



Ergoterapeutens hälsofrämjande arbete med grupper

En forskningsöversikt

Fredrik Appel

Examensarbete

Ergoterapi

2015

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Ergoterapi
Identifikationsnummer:	4907
Författare:	Fredrik Appel
Arbetets namn:	Ergoterapeutens hälsofrämjande arbete med grupper – en forskningsöversikt
Handledare (Arcada):	Denice Haldin
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag:</p> <p>Vissa grupper i samhället löper större risk än andra att drabbas av social orättvisa och det är viktigt att arbeta hälsofrämjande för att hjälpa dessa grupper. Få ergoterapeuter arbetar med hälsofrämjande verksamhet trots att det finns en stark koppling mellan ergoterapi och hälsofrämjande arbete. Arbetets syfte är att beskriva ergoterapeuters hälsofrämjande arbete med utsatta grupper. Utifrån syftet skapades 3 frågeställningar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vilka hälsofrämjande strategier använder ergoterapeuter för att stöda människor att få ökad kontroll över sin hälsa och situation? 2. Vilka fördelar finns med hälsofrämjande interventioner på gruppnivå? 3. Hur kan ergoterapeuter engagera personer att vara delaktiga i förändringsprocessen? <p>Metod för detta examensarbete var en forskningsöversikt som inkluderade 11 forskningsartiklar som alla kvalitetsgranskades och analyserades med hjälp av en innehållsanalys.</p> <p>Resultaten visade att ergoterapeuter förtjänstfullt kan arbeta hälsofrämjande med grupper genom att skapa trygga miljöer, inkludera gruppen i processen, tillämpa ny kunskap, använda aktivitetsfokuserad interventioner, kombinera tillvägagångssätt samt arbeta med målsättningar.</p> <p>Resultaten ger en beskrivning över hur ergoterapeuter kan arbeta för att hjälpa människor att få ökad kontroll över sin hälsa och situation.</p>	
Nyckelord:	Ergoterapi, hälsofrämjande, social orättvisa, gruppinterventioner
Sidantal:	47
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	20.05.2015

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Occupational Therapy
Identification number:	4907
Author:	Fredrik Appel
Title:	Occupational therapists health promotion practice with groups – a research review
Supervisor (Arcada):	Denice Haldin
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>Some groups in society are at greater risk of suffering from social injustice and it is therefore important that health promotion practice is directed toward helping these groups. Few occupational therapists work within health promotion practice even though there is a strong link between occupational therapy and health promotion. The aim of this thesis is to describe occupational therapists work within health promotion practice with groups who are at greater risk of suffering from social injustice. Based on the purpose 3 research questions were created:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Which health promotion strategies are used by occupational therapists to help people get better control over their health and situation? 2. What are the benefits of health promotion interventions at group level? 3. How can occupational therapists involve people in the change process? <p>The method used in this thesis was a research review that included 11 research articles that all was quality reviewed and analyzed using a content analysis.</p> <p>The results showed that occupational therapist successfully can work within health promotion practice with groups by creating supportive environments, including group in the process, apply new knowledge, using activity-focused interventions, using a combination of interventions and working with objectives.</p> <p>The results provide a description of how occupational therapists can work to help people gain greater control over their health and situation.</p>	
Keywords:	Occupational therapy, health promotion, social injustice, group interventions
Number of pages:	47
Language:	Swedish
Date of acceptance:	20.05.2015

INNEHÅLL

1	Inledning.....	6
2	Bakgrund.....	7
2.1	Hälsöfrämjande arbete	7
2.2	Det hälsoinriktade arbete	8
2.2.1	<i>Utsatta grupper.....</i>	<i>9</i>
2.3	Ergoterapi och Hälsöfrämjande arbete	10
2.4	Ergoterapins arbete på olika klientnivåer	11
2.5	Teoretisk referensram	13
2.6	Tidigare forskning	15
2.7	Problemformulering	18
3	Syfte och Frågeställningar	20
4	Metod.....	21
4.1	Urval och datainsamling	21
4.2	Kvalitetsgranskning	24
4.3	Analys	25
4.4	Etiska aspekter	26
5	Resultatredovisning	26
5.1	Redovisning av inkluderade artiklar	27
5.2	Resultatanalys	31
5.2.1	<i>Skapa trygga miljöer.....</i>	<i>32</i>
5.2.2	<i>Inkludera gruppen i processen.....</i>	<i>33</i>
5.2.3	<i>Tillämpa ny kunskap.....</i>	<i>34</i>
5.2.4	<i>Använda aktivitetsfokuserade interventioner</i>	<i>35</i>
5.2.5	<i>Kombination av tillvägagångssätt.....</i>	<i>36</i>
5.2.6	<i>Arbeta med målsättningar</i>	<i>36</i>
6	Diskussion	37
6.1	Resultatdiskussion.....	37
6.2	Metoddiskussion.....	39
6.3	Implikationer och vidare forskning.....	40
	Källor	42
	Bilagor	45

TABELLER OCH FIGURER

Figurer

Figur 1. Ergoterapins arbete på olika klientnivåer	12
--	----

Tabeller

Tabell 1 Inklusions- och exklusionskriterier	22
Tabell 2 Databasinsamling och inkluderade artiklar	23
Tabell 3 Inkluderade artiklar och kvalitetsgranskning	27

1 INLEDNING

Idén till detta examensarbete växte fram under mitt tredje studieår då jag under mitt utbyte i Danmark deltog i en kurs som handlade om hälsofrämjande och förebyggande ergoterapi i arbetslivet och på arbetsplatser. Som en del av denna kurs deltog jag i ett arbetslivsorienterat projekt som handlade om att kartlägga vilka problem och risker som fanns på en arbetsplats och utifrån dem finna lösningar som företaget kunde använda för att förebygga risken för skador och främja hälsan och välbefinnandet bland de anställda på arbetsplatsen. Projektet gav mig en insikt i att ergoterapeuter har förmågor att arbeta hälsofrämjande och förebyggande.

I kontrast till detta har jag under de praktiker jag genomfört under min studietid främst fått erfarenheter från att behandla enskilda personer med en redan konstaterad skada eller sjukdom. Även forskning har konstaterat att ergoterapeuter och andra inom hälso- och sjukvården främst arbetar med att behandla patienter (Wise & Nutbeam 2007 s.23). Det arbetslivsorienterade projektet gav mig en inblick i att ergoterapeuter har kompetenser att arbeta hälsofrämjande med individer och grupper och inte endast behandla människor med redan konstaterad skada eller sjukdom. Trots detta läggs det bland ergoterapeuter ett stort fokus på att behandla klienter istället för att arbeta hälsofrämjande för att förbättra människors situation (Wise & Nutbeam 2007 s.23).

Världshälsoorganisationen (WHO) har i sitt dokument Health 2020 upprättat riktlinjer för vad arbetet för att förbättra hälsa och välbefinnande hos befolkningen skall inriktas på. Riktlinjerna lägger stor vikt på att arbetet skall fokuseras på hälsofrämjande och förebyggande verksamhet för att motverka hälsoproblem som är vanligt förekommande i samhället (World Health Organization 2012 s.3, 16-17). Wise & Nutbeam (2007 s. 23) har som sagt kunnat konstatera att ergoterapeuter arbetar främst med behandlande verksamhet och för att ergoterapeuter skall kunna ta en aktivare roll i detta arbete krävs därför en förändring i yrkesrollen.

Jag vill därför i detta examensarbete kartlägga vilken kunskap som finns kring ergoterapeutens hälsofrämjande och förebyggande arbete med människor som löper risk för att drabbas av de hälsoproblem WHO i Health 2020 definierat som vanligt förekommande i vårt samhälle idag (World Health Organization 2012 s.3, 16-17). Med hjälp av en forskningsöversikt vill jag samla den kunskap som finns kring hur

ergoterapeuter arbetar för att underlätta och förbättra dessa människors situation. Studien får yrkesrelevans då större kunskap kan hjälpa ergoterapeuter att i framtiden ta en aktivare roll i sådant arbete.

Arbetet är strukturerat som så att det inleds med en bakgrundsdel följt av studiens syfte och de frågeställningar som ställts upp. Därefter beskrivs arbetets metod följt av en redovisning över arbetets resultat. Slutligen diskuteras resultat, metod samt tankar kring implikationer och vidare forskning.

2 BAKGRUND

I bakgrunden presenteras de begrepp som är centrala för arbetet och som fungerar som stöd för vidare läsning. Här presenteras även den teoretiska referensramen och tidigare forskning.

2.1 Hälsöfrämjande arbete

God hälsa är viktigt för alla människors välbefinnande. En god hälsa ses som en värdefull resurs och gynnar inte bara individen, utan även samhället som helhet. Hälsa har definierats på flera olika sätt men den mest kända definitionen är Världshälsoorganisationens (WHO 1948) vilken definierar hälsa som ”Ett stadiet av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara avsaknaden av sjukdom och svaghet” (World Health Organization 2012 s. 10). Dålig hälsa leder till att människor upplever hopplöshet och uppgivenhet, vilket i första hand påverkar personen själv negativt, men också samhället i stort i form av kostnader som uppstår. Det är därför viktigt att ge alla människor möjlighet att ta kontroll över sin hälsa och sitt liv i så stor utsträckning som möjligt då det stärker och förbättrar individens förmågor vilket i förlängningen gynnar även samhället. (World Health Organization 2012 s.10-11)

Att ge människor ökad kontroll och möjlighet att förbättra sin hälsa och situation är vad hälsofrämjande arbete syftar till att göra.

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical mental and social wellbeing, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive

concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy lifestyles to wellbeing. (World Health Organization 1986 s.1)

Detta är en beskrivning över vad hälsofrämjande arbete innebär som skapades utav WHO redan år 1986 och kallas för *Ottawa Chart of Health Promotion*. Beskrivningen skapades för att ge en bred definition av vad hälsofrämjande arbete innebär och hur processen för att kunna ge människor ökad kontroll över sin hälsa kan genomföras. Detta dokument ses idag fortfarande som ett av de viktigaste för det hälsofrämjande arbetet. I detta dokument listades fem huvudsakliga åtgärds punkter som rekommenderas för det hälsofrämjande arbetet. Dessa var att skapa en mer hälsosam offentlig politik, skapa stödjande miljöer, ökade samhällsinsatser, utveckla personliga färdigheter samt förflytta hälsovårdens arbetssätt från behandlande verksamhet till att arbeta mer hälsofrämjande och förebyggande. (World Health Organization 1986 s. 2-3)

Idag står hälsorelaterade kostnader för en väldigt stor del av budgeten för många länder i Europa. Forskning har kunnat visa att dessa kostnader kan minskas genom att arbeta mera hälsofrämjande och förebyggande. Ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt skulle genom att inrikta sig på de ojämlikheter som finns i samhället i fråga om hälsa främja folkhälsan och i förlängningen även ekonomin. Genom hälsofrämjande arbete skapas alltså ekonomiska, sociala och politiska fördelar som gynnar hela samhället. (World Health Organization 2012 s.12-14)

2.2 Det hälsoinriktade arbete

Hälsan har överlag förbättras inom Europa under de senaste decennierna. Men samtidigt som hälsosituationen i allmänhet förbättras har skillnaderna mellan olika grupper i samhället i fråga om just hälsa växt (World Health Organization 2012 s.12). Detta gäller även i Finland där både hälsan och välfärden kontinuerligt förbättras men den samtidigt blir allt mer ojämnt fördelad mellan olika grupper (Terveysten ja Hyvinvoinnin Laitos 2014). Grupper i samhället med sämre socio-ekonomisk ställning drabbas av sämre fysisk, psykisk och social hälsa vilket påverkar hela deras livssituation negativt. (World Health Organization 2012 s.12)

