

Vardagslivets Rehabilitering – Del B:

Vy över arbetsterapeutiska insatser i svensk psykiatri

Maria Lindström

Vardagslivets Rehabilitering – Del B: Vy över arbetsterapeutiska insatser i svensk psykiatri

Maria Lindström

Copyright Umeå Universitet, 2007

Författare: Maria Lindström, Umeå Universitet

Handledare: Margareta Lindberg och Birgitta Bernspång, Umeå Universitet

Kontaktperson och rådgivare under pågående projekt: Urban Markström, Nationell Psykiatrisamordning

Publikationen kan hämtas som ett pdf-dokument på Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se

Detta utvecklingsprojekt är ett av två delprojekt under rubriken ”Vardagslivets Rehabilitering” (dnr 85/2005), som finansierats med utvecklingsmedel från Nationell psykiatrisamordning. I samband med ansökning av utvecklingsmedel, till att pröva modellverksamhet för rehabilitering i svensk pilotkommun (del A), initierades ett extra uppdrag av Nationell psykiatrisamordning; att göra en utblick över arbetsterapiinsatser i svensk psykiatri (del B). Slutrapporten är skriven utifrån direktivet ”en överblick av vad som görs i Sverige när det gäller rehabilitering i vardagslivets aktiviteter för personer med psykiskt funktionshinder, skriven på enkel svenska, som inspiration för arbetsterapeuter och intresserade kommuner eller landsting”.

Socialstyrelsen fick av regeringen i uppdrag att, i nära samarbete med Nationell psykiatrisamordning (SOU 2003:9), fördela medel som ställts till förfogande för satsning på psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder under åren 2005-2006 (beslut S2004/4895/HS). Den 30 november 2006 avslutade Nationell psykiatrisamordning sitt uppdrag och det är därefter Socialstyrelsens uppgift att följa upp satsningen. Till den uppgiften, och för att ge fortsatt nationellt utvecklingsstöd, har ett särskilt projekt inom Socialstyrelsen bildats, NU1-projektet (Nationellt utvecklingsstöd till verksamheter för människor med psykiska sjukdomar eller funktionshinder).

FÖRORD

Utvecklingsprojektet "Vardagslivets Rehabilitering" har drivits av undertecknad, projektledare Maria Lindström (leg. arbetsterapeut/univ. adjunkt/doktorand) vid Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå Universitet. Parallellt med pilotstudie i Örnsköldsviks kommun, där en ny modellverksamhet prövats för rehabilitering i socialpsykiatri (Lindström, 2007), har denna kartläggning genomförts enligt initiativ från Nationell Psykiatrisamordning. Avsikten har varit att skaffa överblick och knyta samman olika erfarenheter kring vardagsaktiviteter, ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv. Siktet har varit inställt mot kunskap om vardagsaktiviteters betydelse och hur man gör i Sverige för att kartlägga och bedöma utförande av vardagsaktiviteter samt hur man planerar, genomför och följer upp åtgärder med terapeutisk aktivitet till personer med psykiskt funktionshinder. Intentionen har varit att belysa kunskapsläge från verksamhetsnära till vetenskaplig nivå via kanaler som strategiskt utvalda rehabiliteringsverksamheter i kommuner och landsting, olika universitet/högskolor, fackliga nätverk och liknande. Rapporten utger sig inte för att vara en heltäckande inventering utan en överblick med nedslag i vissa kommuner/landsting över spridda landsändar, publikationer och några goda exempel. Rapporten ger en nulägesbild av svensk arbetsterapi i psykiatri med särskilt fokus på utvecklingspotential i kommunal psykiatri.

Ett stort tack riktas till de personer som delat med sig av sina erfarenheter och gett både övergripande och mer detaljerade exempel. Stort tack också till de forskare i arbetsterapi som bidragit med uppdaterade publikationslistor. I samband med informationsdagar och samtal om projektet "Vardagslivets Rehabilitering" har även spontana reflektioner och erfarenheter av rehabilitering delgetts mig. Några av dessa presenteras nedan under rubriken "Röster om rehabilitering..."

Tack till Nationell Psykiatrisamordning som trodde på projektidén och beviljade utvecklingsmedel. Stor uppskattning riktas också till de personer som läst, reflekterat och delat med sig av sina synpunkter på rapporten: Inga-Britt Lindström, förbundsordförande Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), och vid Socialstyrelsen Birgitta Hagström, Carina Gustafsson och Nina Frohm.

Med förhoppning om att rapporten kan bidra till fortsatt utveckling av rehabiliteringsinsatser för personer med psykiskt funktionshinder,

Umeå i oktober 2007
Maria Lindström

Röster om rehabilitering....

