

UTVÄRDERING AV UTBILDNINGSPROGRAMMET MENTAL HEALTH FIRST AID (MHFA) - en litteraturstudie

Fredrik Lindqvist



2020:36

Datum för godkännande: 18.06.2020
Handledare: Erika Boman

EXAMENSARBETE

Högskolan på Åland

Utbildningsprogram:	Utbildningsprogrammet för vård
Författare:	Fredrik Lindqvist
Arbetets namn:	Utvärdering av utbildningsprogrammet Mental Health First Aid (MHFA) - en litteraturstudie
Handledare:	Erika Boman

Abstrakt

Bakgrund: Psykisk ohälsa är ett växande samhällsproblem som innebär lidande som dessutom förvärras av stigma och bristande benägenhet hos allmänheten att ingripa.

Syfte: Att utvärdera effektiviteten av interventionen Mental Health First Aid (MHFA) som ett verktyg för att minska stigmatisering kring psykisk ohälsa och öka benägenheten för någon att agera när en medmänniska drabbas av psykisk ohälsa.

Metod: En litteraturöversikt av åtta (8) kvantitativa och vetenskapliga studier.

Resultat: Interventionen haft verkan på kunskaper kring psykisk ohälsa, benägenhet att ingripa och stödja, förändring i attityder och benägenhet att stigmatisera kring psykisk ohälsa samt social distansering.

Slutsats: Psykiskt lidande kan vara nog plågsamt såsom sådant. Omgivningens okunskap, stigmatisering och social distansering kan förvärra lidandet. Därför krävs åtgärdsprogram som stävjer detta och lindrar mänskligt lidande. MHFA är en intervention som har visat sig vara användbart men vidare forskning kunde närmare visa på vilka interventioner som uppnår optimal nytta i relation till använda resurser.

Nyckelord (sökord)

mental health first aid, stigmatisering, psykisk ohälsa

Högskolans serienummer:	ISSN:	Språk:	Sidantal:
2020:36	1458-1531	Svenska	36 sidor

Inlämningsdatum:	Presentationsdatum:	Datum för godkännande:
-------------------------	----------------------------	-------------------------------

18.06.2020	September 2020	18.06.2020
------------	----------------	------------

DEGREE THESIS

Åland University of Applied Sciences

Study program:	Health and Caring Sciences
Author:	Fredrik Lindqvist
Title:	Evaluation of the Mental Health First Aid (MHFA) Training Program - a Literature Study
Academic Supervisor:	Erika Boman

Abstract
<p>Background: Mental illness is a growing societal problem involving suffering is further exacerbated by the stigma surrounding this.</p> <p>Aim: The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of the Mental Health First Aid (MHFA) intervention as a means to reduce stigma around mental illness and increase the propensity for someone to intervene when a fellow human being suffers from mental illness.</p> <p>Method: A literature review of eight (8) quantitative and scientific studies that evaluated the effectiveness of MHFA.</p> <p>Results: The intervention had an effect on knowledge about mental illness, tendency to intervene and support, change in attitudes and propensity to stigmatize mental illness and social distancing.</p> <p>Conclusion: This literature study shows that tools to assist someone suffering from mental health are useful in various respects. MHFA is an intervention that has proven to be useful but further research could show more clearly which interventions achieve optimum benefit in relation to resources used.</p>

Keywords
mental health first aid, stigma, mental illhealth

Serial number:	ISSN:	Language:	Number of pages:
2020:36	1458-1531	Swedish	36 pages

Handed in:	Date of presentation:	Approved on:
18 June 2020	September 2020	18 June 2020

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	5
1.1 Bakgrund	6
1.1.1. Definitioner av psykisk hälsa och ohälsa	6
1.1.2. Förekomst och konsekvenser av psykisk ohälsa.	7
1.1.3 Stigmatisering	8
1.1.4. Benägenhet att agera när någon ter sig lida av psykisk ohälsa	12
1.1.5. Mental Health First Aid (MHFA)	12
1.2 Problemformulering	13
1.3 Syfte	14
2. METOD	15
2.1 Datainsamling	15
2.2 Urval	15
2.3 Analys	16
2.4 Forskningsetik	17
3. RESULTAT	18
3.1 Förändring i kunskap om psykisk ohälsa	22
3.2 Benägenhet att stödja någon med psykisk ohälsa	23
3.3. Förändringar i social distansering och attityder	23
3.4 Förändring i benägenhet till personlig stigmatisering	24
4. DISKUSSION	25
4.1 Resultatdiskussion	25
4.2 Metoddiskussion	27
4.3 Klinisk tillämpbarhet av Mental Health First Aid	29
5. KONKLUSION	31
KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING	32
BILAGOR	37
Bilaga 1: Tabellöversikt över använda artiklar	37
Bilaga 2: Tabellöversikt över använda litteraturkällor	39
Bilaga 3: Bedömning för studier med kvantitativ metod	40

1. INLEDNING

När en människa exempelvis drabbas av ett hjärtstillestånd brukar medmänniskor runt henne, om än i varierande grad, agera på något sätt med syfte att hjälpa henne. Vi ringer ambulans, vi hämtar hjärtstartare och vi påbörjar HLR. Vi ger i den mån vi klarar av det första hjälpen till en medmänniska i akut nöd. Men hur är det med människor i behov av akut psykologisk stöd, hur är vår benägenhet att hjälpa till där? Vilken kunskap har vi för att bistå vid psykisk ohälsa? Om en medmänniska t.ex. drabbas av en ångestattack - vad är hennes medmänniskor benägna och kunniga att bistå med?

En anledning till att människor kan vara mindre benägna att hjälpa vid psykisk ohälsa är stigmatisering. Stigmatisering kan bero på bland annat bristande kunskap och negativa attityder. Samtidigt är det känt att stigmatisering är skadligt i ur flera perspektiv. Bland annat hämmas patientens benägenhet att uppsöka de vårdformer som är tillgängliga vid psykisk ohälsa. Stigmatisering försvårar även återhämtning och återgång till vardagen efter erhållen behandling (Seroalo et.al, 2014).

Ur ett omvårdnadsperspektiv är det centralt att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Swenurse, u.å.). Det är relevant att utveckla och utvärdera metoder för att reducera stigmatisering kring psykisk ohälsa samt öka beredskap att hjälpa personer med psykisk ohälsa. Utbildningsprogrammet Mental Health First Aid (MHFA) kan vara en metod för detta. Kunde den australienska interventionen Mental Health First Aid (MHFA) möjligen vara ett effektivt redskap för att stärka allmänhetens beredskap till att hjälpa medmänniskor i behov av psykisk första hjälpen och samtidigt bidra till en fortsatt reduktion av förekomst av stigmatisering i vårt samhälle och därmed minska ett mänskligt lidande? För att utröna detta kommer den här litteraturstudien av MHFA studera effektiviteten av interventionen i syfte att reducera förekomsten av stigmatisering kring psykisk ohälsa och öka benägenhet att agera när någon person ter sig lida av psykisk ohälsa.

1.1 Bakgrund

Alla människor, vare sig man arbetar inom vård och omsorg, eller inte har någon vårdbakgrund, kommer träffa på människor med psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan omfatta störningar som uppkommer till följd av övergående, akuta kriser till mer kroniska funktionshinder som vi finner inom alla åldersgrupper. Psykisk sjukdom och psykiskt lidande omgärdas ännu av myter och stigma men kunskapsbasen inom psykisk sjukdom har förbättrats avsevärt under senaste årtionden. Var fjärde vuxen patient inom svensk primärvård lider av ångest och depression och i Sverige avlider ca 1.200 personer årligen i sviterna av psykisk ohälsa, något som berör närmare 900.000 närstående, vänner och arbetskamrater (Allgulander, 2019)

1.1.1. Definitioner av psykisk hälsa och ohälsa

Psykisk hälsa är grunden för vårt välbefinnande, hälsa och funktionsförmåga. Psykisk hälsa används ofta som ett paraplybegrepp som omfattar både psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Det handlar i grunden om hur vi mår och trivs med livet, men också vår förmåga att bemästra livets upp- och nedgångar. Begreppet psykisk hälsa och psykisk välbefinnande används för att beskriva de positiva dimensionerna av psykisk hälsa. Vi talar här inte bara om avsaknad av sjukdom eller besvär utan om ett tillstånd med ett värde i sig som omfattar både funktionsförmåga och välbefinnande. Det handlar om en förmåga att kunna balansera livets positiva och negativa känslor, att känna tillfredsställelse med livet, att ha goda sociala relationer och att kunna utveckla sin inre potential. God psykisk hälsa är en grundläggande resurs för en människa att kunna hantera livets svårigheter men det är även en tillgång för samhället ur en ekonomisk och social synvinkel.