Ett problem som dessa grupper upplever är att de ofta även drabbas utav social orättvisa, vilket innebär att de blir begränsade i sin delaktighet i samhället och inte har makt över

sin egen situation i lika stor utsträckning som andra människor. Detta kan leda till vidare problem så som isolation och utanförskap vilket påverkar dessa människors välbefinnande och hälsa negativt. WHO anser därför att arbete som riktar sig mot att ge dessa människor möjlighet till att få ökad kontroll över sin situation för att på så sätt uppnå en bättre hälsa är ett viktigt område som bör prioriteras eftersom det stärker både individen och i förlängningen även samhället. (World Health Organization 2012 s.12)

Det hälsoinriktade arbetet bör alltså fokuseras på de grupper i samhället som har sämre hälsa och utsätts för social orättvisa för att minska de skillnader som finns mellan olika grupper i fråga om hälsa, och därigenom vända den trend som sker idag. WHO anser att det effektivaste sättet för att minska dessa skillnader är genom att arbeta hälsofrämjande och förebyggande så dessa människor på så vis kan få större kontroll över sin situation. (World Health Organization 2012 s.12)

2.2.1 Utsatta grupper

Vilka grupper i samhället som löper större risk att drabbas av dessa hälsoproblem kan skifta mellan olika länder men i många av de västerländska länderna finns det idag vissa ”riskgrupper” som i allmänhet löper större risk att drabbas än andra, dessa grupper beskrivs här nedan. (Scaffa et al. 2010 s. 141)

Hemlösa är en grupp i samhället som ofta är i riskzonen för att drabbas av dessa problem. Med hemlösa syftar man till de människor som har brist på en fast och regelbunden bostad för övernattnings eller de som övernattar i offentliga härbärgen. Denna situation gör att många utvecklar alkohol- eller drogproblem, psykiska problem och drabbas av betydligt fler sjukdomar än övriga befolkningen, vilket gör dessa människor till en riskgrupp då dessa hälsoproblem ofta leder till andra problem så som begränsad delaktighet och mindre makt över sin situation. (Scaffa et al. 2010 s. 141-142)

En annan grupp som kategoriseras som riskgrupp är personer med funktionsnedsättning. Denna grupp innefattar både människor som lider av fysiska så väl som psykiska nedsättningar och de utsätts ofta för fördomar och förutfattade meningar från människor i sin omgivning. Dessa fördomar ger dessa människors sämre möjlighet att delta i samhället vilket gör att problem så som begränsad delaktighet och mindre makt över sin situation lättare kan uppstå. (Scaffa et al. 2010 142)

Även äldre är utsatta för ökad risk att utsättas för dessa problem. Äldre människor har avtagande fysisk förmågor och många äldre lider ofta utav någon form av funktionsnedsättning vilket ökar behovet av vård och omsorg. På grund av förlust av familj, vänner, arbete och inkomst löper de även större risk för att bli socialt isolerade. Alla dessa faktorer leder till en försämrad livskvalitet och utgör därför äldre till en riskgrupp. (Social och Hälsovårdsministeriet 2001 s. 25-26)

2.3 Ergoterapi och Hälsofrämjande arbete

Inom både internationella och nationella dokument finns det idag ett stort intresse för att det hälsoinriktade arbetet skall fokuseras på hälsofrämjande verksamhet för att på så sätt främja folkhälsan. Tucker et al. (2014 s. 185) har konstaterat stora likheter mellan hälsofrämjande arbete och ergoterapi där bland annat båda har som målsättning att möjliggöra för människor att få ökad kontroll över sin egen hälsa och livssituation.

Ergoterapeuters arbete bygger på ett grundläggande intresse för samspelet mellan person, miljö och aktivitet. Inom ergoterapi fokuserar man på detta samspel för att möjliggöra aktiviteter som skapar en fungerande och meningsfull vardag. De strategier som det hälsofrämjande arbetet bygger på kan på ett naturligt sätt involveras i ergoterapins centrala konstruktion, alltså person, aktivitet och miljö. Ergoterapeuter försöker också möjliggöra delaktighet för alla i samhället för att människor skall få så stort inflytande över sitt eget liv som möjligt, och delaktighet är centralt även inom det hälsofrämjande arbetet. (Tucker et al. 2014 s. 183-185)

Ergoterapeuter arbetar utifrån grundprinciper som stöder deras yrkesroll. Två av dessa är klientcentrering och det holistiska perspektivet. Klientcentreringen innebär att klienten är en aktiv del av ergoterapiprocessen och är delaktig i planering och beslut, vilket skapar en bra terapeutisk relation som stöder både klienten och processen. Ergoterapeuters holistiska perspektiv sätter klienters välbefinnande i fokus på helhetsmässigt sätt. En individs hela livssituation påverkar personen övergripande hälsa och en helhetssyn kan därför hjälpa ergoterapeuter och klienter att rikta interventioner på rätt mål. (Tucker et al. 2014 s. 183-185)

Dessa grundprinciper har stark koppling även till det hälsofrämjande arbetet. Klientcentrering är ett primärt fokus också i det hälsofrämjande arbetet där människor

uppmuntras att ta en aktiv roll i beslutsfattandet för att upprätthålla sin hälsa. För att en intervention skall kunna genomföras på ett så effektivt sätt som möjligt är det viktigt att involvera målgruppen eftersom det ökar motivation och ökar chansen att de engagera sig i en beteendeförändring som gynnar deras hälsa. Det hälsofrämjande arbetet lägger också betoning på att individers hela liv påverkar deras hälsa, vilket är överensstämmande med ergoterapiens holistiska perspektiv. (Tucker et al. 2014 s. 185-187)

Ergoterapeuter har stor kunskap kring aktivitet och hur det kan påverka en individ och just aktiviteter har påvisats ha ett stort inflytande på hälsa. Forskning har visat att förlust eller brist på engagemang i aktiviteter kan leda till både fysiska och psykiska problem vilket påverkar välbefinnandet och hälsan. Det har konstaterats att hälsofrämjande program som är aktivitetsbaserade har positiva hälsofrämjande effekter i form av bibehållen eller förbättrad hälsa och välbefinnande och även förbättrad funktion i vardagen. (Scaffa et al. 2010 s. 112-113)

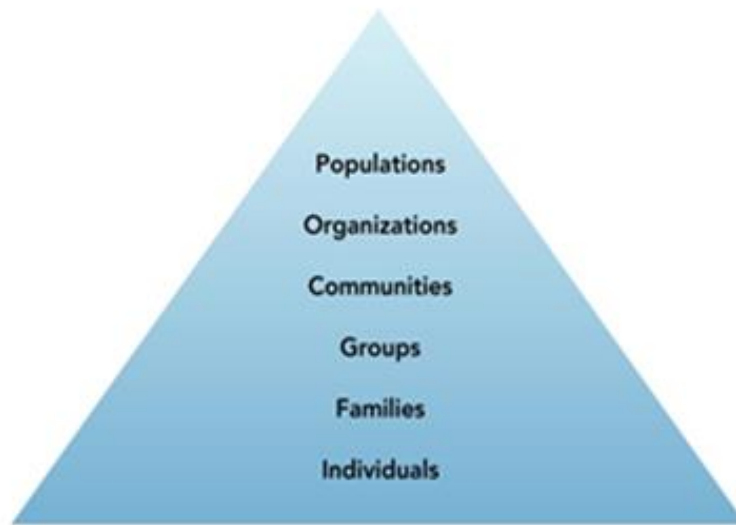
Tucker et al. (2014 s. 185-187) anser att den starka kopplingen mellan ergoterapi och hälsofrämjande arbete visar på att det finns potential för ergoterapeuter att arbeta inom hälsofrämjande verksamhet. Även ergoterapeuters kunskap kring aktiviteter visar på potentialen som finns hos ergoterapeuter att arbeta inom hälsofrämjande arbete (Scaffa et al. 2010 s. 112-113).

2.4 Ergoterapiens arbete på olika klientnivåer

Ergoterapeuter har konstaterats ha möjlighet att arbeta med klienter på olika klientnivåer i samhället.

Clients may be individuals, families, groups, communities, organizations, or populations who participate in occupational therapy services by direct referral or contact, or by other service and funding arrangements with a team, group, or agency which includes occupational therapy (Townsend & Polatajko 2007 s. 96)

De olika klientnivåerna kan ses som en pyramid där individer utgör basen och populationer finns högst upp. Denna pyramid påvisar att ergoterapeuters arbete till största del sker på individnivå och ju högre upp i pyramiden man kommer, desto mindre arbete sker på den nivån. Denna pyramid illustreras i figur 1.



Figur 1. Ergoterapins arbete på olika klientnivåer (Townsend & Polatajko 2007 s. 96)

På individnivå sker arbetet med enskilda individ som anses ha en unik personlighet och kan särskiljas från andra genom sina specifika egenskaper och behov. I det västerländska samhället läggs väldigt stor betoning på att behandla människor på just denna nivå eftersom man betonar personers självständighet och avskildhet från andra och att varje individ är kapabel till, och skall ha möjlighet, att definiera och fullfölja sina egna mål. (Townsend & Polatajko 2007 s. 95-97)

På gruppnivå arbetar ergoterapeuten med en grupp av individer som delar en eller flera specifika egenskaper, åsikter eller värderingar som de kan identifiera sig med, så som till exempel ålder, sjukdom eller etnicitet. Samhället består av många olika grupper som i sin tur kan bilda organisationer och samfund ifall de delar gemensamma egenskaper som särskiljer dem från samhället som helhet. Högst upp finns populationer vilket generellt sätt definieras med hjälp av geografiskt avgränsningar. (Townsend & Polatajko 2007 s. 97)

Den största delen av ergoterapeuters arbete sker alltså på individnivå men uppmaningar har gjorts för att öka ergoterapeuters inflytande på även andra klientnivåer. Om ergoterapeuter arbetar med grupper i samhället kan man nå ut till en större mängd människor vilket då förstås ger fler människor möjlighet att få en förbättrad hälsa (Scaffa et al. 2010 s. 73). Arbete som sker på gruppnivå är ofta även mera kostnadseffektivt,

vilket stöder argumentationen för att arbetet borde ske på andra nivåer än individnivå eftersom många länders ekonomier idag är sämre än de varit tidigare och vårdkostnaderna är höga (World Health Organization 2012 s. 16-17).

2.5 Teoretisk referensram

Som teoretisk referensram har jag valt begreppet hälsofrämjande eftersom det är en central del i detta arbete. I detta kapitel kommer hälsofrämjande som begrepp att beskrivas och även andra begrepp som är väsentliga för det hälsofrämjande arbetet kommer tas upp. Som utgångspunkten för att beskriva dessa begrepp har Medin & Alexanderssons (2000) litteraturstudie över begreppen hälsa och hälsofrämjande använts.