Patient, 53 år:

"Jag kom i kontakt med en arbetsterapeut efter 7 år i totalt kaos. Vi träffades först några gånger och bara pratade. Jag berättade och hon gjorde sig en bild av mig och min situation. Hon fick mig att berätta väldigt konkret vad jag tyckte var svårast i vardagen och det gav mig en och annan tankeställare. Hon ville också att jag skulle visa hur jag brukar göra. Sedan hjälpte hon mig att komma fram till ett mål innan jag fick tips och

instruktioner i hur jag skulle träna för att komma igång och kunna slutföra, behålla uthållighet och kunna genomföra det jag valt. Det tog lång tid innan jag hade rutin på det. Hon fanns där och sporrade mig vid varje tillfälle. Ibland kändes det lite påpassat men jag behövde hennes konkreta tillvägagångssätt för att hitta fungerande strategier.”

Brukare, 40 år:

”Jag har inte tidigare lyckats beskriva mina svårigheter så att en biståndsbedömare har förstått mina egentliga problem. De har inte kunnat förstå att jag klarar ett heltidsarbete men inte klarar av att städa lägenheten. När arbetsterapeuten gjorde konkreta observationer av mig i de praktiska aktiviteterna som jag har svårt med, kunde hon sätta exakta ord på mina svårigheter och vilken nivå och typ av stöd jag behöver för att vardagslivet ska fungera och jag ska orka arbeta. Det var jätteskönt.”

Närstående, 33 år:

”Att se glädjen och stoltheten hos min syster när hon visade mig sin nyligen upprättade första och enda vårdplan, efter drygt 20-årig kontakt med psykiatrin, gjorde mig både rörd och upprörd. Skrämmande att det skulle behöva ta så lång tid att uppfylla ett så pass enkelt krav! Vårdplanen verkade skänka en slags trygghet i henne. Att därutöver även våga hoppas på en rehabplan någon gång i framtiden är nog orealistiskt. Professionella rehabinsatser verkar mycket sällsynta.”

Brukare, 42 år:

”Jag har aldrig träffat någon arbetsterapeut och inte någon sjukgymnast heller, så jag vet inte om jag skulle kunna bli hjälpt av det. Nu har jag i alla fall kommit så långt att jag börjat en utbildning och det är rena semestern jämfört med att vara i boendet. De andra mår så dåligt.”

Brukare, 35 år:

”Jag är väldigt missnöjd med LSS-teamet. Jag har inte fått något gehör för min Aspergerproblematik. Det enda som hjälpt mig är det studiestöd jag fått vid universitetet och den handdator jag har fått via en arbetsterapeut. Den ger mig ett viktigt tidsmässigt minnesstöd och planeringsfunktion, som hjälper mig att hålla ordning och vissa rutiner.”

Patient, 27 år:

”Jag har fått delta både i sjukgymnastik och arbetsterapi som patient inom psykiatri. Det känns skönt att i en svår livssituation kunna få stöd av välutbildade och positiva specialister. Jag drabbades av psykos som ledde till både det ena och det andra. Med arbetsterapeutens positiva hållning, kunskap, tydlighet och samtidigt inlyssnande förmåga kunde jag komma vidare. Nu har jag lärt känna mig själv och värderat vad jag vill prioritera i vardagen på ett sätt som gör att jag kan känna mig tillfreds och upplyft av det jag klarar att göra. Det hade också betydelse att få hjälp av sjukgymnasten med kroppskännedom och andning. Det kan jag ta till när ångesten kommer krypande.”

BEGREPP

- Baspersonal** Genomgående i denna slutrapport används benämningen ”baspersonal” om de som arbetar närmast brukare/patient; mentalskötare, undersköterskor, vårdbiträden, boendeassistenter, boendehandledare och liknande personalkategorier.
- Brukare** Benämningen används om person som finns i en verksamhet eller tar emot insatser i kommunal regi.
- Delaktighet** avser en individs engagemang och samspel i livssituationer och omgivande samhälle, vilket innefattar kapacitet, genomförande och upplevelse hos individen i relation till förutsättningar i miljön.
- Intervention** används synonymt med insats eller åtgärd.
- Miljö** avser omgivande förhållanden såsom fysiska, sociala och kulturella dimensioner som inverkar på människan.
- Patient** Benämningen används om person som är inskriven eller tar emot insatser i landstingsregi.
- Psykiskt funktionshinder**
”En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning” (Rapport 2006:5, Nationell Psykiatrisamordning)
- Rehabpersonal eller rehabiliteringspersonal** avser personal med huvudsaklig utbildning och ansvar inom rehabilitering, exempelvis arbetsterapeut, sjukgymnast.
- Utredning** avser kartläggning och bedömning av de faktorer som kan ha betydelse för aktivitetsutförande och delaktighet.
- Vardagsaktivitet**
används i rapporten synonymt med meningsfull aktivitet, vardagsgörsmål, syssla och/eller uppgift. Avser uppgifter i dagliga livet som individen vill och behöver göra i syfte att tillfredsställa behov och uppnå vitala livsmål.

