musta tuntuu? Masennus ja siitä toipuminen*. Juva: Bookwell Oy. 257 s.
- Mikkonen, Irja. 2009, *Sairastuneen vertaistuki*. Akateeminen väitöskirja, Sosiaalipoliitikan ja sosiaalipsykologian laitos. Kuopio: Kuopion Yliopiston Julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 173. 247 s.
- Min, So-Young; Whitecraft, Jeanie; Rothbard, Aileen & Salzer, Mark. 2007, Peer Support for Persons with Co-Occurring Disorders and Community Tenure: A Survival Analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. vol.30 nr.3.s.207-213.

- Moran, Galia; Russinova, Zlatka; Gidugu, Vasudha; Yim, Jung Yeon & Sprague, Catherine. 2012, Benefits and Mechanisms of Recovery among Peer Providers With Psychiatric Illnesses. *Qualitative Health Research*. Vol.22 nr.3 s.304-319.
- Moring, Juha; Martins, Anne; Partanen, Airi; Bergman, Viveca; Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo. 2011, *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015*. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 185 s.
- Narumo, Reija. 2010, *Ammatillisesti ohjatut vertaistukiryhmät kriisistä selviytymisen tukena*. I: Kyllä me yhdessä selvitään, voimauttavaa vertaistukea kriisitilanteissa. Suomen Mielenterveysseura, Varhaiskuntoutus, Helsinki: Star-Offset Oy. 77s.
- Nyberg, Rainer. 2000, *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar*, med stöd av IT och Internet. Fjärde upplaga. Lund: Studentlitteratur. 254 s.
- Pfeiffer, Paul; Heisler, Michele; Piette, John; Rogers, Mary & Valenstein, Marcia. 2011, Efficacy of Peer Support Interventions for Depression: A Meta-Analysis. *General Hospital Psychiatry*. vol.33 nr.1 s.29-36.
- Schön, Ulla-Karin; Denhov, Anne & Topor, Alain. 2009, Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering from Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol.55 nr.4 s.336-347.
- Spirito Dalgin, R; Maline, S & Driscoll, P. 2011, Sustaining Recovery through the Night: Impact of a Peer-Run Warm Line. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Vol.35 nr.1 s.65-68.
- Suomen Mielenterveysseura. 2013, *Vertaistukiryhmät*. Tillgänglig: <http://www.mielenterveysseura.fi/vertaistukiryhmat> Hämtad: 30.9.13
- Swarbrick, M; Murphy, A; Zechner, M; Spagnolo, A & Gill, K. 2011, Wellness Coaching: A New Role For Peers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Vol.34 Nr.4 s.328-331.
- Toivio, Timo & Nordling, Esa. 2009, *Mielenterveyden psykologia*. Tammerfors: Edita Publishing Oy. 340 s.
- Turpin, Merrill & Iwama, Michael K. 2011, *Using Occupational Therapy Models in Practice*. A field guide. Churchill Livingstone: Elsevier. 195 s.
- Verhaeghe, Mieke; Bracke, Piet & Bruynooghe, Kevin. 2008, Stigmatization and Self-Esteem of Persons in Recovery From Mental Illness: the Role of Peer Support. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol.54 nr.3 s.206-218.

- Webel, Allison R; Okonsky, Jennifer; Trompeta, Joyce & Holzemer, William L. 2010, A Systematic Review of the Effectiveness of Peer-Based Intervention on Health-Related Behaviors in adults. I: *American Journal of Public Health* 2010/100: 247-253.
- Willman, Anina. Stoltz, Peter. 2006, *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Andra upplaga. Lund: Studentlitteratur AB. 172 s.

BILAGA 1

Checklista för systematiska litteraturstudier

1. Kommer syftet med studien fram? JA/NEJ
2. Anges det i vilka databaser studien genomförts? JA/NEJ
3. Anges det vilka sökord som har används? JA/NEJ
4. Har författaren gjort en heltäckande litteratursökning? JA/NEJ
5. Har författaren sökt efter icke publicerade forskningsresultat? JA/NEJ
6. Nämns inklusionskriterierna? JA/NEJ
7. Har det gjorts begränsningar för studien? JA/NEJ
8. Är inkluderade studier kvalitetsbedömda? JA/NEJ
9. Nämns det hur många artiklar som tagits med? JA/NEJ
10. Nämns det om artiklar bortfallit? JA/NEJ
11. Anges motivering för uteslutning av dessa? JA/NEJ
12. Anges huvudresultaten? JA/NEJ
13. Gjordes en metaanalys? JA/NEJ
14. Drar författaren slutsatser? JA/NEJ
15. Instämmer du? Ja/Nej
16. Kan resultaten ha klinisk betydelse? JA/NEJ
17. Ska denna systematiska litteraturstudie inkluderas? JA/NEJ

(Forsberg &Wengström 2003:182–184)

BILAGA 2

Checklista för kvantitativa artiklar – RCT (randomiserade kontrollerade studier)