Det finns flera teorier som behandlar vad hälsofrämjande innebär vilket har gjort att det är ett begrepp som är komplext. Termer som ändå anses vara essentiella för de allra flesta teorier är hälsa, helhetssyn, egenmakt, coping, samverkan, stödjande miljö och prevention. Med dessa begrepp är de genomgående målen att uppnå hälsa, välbefinnande och livskvalitet genom att ge individer ökad kontroll över de faktorer som inverkar på deras hälsa. Det hälsofrämjande arbetet strävar alltså mot att hjälpa människor till att få ökad kontroll över sin hälsa och situation. (Medin & Alexandersson 2000 s.105-113)

Folkhälsa är starkt förknippat med hälsofrämjande arbete. Målet med folkhälsan är att alla människor skall få en god hälsa som tillåter dem att leva ett socialt och ekonomiskt produktivt liv, vilket har konstaterats kan uppnås genom hälsofrämjande och förebyggande arbete. Det hälsofrämjande arbetet kan förbättra folkhälsan mest effektivt om det genomförs genom organiserade insatser i samhället. Det hälsofrämjande arbetet kring folkhälsan har traditionellt byggts upp kring sociala och politiska åtgärder för att förbättra hälsan, förebygga skador och sjukdomar samt förlänga och förbättra livet av en befolkning. Idag är begreppet bredare och mera tvärvetenskapligt och fokuserar även på faktorer så som livsstil och levnadsvillkor, för att förstå deras påverkan på människors hälsa. Detta bredare perspektiv strävar mot att underlätta arbetet med att bibehålla eller förbättra hälsan hos befolkningen i ett samhälle. (Medin & Alexandersson 2000 s. 115)

Med fokus även på livsstil och levnadsvillkor har livsstilsförändringar blivit en del av det hälsofrämjande arbetet för att hjälpa människor att uppnå en optimal hälsa. Medin & Alexandersson (2000 s. 116) hänvisar till O'Donnell (1986) som beskriver tre strategier

för att genomföra livsstilsförändringar. Den första strategier är att medvetandegöra människor om risker med ett visst beteende och fördelarna med ett annat för att få dem att förstå nyttan av en livsstilsförändring. Den andra strategin syftar till att påverka människors beteenden genom att organisera program som inriktar sig på livsstilsförändringar för att underlätta en beteendeförändring. (Medin & Alexandersson 2000 s. 116)

Den tredje strategin är att skapa stödjande miljöer. Stödjande miljöer har lyfts fram som ett viktigt område som hälsofrämjande arbete skall inrikta sig på. Stödjande miljöer beskrivs som fysiska och sociala aspekter i vår omgivning som genom att förändras kan ge personer ökad möjlighet att själv kunna ta ansvar över faktorer som påverkar deras hälsa. En hälsofrämjande miljö är en omgivning där personer har stort inflytande, och syftet är att förstärka självförtroendet och egenmakten hos individer samt minska riskfaktorer i den psykosociala och fysiska miljön. En stödjande miljö är ergonomisk och utan risker för sjukdom och samtidigt emotionellt hanterbar, estetisk och förutsägbar. Ur social synvinkel skall det även finnas möjlighet till delaktighet och stöd från sociala nätverk eftersom sociala relationer är en viktig del i att människor upplever välbefinnande. (Medin & Alexandersson 2000 s. 136-137)

Hälsofrämjande interventioner kan vara direkta eller indirekta. Att skapa stödjande miljöer ses som en indirekt hälsofrämjande intervention. Dessa interventioner sker runt omkring individen eller gruppen, alltså i omgivningen. Detta kan ske genom lagar och förordningar som förändrar den fysiska, sociala eller kulturella miljön och därmed gör det möjligt för personer att få ökad kontroll över sin situation. Direkt hälsofrämjande interventioner innebär att man påverkar individen direkt, till exempel genom information och undervisning. (Medin & Alexandersson 2000 s. 119)

Samverkan mellan olika sektorer och yrkesgrupper anses vara viktigt för att det hälsofrämjande arbetet skall vara så effektivt som möjligt. Det hälsofrämjande arbetet skapar bäst möjligheter för personer att uppnå hälsa och välbefinnande om olika myndigheter och professioner samarbetar. Med ett multiprofessionellt samarbete integreras perspektiv från olika områden och discipliner vilket gör det möjligt att få förståelse för individers och grupper hela situation. (Medin & Alexandersson 2000 s. 133-135)

Förebyggande arbete, också kallat prevention, är ofta kopplat till hälsofrämjande arbete. Förebyggande arbete syftar till att förhindra att människor hamnar i ett tillstånd av ohälsa och delas in i tre olika nivåer av åtgärder. Primär prevention är åtgärder som syftar till att motverka sjukdom och skador, bland annat genom att avlägsna orsaker till en sjukdom innan den uppstår. Sekundär prevention är åtgärder som sker för att vid ett tidigt stadiet upptäcka och behandla sjukdom så dess påverkan begränsas. Tertiär prevention innebär behandling av en redan diagnostiserad sjukdom så att dess begränsning påverkar personens liv så lite som möjligt. (Medin & Alexandersson s. 138-139)

Hälsofrämjande och förebyggande kan ses som två olika perspektiv som strävar mot samma sak, att minska sjukdom och förbättra hälsan hos individer. Förebyggande arbete strävar mot att hindra att ohälsa uppstår och hälsofrämjande åtgärder ses som interventioner för att förbättra en persons eller grups hälsa. Förebyggande arbete brukar därför ofta inkluderas i det hälsofrämjande arbetet då båda begreppen strävar mot att förbättra en persons hälsotillstånd och man genom att sammankoppla dem kan täcka individers hela situation. I detta arbete kommer förebyggande arbete därför ses som en del i det hälsofrämjande arbetet. (Medin & Alexandersson 2000 s. 140-143)

I det kliniska hälsofrämjande arbetet är det viktigt att arbeta tillsammans med människor för att kunna hjälpa dem att själva hitta faktorer som påverkar deras hälsa. Att frångå expertrollen och istället försöka skapa ett partnerskap som gynnar människor att själva vara delaktig i processen. Då människor själva är med och först identifierar de faktorer som påverkar deras hälsa negativt och sedan hitta möjliga åtgärder, är chansen att få till stånd en förändring större än om målgruppen inte inkluderas. (Medin & Alexandersson 2000 s. 147)

2.6 Tidigare forskning

Den tidigare forskningen har hittats genom databassökning i Academic Search Elite (EBSCO), CINAHL (EBSCO) och PubMed med hjälp av sökorden *occupational therapy*, *occupational therapy service*, *health promotion*, *prevention* och *public health*. Manuell sökning har även gjorts i ergoterapeutiska tidskrifter som finns i Arcadas bibliotek.

Ergoterapeuters potentiella roll att arbeta hälsofrämjande har diskuterats i flera decennier. Enligt Moll et al. (2013 s. 113) har ergoterapi en klar koppling till det hälsofrämjande arbetet genom professionens vilja att främja en sund livsstil och kan med sin betoning på aktivitet som en del i att förbättra människors hälsa och välbefinnande tillföra ett nytt perspektiv till detta arbete.

Scriven & Atwal (2004 s. 425) skriver att ergoterapeuter med sitt klientcentrerade perspektiv kan stöda det hälsofrämjande arbetet. Även Holmberg & Ringsberg (2014 s. 109) har i sin undersökning konstatera att ergoterapeuter genom ett sitt klientcentrerade arbetssätt borde ha möjlighet att engagera individer, grupper och större populationer i hälsofrämjande verksamhet. Med hjälp av ett klientcentrerat fokus kan ergoterapeuter främja delaktighet, hälsa och välbefinnande genom att underlätta och möjliggöra deltagande i aktiviteter som är meningsfulla och viktiga. (Holmberg & Ringsberg 2014 s. 109)

The American Occupational Therapy Association (AOTA) har definierat tre roller där ergoterapeuter har unika kunskaper att tillföra det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Med dessa roller har man försökt skapa en klarare utgångspunkt för att underlätta för ergoterapeuter att delta i hälsofrämjande och förebyggande arbete. Den första rollen är att ergoterapeuter kan främja en hälsosam livsstil för alla människor, oberoende av situation. Detta innebär att ergoterapeuter kan stödja personer med fysisk, psykisk och kognitiv funktionsnedsättning genom att anpassa aktiviteter och miljöer så att även dessa personer kan delta i hälsofrämjande verksamhet, vilket i många fall inte är möjlig på grund av deras funktionsnedsättning. Den andra rollen är ergoterapeuters stora kunskap kring aktivitet som kan komplimentera existerande hälsofrämjande program. Exempelvis kan ergoterapeuter genom att använda fritidsaktiviteter och utveckla nya intressen hos individer och grupper ersätta tid som tidigare använts till beroenden så som rökning eller droger och därigenom arbeta hälsofrämjande. Den tredje rollen innebär att ergoterapeuter kan, och bör, arbeta på olika nivåer i samhället och inte endast på individnivå. Detta eftersom personer alltid har koppling till sin omgivning och förändringar i den också kan fungera hälsofrämjande och förebyggande. (Scaffa et al. 2008 s. 696)

Moll et al. (2013 s. 113) anser att ergoterapeuter med sin kunskap kring aktivitet borde kunna ge människor möjlighet att delta och engagerade sig i aktiviteter som är

meningsfulla för att på så sätt uppnå förbättrad hälsa och välbefinnande. Ergoterapeuter borde med sin breda kunskap kring aktivitetens funktion kunna öka medvetenheten om vilka fördelar de kan föra med sig och hur det går att använda som verktyg för hälsofrämjande arbete. Samtidigt kan denna kunskap även användas i omvänd riktning, vilket innebär att man kan skapa förståelse för hur aktiviteter kan vara en riskfaktor för ohälsa. (Moll et al. 2013 s. 113)

Ergoterapeuter har inte varit aktivt engagerade inom det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i lika stor utsträckning som det funnits möjlighet till men trots detta så har arbetet under senare år ändå utvecklats. Man arbetar idag förtjänstfullt med hem- och säkerhetsbedömningar hos äldre, screening utav barns utveckling, kognitiva bedömningar och planering av återgång till arbetet för personen som lider av fysiska eller psykiska problem för att nämna några exempel på hälsofrämjande arbetsuppgifter. (Donnelly et al. 2014 s. 51-52)

Forskning har även kunnat påvisa ergoterapeuters potentiella nytta i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Till exempel genomförde Richardson et al. (2012) en undersökning där ergoterapeuter tillsammans med fysioterapeuter skapade individuella flerkomponentsbehandling för personer med kronisk sjukdom för att främja deras situation. Inledningsvis gjordes bedömningar utav personens förmågor och situation för att skapa ett individuellt program som svarade till varje klients specifika behov. Resultaten visade på att de som fått en individuell flerkomponentsbehandling uppnådde bättre fysiska förmåga och funktion än kontrollgruppen, vilket skapade bättre livssituation hos dessa individer. (Richardson et al. 2012 s. 35)

En orsak till att ergoterapeuter inte varit särskilt aktiva inom det hälsofrämjande arbetet är att den av de fem åtgärds punkter i Ottawa Chart of Health Promotion som varit minst framgångsrikt i jämförelse med de andra åtgärderna har varit att förflytta hälsovårdsservicen mot ett mera hälsofrämjande arbetssätt. Trots detta har Johansson et al. (2010: 216) i sin undersökning funnit ett starkt stöd och intresse bland ergoterapeuter att förändra yrkesrollen mot en mera hälsofrämjande arbetsform. Det stora intresset som finns kan ses som ett argument för att ergoterapeuter anser sig ha behövlig kunskap att tillföra det hälsofrämjande arbetet. Den höga arbetsbelastningen av personalen, brist på riktlinjer samt otydliga mål anses dock vara orsaker som hindrar ergoterapeuter från att

engagera sig i hälsofrämjande arbete i större utsträckning. (Johansson et al. 2010 s.216-220)

Samtidigt som det finns både potential och intresse för att arbeta med hälsofrämjande och förebyggande verksamhet så upplever många ergoterapeuter i dagens läge att det inte finns någon tydlig yrkesbild för sådant arbete vilket leder till att det inte prioriteras varken inom professionen eller bland beslutsfattare. Allmänheten vet inte vad ergoterapeuter kan göra inom detta område och även bland ergoterapeuter finns det brist på kunskap om hur arbetet kan se ut inom hälsofrämjande och förebyggande verksamhet. För att kunna utveckla yrkesrollen inom detta område krävs därför större kunskap för det praktiska arbetet. Med större kunskap är det även enklare att visa allmänheten och beslutsfattare hur ergoterapeuter kan arbeta inom detta område. Holmberg & Ringsberg (2014 s. 109) har konstaterat att det därför finns ett behov av förebilder som kan visa hur ergoterapeuter kan arbeta med ett hälsofrämjande och förebyggande tillvägagångssätt i praktiken. (Holmberg & Ringsberg 2014 s. 109)

Kopplingen mellan ergoterapi och hälsofrämjande arbete är som sagt stark, men endast en liten del av alla ergoterapeuter arbetar inom detta område. Johansson et al. (2010 s. 213) har konstaterat att det behövs mera kunskap och förståelse för att kunna möta de utmaningar som finns för att förbättra ergoterapeuters förmåga att genomföra detta arbete.