SAMMANFATTNING

Alla yrken utvecklas i takt med samhällets förändrade behov, så även arbetsterapeutens. Ökade krav ställs generellt på alla yrkesgrupper med efterfrågan om ett mer evidensbaserat arbetssätt. Arbetsterapeuter arbetar enligt beprövad erfarenhet och vetenskap med fokus på människors utförande av meningsfulla uppgifter. Arbetsterapeutisk professionalitet handlar om att kunna förena teori och praktik i ett väl avvägt förhållningssätt. Som bas för yrkesutövandet finns en definierad yrkesmodell (Mosey, 1981). Vidare finns en etisk kod (FSA, 2005b), som förtydligar arbetsterapeutens ansvar ytterligare. Ett flertal modeller över människan i aktivitet; Model of Human Occupation (MoHO) (Kielhofner, 2002), Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko, 2007) med flera förklarar systemteorin mellan individ – uppgift – miljö, vilket är grunden i arbetsterapeutiskt fokus. Ett flertal arbetsterapiprocesser respektive åtgärdsprocess, som guidar det praktiska tillvägagångssättet, finns också att tillgå. Arbetsterapeuter använder även relaterad kunskap i stor utsträckning, exempelvis hämtad från medicin, psykologi, sociologi med mera. Även metoder som inte är yrkesspecifika används av arbetsterapeuter, ofta med tillämpning i konkret aktivitet, exempelvis Kognitiv Beteendeterapi (KBT), Dialektisk Beteendeterapi (DBT), Ett Självständigt Liv (ESL) och dylika. Detsamma gäller generella rehabiliteringsmodeller, exempelvis Boston-modellen (Anthony, 2007). Ett stort antal arbetsterapeutiska bedömningsinstrument, som fokuserar olika faktorer av betydelse för aktivitet och delaktighet, finns utvecklade och standardiserade. Däremot saknas fortfarande evidens för merparten interventioner. Evidensbaserade interventioner har blivit centralt för fortsatt utveckling av arbetsterapi (Holm, 2000).

Sammanställningen visar att arbetsterapi i psykiatri är framåtsträvande. Trots en i överlag stor medvetenhet inom yrkeskåren och stark teoretisk förankring, finns emellertid ännu en osäkerhet bland andra yrkesgrupper över arbetsterapeutens specifika kompetens. En medveten grund ger dock möjlighet att stärka yrkesidentiteten. Ett flertal yrkesgrupper, exempelvis mentalskötare och boendehandledare, arbetar också med vardagsaktiviteter men i en mer allmän hållning kombinerat med vårdande och stödjande insatser. Arbetsterapeuter har sin huvudsakliga utbildning, kompetens och ansvar inom habilitering, rehabilitering och förebyggande åtgärder. Arbetsterapeuter har genom sin forskning och utveckling specialiserat sig på människors utförande av meningsfulla uppgifter, vilket utgör både mål och medel i arbetsterapi. Utredning, mål och åtgärder fokuserar genomgående faktorer av betydelse för meningsfull aktivitet och delaktighet.

Efter psykiatrireformens införande släpar fortfarande rehabiliteringsområdet efter anmärkningsvärt mycket. Bristande rutiner, kvalitetssystem, kompetens och avsaknad av uppbyggda verksamheter, och/eller att verksamheter inte utvecklats i den takt som behoven efterfrågar, pekas ut som orsak (SOU 2006:100). Biståndshandläggare representeras av socionomer i stor utsträckning med fokus på socialt arbete, medan hälso- och sjukvårdsperspektiv, till exempel rehabilitering kommer i skymundan. Tillgången till arbetsterapeuter inom kommunal psykiatri är mycket eftersatt. I jämförelse med exempelvis äldreomsorg, omsorg för personer med utvecklingsstörning eller personer med fysiska funktionshinder är rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder mycket eftersatt och underdimensionerat. Rehabilitering är inte ett prioriterat område i

flertalet svenska kommunpsykiatriska verksamheter. Organisatoriska förändringar krävs för att upprätta en fungerande och flexibel samverkan, en rehabiliteringskedja.