Psykisk ohälsa definieras som olika tillstånd med olika allvarlighetsgrad och varaktighet, allt från mildare och övergående besvär till långvariga tillstånd som påverkar funktionsförmågan på ett allvarligt sätt. Begreppet psykisk ohälsa kan omfatta allt från lättare tillstånd av ex. oro till allvarligare tillstånd som t.ex. schizofreni, ångest eller depression. Ibland kan det vara svårt att skilja på psykiska besvär och vad vi kan kalla vanliga känslouttryck. Psykiska

besvär är oftast mer ihållande än de tillfälliga och övergående känslorna. De psykiska besvären påverkar och begränsar vår funktionsförmåga i olika grad. Med “besvär” menas sådant som är så pass omfattande att en diagnos kan ställas (Folkhälsomyndigheten, u.å.). Psykisk ohälsa visar sig i stort sett alltid i någon form av plågsamma symtom. Dessa symtom behöver inte nödvändigtvis alltid framstå som observerbara sjukdomstecken. Något som komplicerar bilden är att symtom också kan vara en del av en normal del i en mänsklig tillvaro. Sammantaget gör detta att avgränsningen mellan “friskt” och “sjukt” är föremål för mer diskussioner inom den psykiatri än inom somatiken.

Det amerikanska psykiatriska diagnossystemet DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) använder sig av begreppet “mental disorder” - ett begrepp som saknar exakt lydelse på svenska men har olika sammanhang översatts med “ psykisk störning”, “psykisk ohälsa”, “ psykisk sjukdom” samt i olika ordsammansättningar med “syndrom” (Herlofson & Ekselius, 2009, s. 21–25). Med psykisk störning menas syndrom med psykiska symtom av klinisk betydelse, vilka förknippas med lidande och olägenheter. Psykiska störningar är som regel summan av flera olika faktorer, där t.ex. en stressfaktor kan vara en utlösande mekanism för en psykisk störning där andra faktorer lagt en grund (THL, u.å.).

1.1.2. Förekomst och konsekvenser av psykisk ohälsa.

Globalt sett lider cirka 264 miljoner människor av depression, 45 miljoner av bipolär sjukdom och ca 20 miljoner av schizofreni. Närmare 800.000 människor avlider årligen i sviterna av psykisk sjukdom. Själv mord var den näst vanligaste dödsorsaken bland 15-29 åringar år 2016. Prevalensen för själv mord är särskilt stor i samhällsgrupper som ofta utsätts för stigmatisering som t.ex. flyktingar, HBTQ-personer och internerade. Personer som tidigare försökt ta sitt liv tillhör också en särskild riskgrupp. Samtidigt vet vi att själv mord kan förebyggas med olika evidensbaserade interventioner. Men trots det är det globala arbetet för suicidprevention ännu mycket begränsat, t.ex. har ännu bara 38 länder antagit en nationell strategi för suicidprevention. (WHO, 2020).

Mortaliteten kring psykisk sjukdom är inte heller obetydlig i vår närhet. År 2018 avled 810 människor i Finland (Statistikcentralen, 2012) och 1.574 människor i Sverige (Karolinska institutet, 2020) av suicid. Under åren 1990-2015 har Finland haft en positiv trend där antalet självmord kraftigt minskat men den trenden har från 2016 brutits och antalet självmord återigen börjat stiga (THL, u.å.).

Även om psykiskt ohälsa inte alltid slutar med suicid är det givetvis förknippat med många olika komplikationer och lidande för såväl patient, anhöriga, arbetskamrater och samhället i stort. Några konsekvenser av t.ex. utbrändhet kan vara lägre arbetstillfredsställelse, lägre produktivitet, negativ inverkan på arbetsklimatet och negativ inverkan på förmåga till beslutsfattande. Hos äldre människor, särskilt kvinnor, är upplevelse av en sämre hälsa och försämrad framtidstro en inte ovanlig orsak till läkemedelsberoende och ett missbruk av alkohol (Skärsäter, 2008).

1.1.3 Stigmatisering

Stigmatisering kring psykisk ohälsa är något som dels skapar lidande i sig men bidrar också till en ökad risk för suicid. När det gäller patienter som vårdas för psykostillstånd är detta av sådan betydelse att suicidrisken som regel bör implementeras i vårdplanen (Sharaf et al., 2012). Genom att arbeta för en reducering av stigmatisering kring psykisk ohälsa kan man sänka tröskeln och påvisa en större benägenhet för den som behöver psykisk omvårdnad också söker sig till den och dels att prevalensen för självmordshandlingar minskar (Reynders et al., 2014). Studier visar att återhämtning från psykisk ohälsa kan påskyndas genom interventioner som verkar mot stigmatisering (Oexle et al., 2018).

Begreppet "stigma" (märke efter stick, brännmärke) härstammar från antikens greker för att uttrycka något nedsättande i en människans moraliska förhållanden eller status. Författaren till boken "Stigma", Erving Goffman, beskriver sin definition om den som stigmatiseras med:

En individ har ett drag... en egenskap ... som får dem av oss som möter honom att vända sig bort från honom och bortse från de anspråk på gemenskap ... som hans övriga egenskaper i och för sig kunde ha motiverat...

Rent definitionsmässigt tror vi att den som är behäftad med ett stigma inte är fullt mänsklig. Utifrån denna förutsättning vidtar vi diskriminerande åtgärder av de mest skilda slag, varigenom vi på ett effektivt sätt, men ofta oavsiktligt, i hög grad reducerar vederbörandes livsmöjligheter. Vi bygger upp ännu en stigmatologi, en ideologi för att förklara hans underlägsenhet och övertyga oss själva om den fara han representerar... Det ligger nära till hands att pådyvla folk en massa ofullkomligheter på basis av en enda ofullkomlighet... Dessutom kan vi uppfatta hans avvärjande reaktion... som ett direkt uttryck för hans defekt, och sedan betrakta defekten och reaktionen på den som en rättvis vedergällning för någonting han själv, hans föräldrar eller hans stam har gjort och därmed som en fullgod motivering för den behandling vi utsätter honom för. (Goffman, u.å.)

Stigma är alltså en social konstruktion som dessutom varierar mellan olika tidsepoker och olika kulturer. Som ett exempel på detta kan man nämna ogifta mödrar och deras barn som på 1800-talet var socialt stigmatiserade, något som ser helt annorlunda ut idag. (Lundberg, 2010) Stigmatisering har som fenomen sitt ursprung i människans tendens att undvika faror, människan är beroende av varandra för sin fysiska och sociala överlevnad. Stigmatiseringen handlar alltså om att snabbt kunna identifiera vem som är vän och vem som är fiende, vem som har högre och vem som har lägre status. Stigmat är alltså inte direkt riktat mot en enskild individ utan mera mot grupper som uppfattas utgöra ett hot mot t.ex. materiellt välstånd, hälsa, säkerhet, sociala positioner eller grundläggande värderingar. Dessa uppfattningar är sociala konstruktioner och den enskilde stigmatiseraren ger uttryck för eller upprepar samhällets normer och värderingar. En konsekvens av detta blir att desto mer ångest och rädsla hotet framkallar, desto starkare blir det stigmatiserande reaktionen. Att stigmatisera kan tjäna olika syften, till exempelvis genom att jämföra sig med grupper i samhället som upplevs omoraliska, ovärdiga eller på annat sätt värda sitt öde kan man rättfärdiga den egna självkänslan och den egna gruppens levnadssätt (Lundberg, 2010).

På 60-talet formulerades "stämplingsteorin" av Howard Becker, som bygger på teorin att en handling för att bli avvikande måste definieras som sådan av omgivningen. Det handlar inte om tillfälliga avvikelser i beteenden och upplevelser, utan när dessa avvikelser blir mera bestående över en längre tid så kan omgivningen misstänka att personen är psykiskt sjuk. När hen sedan får en psykiatrisk diagnos fungerar denna som ett expertutlåtande bekräftelse på

omgivningens farhågor. När den stämplade personen försöker återerövra normativa roller i samhället men blir konsekvent hindrad så återstår en passiv patientroll. Denna version av stämplingsteorin kan ge upphov till och permanenta en negativ sjukdomsutveckling. Stämplingsteorin har i mer moderna modifierade former ersatts med ett antagande att rädsla för stigmatisering och bortstötning kan få till följd att en person agerar defensivt och undviker sociala kontakter, något som kan antas fördröja tillfrisknande och återhämtning (Lundberg, 2010).

WPA (World Psychiatric Association) driver sedan 1999 en global kampanj mot stigma under namnet "Open the Doors". Man beskriver stigmatiseringsprocessen och dess konsekvenser som en ond cirkel, där vissa attribut kan trigga negativa stereotyper, vilket leder till att alla individer med dessa attribut blir stigmatiserade. Stigmatiseringen leder i sin tur till att personen i fråga diskrimineras, vilket kan komma till uttryck t.ex. genom brister i vårdutbud eller social utstötning, vilket i sin tur leder till låg självkänsla, ökad oförmåga och försämring av det tillstånd som var ursprunget till stigmatiseringsprocessen. En försämring av tillståndet kan i sin tur leda till fortsatt stigmatisering. Den onda cirkeln fortgår och fördjupas. Det är emellertid fullt möjligt att gå in i vilken fas som helst och bryta den onda cirkeln. Om ex. stigmat bottnar i beteendestörningar orsakade av biverkningar av en viss psykofarmaka, kan ett medicinbyte ta bort själva grunden för stigmatiseringen. Det är även möjligt att genom lagstiftningsåtgärder hindra fortsatt diskriminering om själva triggern för stigmatiseringen inte kan elimineras på annat sätt (Lundberg, 2010).