2.7 Problemformulering

Trots att forskning visat att ergoterapeuter har potential och intresse att arbeta hälsofrämjande har Johansson et al. (2010:213) konstaterat att majoriteten av ergoterapeuters arbete fortfarande sker inom behandlande verksamhet på individnivå. Den starka kopplingen mellan ergoterapi och hälsofrämjande arbete stöder även den argumentationen att ergoterapeuten bör arbeta inom detta område i större utsträckning. Det som hindrar detta är brist på kunskap om hur arbetet skall genomföras och bristande förståelse för ergoterapeuters roll inom det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Det finns alltså ett behov av mer kunskap kring ergoterapeuters hälsofrämjande arbete. Jag vill därför i detta arbete kartlägga vad som finns dokumenterat kring ergoterapeuters hälsofrämjande arbete.

För att avgränsa arbetet, och samtidigt följa de riktlinjer som ställts upp i Health 2020, kommer endast studier som behandlar människor som tillhör de utsatta grupper som definierats i bakgrunden att inkluderas. För att även följa de uppmaningar som gjorts inom ergoterapi i fråga om att arbeta på andra klientnivåer än individnivå kommer detta arbete fokusera på interventioner och arbete som sker på gruppnivå.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med detta arbete är att utifrån forskningsartiklar beskriva ergoterapeuters hälsofrämjande arbete på gruppnivå.

Frågeställningar är:

1. Vilka hälsofrämjande strategier använder ergoterapeuter för att stöda människor att få ökad kontroll över sin hälsa och situation?
2. Vilka fördelar finns med hälsofrämjande interventioner på gruppnivå?
3. Hur kan ergoterapeuter engagera personer att vara delaktiga i förändringsprocessen?

4 METOD

Detta examensarbete har som syfte att beskriva ergoterapeuters hälsofrämjande arbete på gruppnivå. Forsberg & Wengström (2008 s. 29) beskriver att allmänna forskningsöversikter är en metod som syftar att beskriva kunskapsläget kring ett specifikt område. Detta arbete har därför utförts som en allmän forskningsöversikt.

Allmänna forskningsöversikter som beskriver och analyserar vetenskapliga studier för att klargöra kunskapsläget inom ett område brukar kritiserats för att inte ha tillräcklig systematik, vilket kan leda till att felaktiga slutsatser dras. För att undvika dessa brister som allmänna forskningsöversikter kan kritiserats för har denna studie följt de riktlinjer som gäller för en systematisk litteraturstudie i fråga om frågeställningar, urval, datasökning, kvalitetsgranskning och analys. (Forsberg & Wengström 2008 s. 29-31)

En systematisk litteraturstudie söker, kritiskt granskar och sammanställer aktuell forskning inom ett område på ett systematiskt sätt. En systematisk litteraturstudie skall inledningsvis ha klart formulerade frågeställningar, se kapitel 4. Vidare skall kriterier och metod för sökning och urval av artiklar tydligt beskrivas, och sedan skall funna artiklar kvalitetsgranskas, presenteras och analyseras. Denna process kommer beskrivas i följande del av arbetet och även etiska aspekter kommer att tas upp. (Forsberg & Wengström 2008 s. 31)

4.1 Urval och datainsamling

I urvalsprocessen har kriterier för vilka krav som ställts på de studier som skall inkluderas i detta arbete definierats. Dessa inklusions- och exklusionskriterier presenteras i tabell 1. Dessa kriterier har i enlighet med Forsberg & Wengström (2008 s. 85) bestämts utifrån den bakgrundsinformation och de frågeställningar som ställts upp. Med hjälp av dessa kriterier har beslut om vilka artiklar, som hittats i datainsamlingen, som skall inkluderas i detta arbete. (Forsberg & Wengström 2008 s. 85, 90)

Tabell 1 Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Studier som behandlar hälsofrämjande och förebyggande arbete	Studier som behandlar ergoterapi på individnivå
Studier som innefattar ergoterapi	Publicerade 2003 eller tidigare
Studier med interventioner på gruppnivå	Skrivna på andra språk än svenska och engelska
Publicerade 2004-2015	
Skrivna på engelska eller svenska	
Studier som behandlar människor inom utsatta grupper	

Datainsamlingen har genomförts i databaserna Academic Search Elite (EBSCO), CINAHL (EBSCO), SAGE Journals Online, SveMed+ och PubMed. I dessa databaser har sökningar efter relevanta artiklar genomförts med hjälp av sökord som formulerats utifrån det problemområde som definierats och den bakgrundinformation som finns. Sökord för detta arbete har varit *occupational therapy, health promotion, prevention, public health, primary health, group, interventions, lifestyle, wellbeing* och *wellness*. Dessa sökord har använts i olika kombinationer och i olika databaser för att finna relevant forskning för att svara på de forskningsfrågor som ställts upp. De booliska operatorerna, alltså AND, OR och NOT, har använts för att öka eller begränsa antalet träffar under sökningarna (Forsberg & Wengström 2008 s. 86). I enlighet med Forsberg & Wengströms (2008 s. 161) riktlinjer för datainsamling klargörs denna sökprocess för att arbetet skall vara så öppet som möjligt. I tabell 2 presenteras därför val av databas, sökord, antal träffar, lästa abstrakt, lästa artiklar och inkluderade artiklar.

Inledningsvis lästes rubrikerna på alla träffar som hittades i databassökningen och för de rubriker som lät intressanta och relevanta lästes sedan abstraktet till artikeln. De rubriker som inte lät relevanta valdes bort då de inte svarade till studiens syfte och frågeställningar.

Motsvarande abstraktet arbetets inklusionskriterier lästes sedan hela artikeln i sin helhet noggrant igenom för att klargöra om de kunde inkluderas i arbetet. Alla de studier som inkluderats i detta arbete har sedan kvalitetsgranskats med hjälp av Forsberg & Wengströms (2008) mallar för fastställa studiernas kvalitet och tillförlitlighet.

Tabell 2 Datainsamling och inkluderade artiklar

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
Academic Search Elite (EBSCO)	Occupational Therapy AND Health promotion AND Primary Health	17	7	3	3
Academic Search Elite (EBSCO)	Occupational Therapy AND Health Promotion Program AND Group	29	4	1	1
Cinahl (EBSCO)	Occupational Therapy AND Health promotion and prevention (2004 →)	46	5	2	1
Cinahl (Ebsco)	Occupational Therapy AND Health Promotion AND Lifestyle	13	7	4	3
SAGE Journals Online	Occupational Therapy AND health promotion AND Lifestyle AND wellness	60	5	1	1

SveMed+	Occupational Therapy AND Health Promotion	32	4	2	1
PubMed	“Occupational Therapy” AND “Health Promotion” AND Wellness AND Lifestyle	23	4	1	1

I vissa av sökningarna framkom resultat som hittats i tidigare sökningar och artikeln granskades inte då eftersom den redan hade kontrollerats och därmed redan var inkluderad eller exkluderad för fortsatt kvalitetsgranskning. Artiklar som hittades i databassökningen och som motsvarade inklusionskriterierna men som inte fanns i fulltext i databasen söktes upp manuellt om tidskriften fanns i Arcadas bibliotek och annars söktes artikeln upp med hjälp av Google Scholar som möjliggör en bred sökning av vetenskaplig litteratur.

4.2 Kvalitetsgranskning

Alla artiklar som i datainsamlingen mötte inklusionskriterierna har kvalitetsgranskats i enlighet med Forsberg & Wengströms (2008 s. 122) riktlinjer som säger att det är viktigt att bedöma kvaliteten på de artiklar som skall involveras i ett arbete. Med en kvalitetsgranskning kan man fastställa om studiernas tillförlitlighet är hög, medelhög eller låg. Endast studier med hög eller medelhög kvalitet har inkluderats i detta arbete då studier med låg kvalitet enligt Forsberg & Wengström (2008 s. 123) bör exkluderas på grund av att de resultaten kan vara otillförlitliga och därmed kan felaktiga slutsatser dras.

Artiklarna i detta arbete har kvalitetsgranskats med hjälp av Forsberg & Wengström (2008 s. 123) mallar för kvalitativa och kvantitativa studier samt systematiska litteraturstudier. För att underlätta kvalitetsgranskningen har dessa mallar modifierats på så vis att de kan besvaras med ja eller nej för att förenkla beräkningen av bevisvärdet enligt Willman et al. (2006 s. 96) riktlinjer. Enligt dessa riktlinjer tilldelades varje studie

1 poäng för varje positivt svar i granskningsprotokollet, och vid negativt svar tilldelades studien 0 poäng (Willman et al. 2006 s. 96). I de modifierade granskningsprotokoll som användes i detta arbete kunde systematiska litteraturstudier uppnå en totalsumma på 17 poäng, kvantitativa studier uppnå en totalsumma på 29 poäng och kvalitativa studier uppnå en totalsumma på 26 poäng. Poängsumman räknades sedan om till ett procenttal för att värdering och jämförelse av de olika studiers kvalitet skulle vara möjlig. Studierna graderades i tre nivåer där 80-100 % innebar hög kvalitet, 70-79 % innebar medelhög kvalitet och 60-69 % innebar låg kvalitet (Willman et al. 2006 s. 96). Ingen av de 11 inkluderade studier i detta arbete fick ett bevisvärde på 69 % eller lägre vilket gjorde att ingen av dem exkluderades på grund av för dålig kvalitet.

Alla studiers procenttal och kvalitet presenteras i tabell 3 och de modifierade granskningsprotollen som använts i detta arbete finns bifogade som bilaga 1, 2 och 3.

4.3 Analys

Bearbetningen av data fortsatte sedan med att de inkluderade artiklarna analyserades med hjälp av en induktiv innehållsanalys för att organisera den informationen som samlats in under datainsamlingen för att enklare finna mönster och teman i dem (Jacobsen 2012 s. 146-151). En induktiv innehållsanalys innebär att teman och kategorier skapas förutsättningslöst för att på så sätt inte begränsa sig och missa relevant information som kan framkomma (Forsberg & Wengström 2008 s. 56). I enlighet med Forsberg & Wengströms (2008 s. 151) riktlinjer lästes alla de inkluderade artiklarna inledningsvis noggrant igenom flera gånger för att skapa en stor förståelse av materialet. Då materialet lästs igenom tillräckligt många gånger för att en tillräcklig bild över dess innehåll hade uppnåtts fortsatte processen med att de ord och meningar som var centrala och meningsbärande för varje enskild artikel skrevs ner med hjälp av franska streck. Utifrån dessa meningsbärande ord och meningar markerades sedan de teman som var relevant för att kunna svara på detta arbetes syfte och frågeställningar.