1. Anges syftet med studien? JA/NEJ
2. Är frågeställningarna tydligt beskrivna? JA/NEJ
3. Är designen lämplig utifrån syftet? JA/NEJ
4. Nämns inklusionskriterierna? JA/NEJ
5. Nämns exklusionskriterierna? JA/NEJ
6. Är undersökningsgruppen representativ? JA/NEJ
7. Framgår det var undersökningen genomfördes? JA/NEJ
8. Framgår det när undersökningen genomfördes? JA/NEJ
9. Är powerberäkning gjord? JA/NEJ
10. Nämns det vilket antal krävdes i varje grupp? JA/NEJ
11. Nämns det hur många inkluderades i experimentgrupp (EG) respektive kontrollgrupp (KG)? JA/NEJ
12. Var gruppstorleken adekvat? JA/NEJ
13. Framgår målet med interventionen? JA/NEJ
14. Nämns innehållet av interventionen? JA/NEJ
15. Nämns det vem som genomförde interventionen? JA/NEJ
16. Framgår det hur ofta interventionen gavs? JA/NEJ
17. Framgår det hur kontrollgruppen behandlades? JA/NEJ
18. Nämns det vilka mätmetoder som användes? JA/NEJ
19. Var reliabiliteten beräknad? JA/NEJ
20. Var validiteten diskuterad? JA/NEJ
21. Var demografiska data liknande i EG och KG? JA/NEJ
22. Nämns det hur stort bortfallet var? JA/NEJ
23. Kan bortfallet accepteras? JA/NEJ
24. Var den statistiska analysen lämplig? JA/NEJ
25. Nämns huvudresultaten? JA/NEJ
26. Erhölls signifikanta skillnader mellan EG och KG? JA/NEJ
27. Drar författaren slutsatser? JA/NEJ
28. Instämmer du med slutsatserna? JA/NEJ
29. Kan resultaten generaliseras till en annan population? JA/NEJ
30. Kan resultaten ha klinisk betydelse? JA/NEJ

31. Överväger nyttan av interventionen ev. risker? JA/NEJ
32. Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien? JA/NEJ

(Forsberg &Wengström 2003:186–190)

BILAGA 3

Checklista för kvantitativa artiklar – kvasiexperimentella studier

1. Nämns syftet med studien? JA/NEJ
2. Är frågeställningarna tydligt beskrivna? JA/NEJ
3. Är designen lämplig utifrån syftet? JA/NEJ
4. Nämns inklusionskriterierna? JA/NEJ
5. Nämns exklusionskriterierna? JA/NEJ
6. Framgår det vilken urvalsmetod användes? JA/NEJ
7. Är undersökningsgruppen representativ? JA/NEJ
8. Framgår det var undersökningen genomfördes? JA/NEJ
9. Framgår det vilket antal deltagare som inkluderades i undersökningen? JA/NEJ
10. Nämns det vilka mätmetoder som användes? JA/NEJ
11. Var reliabiliteten beräknad? JA/NEJ
12. Var validiteten diskuterad? JA/NEJ
13. Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna? JA/NEJ
14. Framgår det hur stort bortfallet var? JA/NEJ
15. Fanns en bortfallsanalys? JA/NEJ
16. Var den statistiska analysen lämplig? JA/NEJ
17. Nämns huvudresultaten? JA/NEJ
18. Erhölls signifikanta skillnader? JA/NEJ
19. Drar författaren slutsatser? JA/NEJ
20. Instämmer du med slutsatserna? JA/NEJ
21. Kan resultaten generaliseras till en annan population? JA/NEJ
22. Kan resultaten ha klinisk betydelse? JA/NEJ
23. Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien? JA/NEJ

(Forsberg &Wengström 2003:192–195)

BILAGA 4

Checklista för kvalitativa artiklar

1. Framgår syftet med studien? JA/NEJ
2. Nämns det vilken kvalitativ metod som använts? JA/NEJ
3. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen? JA/NEJ
4. Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? (Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna) JA/NEJ
5. Framgår det var undersökningen genomfördes? JA/NEJ
6. Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?
JA/NEJ
7. Nämns urvalsmetoden? JA/NEJ
8. Beskrivs undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund)? JA/NEJ
9. Är undersökningsgruppen lämplig? JA/NEJ
10. Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamlingen)? JA/NEJ
11. Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?
JA/NEJ
12. Anges datainsamlingsmetod? JA/NEJ
13. Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)? JA/NEJ
14. Är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade? JA/NEJ
15. Är teman är utvecklade som begrepp? JA/NEJ
16. Finns det episodiskt presenterade citat? JA/NEJ
17. Är de individuella svaren kategoriserade och bredden på kategorierna beskriva?
JA/NEJ
18. Är svaren kodade? JA/NEJ
19. Är analys och tolkning av resultat diskuterade? JA/NEJ
20. Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)? JA/NEJ
21. Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)? JA/NEJ
22. Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)? JA/NEJ
23. Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen? JA/NEJ

24. Är de teorier och tolkningar som presenterades baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)? JA/NEJ
25. Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan? JA/NEJ
26. Stöder insamlade data forskarens resultat? JA/NEJ
27. Har resultaten klinisk relevans? JA/NEJ
28. Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? JA/NEJ
29. Är risk för bias utesluten? JA/NEJ
30. Drar författaren slutsatser? JA/NEJ
31. Håller du med om slutsatserna? JA/NEJ
32. Ska artikeln inkluderas? JA/NEJ

(Forsberg &Wengström 2003:196–200)