Lejonparten av den forskning som gjorts kring stigmatisering har undersökt allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom. En begränsning med dessa attitydundersökningar är ovissheten i vilken utsträckning kunskapen om en persons attityder kan användas för att förklara ett förutsäga hans beteende. Internationella studier kring allmänhetens attityder till personer med psykiska sjukdomar visar inte på någon förändring under hela två decennier. Tvärtom visar studier att människor fortfarande upplever sig besvärade av kontakter med personer med psykisk sjukdom. Man har negativa förväntningar, man upplever rädslor och det finns en ovilja att bistå en person med psykisk sjukdom, särskilt vad gäller personer som lider av schizofreni eller olika former av missbruksproblematik. Men stigmatiseringen drabbar

även personer med andra psykiska sjukdomar, t.ex. visade en studie att 35 % var ovilliga att hyra ut ett rum åt en människa som led av depression. I samma studie var 64 % benägna att hyra ut åt någon som led av hypertoni och 55 % till den som led av diabetes mellitus (Lundberg, 2010).

Under senare år har forskningen även studerat stigmatiseringen vad gäller professionella inom psykiatri. En studie från 2007 (Schulze, et al., 2007) visar att professionellas och allmänhetens attityder inte skiljer sig nämnvärt åt när det gäller behovet av att socialt distansera sig från personer med psykisk sjukdom. Professionella vårdgivare tycks förvisso vara mer positiva vad gäller medborgerliga rättigheter såsom rösträtt, körkort, föräldraskap m.m, men när det kommer till mer explicita stigmakomponenter som stereotyper och behov av social distans tycks inte vårdgivarens attityder skilja sig från allmänhetens. Studier visar även att den mediala bilden av psykisk sjukdom ofta är överdriven och negativt återgiven på ett sätt som stärker stigmatisering (Lundberg, 2010). Stigmatisering och graden av det kan mätas på olika sätt. Vid utvärderingen av interventionen MHFA har olika studier t.ex. använt sig av så kallade vinjetter där deltagaren tar del av ett fiktivt patientfall före och efter erhållen intervention, varefter studien på basen av ett antal frågor utvärderar huruvida deltagarens benägenhet att stigmatisera kring en patients psykiska ohälsa har förändrats.

Stigmatiseringen kan alltså rendera i en rädsla för omgivningens reaktioner som i sin tur leder till att en person som lider av psykisk ohälsa inte söker den hjälp som finns att få, vilket i förlängningen försvårar för den som är benägen att i någon form hjälpa och stödja inte heller när fram till den som mår dåligt. Detta problem är än mer komplext bland ungdomar. Definitionen av stigmatisering är som ovan sagts det en person upplever medan attityder handlar om hur vi bemöter andra. Detta skapar ett samspel mellan stigmatisering och attityder (Skärsäter, 2008). Studier visar på att förbättrad kunskap kring psykisk ohälsa samtidigt leder till förbättrade attityder och lägre benägenhet till social distansering samt förbättrade attityder (Svensson, 2014). Den allmänna kunskapsnivån kring psykisk sjukdomar är generellt sett lägre än vad anbelangar somatiska sjukdomar, vilket bidrar till ett fördömande och nedvärderande attityder gentemot psykisk sjukdom. Vanliga fördomar kring psykisk sjukdom är att det handlar om människor som är farliga, galna och oberäknliga och att det saknas

egentliga behandlingsmöjligheter. Detta kan leda till att omgivningen undviker att uppmärksamma när någon har psykiska problem och begränsar även den drabbade att självsöka hjälp för sin situation (Karolinska institutet, 2019).

1.1.4. Benägenhet att agera när någon ter sig lida av psykisk ohälsa

Med benägenhet att agera avses en människas fallenhet och beredskap till en aktiv handling i något avseende, t.ex. att hjälpa en medmänniska som står i behov av hjälp i någon form. Eftersom människan är ett flockdjur är vi beroende av varandra på olika sätt, behov som kommer och går under livets gång och som varierar i sin karaktär. I Norge är det en lagstadgad skyldighet att ingripa om man upptäcker att någon medmänniska är i beråd att allvarligt skada sig själv t.ex. genom att ta sitt eget liv. Det benämns "underlåtenhetsbrott" och straffskalan står i proportion med utgången av självmordsförsöket. Den här skyldigheten gäller även i andra sammanhang där en människa genom rådigt ingripande kan ingripa på ett sätt som skonar liv och hälsa (Lovdata, 2020). En liknande skyldighet finner vi även i (Strafflag, Finlex 1889:39) även om den finska lagstiftningen inte är lika sträng som den norska. Sverige däremot saknar lagstiftning som förpliktar en medborgare att ingripa när någon är i fara på något sätt. En del av syftet med MHFA är att stärka allmänhetens benägenhet att ingripa när någon i hennes närhet ter sig lida av psykisk ohälsa.

1.1.5. Mental Health First Aid (MHFA)

Mental Health First Aid är en intervention utvecklad i Australien i början på 00-talet med syfte att öka kompetensen för ett medmänskligt hjälpande vid psykiska kristillstånd. MHFA har spridit sig över stora delar av världen och år 2020 har drygt 4 miljoner människor världen över erhållit utbildningen. Utbildningen tillhandahålls i Sverige av (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) vid Karolinska Institutet i Stockholm. Standardutförandet av intervention (finns även i modifierade varianter för t.ex. äldre och för barn) bygger på en 12-timmars kurs där deltagarna lär sig de vanligaste psykiatriska diagnoserna och lär sig känna igen olika tecken på varianter av psykiskt lidande, för att i

förlängningen kunna vägleda oss att upptäcka, etablera kontakt och hjälpa till på något sätt. En första-hjälpare lär sig att uppmuntra och stödja en drabbad person tills exempelvis ett kristillstånd är över eller personen får professionell hjälp av psykiatri. Syftet med interventionen är även att reducera stigmatisering och förbättra attityderna kring psykisk ohälsa. Efter genomförd utbildning förväntas deltagaren vara mer benägen att ingripa när någon medmänniska, t.ex. en arbetskamrat, drabbas av psykisk ohälsa. Kursen innehåller också kunskap om vilka resurser som finns tillgängliga på just den ort det rör sig om. I utbildning finns även fall- och gruppövningar. Utbildningen kan ges till stort sett vilka grupper som helst, t.ex. arbetsplatser, föreningar eller till någon annan grupp - det enda kravet är i stort sett att deltagarna är beredda att avsätta de tolv timmar som utbildningen varar (Kitchener & Jorm 2002).

1.2 Problemformulering

Psykisk ohälsa är förenat med ett lidande för den som drabbas. Den som lider av psykisk ohälsa löper dessutom en avsevärt större risk för att dö i förtid. Lidandet både förvärras och återhämtningen försvåras av den stigmatisering kring psykisk ohälsa som är förekommande i vårt samhälle. Stigmatisering som sådant innebär alltid ett lidande vilket innebär att den som redan lider av psykisk ohälsa drabbas av ett ännu större lidande i de former stigmatiseringen visar sig. Stigmatiseringen leder till att vissa patienter avböjer att söka vård och stöd för sitt psykiska lidande. Brister på kunskap om psykisk ohälsa leder till mer social distansering och negativa attityder vilket i förlängningen innebär ett lidande för både personen som drabbats men också för anhöriga, kollegier och samhället som sådant. Var och ens skyldighet att ingripa när någon människans liv och hälsa äventyras är i viss mån angett i lagstiftning, men trots det tycks benägenheten att ingripa vid psykisk ohälsa vara lägre än t.ex. vid hot mot den fysiska hälsan. Ett redskap till en förbättrad kunskap, reducerad stigmatisering, bättre attityder och social distansering när det gäller personer som drabbats av psykisk ohälsa kunde möjligen MHFA (Mental Health First Aid) vara.

1.3 Syfte

Syftet med studien är att undersöka om utbildningsprogrammet Mental Health First Aid (MHFA) är en effektiv intervention i syfte att öka kunskap och minska stigmatisering kring psykisk ohälsa samt öka benägenhet att agera när någon person ter sig lida av psykisk ohälsa.

2. METOD

Detta arbete är en litteraturöversikt som bygger på en analys av kvantitativa vetenskapliga artiklar. I kvantitativ forskning är det enkelt uttryckt möjligt att mäta och jämföra om en vårdhandling ger bättre resultat än någon annan åtgärd, dvs dess effektivitet (Friberg, 2017).