Dessa teman lästes sedan igenom flera gånger och teman från olika artiklarna som berörde samma område markerades och samlades sedan tillsammans i en kategori där jämförelse av överensstämmelser och skillnader gjordes. De kategorier som framkommit presenteras i resultatredovisningen i kapitel 5.2.

4.4 Etiska aspekter

Vid all forskning är det viktigt att ta i beaktande de etiska aspekter som gäller inom forskning. Då en studie följer de etiska riktlinjer som finns följer studien praxis för god medicinsk forskning. I systematiska litteraturstudier bör det göras etiska överväganden i fråga om urval av material och presentation av material. Studier som inkluderas i arbetet skall ha fått tillstånd av en etisk kommitté eller etiska överväganden skall ha gjorts i dem. Alla resultat skall presenteras vare sig de stöder hypotesen eller inte, att presentera endast de studier som stöder en forskares egna åsikter är oetiskt och skapar felaktiga resultat. De studier som ingår i undersökningen bör också arkiveras och sparas flera år framåt. Med dessa riktlinjer blir studiens tillförlitlighet hög. (Forsberg & Wennström 2008 s. 77)

Detta arbete har utgått från dessa riktlinjer och de studier som inkluderats har kontrollerats att de har tillstånd från en etisk kommitté eller att etiska överväganden har gjorts och alla de resultat som framkommer i min analys kommer att presenteras för att skapa ett tillförlitligt resultat. På detta sätt har fusk och ohederligheter undvikits.

5 RESULTATREDOVISNING

I detta kapitel kommer resultaten för denna forskningsöversikt presenteras. Inledningsvis presenteras i tabell 3 de 11 inkluderade artiklarna som har analyserats och ligger till grund för resultatet. Tabellen presenterar författare, publiceringsår, syfte, metod, resultat samt studiernas kvalitet för att ge en överskådlig bild av materialet som inkluderats i arbetet. Denna tabell efterföljs av en redovisning av de kategorier som framkommit från den analys som genomfört. (Forsberg & Wennström 2008 s. 162)

5.1 Redovisning av inkluderade artiklar

Tabell 3 Inkluderade artiklar och kvalitetsgranskning

Författare och årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Arbesman et al. 2013	Att beskriva och utvärdera effektiviteten av aktivitetsbaserade interventioner för att främja och förebygga den psykiska hälsa hos barn och unga mellan 3 och 21 år i fråga om social interaktion, sociala regler och normer samt deltagande i produktivt beteende	Systematisk litteraturstudie med 124 inkluderade artiklar	Studien fann starkt bevis för att aktivitetsbaserade program effektivt kan förbättra förmågor inom många områden, t.ex. social-emotionellt lärande och stresshantering Studien fann även starkt bevis för att program inriktade på att främja sociala färdigheter och livsfärdigheter hos barn och unga med risk att drabbas av psykisk ohälsa är effektiva.	14/17 poäng Bevisvärde: 82,3 % Hög kvalitet
Yamada et al. 2010	Att ta reda på om ett MOHO-baserat hälsofrämjande program med fokus på relationen mellan aktivitet och välbefinnande är effektivare än ett traditionellt konst och hantverksprogram i fråga om att främja äldre människors livskvalitet och välbefinnande	RCT med 63 deltagare som använde parallell design med en test- och kontrollgrupp med för- och eftertest.	Ett MOHO-baserat ergoterapiprogram är mera effektivt än traditionellt hantverksprogram i att främja välbefinnandet hos äldre personer i form av ökad livskvalitet och psykiskt välmående Programmet konstaterades vara förmånligt och enkelt att genomföra	24/29 poäng Bevisvärde: 82,7 % Hög kvalitet

Zingmark et al. 2014	Att utvärdera effektiviteten hos tre olika aktivitetsfokuserade interventioner med syfte att bibehålla engagemang i fritidsaktiviteter och förmåga till ADL för att bibehålla och främja äldres välmående	Single blind, utforskande RCT med 177 deltagare indelade i 4 grupper, kontrollgrupp (KG), individuell intervention (IG), aktivitetsgrupp (AG) och diskussionsgrupp (DG)	Aktivitetsbaserade interventioner har positiva effekter på att minska nedgång av äldres förmåga att genomföra ADL- och fritidsaktiviteter IG och DG var effektiva att minska nedgången i aktivitetsförmåga vid 3 och 12 månader och AG minskade medgången i aktivitetsförmågan vid 12 månader	24/29 poäng Bevisvärde 82,7 % Hög kvalitet
Clark et al. 2011	Att fastställa effektiviteten och kostnadseffektiviteten av en förebyggande livsstilsbaserad ergoterapiintervention med syfte att förbättra det psykiska och fysiska välbefinnandet samt kognitiva funktioner för äldre.	RCT med 460 deltagare indelade i en interventions- eller en kontrollgrupp med för- och eftertest.	En livsstilsorienterad förebyggande intervention genomförd utav ergoterapeuter har positiva effekter på att reducera nedgången i fråga om hälsa och främjar välmående hos äldre med risk för hälsoproblem Interventionen var kostnadseffektiv och kan tillämpas i stor skala	22/29 poäng Bevisvärde 75,8 % Medelhög kvalitet
Jackson et al. 2009	Att beskriva en RCT designad för att testa effektiviteten av ett hälsosamt livsstilsprogram för äldre samt beskriva vilka utmaningar som finns i genomförandet	Analys av processen i en RCT med crossover design med 460 deltagare indelade i en	Utmaningar att implementera ett hälsosamt livsstilsprogram är otillräcklig rekrytering, svårigheter att välja relevanta bedömnings-	21/29 poäng Bevisvärde: 72,4 % Medelhög kvalitet

	av ett livsstilsbaserat program.	interventions- eller en kontrollgrupp	instrument och oavsiktliga konsekvenser vid implementering Studien konstaterade att interventionen kan genomföras framgångsrikt med positiva resultat på att reducera nedgången i hälsa och främja välbefinnandet hos äldre	
Wood et al. 2013	Att utforska och beskriva möjliggörande faktorer och hinder hos personer med en ergoterapibakgrund som arbetar med primärt hälsofrämjande arbete på grupp- och samhällsnivå snarare än på individnivå.	En kvalitativ undersökning i form av en narrativ intervju och innehållsanalys med 5 social- och hälsovårdsarbetare med ergoterapi-bakgrund	Ergoterapeuter kan med möjliggörande strategier så som kapacitet-uppbyggnad och samhällsutveckling arbeta med primärt hälsofrämjande arbete Finansiering, yrkesmässig förberedelse och brist på stöd från den egna professionen var utmaningar för att utveckla rollen inom hälsofrämjande arbete	22/26 poäng Bevisvärde: 88,4 % Hög kvalitet
Thompson 2009	Att beskriva metod och effekt av ett 8 veckors stressreduceringsprogram baserat på mindfulness (MBSR) med en heterogen grupp individer med kroniska sjukdomar.	Kvalitativ undersökning med narrativ innehållsanalys av deltagarnas upplevelser av programmet	Studien visar att ett stressreduceringsprogram baserat på mindfulness (MBSR) visar potential på att effektivt kunna främja hälsan och skapa större engagemang i	19/26 poäng Bevisvärde: 73,0 % Medelhög kvalitet

			aktivitet hos personer som lever med kroniska sjukdomar	
Pinxsterhius et al. 2015	Att utveckla och utvärdera ett gruppbaserat självhanteringsprogram för personer med kroniskt trötthetssyndrom genom att använda deltagarnas upplevelse av det ursprungliga programmet att främja hanteringen av sjukdomen.	Kvalitativ undersökning med semistrukturerade fokusgruppintervjuer och innehållsanalys med 6 deltagare av programmet.	Ett gruppbaserat självhanteringsprogram är en genomförbar intervention som förtjänstfullt kan hjälpa personer med kroniskt trötthetssyndrom att hantera sin sjukdom bättre och utvecklar nya copingstrategier för att underlätta sin vardag	21/26 poäng Bevisvärde: 80,7 % Hög kvalitet
Mountain et al. 2008	Att utforska och analysera ett 8 månaders aktivitetsbaserade hälsofrämjande program om det kan levereras framgångsrikt och se dess kliniska effektivitet hos äldre människor.	Mixed-method design med standardiserade mätningar av kognition, depression och livskvalitet före och efter programmet samt kvalitativa intervjuer med de 26 deltagarna om upplevelsen av att delta	Studien visade att en aktivitetsbaserad hälsofrämjande intervention effektivt kan hjälpa äldres att uppnå en bättre förmåga att hantera sin vardag. Positiva resultat konstaterades i de standardiserade mätningarna av livskvalitet men ingen signifikant förändring påvisades i mätningar av kognition och depression	19/24 poäng Bevisvärde: 79,1 % Medelhög kvalitet
Barnes et al. 2008	Att undersöka effekten av ett 12 veckors Adaptive Living Program (ATP) på livskvalitet och livstillfredsställelse hos	Mixed-method design med standardiserade instrumentet RAND SF-36	RAND SF-36 påvisade inga signifikanta skillnader i fysisk,	19/26 poäng Bevisvärde: 73,0 %

	låginkomsttagare boende i subventionerade lägenhetskomplex.	samt ett frågeformulär och fokusgrupp-intervjuer för att bedöma deltagarnas engagemang i aktivitet och upplevelse av programmet.	social och emotionell hälsa Intervjuerna konstaterade positiva förändringar i livskvalitet och livstillfredsställelse genom utvecklande utav sociala förmågor och deltagarna beskrev även ökad kunskap om nutrition och social kompetens	Medelhög kvalitet
O'Toole et al. 2013	Att bedöma potentialen och genomförbarheten av ett 6 veckors aktivitetsbaserat självhanteringsprogram med individer med flera kroniska sjukdomar.	Mixed-method design genom kvantitativa standardiserade mätinstrument med för- och eftertest samt fokusgrupp-intervjuer med innehållsanalys.	Undersökningen visade på signifikanta resultat på delaktighet i aktivitet, självuppfattning av aktivitetsutförande och tillfredsställelse utav aktivitetsutförande Ingen signifikant skillnad hittades i mätningarna av ångest, depression och livskvalitet	23/29 poäng Bevisvärde: 79,3 % Medelhög kvalitet

5.2 Resultatanalys

De kategorier som framkommit utifrån den analys som gjorts är: skapa trygga miljöer, inkludera gruppen i processen, tillämpa ny kunskap, använda aktivitetsfokuserade interventioner, kombination av tillvägagångssätt och arbeta med målsättningar.

5.2.1 Skapa trygga miljöer

I många av de inkluderade artiklarna strävade ergoterapeuten mot att skapa en grupp miljö som ingav trygghet och samhörighet mellan deltagarna i gruppen för att därigenom få dem att engagera sig i en förändring. I en sådan miljö fann Yamada et al. (2010), Pinxsterhius et al. (2015), Mountain et al. (2008), Thomson (2009), Jackson et al. (2009) O'Toole et al (2013), Barnes et al. (2008) och Clark et al. (2011) att deltagarna i ett säkert utrymme kunde dela med sig och utbyta information med personer som har liknande erfarenheter och som därmed hade större förståelse för vad situationen innebär.