2.1 Datainsamling

Datainsamlingen till denna studie har gjorts genom sökningar i databaserna SwePub, Google Scholar, PubMed och EBSCOhost. I den mån sökmotorerna medger har avgränsningar gjorts så att endast artiklar som är referentgranskade har visats. Sökningarna har även begränsats till svenska och engelska språken. Sökord som använts är *“Mental Health First Aid Training of the Public”, “Mental Health First Aid”, “Mental Health First Aid Training AND Mental Health First Aid Australia AND MHFA”, Effectiveness of Mental Health First Aid”, “MHFA Sweden OR MHFA Finland OR MHFA Sverige”, “First Aid Training And First Aid in the workplace”, “ Gatekeeper Training and Access to Mental Health Care at Universities and Colleges”* och *“Promoting well-being and reducing stigma about mental health in the fire service”*.

Sökorden har valts i syfte att få fram artiklar som undersökt effektiviteten av MHFA-utbildningen i dess originalkoncept och som utförts i konceptets ursprungsland Australien men sökningarna har också gjorts i syfte att finna studier från de nordiska länderna Sverige och Finland.

2.2 Urval

Grunderna för valet av artiklar måste vara tydliga, så att vissa studier inkluderar och andra exkluderas. Avgränsningsarbetet hör samman med att det ibland kan vara svårt att hitta relevanta sökvägar inom omvårdnadsområdet, beroende på förekomsten av så kallade “mjuka” termer (Friberg, 2017). MHFA utvecklades i början på 2000- talet så alla artiklar som valts är publicerad mellan april 2000 och april 2020. Inklusionskriterier för de valda

artiklarna var att de skulle vara empiriska studier publicerade i full fritext och innehålla abstrakt. Till inklusionskriterierna har även hört att det ska handla om standardutförandet av MHFA-utbildningen. Exklusionskriterier har varit anpassade varianter av MFHF som t.ex. för barn eller för äldre. Urvalet har aktivt försökt finna artiklar av nordisk härkomst men i urvalet har artiklar från hela världen accepterats.

Artiklarna har kvalitetsgranskas enligt en bedömningsmall från (Olsson & Sörensen, 2011) (se bilaga 3). Dock har ett bedömningskriterium exkluderats från mallen, “ patienter med t.ex. lungcancerdiagnos”. Detta kriterium ansågs inte vara relevant för studien i fråga. Artiklarna poäng sattes därefter enligt bedömningsmallen och artiklar som uppnådde minst 80 % av maxpoäng (44) benämns som “Grad 1”, artiklar som uppnådde 70 % benämns som “Grad 2” och artiklar som uppnådde minst 60 % benämns som “Grad 3”. Av de använda artiklarna uppnådde fyra stycken “Grad 1”, tre stycken “ Grad 2” och en artikel uppnådde “ Grad 3”. Detta ger ett medeltal på 1,63, dvs. högre kvalitet än “Grad 2”.

2.3 Analys

När materialet analyseras ska det inte föras fram någon ny kunskap för ämnet, dock kan resultatet bidra med att ge en ny sammansatt helhet och detta kan ge en ny förståelse och kunskap (Olsson & Sörensen, 2011).

En analys av en litteraturöversikt är förenat med ett strukturerat arbetssätt. Det finns en tydlig skillnad från de analyser som görs i t.ex. intervjustudier och observationer som är mera karaktäristiska för “rådata”. Detta medför en viss kritik mot litteraturöversiktens analysprocess dels för brist på tillräckligt med relevant forskning som grund samt att forskaren selektivt valt material som stöder en egen ståndpunkt. Analysprocessen inleds med att valda studier genom läses flera gånger så att forskaren skapar en förståelse för innehåll och sammanhang. Varje studie som ingår i översikten kan därefter sammanfattas i en eller ett par sidors text vilket kan betraktas som en slags validering för att säkerställa att all väsentligt data har dokumenterats och uppfattats. Fynden sammanställs sedan i en översiktstabell på en så detaljerad nivå som forskaren anser lämpligt. Processen fortsätter med att forskaren söker likheter och skillnader i teoretiska utgångspunkter, metodologiska tillvägagångssätt,

analysgång och syften. Därefter jämförs likheter och skillnader i studiernas resultat för att få en bild av vad resultaten säger i de valda studierna. Här fortsätter analysprocessen med att författaren analyserar och sammanställer sitt resultat (Friberg, 2017).

2.4 Forskningsetik

År 1947, i samband med Nurnberggrättegången efter andra världskriget antogs en offentlig kod för medicinsk forskning, "Nurnbergkodexen". Här slog man fast bland annat att medicinsk forskning ska ske med deltagande personers samtycke, förorsaka minsta möjliga lidande och ha en betydande samhällsnytta. Detta utvecklades år 1964 då organisationen World Medical Association (WMA) antog något som benämns "Helsingforsdeklarationen". Deklarationen innehåller etiska principer för läkare och andra som ägnar sig åt medicinsk forskning. Dokumentet är inte juridisk bindande men har betydelse vid nationell lagstiftning inom området (Etikprövningsmyndigheten, 2020).

I den här litteraturöversikten har författaren granskat att studierna har tillämpat någon form av etiskt förhållningssätt och att det varit övertygande om att studiernas genomförande inte förorsakat något uppenbart mänskligt lidande i någon form. Det har för författaren varit viktigt att de valda studierna gjorts utan att fysiskt, psykiskt eller ekonomiskt har åsamkat någon människa skada. Deltagarna i studierna har deltagit frivilligt eller i tjänsten. Som allmänna etiska principer vid humanvetenskaplig forskning definieras detta av Forskningsetiska delegationen i Finland som "*Med forskning avses att ny kunskap tas fram via systematiska studier och tankearbete, observationer och prövningar. Fastän man närmar sig olika frågor på olika sätt inom olika vetenskapsgrenar, baserar sig samtliga på viljan att förstå oss själva och den värld som vi lever*" (Tenk, 2019).

3. RESULTAT

Den här litteraturoversikten baserar sitt resultat på åtta kvantitativa studier kring Mental Health First Aid (MHFA) och dess effektivitet i olika kontexter. Fyra studier är utförda i Australien, en i USA, en i England, en i Danmark och en i Sverige. Totalt inkluderas 3.530 personer. Samtliga åtta studier är randomiserade kontrollerade studier (randomized controlled trials, RCT). I de randomiserade kontrollerade studierna har ett visst antal personer i en population slumpmässigt valts ut och resultatet har därefter jämförts med en kontrollgrupp (Friberg, 2012). Sammanfattning av studierna presenteras i tabell 1.

I studierna har olika utfallsmått använts för att studera benägenhet att hjälpa, social distansering, stigmatisering med mera. En vinjett har använts där deltagarna fått tagit det av ett fiktivt fall med en person som antingen lider av schizofreni eller en allvarligare depression. Till denna vinjett har hört ett antal frågor som deltagarna svarat på i före- och eftertest. Studierna har även använt utfallsmått på förändring av kunskapsnivå om psykisk första hjälpen, benägenhet att ingripa och attityder till psykisk ohälsa. Deltagarna har följts över tid och i resultatet presenteras utfall från första mättillfället, innan interventionen (sk. baseline): t1; andra mättillfället: t2 och ev tredje mättillfälle: t3. För utfallsmåtten redogörs närmare i bilaga 3. Ett signifikant värde har betraktats där risken för att resultatet påverkats av slumpmässiga faktorer är lägre än 5 %, alltså $p < 0,05$. Med en signifikant skillnad menas att skillnaden mellan t.ex. två medelvärden är så pass stor att man kan utesluta att detta beror på slumpmässiga faktorer (Olsson & Sörensen, 2011). I tabell 2 nedan redogörs för använda skalor, deras konstruktion och hur de ska tolkas.

Tabell 1: Redogörelse för studiernas population, metod och utfall/utfallsmått.

1:e författare	Population	Metod	Utfall och utfallsmått
Jensen, K.	Anställda och volontärer från tio olika danska arbetsplatser. Deltagare n = 566 Bortfall n = 197 Intervention n = 173 Kontrollgrupp n = 196	Ett frågeformulär fylldes i före interventionen och sex månader efter interventionen.	MHFA knowledge statements -Hälsolitteracitet/kunskap, stigma och benägenhet att hjälpa: "John"- vinjett med tillhörande frågor.
Jorm, A,	Innevånare på australiensisk landsbygd. 16 distrikt delas in 8 i intervention och 8 i kontroll. Deltagare n = 753 Bortfall n = 88 Intervention n = 416 Kontrollgrupp n = 337	Ett frågeformulär fylldes i före och fyra månader efter studien (=cirka sex månader efter före-testet.)	MHFA knowledge statements Hälsolitteracitet/kunskap, stigma och benägenhet att hjälpa: "Mary & John"- vinjetterna med tillhörande frågor.
Kitchener, B,	Tjänstemän inom australisk socialsektor. Deltagare n = 301 Bortfall n = 61 Intervention n = 146 Kontrollgrupp n = 155	Ett frågeformulär fylldes i strax innan interventionen och sedan gjordes en uppföljning sex månader efter interventionen.	MHFA knowledge statements Hälsolitteracitet/kunskap, stigma och benägenhet att hjälpa: "Mary & John"- vinjetterna med tillhörande frågor.
Lipson, S,	Studenter på 32 olika amerikanska universitet. Deltagare n = 4104 Bortfall n = 1561 Intervention n = 553 Kontrollgrupp n = 1.990	Resultat inhämtades genom digitalt frågeformulär.	MHFA knowledge statements Hälsolitteracitet/kunskap, stigma och benägenhet att hjälpa: "Mary & John"- vinjetterna med tillhörande frågor.