För att skapa en trygg grupp miljö kan ergoterapeuter fokusera på att identifiera de styrkor och likheter som finns mellan gruppens deltagare för att skapa samhörighet, vilket stärker deras självförtroende och ökar deras vilja att aktivt försöka förbättra eller bibehålla sin hälsa (Thomson et al 2009, O'Toole et al. 2013 och Pinxsterhius et al. 2015). Genom att fokusera på styrkor och likheter istället för diagnos eller funktionshinder blir gruppens deltagare mera engagerade i interventionen. Deltagarna vågar öppna upp sig samt testa på nya saker eftersom de känner sig trygga i att de inte är ensamma samt upplever att de har stöd från andra personer som är i samma situation (Pinxsterhius et al. 2015, Mountain et al. 2008 och O'Toole et al. 2013).

Den trygga miljön gjorde det möjligt för deltagarna att öppet diskutera kring teman som var relevanta för deras situation och de vågade dela med sig av personliga omständigheter vilket skapade ett samspel där deltagarna kunde lära sig utav varandras erfarenheter och kunskaper som i sin tur gynnade deras utveckling och gav dem nya insikter och färdigheter som de kunde använda sig av i sitt vardagliga liv utanför gruppen (Yamada et al. 2010, Pinxsterhius et al. 2015, Thomson 2009, Jackson et al. 2009 O'Toole et al. 2013, och Clark et al. 2011). Denna interaktion mellan personer som levde med liknande problematik upplevdes som positiv då deltagarna genom att utbyta erfarenheter och idéer med varandra kunde få en bredare kunskap än de fått från andra interventioner (Yamada et al. 2010, Pinxsterhius et al. 2015, Mountain et al. 2008, Thomson 2009, Jackson et al. 2009 och O'Toole et al. 2013).

Yamada et al. (2010), Pinxsterhius et al. (2015), Jackson et al. (2009), O'Toole et al. (2013), Mountain et al. (2008), Thomson (2009), Zingmark et al. (2014) och Clark et al. (2011) har konstaterat att ergoterapeuter i sin roll som ledare för gruppen förtjänstfullt

kan skapa en miljö som får deltagarna att känna sig trygga och som ger deltagarna möjlighet att aktivt delta i en förändringsprocess. Denna miljö lägger stor betydelse på sammanhållningen mellan deltagarna och ledaren kan därför få en mera tillbakadragen roll då fokus ligger på interaktionen mellan deltagarna. Trots detta har Wood et al. (2013), Pinxsterhius et al. (2015), Yamada et al. (2010) och Barnes et al. (2008) konstaterat att ergoterapeutens kunskap och förståelse för gruppens situation och barriärer anses vara viktig för deltagarnas utveckling då ergoterapeuter med sin expertkunskap kan bidra med en annan typ av information som deltagarna inte har från tidigare.

5.2.2 Inkludera gruppen i processen

Ergoterapeuter som arbetar med personer i utsatta grupper arbetar aktivt för att få gruppen delaktig i processen (Pinxsterhius et al. 2015, O'Toole et al. 2013, Clark et al. 2011, Yamada et al. 2010 och Mountain et al. 2008). Yamada et al. (2010), Mountain et al. (2008) och Pinxsterhius et al. (2015) betonar vikten av ett samarbetande partnerskap med gruppens deltagare genom att involvera dem i planering och beslut om vad interventionstillfällena skall inrikta sig på. På detta sätt behandlas gruppen med respekt och deltagarna får möjlighet att känna sig delaktiga i de beslut och mål som ställs upp, vilket stärker deras känsla av egenmakt. Då deltagarna är delaktiga i dessa beslut är det samtidigt enklare för ergoterapeuten som leder gruppen att undervisa kring områden och teman som anses vara relevanta och betydelsefulla för gruppen, vilket ökar möjligheten för att utbytet av kunskap och färdigheter mellan deltagarna blir förtjänstfullt då de har intresse och erfarenheter kring området (Yamada et al. 2010, Mountain et al. 2008 och Pinxsterhius et al. 2015).

Då deltagarna uppmanas att vara aktiva i planering och beslut påverkas ergoterapeutens roll som ledare för gruppen. Yamada et al. (2010), Pinxsterhius et al. (2015), Jackson et al. (2009) och Clark et al. (2011) har konstaterat att ergoterapeuten får en passivare roll i och med att deltagarna blev tryggare i varandras närvaro och därför vågade ta en aktivare roll och ett större ansvar för gruppen. Ledarens roll blir då mera inriktad på att assistera och hjälpa deltagarna istället för att aktivt styra gruppen. Pinxsterhius et al. (2015) skriver att detta sätter stor vikt på att ledaren är flexibel och klarar av att vara dynamisk i sin roll, alltså att kunna växla mellan att aktivt leda och passivt assistera gruppen, för att vara till så stor nytta som möjligt. Ergoterapeuter kan med goda resultat klara av denna dynamiska

roll genom att inledningsvis aktivt undervisa gruppen och leda diskussionerna för att sedan successivt överlåta ansvaret till gruppens deltagare istället (Yamada et al. 2010, Pinxsterhius et al. 2015, Jackson et al. 2009, Zingmark et al. 2014, Mountain et al. 2008 och Clark et al. 2011).

Då ergoterapeuter har en roll att assistera och stöda deltagarna får varje enskild grupp större möjlighet att planera och anpassa vilka teman och diskussioner som är relevanta utifrån deras egna behov och omständigheter (Yamada et al. 2010, Pinxsterhius et al. 2015, Jackson et al. 2009 och Clark et al. 2011). Då deltagarna har inflytelse över gruppens utveckling och riktning blir interventionen klientcentrerad. Detta ökar chansen för att de skall få stärkt känsla av egenmakt, vilket innebär att de får en större kontroll över sin situation som de sedan även kan använda sig av i sitt vardagliga liv utanför gruppen. (Yamada et al. 2010, Pinxsterhius et al. 2015, Jackson et al. 2009 och Clark et al. 2011)

5.2.3 Tillämpa ny kunskap

Jackson et al. (2009), Yamada et al. (2010), Clark et al. (2011), Mountain et al. (2008), Barnes et al. (2008) och Thomson (2009) skriver att det är viktigt att tillämpa och använda ny kunskap i en relevant omgivning eftersom det leder till större möjlighet att en förändring sker då information får en praktisk förankring i personernas riktiga liv.

Mountain et al. (2008), Clark et al. (2011) och Jackson et al. (2009) skriver att ergoterapeuter med hjälp av praktiska övningar och aktiviteter förtjänstfullt kan hjälpa deltagarna att förstå innebörden av ny information och bli mera medvetna om sitt aktivitetsmönster vilket ökar deltagarnas möjlighet att bli motiverade att genomföra en förändring. Genom att de praktiska övningarna och aktiviteterna sker i samband med gruppen får deltagarna även möjlighet att träna upp nya färdigheter och förmågor i en säker miljö. Det förenklar processen att hitta sätt hur de bättre kan möta sina behov och aktivt arbeta för att utveckla nya vanor för att underlätta och förbättra sin situation. (Mountain et al. 2008, Clark et al. 2011 och Jackson et al. 2009)

För att den praktiska tillämpningen av de nya färdigheterna skall vara enklare att genomföra är det som sagt viktigt att de tränas i en trygg miljö där ergoterapeuten och gruppens medlemmar fungerar som stöd och där deltagarna uppmuntrar varandra till att

våga delta i aktiviteter som anses vara problematiska (Mountain et al. 2008, Jackson et al. 2009, Clark et al. 2011 och Thomson 2009). Mountain et al. (2008) har konstaterat att de som deltar i en grupp med fokus på en livsstilsförändring upplever att det är viktigt att få testa på att använda sina nya färdigheter och förmågor i verkliga livet tillsammans med andra då tryggheten och stödet från de övriga i gruppen finns. Detta motiverar dem att våga testa på saker de annars inte vågat om de vore ensamma (Mountain et al. 2008). Thomson (2009) betonar även vikten av att implementera de nya färdigheterna och förmågorna i personernas vardagliga kontext eftersom det underlättar för deltagarna att använda dem i sin vardag även utanför gruppen.

5.2.4 Använda aktivitetsfokuserade interventioner

För personer i utsatta grupper påverkas ofta deras aktivitetsengagemang negativt. För att undvika detta och för att kunna engagera personer i en livsstilsförändring lägger ergoterapeuter därför stor vikt på att interventionerna är aktivitetsfokuserade (Arbesman et al. 2013, Zingmark et al. 2014, Yamada et al. 2010, Mountain et al. 2008 och Clark et al. 2011). Med aktivitetsfokuserade interventioner hjälper ergoterapeuten deltagarna att reflektera över sitt aktivitetsliv och förstå hur aktiviteter kan påverka deras välbefinnande och livssituation. Aktivitetsfokuserade interventioner inriktar sig på frågor så som till exempel hur man kan hantera restriktioner i aktiviteter och hur man kan hitta och möjliggöra meningsfulla aktiviteter. Wood et al. (2013) har konstaterat att ergoterapeuter har goda kompetenser att stöda personer i denna process med hjälp av sin förståelse för aktivitetens påverkan på hälsa. (Yamada et al. 2010, Barnes et al. 2008, Zingmark et al. 2014 och Arbetsman et al. 2013)

Zingmark et al. (2014), Jackson et al. (2009) och Yamada et al. (2010) skriver att ergoterapeuter genom aktivitetsbaserade interventioner kan förbättra deltagares förmåga att engagera sig i aktiviteter som ger dem större kontroll över sin egen situation. Aktivitetsengagemang är en central del för att bibehålla eller förbättra hälsan och genom att möjliggöra ökat engagemang i aktiviteter som anses vara meningsfulla och viktiga stärks förmågan att överkomma hinder i vardagen och aktivitetsengagemang är därför en viktig del för att en positiv livsstilsförändring med förbättrat välbefinnande skall kunna ske (Zingmark et al. 2014, Barnes et al. 2008, Clark et al. 2011).

5.2.5 Kombination av tillvägagångssätt

Mountain et al. (2008), Thomson (2009), Pinxsterhius et al. (2015), Yamada et al. (2010), Clark et al. (2011) och Jackson et al. (2009) påvisade att en kombination av undervisning, gruppdiskussion och praktiska övningar är fördelaktig för att lyckas med en livsstilsförändring eftersom det ger deltagarna möjlighet att utveckla både kunskap och färdigheter. Deltagarna fick genom undervisning ny kunskap kring relevanta tema för deras situation och genom gruppdiskussionerna fick de ökad förståelse för både sin egen och andra personer situation. De tillämpade sedan den nya kunskapen och tränade upp färdigheter och förmågor genom de praktiska övningar som var kopplade till temat (Mountain et al. 2008, Thomson 2009, Pinxsterhius et al. 2015, Yamada et al. 2010, Clark et al. 2011 och Jackson et al. 2009).

Denna kombination av flera tillvägagångssätt i en intervention var effektiv i att förbättra deltagarnas situation och upplevdes som väldigt nyttig då den gav dem möjlighet att både utveckla ny förståelse och kunskap samt träna upp nya färdigheter i en kontext där de hela tiden hade stöd från både ergoterapeuten och övriga gruppmedlemmar, vilket underlättade processen (Pinxsterhius et al. 2015, Yamada et al. 2010, Clark et al. 2011 och Jackson et al. 2009).

5.2.6 Arbeta med målsättningar

Att genomföra en livsstilsförändring kan vara väldigt svårt och Zingmark et al. (2014), Arbesman et al. (2013), O'Toole et al. (2013) och Pinxsterhius et al. (2015) påpekar därför att deltagare med hjälp av målsättningar upplevde det enklare att åstadkomma en positiv förändring då de med stöd från gruppen kan hitta lösningar för att uppnå det mål som ställts upp. Målsättningar ökar deltagarnas delaktighet och fungerar som motivation i ett kortare perspektiv samtidigt som det stärkte deltagarnas självförtroende.