Moffitt. J,	Brittiska Brandchefer/förmän. Deltagare n = 106 Bortfall n = 17 Intervention 1 n = 31 Intervention 2 n = 41 Kontrollgrupp n = 17	Telefonintervju innan interventionen. Direkt efter MHFA-utbildningen fyllde deltagarna i en enkät.	AMIQ KEMHP
O'Reilly.C,	Australienska farmaceut studenter på tredje året. Deltagare: n = 272 Bortfall: n = 49 Intervention n = 53 Kontrollgrupp n = 170	Ett frågeformulär fylldes i strax innan interventionen och sedan gjordes en uppföljning två månader efter interventionen.	Hälsolitteracitet/kunskap, stigma och benägenhet att hjälpa: "Mary & John"-vinjetterna med tillhörande frågor.
Svensson. B,	Tjänstemän inom svensk socialsektor. Deltagare n = 406 Bortfall n = 129 Intervention n = 135 Kontroll n = 142	Ett frågeformulär fylldes i strax innan interventionen och sedan gjordes en uppföljning sex månader efter interventionen.	MHFA knowledge statements Hälsolitteracitet/kunskap, stigma och benägenhet att hjälpa: "Mary & John"-vinjetterna med tillhörande frågor.

Tabell 2: Använda skalor, dess användningsområde, konstruktion och tolkning.

Skala	Användningsområde	Konstruktion	Tolkning
MHFA knowledge statements	Bedöma kunskap om mental hälsa och benägenhet att upptäcka depressioner.	16 eller 20 frågor med "instämmer", "instämmer inte" eller "vet ej" som svarsalternativ. Rätt svar gav 1 poäng.	Högre poäng indikerar bättre kunskap.
Mary & John	Bedöma hälsolitteracitet, stigmatisering och beredskap att hjälpa. Notera: I någon studie används båda vinjetterna (Mary - frågor om schizofreni; John - frågor om depression). I någon studie används bara John.	Vinjetter med tillhörande frågor för att bedöma förmåga att identifiera och ge råd angående behandling av psykisk ohälsa samt stigmatisering. Stigmatisering bedöms med "social distance scale": 5 frågor som besvaras på en likertskala (1-5), totalpoäng 5-20. Beredskap att hjälpa "confidence in helping" Betyg görs på en fem-punkts Likert-skala	Kunskapsfrågorna: högre procent, större andel rätta svar. Stigmatisering (social distance scale): Lägre poäng ger uttryck för lägre grad av social distansering/ stigmatisering. Beredskap att hjälpa: högre procent, större benägenhet att hjälpa Personlig och uppfattad stigma skala: högre poäng indikerar på lägre stigmatiserande attityder.
AMIQ The Attitudes to Mental Illness Scale	Bedömning av attityder till psykisk sjukdom.	AMIQ handlar om att presentera deltagaren en vinjett som beskriver någon med psykiska hälsoproblem och sedan presentera dem med frågor om den beskrivna personen.	Femstegs-skala från "starkt emot till starkt för" (likert-scale). Högre poäng indikerar mindre negativ attityd.
KEMHP Knowledge and efficacy about mental health problems	Kunskap kring psykiska problemsituationer.	Sex frågor om kunskap som ökar beredskap att möta psykisk ohälsa	Högre poäng indikerar bättre kunskap

3.1 Förändring i kunskap om psykisk ohälsa

Sex studier har utvärderat hur kunskapsnivån kring psykisk ohälsa påverkats hos interventionsgruppen med hjälp av MHFA knowledge statements. I fyra av dessa studier konstateras signifikant säkerställda förbättringar med interventionen, dvs medelvärden på kunskapsskalan steg efter interventionen: Svensson et al. (2014) $t_1 = 7,2$, $t_2 = 8,7$, $p < 0,001$, Jensen et al. (2016) $t_1 = 7,8$, $t_2 = 9,4$, $p < 0,001$, Burns et al. (2017) $t_1 = 12,02$, $t_2 = 14,93$, $t_3 = 13,62$, $p < 0,001$. I studien av Burns et al. (2017) gjordes en mätning i interventionsgruppen tre gånger (innan, direkt efter och två månader efter erhållen intervention). Trots att resultatet i den sista mätningen (t_3) var något sämre än i den andra (t_2) är förbättringen sett från innan deltagarna erhöll interventionen signifikant förbättrad. I de två övriga studierna, Jorm et al. (2004) och Lipson et al. (2014), visades på en liten skillnad i kunskapsnivå men dessa var inte signifikant säkerställda.

I relation till kontrollgrupperna (K) konstaterades med interventionsgrupperna (I) signifikanta förbättringar ($p = 0,05$ eller lägre) i tre av de sex artiklarna: Svensson et al. (2014) $I = 8,7$, $K = 7,3$, Burns et al. (2017) $I = 13,62$, $K = 12,72$ och Jensen et al. (2016) $I = 9,4$, $K = 8,3$. I artiklarna av Jorm et al. (2004) och Lipson et al. (2014) var skillnaden inte signifikant säkerställd.

I studien av Moffit (2014) användes frågeformuläret KEMHP, som omfattar frågor som berör både kunskap om psykisk ohälsa och beredskap att möta psykisk ohälsa. Det fanns en signifikant skillnad före och efter MHFA-utbildningen (MANOVA: $z = 5,52$, $p < 0,001$). Resultaten vid eftermätningen jämfördes också mot en en timmes briefing-session kring psykisk ohälsa, samt mot en annan utbildning med liknande syfte som MHFA. Resultatet visade att MHFA gav signifikant bättre resultat jämfört med briefing-sessionen (Mann Whitney: $z = 5.34$, $p < 0.001$, $r = 0.70$), men ingen signifikant skillnad kunde återfinnas i relation till den andra utbildningen.

3.2 Benägenhet att stödja någon med psykisk ohälsa

Fem artiklar har utvärderat interventionens effektivitet vad beträffar benägenhet att ingripa/hjälpa någon som är i behov av psykisk första hjälpen. I fyra artiklar är förändringen statistiskt säkerställd: Svensson et al. (2014) ($t_1=2,4$, $t_2=2,7$, $p<0,001$), Burns et al. (2016) $t_1=3,14$, $t_2=4,24$, $t_3=4,38$, $p<0,001$, Jensen et al. (2016), $t_1=2,2$, $t_2=2,6$, $p<0,001$ och Jorm et al. (2004), $t_1=3,13$, $t_2=3,39$, $p<0,001$). I fyra av artiklarna har utfallet mäts som en före- och en eftermätning medan i en artikel (Burns et al. 2017) har två mätningar gjorts efter interventionen (även i den artikeln har utfallet varit signifikant förbättrat). En studie (Lipson et al. 2014) visade på en icke signifikant förändring. Utfallet var detsamma när det gällde skillnaden mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp i eftermätning, i fyra studier kunde en signifikant skillnad redovisas: Burns et al. (2017) $I=4,38$ $K=3,72$, Jensen et al. (2016) $I=2,6$, $K=2,3$, Jorm et al. (2004) $I=3,39$ $K=3,21$ och Svensson et al. (2014) $I=2,7$, $K=2,4$. I studien av Lipson et al. (2014) kunde ingen signifikant skillnad redovisas jämfört mellan intervention och kontrollgrupp i eftertest. En artikel, Kitchener et al. (2004), redovisar en icke signifikant förändring. Övriga två artiklar redovisar inte detta tema.

3.3. Förändringar i social distansering och attityder

I fyra av studierna finns resultatet redovisat på ett jämförbart sätt och i alla fyra har konstaterats en signifikant förbättring vad beträffar social distansering. I studien av Burns et al., (2017) gjordes två mätningar efter erhållen intervention och här visade den sista mätningen på fortsatt förbättrat resultat ($t_1=3,67$, $t_2=3,81$, $t_3=4,07$, $p=0,008$). Även studien av O'Reilly et al. (2011) visade på signifikant förbättring ($t_1=18,9$, $t_2=16,8$, $p=0,032$), likaså studien av Jorm et al. (2004) $t_1=8,13$, $t_2=7,59$, $p=0,03$ och Kitchener et al. (2004), $t_1=8,74$, $t_2=7,86$.

Av de övriga fyra övriga studierna kan förändringen i social distansering inte avläsas och jämföras med de fyra ovan nämnda, men i två av dem kan man se att på den enskilda frågan "kan tänka sig vara en granne med" finns ingen signifikant skillnad i svaret. Vad gäller skillnader i eftermätning mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp fanns signifikant

säkerställda förbättringar i de tre av de fyra direkt jämförbara studierna: O'Reilly et al. (2011) $I=16,75$ $K=18,83$, Kitchener et al. (2004) $I=19,14$, $K=20,07$ och Jorm et al. (2004) $I=7,59$, $K=7,90$. I studien Burns et al. (2017) var däremot resultatet omvänt, interventionsgruppen visade på en större benägenhet att utsätta någon för social distansering än vad kontrollgruppen uppgav sig vara benägen till ($I=4,07$, $K=3,88$). I de övriga fyra studierna har social distansering inte redovisats annat än i subteman som t.ex. "kan tänka sig vara granne med", här har ingen signifikant skillnad kunnat redovisats.

3.4 Förändring i benägenhet till personlig stigmatisering

Fyra av studierna har redovisat utfallet vad gäller hur deltagarnas egen benägenhet att stigmatisera kring psykisk ohälsa har förändrats av interventionen. Två av dessa studier visade inte på någon signifikant förändring, endast studien av Burns et al. (2017) $t_1=3,58$, $t_2=3,93$, $t_3=4,01$, $p=0,008$ visade på en genomgående signifikant förbättring. Studien av Svensson et al. (2014) visar på en signifikant förbättring vad beträffar stigmatisering till en person som lider av depression ($t_1=35,8$, $t_2=36,3$, $p<0,05$), däremot kunde inte någon förbättring fastställas vad gällde deltagarnas benägenhet att stigmatisera en person som lider av schizofreni. När det gäller skillnader mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp i eftermätning fann enbart Burns et.al (2017) en signifikant förbättring ($I= 4,01$ $K=3,81$), övriga sju artiklar redovisar antingen ingen signifikant skillnad eller inte detta subtema överhuvudtaget.

4. DISKUSSION

Syftet med den här litteraturöversikten var att utvärdera effektiviteten av Mental Health First Aid (MHFA) och hur denna intervention kan användas för att lindra förekomst av stigmatisering kring psykisk hälsa och öka benägenheten för människor att agera när någon lider av psykisk ohälsa. De artiklar som studerats har alla redovisat sina resultat på olika sätt och slutligen har resultatet i den här översikten sammanställas under fyra underrubriker. Resultatet i artiklarna var varierande men gav överlag en tydlig bild för att MHFA kan vara en väl fungerande intervention i flera olika kontexter.

4.1 Resultatdiskussion

Att "lida är att "kämpa" och att "utstå" skriver omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson i sitt verk "Den lidande människan" (1994). Stigmatiseringen kring psykisk sjukdom innebär ytterligare en pålaga som förvärrar ett mänskligt lidande. Eftersom Katie Eriksson även betonar vikten av att eliminera det onödiga lidandet finns det all anledning att motverka stigmatisering kring psykisk sjukdom. Stigmatisering kan hämmas genom ökad kunskap varför det kan anses vara av stor vikt att öka kunskapen kring psykisk sjukdom och hur man kan på ett bättre sätt bemöta människor som lider av psykisk sjukdom. "Att lida är att plågas, det är något som ansätter människan, något hon utsätts för, en kamp", skriver Eriksson (2004). Därför finns det anledning att hela tiden bedriva processer i syfte att reducera och om möjligt eliminera stigmatisering kring psykisk hälsa.

Att lida av psykisk ohälsa kan vara förenligt med en känsla av att inte bli tagen på allvar, möjligen som en konsekvens av social distansering och stigmatisering. Detta kan förorsaka ett outhärdligt lidande och en känsla av att man inte finns till för en annan människa. Personen känner sig ifrågasatt för vem man är och berövade på sin integritet. Enligt omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson kan detta resultera i att personen ikläder sig clownens mask, som en följd av känslan att det är bättre att vara en clown än ingen alls. Eriksson talar även om fördömlse som en del av lidandet. Detta kan vara en upplevd fördömlse av såväl Gud som en medmänniska. Bristen på kunskap om psykisk ohälsa och stigmatisering kan leda ofta till olika typer av fördömanden som i sin tur leder till mycket lidande. Eriksson

skriver “människans uppgift är inte att fördöma utan att förstå och förlåta”. Hon beskriver fördömsel som kärlekslös och alltigenom ond. Det är rimligt att anta att ökad kunskap om psykisk ohälsa kan leda till mindre fördömsel och därmed mindre lidande. Katie Eriksson resonerar även kring begreppet “medlidande” och kopplar det till barmhärtighetstanken och uttryck för människans helighet (Eriksson, 2015).

Den här litteraturöversikten visar att Mental Health First Aid (MHFA) i flera olika kontexter har god effektivitet på att förändra människors förhållningssätt till psykisk ohälsa. Studierna som granskats visar på goda resultat särskilt vad anbelangar kunskap kring psykisk ohälsa, men även när det gäller benägenhet att ingripa när någon mår psykiskt dåligt och när det gäller att motverka social distansering har det visat sig att MHFA är en väl fungerande intervention i olika sammanhang. Resultatet för social distansering har även behandlats som ett resultat för begreppet “attityder”. Vad beträffar stigma och benägenheten att stigmatisera kring psykisk ohälsa visar studien på ett svagt positivt resultat. Övriga erhållna fynd har antingen varit svåra att analysera då det inte funnit tillräckligt med likadana mätningar för jämförelse eller så har resultaten saknat signifikanta skillnader.

Deltagarna i två studier var i huvudsak män, i övriga studier var lejonparten kvinnor. Några direkta slutsatser har inte gjorts på basen av detta. Några direkta fynd har inte heller konstaterats på basen av studiernas åldersspann på deltagarna. Två av studierna riktade sig till studerande inom omvårdnad (Burns et al., 2017) och farmaci (O'Reilly et al., 2011). Det har inte utretts om resultaten från dessa studier möjligen kan vara påverkade av deltagarnas yrkesval, dvs. att ge lidande människor omvårdnad respektive läkemedel.

Studien av Lipson visar inte på någon signifikant skillnad i vare sig vunnen kunskap eller benägenhet att stödja någon som drabbas av psykisk ohälsa. Studien skiljer sig från de övriga i denna litteraturöversikt genom att den är utförd bland ett avsevärt större deltagare (2.543) än de övriga sju studierna, men också hade ett stort bortfall. Eftersom en randomiserad kontrollerad studie (RCT) är känslig för bortfall kan det ha påverkat resultatet så i denna riktning.

I en studie (Moffitt et al., 2014) har MHFA studerats parallellt med en annan intervention för att jämföras dels sinsemellan och dels mot kontrollgruppen. Resultatet visade på signifikant positivt utfall för båda studerade interventioner vilket kan användas som påminnelse att MHFA trots sin funktion i många olika sammanhang möjligen kan ersättas av någon annan intervention med samma effektivitet, dvs. att det vore fördelaktigt med forskning där olika interventioner jämfördes sinsemellan. I studien av Burns et.al (2017) kunde vi konstatera att kunskaperna om psykisk ohälsa redan innan given intervention var märkbart högre hos deltagarna än i de övriga studierna. Detta kan möjligen tillskrivas det faktum att studien gjordes bland sjukskötarstudenter vilka man torde kunna utgå ifrån att har ett generellt större intresse för omvårdnadsfrågor än andra kategorier av yrkesgrupper. Däremot torde inte den av studierna erhållna kunskapsnivån varit särskilt avvikande då det rörde sig om förstaårsstudenter.

4.2 Metoddiskussion

MHFA är en relativt ny intervention (utformad år 2000) och har sin hemvist i Australien. Antalet kvantitativa studier som gjorts kring interventionen hittills är begränsade och den här litteraturstudien fann åtta studier som fyllde urvalskriterierna för att inkluderas. Studier från hela världen kunde ingå men sökningar gjordes även på studier från t.ex. Sverige och Finland. De funna artiklarna kommer till hälften från ursprungslandet Australien, två från Norden, en från England och en från USA. I sökningen har artiklar avgränsats till perioden april 2000 till april 2020. Det betyder i praktiken ett tidsspann motsvarande den tidsperiod som interventionen MHFA funnits tillgänglig att studera.

Studierna har i huvudsak genomförts med en så kallad RCT. RCT brukar tillskrivas den starkaste beviskraften. I en sådan studie mäts effekten av en viss intervention genom jämförelse med en kontrollgrupp som inte varit föremål för samma intervention. (Friberg, 2017). Särskilt när den gäller att visa på effekterna av omvårdnadsåtgärder anses RCT-studier vara de mest tillförlitliga, men är känsliga för bortfall (Billhult & Gunnarsson, 2012). RCT-studier stärker såväl validitet som reliabilitet. En annan modell av ett experimentellt studieupplägg kan exempelvis vara kontrollerade studier med en

jämförelsegrupp där man inte valt att randomisera. Denna studiedesign betraktas som enklare att utföra.