Ergoterapeuten stöder utformningen av målsättningen genom att hjälpa deltagarna att fokusera sina mål för att de skall vara möjliga att uppnå samt att utformningen av målen skrivs i positiva termer eftersom målet då blir mera motiverande att uppnå (Zingmark et al. 2014, Arbesman et al. 2013, O'Toole et al. 2013 och Pinxsterhius et al. 2015).

6 DISKUSSION

I diskussionen kommer först de resultat som presenterats i kapitel 5.2 att kopplas samman med detta arbetes teori, det vill säga bakgrund, tidigare forskning och referensram. Det efterföljs av en diskussion kring arbetets metod och design samt tankar kring implikation och vidare forskning.

6.1 Resultatdiskussion

De resultat som framkommit i analysen beskriver på vilket sätt ergoterapeuter kan stöda människor som tillhör utsatta grupper i att hantera och förbättra sin situation, vilket svarar på det syfte som ställts upp för detta arbete.

Inom folkhälsoarbetet och det hälsofrämjande arbetet fokuserar man idag mycket på livsstilsfaktorers påverkan på hälsa och ergoterapeuters hälsofrämjande arbete fokuserar främst på just livsstilsförändringar för att hjälpa människor få förbättrad hälsa.

Ett av arbetets huvudresultat visar att ergoterapeuter genom att anpassa och utforma en miljö som är trygg kan möjliggöra engagemang till en livsstilsförändring. Detta är i enlighet med vad Medin & Alexandersson (2000 s. 136) lyft fram som ett viktigt område inom det hälsofrämjande arbetet, att skapa stödjande miljöer genom förändringar i de fysiska och/eller sociala aspekterna i omgivningen. Syftet med den stödjande miljön är att personen skall ha stort inflytande som stärker självtroendet och egenmakten. Resultaten från denna studie visar att ergoterapeuten på ett förtjänstfullt sätt kan förändra de sociala aspekterna för att skapa gruppmiljöer som är trygga där människor kan dela med sig och utbyta information med varandra och på så sätt stärka deltagarnas självförtroende och känsla av kontroll. Arbetet visar även att gruppmiljön som ergoterapeuten utformar också ger möjlighet till att skapa sociala relationer samt möjlighet till stöd från sociala nätverk vilket också upplevs som viktigt för välbefinnandet (Medin & Alexandersson 2000 s. 137).

Utöver att skapa stödjande miljöer använder ergoterapeuter även andra hälsofrämjande strategier för att hjälpa människor att få ökad kunskap och kontroll över sin situation. En intressant upptäckt i detta arbete är att ergoterapeuter ofta kombinerar olika typer av tillvägagångssätt. Många använder en kombination av undervisning, diskussioner och

praktiska övningar för att öka deltagarnas kunskap och förståelse och samtidigt utrusta dem med färdigheter att tillämpa kunskapen i praktiken. Dessa interventioner med flera tillvägagångssätt har visat sig vara effektiva i att hjälpa människor att få ökad kontroll över sin hälsa och situation, eftersom de ger dem möjlighet att själva identifiera problem och hitta lämpliga åtgärder för att lösa de problem som identifierats.

I den tidigare forskningen framkom att ergoterapeuter med sitt klientcentrerade perspektiv borde ha möjlighet att engagera individer och grupper i en förändringsprocess (Holmberg & Ringsberg 2014 s. 109). Ett av arbetets andra resultat visar att ergoterapeuter har ett nära samarbete med gruppen för att involvera och göra dem delaktiga i processen och i de beslut som tas i så stor utsträckning som möjligt. Detta stämmer även överens med det som beskrivs i den teoretiska referensramen där man betonar vikten på att arbeta tillsammans med människor och kunna frångå expertrollen för att kunna hjälpa dem att få ökad kontroll över sin hälsa och situation (Medin & Alexandersson 2000 s. 147). Resultaten i detta arbete visar att ergoterapeuter med framgång kan frångå rollen som expert och istället arbeta tillsammans med människor i processen för att få dem delaktiga i så stor utsträckning som möjligt. Detta visar på att ergoterapins grundläggande princip kring klientcentrering förtjänstfullt kan användas även i hälsofrämjande arbete.

Det har argumenterats för att ergoterapeuter kan tillföra det hälsofrämjande arbete något specifikt med sin kunskap kring aktivitetens påverkan på hälsa (Scaffa et al. 2008 s. 696) och resultaten i detta arbete visar att aktivitetsfokuserade interventioner är effektiva i att hjälpa och främja personers möjlighet till att få ökad kontroll över sin situation och hälsa. Detta är i enlighet med vad som framkommit i litteraturen som beskrivits i bakgrunden, som pointerar att aktivitetsbaserade program har positiva hälsofrämjande effekter (Scaffa et al. 2010 s. 112-113). Ergoterapeuter har därför inom detta en roll att fylla i och med aktivitetens hälsofrämjande effekt, och yrkets kunskap och fokus på aktivitetens påverkan på hälsan.

Townsend & Polatajko (2007 s. 95-97) beskriver att alla människor skall ha möjlighet att definiera sina egna mål och inom ergoterapi läggs därför väldigt stor vikt på att arbeta med människor på individnivå. Resultaten i detta arbete visar på att interventioner i grupp för med sig stora fördelar för deltagarna på grund av det stöd och samhörighet som skapas

inom gruppen. Interventioner i grupp ger människor möjlighet att ta ansvar för någonting större än bara dem själv, vilket stärker deras självförtroende och egenmakt. Det ger också deltagarna möjlighet att knyta sociala kontakter med varandra vilket är viktigt för att må bra. Detta visar på att hälsofrämjande arbete i grupp kan hjälpa människor att få ökad kontroll över sin situation samtidigt som det även för med sig unika positiva effekter då deltagare genom samhörigheten och utbytet av erfarenheter i gruppen får kunskap som de högst antagligen inte kan få utav en ergoterapeut eller någon annan yrkesgrupp.

Samverkan mellan olika sektorer och yrkesgrupper anses vara viktigt för att det hälsofrämjande arbetet skall vara så effektivt som möjligt (Medin & Alexandersson 2000 s. 133-135). Den tidigare forskningen visar på att ergoterapeuter i multiprofessionella samarbeten kan arbeta hälsofrämjande med positiva resultat (Richardson et al. 2012 s. 35). Trots detta har resultaten för detta arbete inte visat på interventioner där ergoterapeuten arbetar multiprofessionellt. Den forskning som hittades i denna forskningsöversikt har dock kunnat konstatera att ergoterapeuters hälsofrämjande arbete trots att det inte sker i samarbete med andra yrkesgrupper kan förbättra situationen för människor som tillhör utsatta grupper.

Ergoterapeutens potentiella roll inom hälsofrämjande arbete har diskuterats under lång tid (Moll et al. 2013: 113) och detta arbete visar på att ergoterapeuter framgångsrikt kan arbeta med att hjälpa människor att få ökad kontroll över sin hälsa och situation även i praktiken. Wood et al. (2014) konstaterade ergoterapeuter som arbetar inom hälsofrämjande verksamhet upplever att det faller sig naturligt att göra det eftersom ergoterapin har stark koppling till just hälsofrämjande arbete.

6.2 Metoddiskussion

Valet att göra en forskningsöversikt grundades i att målet med arbetet var att beskriva hur ergoterapeuter kan arbeta hälsofrämjande och då det i bakgrunden och den tidigare forskningen framkom att detta är ett område som ergoterapeuter inte arbetar inom i särskilt stor utsträckning konstaterades att en kvalitativ studie med intervjuer med ergoterapeuter om deras erfarenheter av sådant arbete var svår att genomföra. Forsberg & Wengström (2008: 29) beskriver att syftet med en forskningsöversikt är att beskriva

kunskapsläget inom ett visst område och därför valdes en forskningsöversikt för detta arbete.

Datainsamlingen genomfördes systematiskt med hjälp av Forsberg & Wengström (2008) riktlinjer och de sökord som användes gav en bra begränsning i antalet träffar och de inklusions- och exklusionskriterier som ställts upp stöttade processen att bestämma vilka studier som skulle inkluderas i arbetet, vilket till antalet var 11 stycken som kan anses vara en relativt bra mängd för en forskningsöversikt. Med hjälp av Forsberg & Wengströms (2008) granskningsprotokoll för att kontrollera studiernas kvalitet kunde potentiellt otillförlitliga resultat undvikas och de resultat som framkommit i de inkluderade studierna har därmed tillräcklig tillförlitlighet för att korrekta slutsatser har kunnat göras. Att använda Willman et al.s (2006: 96) riktlinjer för att beräkna bevisvärde underlättade kvalitetsgranskningen men någon rangordning utav de inkluderade studierna gjordes inte utan bevisvärdet användes endast för att bestämma ifall studiernas kvalitet var hög, medelhög eller låg. Kvalitetsgranskningen genomfördes noggrant eftersom kvaliteten på de studier som används i en forskningsöversikt är väsentliga för vilken kvalitet arbetet som helhet får.

I innehållsanalysen lästes alla studier igenom för att sedan hitta relevanta teman, det användes alltså inte några färdiga bestämda teman eftersom det då är möjligt att relevanta teman inte inkluderas. De inkluderade studierna lästes inledningsvis igenom flertalet gånger men tematiseringen utav studierna och kategoriseringen av de teman som hittades gjordes endast en gång på grund av viss tidsbrist. De inkluderade studierna kunde ha analyserats ännu grundligare och flera gånger för att eventuellt hitta flera teman som kunde vara relevanta. Detta kan ha påverkat arbetets resultat och kvalitet negativt. Studiens styrka är att det är välskrivet och följer de riktlinjer som finns för systematiska litteraturstudier vilket gjort att systematiska misstag undvikits.

6.3 Implikationer och vidare forskning

Ergoterapeuters potentiella roll inom hälsofrämjande arbete har diskuterats under lång tid och detta examensarbete visar att det finns visst stöd även i praktiken för att ergoterapeuter kan arbeta förtjänstfullt inom detta område. Detta är ett relativt nytt område inom ergoterapi och det finns därför behov för vidare forskning för att öka

kunskapen ytterligare. Bland annat har det under arbetets gång uppstått vissa frågor som kan vara både intressanta och viktiga att utföra vidare forskning kring.

Först skulle det vara intressant att göra en kartläggning över vad ergoterapeuter i Finland har för tankar kring hälsofrämjande arbete. Ifall det finns intresse för att arbeta mera hälsofrämjande och vad som i så fall upplevs som barriärer för finska ergoterapeuter att arbeta mera aktivt inom detta område.

Det skulle även vara intressant att göra en kartläggning över hälsofrämjande arbete i multiprofessionella team eftersom det i den teoretiska referensramen för detta arbete talas om vikten av att det hälsofrämjande arbetet skall ske genom samverkan mellan olika sektorer och yrkesgrupper, vilket det i den tidigare forskningen även konstaterades att ergoterapeuter gjort i viss utsträckning. I detta arbete hittades det dock inte forskning kring detta och det skulle därför vara intressant att se hur ergoterapeuter roll inom multiprofessionellt hälsofrämjande arbete ser ut.