Validitet handlar om huruvida man verkligen mäter det man har för avsikt att mäta. Reliabilitet handlar om hur tillförlitlig en mätning är och betyder att mätningen ska gå att upprepa oberoende av mätinstrument och person (Söderblom, 2016). Denna studies validitet torde kunna bedömas som tämligen hög då ansatsen "effektivitet" har prövats av författaren flera gånger i bakgrund och syfte. Denna litteraturstudie har granskat enbart kvantitativa studier som vars resultat varit övergripande tydligt. Otydliga utfall i studierna har lämnats bort i den här avsikten i syfte att inte äventyra validiteten. Reliabiliteten bedöms även den som god då studierna som använts finns tillgängliga som fritext, är alla på engelska och finns tydligt angivna i litteraturförteckningen. Utfallsmått är noga redogjort och i övrigt ska denna litteraturöversikt kunna gå att upprepas med ett lika tydande resultat. Fördelaktigt har studierna har i sin utvärdering använt sig av skalor som är väl kända, som t.ex. Likertskalan. Studierna har däremot inte redovisat sina resultat på samma sätt genomgående vilket reducerat underlaget för jämförelse av data.

Författaren till den här litteraturstudien har inga anknytningar till skaparna och innehavarna att upphovsrätten till interventionen MHFA. Några andra kopplingar som t.ex. till institut som tillhandahåller utbildningen finns inte heller. Deltagarna i studien av (Lipson et al., 2014) fick en liten ekonomisk kompensation för sitt deltagande. Detta kan möjligen ha påverkat bortfallet i den aktuella studien men knappast själva resultatet. Två av studierna (Jorm et al. och Kitchener et.al.) är gjorda av utvecklarna till MHFA. Det är inte uteslutet att dessa personer har personliga förmåner av interventionens globala implementering. En annan faktor som kan begränsa resultatets trovärdighet är att deltagarna sannolikt kunnat anta vilket resultat som studien har förväntat sig och att detta påverkat dem att uppge ett resultat som inte är förenligt med den faktiska påverkan interventionen haft.

4.3 Klinisk tillämpbarhet av Mental Health First Aid

Det finns skäl att påstå att implementering av MHFA eller annan liknande intervention inte bara vore fördelaktig på olika arbetsplatser - det är också mer eller mindre tvunget enligt gällande lagstiftning i åtminstone Finland. *Lagen om företagshälsovård FFS 2001:1383* säger bland annat att “*till företagshälsovård som arbetsgivaren enligt 4 § skall ordna hör i enlighet med god företagshälsovårdspraxis att delta i ordnande av första hjälpen enligt 46 § arbetarskyddslagen*”. Det betyder alltså att en arbetsgivare är skyldig att ordna med första hjälpen-utbildning för sina anställda enligt den lag som styr företagshälsovården. Läser vi vidare i arbetarskyddslagens (FFS 2001/1383) § 46 och § 47 finner vi att det dels ska ges utbildning i första hjälpen och dels ska särskilda personer på arbetsplatsen åläggas ett särskilt ansvar för detta. Skulle det ännu finnas någon tvivel kring om detta enbart handlade om första hjälpen vid somatisk ohälsa så behöver vi bara gå till arbetarskyddslagens §1 där vi finner lagens syfte: “*förebygga och förhindra olycksfall i arbetet, yrkessjukdomar och andra sådana olägenheter för arbetstagarnas fysiska och mentala hälsa*”(Arbetskyddslag ASL 2002:738).

År 2016 tog Ålands landskapsregering initiativet till ett utvecklingsprojekt under namnet “Äldres psykiska hälsa”. I dess slutrapport framkommer det bland annat att första hjälpen vid psykisk ohälsa bör klassas likvärdigt med första hjälpen kurser i hjärt- och lungräddning, då båda kurser kan vara livräddande. Man efterlyser även en aktör som skulle ta på sig ansvaret att driva MHFA på Åland. I december 2017 erhöll de första MHFA-utbildningarna på Åland sin utbildning i både standardutförandet av MHFA och även i de modifierade interventionerna för ungdom och för äldre. Utvärderingen av de första kurserna som ordnats på Åland är ännu inte helt slutförd men preliminära resultat visar på utfall i paritet med det resultat som presenteras i den här litteraturstudien (Ålands landskapsregering, 2019).

Det vore rimligt att Ålands landskapsregering som huvudman för den åländska hälso- och sjukvården ser till att man själv eller någon delegerad åläggs att organisera en plattform för en kontinuerlig och effektiv spridning av evidensbaserad kunskap kring första hjälpen vid psykisk ohälsa. Detta med fördel i samarbete med dem som tillhandahåller företagshälsovårdstjänster, skolor och föreningar för att nämna några exempel.

I skrivandes stund har vår värld drabbats hårt av Coronaviruset som förorsakar luftvägsinfektionen Covid-19. Det går inte att låta bli att beröra detta i ett examensarbete som handlar om psykisk ohälsa och psykiskt lidande. Många åtgärder som vidtas av myndigheterna för att begränsa spridningen av smittan begränsar i varierande omfattning människor rörelsefrihet, möjlighet till sociala kontakter och tillgång till olika tjänster i samhället. Åtgärderna får dessutom arbetslösheten att skena och samhällets resurser förbrukas i hög takt. Det är rimligt att anta att många människor redan nu och framledes kommer drabbas av olika grader och typer av psykisk ohälsa till följd av det som sker i samhället till följd av Coronaviruset. Särskilt personer i så kallad riskgrupp (ofta äldre) kan förväntas vara särskilt utsatta då de fräntas sina sociala kontakter med barn, barnbarn och andra anhöriga och hamnar i situationer med långvarig ensamhet och isolering. Detta ställer ytterligare krav på fler effektiva interventioner för att stödja människor som hamnar i ett lidande av psykisk ohälsa. I projektrapporten "Äldres psykiska hälsa", given 2019 av Ålands landskapsregering, skriver man att det eftersträvas att MHFA-utbildningen utvecklas på Åland men betonar vikten av fler instruktörer och dessutom efterlyser rapporten en aktör för MHFA-skolningen på Åland. Rapporten lyfter även fram vikten av kontinuerlig utbildning av instruktörer så att den lokala kompetensen av MHFA inte äventyras.

5. KONKLUSION

Denna litteraturöversikt baserad på åtta vetenskapliga artiklar har funnit att Mental Health First Aid (MHFA) är en användbar intervention för att stärka allmänhetens beredskap att ingripa och hjälpa människor i behov av psykisk första hjälpen. Det tycks finnas ett stort behov av den här formen av utbildning och den kan implementeras i många olika kontexter, men ytterligare forskning inom området behövs för att på ett mer detaljerat plan utveckla lämpliga och situationsanpassade interventioner. MHFA bör jämföras med andra liknande interventioner så att syftet kan tillfredsställas med minsta möjliga resursanvändning, men parallellt med det bör MHFA betraktas som en fungerande intervention av vilken det finns ett stort och växande behov i ett samhälle där allt fler människor drabbas av psykisk ohälsa. MHFA ter sig vara en fungerande intervention för att öka kunskap, reducera stigmatisering och social distansering samt stärka benägenheten för människor att ingripa när någon medmänniska drabbas av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är starkt förknippat med ett mänskligt lidande som dessutom är förknippat med en icke obetydlig mortalitet. Därför är det viktigt att aktivt och brett arbeta med att lindra detta lidande.

KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING

Allgulander, C. (2019). *Klinisk Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur Ab.

Billhult A., & Gunnarsson R. (Red).(2002). Kvantitativ studiedesign och stickprov.

Henriksson M. (2002) Vetenskaplig teori och metod. Studentlitteratur Ab.

Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., Hunt, K., Chih, H. J., & Tilley, P. J. M. (2017). What's wrong with John? a randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MHFA) training with nursing students. *BMC Psychiatry*, 17(1), 111.
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1278-2>

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Ab.

Etikprövningsmyndigheten, 2020. Etikprövningsmyndigheten. Retrieved May 12, 2020, from <https://etikprovningens.se/etikprovningens-historia/>

FINLEX ® - Uppdaterad lagstiftning: Arbetarskyddslag 738:2002. Retrieved June 7, 2020, from <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738>

FINLEX ® - Uppdaterad lagstiftning: Lagen om företagshälsovård FFS 2001:1383. Retrieved June 5, 2020, from <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2001/20011383>

FINLEX ® - Uppdaterad lagstiftning: Strafflag 1889:39, Retrieved June 6, 2020, <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1889/18890039001>

Folkhälsomyndigheten. (n.d.). Retrieved May 12, 2020, from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprev-ention/vad-ar-psykisk-halsa/>

Friberg, F. (2017). Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. I F. Friberg (Red.). *Att Göra En Litteraturöversikt*, 141–152.

Goffman, E. (n.d.). *Stigma: den avvikandes roll och identitet*.

Herlofson, J., & Ekselius, L. (2009). *Psykiatri*. Studentlitteratur.

Holmstrand, C., Rahm Hallberg, I., Saks, K., Leino-Kilpi, H., Renom Guiteras, A., Verbeek, H., Zabalegui, A., Sutcliffe, C., & Lethin, C. (2020). Associated factors of suicidal ideation among older persons with dementia living at home in eight European countries. *Aging & Mental Health*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1745143>

Jensen, K. B., Morthorst, B. R., Vendsborg, P. B., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of Mental Health First Aid training in Denmark: a randomized trial in waitlist design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(4), 597–606. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1176-9>

Jorm, A. F., Kitchener, B. A., O’Kearney, R., & Dear, K. B. G. (2004). Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BMC Psychiatry*, 4, 33. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-33>

Karolinska institutet, 2019. Retrieved May 12, 2020, from <https://ki.se/nasp/mhfa-forsta-hjalpen-till-psykisk-halsa>

Karolinska institutet, 2019. *Första hjälpen till psykisk hälsa*. <https://ki.se/media/247/download>

Karolinska institutet, 2020. *Själv mord*. Retrieved May 12, 2020, from <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige>

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC Psychiatry*, 4(1), 23.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-23>

Kitchener, B.A., Jorm, A.F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry* 2, 10.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>

Lipson, S. K., Speer, N., Brunwasser, S., Hahn, E., & Eisenberg, D. (2014). Gatekeeper training and access to mental health care at universities and colleges. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 55(5), 612–619. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.05.009>

Lovdata, 2020 . Retrieved May 29, 2020, from <https://lovdata.no/>

Lundberg, B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Lund University.
<https://portal.research.lu.se/portal/files/4061185/1715659.pdf>

Mental health first aid (2020). MHFA. Hämtad 2020-06-08 från
Folkhälsomyndigheten. (2013). Hygienrutiner och klädpolicy. Hämtad 2015-05-22 från
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/vardhygien-och-vardrelaterade-infektioner/hygienrutiner-och-kladpolicy/>

Moffitt, J., Bostock, J., & Cave, A. (2014). Promoting well-being and reducing stigma about mental health in the fire service. *Journal of Public Mental Health*, 13(2), 103–113.
<https://doi.org/10.1108/JPMH-02-2013-0004>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber Ab.

O'Reilly, C. L., Bell, J. S., Kelly, P. J., & Chen, T. F. (2011). Impact of mental health first aid training on pharmacy students' knowledge, attitudes and self-reported behaviour: a

controlled trial. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(7), 549–557.
<https://doi.org/10.3109/00048674.2011.585454>

Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Vierung, S., Wyss, C., Vetter, S., & Rüsch, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2), 209–212.
<https://doi.org/10.1007/s00406-017-0773-2>

Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 231–239. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0745-4>

Schulze, B. (n.d.). *Stigma and Mental Health Professionals: A Review of the Evidence on an Intricate Relationship*. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>

Seroalo, K. B., Du Plessis, E., Koen, M. P., & Koen, V. (2014). A critical synthesis of interventions to reduce stigma attached to mental illness. *Health SA Gesondheid*, 19(1).
<https://www.ajol.info/index.php/hsa/article/view/110263>

Sharaf, A. Y., Ossman, L. H., & Lachine, O. A. (2012). A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1512–1520.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.006>

Skärsäter, I. (red.) (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. (2., [revid. och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Statistikcentralen. (2012). Själv mord. Hämtad från <https://findikaattori.fi/sv/table/10>

Svensson. (2014). Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up. *PloS One*, 9(6), e100911.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100911>

Swenurse. (n.d.). *sjuusköterskornas.etiska.kod_2014.pdf*.
https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/etik-publikationer/sjuuskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Söderblom, U. (Söderbom, Ulvenblad 2016). *Värt att vet om uppsatsskrivande: rapporter, projektarbete och examensarbete*. Lund: Studentlitteratur Ab.

Tenk. (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa*. Retrieved June 5, 2020, from
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf

THL. (2020.) *Psykiska störningar*. Institutet För Hälsa Och Välfärd. Retrieved May 12, 2020, from <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar>

WHO, 2020. (n.d.). Retrieved May 12, 2020, from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Ålands landskapsregering. (2019). *Äldres psykiska ohälsa*. Retrieved June 5, 2020 from
https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/article/aldres_psykiska_ohalsa.pdf

BILAGOR

Bilaga 1: Tabellöversikt över använda artiklar

1:a författare, årtal, land, kvalitet	Syfte	Deltagare	Design och metod	Konklusion
Svensson, et al. 2014 Sverige. Grad 2	Att utvärdera hur MHFA kunde öka kunskap om psykisk ohälsa, benägenhet att agera, självförtroende att hjälpa och förbättra attityderna till en person med psykisk sjukdom.	406 tjänstemän i Sverige,	RCT-studie med 207 personer i interventionsgrupp och 199 i kontrollgrupp.	Studien visar att MHFA kan dels bidra till ökad medvetenhet kring psykisk ohälsa och dessutom få fler i behov av vård att söka sig dit.
S.Burns et.al, 2017, Australien. Grad 1	Bedöma effekten av MHFA-utbildningen bland australienska sjuksköterskestudenter.	181 ssk-studenter i Australien.	RCT -studie med 89 deltagare i interventionsgrupp och 92 i kontrollgrupp.	Studien visar på en signifikant skillnad där deltagarna i interventionsgruppen gjorde betydande framsteg.
K.Jensen et.al, 2016, Danmark. Grad 1	Bedöma effektiviteten av MHFA i en dansk kontext.	566 deltagare från olika sektorer men där man har kontakt med mycket människor.	RCT- studie med 290 deltagare i interventionsgrupp och 266 i kontrollgrupp.	Studien visar att MHFA är effektivt i en dansk kontext.
C.L. O ' Reilly et.al, 2011, Australien.	Bedöma effektiviteten av MHFA på farmaceut-stud	258 farmaceutstudenter i Australien.	RCT-studie med 60 deltagare i interventionsgrupp och 212 i	Studie visade på positiva resultat gällande stigmam.m.

Grad 1	enter i Australien.		kontrollgrupp.	
B.Kitchener et.al, 2004, Australien. Grad: 2	Bedöma effektiviteten av MHFA	301 tjänstemän inom socialsektorn i Australien.	RCT-studie med 146 deltagare i interventionsgrupp och 155 i kontrollgrupp.	Studien visade på positiva resultat, även vad gäller deltagarnas egna psykiska välbefinnande.
A.Jorm et.a.. 2004, Australien. Grad 2	Utvärdera effektiviteten med MHFA bland australienska hälsovårdsarbetare.	753 hälsovårdsanställda i Australien.	RCT-studie med 416 deltagare i interventionsgrupp och 227 i kontrollgrupp.	Positiva resultat beträffande kunskap, attityd och beteende från dem som erhållit MHFA-skolning.
Lipson et.al. 2014, USA. Grad 3	Utvärdera effektiviteten av MHFA bland studenter i USA.	2.543 studenter i USA.	RCT-studie med 1.279 deltagare i interventionsgrupp och 1.264 i kontrollgrupp.	MHFA genomförd utbildning ökar kunskapen men man såg ingen tydlig förändring i benägenhet att tillämpa den vunna kunskapen.
Moffitt et.al , 2014, England. Grad 1	Utvärdera effekterna av tre olika interventioner, (bl.a. MHFA).	176 brandförmän/chefer i England.	RCT - studie med 176 deltagare i interventionsgrupp .Ingen kontrollgrupp användes.	Förbättringar vad gällde såväl attityder som kunskap inom kontexten psykisk hälsa.

Bilaga 2: Tabellöversikt över använda litteraturkällor

Databas	Sökord	Antal träff	Använda artiklar	Datum för sökning
EBSCOhost	Mental Health First Aid Training of the Public	97	1	24 april 2020
SwePub	Mental Health First Aid	13	1	15 april 2020
PubMed	Mental Health First Aid Training and Mental Health First Aid Australia and MHFA	36	1	30 april 2020
EBSCOhost	Effectiveness of Mental Health First Aid	13	1	22 april 2020
EBSCOhost	MHFA Sweden OR MHFA Finland OR MHFA Sverige	3	1	22 april 2020
EBSCOhost	FIRST aid training AND FIRST aid in the workplace	10	1	21 april 2020
Google Scholar	Gatekeeper Training and Access to Mental Health Care at Universities and Colleges	1	1	23 april 2020
Google Scholar	Promoting well-being and reducing stigma about mental health in the fire service	1	1	24 april 2020

Bilaga 3: Bedömning för studier med kvantitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med all betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställningen besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistik analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultat	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig

Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 44p)	p	p	p	p
				P
Grad I: 80 %				%
Grad II: 70 %				Grad
Grad III: 60 %				
Titel				
Författare				

** Bedömningsmallen är hämtad från Olsson & Sörensen (2011) men har modifierats så att kriteriet "Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos" har exkluderats då det saknade relevans för bedömningen i den här studien.*