KÄLLOR

- Arbesman, Marian; Bazyk, Susan; Nochajski; Susan M. 2013. Systematic Review of Occupational Therapy and Mental Health Promotion, Prevention, and Intervention for Children and Youth. *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 67, Nr. 6, s. 120-130.
- Barnes, Meghan; Bigari, Kim; Culler, Tiffany; Gregory, Heather; Hamilton, Julianne; Krawczyk, Stacy; Earley, Donald; Herlache, Ellen. 2008. Healthy lifestyle through an Adaptive Living Program: a pilot study. *Occup. Ther. Int.* Vol. 15, Nr. 4, s. 269-283.
- Clark, Florence; Jackson, Jeanne; Carlson, Mike; Chou, Chih-Ping; Cherry, Barbara J.; Jordan-Marsh, Maryalice; Knight, Bob G.; Mandel, Deborah; Blanchard, Jeanine; Granger, Douglas A.; Wilcox, Rand R.; Lai, Mei Ying; White, Brett; Hay, Joel; Lam, Claudia; Marterella, Abbey; Azen, Stanley P. 2012. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting well-being of independently living older people: result of a Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health*, Vol. 66 Nr. 9, s. 783-791.
- Donnelly, Catherine A.; Brenchley, Christie L.; Crawford, Candace N.; Letts, Lori J. 2014. The emerging role of occupational therapy in primary care. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 81, Nr. 1, s. 51-61.
- Forsberg, Christina; Wengström, Yvonne. 2006. *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3:e uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 219s.
- Holmberg, Vigdis; Ringsberg, Karin C. 2014. Occupational therapists as contributors to health promotion. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 21, s. 108-115.
- Jackson, Jeanne; Mandel, Deborah; Blanchard, Jeanine; Carlson, Mike; Cherry, Barbara; Azen, Stanley; Chou, Chih-Ping; Jordan-March, Maryalice; Forman, Todd; White, Brett; Granger, Douglas; Knight, Bob; Clark, Florence. 2009. Confronting Challenges in Intervention Research with Ethnically Diverse Older Adults: The USC Well Elderly II Trial. I *Clin Trials*, Vol 6(1), s. 90-101.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2012. *Förståelse, beskrivning och förklaring – introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. 2 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, Lund, 327s.
- Johansson, Helene; Stenlund, Hans; Lundström, Lena; Weinehall, Lars. 2010. Reorientation to more health promotion in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Nr. 3, s. 213-224.
- Medin, Jennie; Alexandersson, Kristina. 2000. *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur AB. 180s.
- Moll, Sandra E.; Gewurtz, Rebecca E.; Krupa, Terry M.; Law, Mary C. 2013. Promoting an occupational perspective in public health. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 80, Nr. 2, s. 111-119.
- Mountain, Gail; Mozley, Caroline; Craig, Claire; Ball, Linda. 2008. Occupational Therapy Led Health Promotion for Older people: Feasibility of the Lifestyle Matters Programme. *British Journal of Occupational Therapy*, Vol. 71, Nr. 10, s. 406-413.

- O'Toole, Lynn; Connolly, Deirdre; Smith, Susan. 2013. Impact of an occupational-based self-management programme on chronic disease management. *Australian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 60, s. 30-38.
- Pinxsterhius, Irma; Lange Hellum, Live; Hassum Aannestad, Hilde; Sveen, Uni. 2015. Development of a group-based self-management programme for individuals with chronic fatigue syndrome: a pilot study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 22, s. 117-125.
- Richardson, Julie; Letts, Lori; Chan, David; Officer, Alexis; Wojkowski, Sarah; Oliver, Doug; Moore, Ainsley; McCarthy, Lisa; Price, David; Kinzie, Sarah. 2012. Monitoring physical functioning as the sixth vital sign: evaluating patient and practice engagement in chronic illness care in a primary care setting--a quasi-experimental design. *BMC Family Practice*, Vol. 13, s. 29-42.
- Scaffa, Marjorie E.; Reitz, S. Maggie; Pizzi, Michael A. 2010. *Occupational Therapy in the Promotion of Health and Wellness*. Philadelphia: F.A Davis, cop. 566s.
- Scaffa, Marjorie E; Van Slyke, N; Brownson, C A. 2008. Occupational therapy services in the promotion of health and the prevention of disease and disability. *American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 62. Nr. 6, s.694-703.
- Scriven, Angela; Atwal, Anita. 2004. Occupational Therapists as Primary Health Promoters: Opportunities and Barriers. *British Journal of Occupational Therapy*, Vol. 67(10), s. 424-429.
- Social och Hälsovårdsministeriet*, 2001. Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet hälsa 2015, publicerad: 05.2001, Tillgänglig: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-7169.pdf, Hämtad: 20.03.2015
- Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos*. 2014. Ojämlikhet, Tillgänglig: <https://www.thl.fi/sv/web/ojamlighet-i-halsa-och-valfard/ojamlighet>, Hämtad 21.04.2015
- Thomson, Barbara. 2009. Mindfulness-based stress reduction for people with chronic conditions. *British Journal of Occupational Therapy*, Vol. 72(9), s. 405-410.
- Townsend, Elizabeth A.; Polatajko, Helene J. 2007. *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for the health, wellbeing & justice through occupation*. Ottawa: COAT Publications ACE, 418s.
- Tucker, Patricia; Vanderloo, Leigh M.; Irwin, Jennifer D.; Mandich, Angela D.; Bossers, Ann M. 2014. Exploring the nexus between health promotion and occupational therapy: Synergies and similarities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 81(3), s. 183-193.
- Willman, Ania; Stoltz, Peter; Bahtsevani, Christel. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2:a uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 172s.
- Wise, Marilyn; Nutbeam, Don. 2007. Enabling health systems transformation: What progress have been made in re-orienting health service? *Promot Educ*, Vol. 2, s. 23-27.
- Wood, Rebecca; Fortune, Tracy; McKinstry, Carol. 2013. Perspective of occupational therapists working in primary health promotion. *Australian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 60, s. 161-170.
- World Health Organization*. 1986. Ottawa Charter of Health Promotion. Publicerad: 1986. Tillgänglig: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf. Hämtad 11.02.2015

- World Health Organization*. 2012. Health 2020 – A European policy framework and strategy for the 21st century. 2012. Tillgänglig: <http://ee.euro.who.int/Health2020-EN-Long.pdf>, Hämtad 11.02.2015
- Yamada, Takashi; Kawamata, Hironori; Kobayashi, Norikazu; Kielhofner, Gary; Taylor, Renee R. 2010. A randomised clinical trial of a wellness programme for healthy older people. *British Journal of Occupational Therapy*, Vol. 73(11), s. 540-548.
- Zingmark, Magnus; Fisher, Anne G.; Rocklöv, Joacim; Nilsson Ingeborg. 2014. Occupational-focused interventions for well old people: An exploratory randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 21, s. 447-457.

BILAGOR

Bilaga 1. Granskningsprotokoll för kvalitativa studier (Forsberg & Wengström 2008 s. 194-196)

A Syftet med studien

Är studiens syfte tydligt?	Ja	Nej
Nämns vilken kvalitativ metod som använts?	Ja	Nej
Är designen av studien relevant?	Ja	Nej

B Undersökningsgrupp

Är urvalskriterierna för undersökningen tydligt beskrivna?	Ja	Nej
Nämns var undersökningen genomfördes?	Ja	Nej
Beskrivs urvalet? (Var, när, hur UG kontaktades?)	Ja	Nej
Är undersökningsgruppen (UG) beskriven?	Ja	Nej
Är undersökningsgruppen (UG) lämplig?	Ja	Nej

C Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet?	Ja	Nej
Är metoderna för datainsamlingen tydligt beskrivna?	Ja	Nej
Är data systematiskt samlad?	Ja	Nej

D Dataanalys

Är begrepp, teman o. kategorier utvecklade och tolkade?	Ja	Nej
Är analys och tolkning av resultat diskuterade?	Ja	Nej
Är resultaten trovärdiga?	Ja	Nej
Är resultateten pålitliga?	Ja	Nej
Finns stabilitet och överrensstämmelse?	Ja	Nej
Är resultaten återförda och diskuterade med UG?	Ja	Nej
Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data?	Ja	Nej

E Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?	Ja	Nej
Stöder insamlade data forskarens resultat?	Ja	Nej
Har resultaten klinisk relevans?	Ja	Nej
Diskuterades metodologiska brister och risk för bias?	Ja	Nej
Finns risk för bias?	Ja	Nej
Drar författaren en slutsats?	Ja	Nej
Håller du med om slutsatserna?	Ja	Nej
Ska artikeln inkluderas?	Ja	Nej

Maxpoäng: 26

Bilaga 2. Granskningsprotokoll för kvantitativa studier (Forsberg & Wengström 2008 s. 197-201)

A Syftet med studien

Är studiens syfte tydligt?	Ja	Nej
Är frågeställningarna tydligt beskrivna?	Ja	Nej
Är designen lämplig för studien?	Ja	Nej

B Undersökningsgrupp

Nämns vilka inklusionskriterier som använts?	Ja	Nej
Nämns vilka exklusionskriterier som använts?	Ja	Nej
Är undersökningsgruppen representativ?	Ja	Nej
Nämns var undersökningen genomfördes?	Ja	Nej
Nämns när undersökningen genomfördes?	Ja	Nej
Nämns antalet inkluderade i EG respektive KG?	Ja	Nej
Var gruppstorleken adekvat?	Ja	Nej

C Interventionen

Nämns målet med interventionen?	Ja	Nej
Beskrivs interventionens innehåll?	Ja	Nej
Nämns vem som genomförde interventionen?	Ja	Nej
Nämns hur ofta interventionen gavs?	Ja	Nej
Nämns hur kontrollgruppen behandlades	Ja	Nej

D Mätmetoder

Nämns vilken mätmetod som användes?	Ja	Nej
Var reliabiliteten beräknad?	Ja	Nej
Var validiteten beräknad?	Ja	Nej

E Analys

Var demografisk data liknande i EG och KG?	Ja	Nej
Nämns hur stort bortfallet för studien var?	Ja	Nej
Kan bortfallet accepteras?	Ja	Nej
Var den statistiska analysen lämplig?	Ja	Nej
Nämns huvudresultaten?	Ja	Nej
Drar författaren några slutsatser?	Ja	Nej
Instämmer du?	Ja	Nej

F Värdering

Kan resultaten generaliseras till annan population?	Ja	Nej
Kan resultaten ha klinisk betydelse?	Ja	Nej
Överväger nyttan av interventionen ev. risker?	Ja	Nej
Skall denna artikel inkluderas i studien?	Ja	Nej

Maxpoäng: 29

Bilaga 3. Granskningsprotokoll för systematiska litteraturstudier (Forsberg & Wengström 2008 s. 206-210)

A Syftet med studien

Är studiens syfte tydligt? Ja Nej

B Litteraturval

Nämns vilka databaser som använts? Ja Nej

Nämns sökorden? Ja Nej

Har författaren gjort en heltäckande litteratursökning? Ja Nej

Har författaren sökt icke publicerade forskningsresultat? Ja Nej

Kommer inklusionskriterierna fram? Ja Nej

Kommer begränsningar som gjorts fram? Ja Nej

Är inkluderade studier kvalitetsbedömda? Ja Nej

C Resultat

Nämns hur många studier som inkluderats? Ja Nej

Tas det upp något om artiklarna som valts bort? Ja Nej

Nämns motivering till varför artiklar valdes bort? Ja Nej

Nämns huvudresultaten? Ja Nej

Gjordes en metaanalys? Ja Nej

Drar författaren slutsatser? Ja Nej

Instämmer jag med författarens slutsatser? Ja Nej

D Värdering

Har resultaten klinisk betydelse? Ja Nej

Skall denna litteraturstudie inkluderas i detta arbete? Ja Nej

Maxpoäng: 17