Avsikten med denna rapport har varit att ge en överblick över nuläget i svensk arbetsterapi inom det psykiatriska fältet. Förhoppningsvis kan det leda till utvidgad utveckling och ökad medvetenhet hos kommuner som vill stärka professionalisering och specialisering inom rehabilitering. En annan avsikt har varit att tydliggöra arbetsterapeutisk kompetens ytterligare. Arbetsterapi har idag inte den plats och det utnyttjande som den har kapacitet till, avseende rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder. Ökad medvetenhet krävs både hos arbetsterapeuter och annan personal angående betydelsen av att använda ett systematiskt arbetssätt med utgångspunkt i bästa tillgängliga evidens, standardiserade metoder, tydlig kommunikation samt att dokumentera åtgärder och resultat.

INNEHÅLL

Förord	3
Röster om rehabilitering	3
Begrepp	5
Sammanfattning	6
Innehåll	8
Bakgrund	
Socialpsykiatriskt perspektiv.....	9
Trender och inriktningar inom rehabilitering.....	10
Arbetssterapi.....	11
Arbetssterapi - teoretisk grund.....	13
Tillvägagångssätt	
Syfte	14
Metod.....	14
Resultat	
Resultat i sammandrag	15
Två goda exempel: Nytänkande i primärvårdsenhet Umeå.....	21
Hög kompetens i Jönköpings kommun.....	22
Publikationer och pågående forskning.....	24
Slutsatser	26
Referenser	28
Bilagor	
Bilaga 1: Frågeområden kartläggning arbetssterapi i psykiatri	31
Bilaga 2: Publikationslistor.....	32

BAKGRUND

Socialpsykiatriskt perspektiv

Upplevelse av psykisk ohälsa har ökat och utgör ett betydande folkhälsoproblem som måste angripas ur olika perspektiv (SOU 2006:100). Utvärderingar av psykiatireformen (Socialstyrelsen, 1999; Socialstyrelsen, 2005) visar att vård- och stödsystemen inte lyckats möta de sammansatta behoven hos personer med psykiskt funktionshinder. Insatsernas kvalitet och effektivitet är inte undersökt i tillräcklig utsträckning (SOU 2006:100). Brister avseende samordning av insatser, både inom och mellan huvudmän, kvarstår. En påtaglig brist är avsaknaden av kontinuerlig och metodisk rehabilitering i svensk socialpsykiatri.

Personer med psykiskt funktionshinder har generellt sett omfattande erfarenhet av arbetslöshet och marginalisering (Nationell psykiatrisamordning, 2006:1). De har sämre levnadsförhållanden och tillgången till adekvat och evidensbaserad vård, socialt stöd och rehabilitering är bristfällig. Flertalet personer med psykiskt funktionshinder erbjuds inte rehabilitering från de kommunala socialpsykiatriska organisationerna, som motsvarar deras behov i form av stöd för att minska begränsningar i aktivitet och delaktighet. Rehabiliteringsinsatser är ojämnt fördelade ur ett genusperspektiv. Män får mer arbetsinriktad rehabilitering (SOU 2006:100; Nationell psykiatrisamordning, 2006:1). Ökad kunskap kan bidra till att utjämna sådana orättvisor.

Personer med psykiskt funktionshinder riskerar att drabbas av långvariga problem, varför det ur både individ- och samhällsperspektiv är extra viktigt med effektiva insatser för ett så gott liv och minskad vårdtyngd som möjligt. Exempelvis har personer med psykiskt funktionshinder överlag mycket sämre ekonomiska villkor än den övriga befolkningen (Nationell psykiatrisamordning, 2006:1) samtidigt som förmåga att hantera sin ekonomi är en vardagsaktivitet som kan svikta i samband med psykisk ohälsa. Ekonomiska svårigheter är ett exempel på en faktor som kan begränsa upplevelse av delaktighet i livssituationer. Ensamhet och passivitet i hemmiljö, med låg grad av upplevd mening, har visat sig dominera livsstilen hos personer med schizofreni (Bejerholm & Eklund, 2004). Vad som däremot upplevs meningsfullt är att vistas i och delta i sociala miljöer, både inom och utanför arbetsliknande situationer (Bejerholm & Eklund, 2006). Individer med allvarliga psykiska funktionshinder uppger avsevärt större svårigheter i fritidsaktiviteter och arbetsrelaterade aktiviteter än i aktiviteter som rör egenvård, vilket pekar på att aktiviteter som involverar socialt samspel med andra, är svårare att hantera (Ivarsson, 2002).

Psykiatireformens mål är att personer med psykiskt funktionshinder ska få möjlighet att leva i samhället på samma villkor som andra människor (Markström, 2003). Om rehabiliteringsinsatserna har goda effekter när det gäller att förbättra individens aktivitetsutförande och delaktighet kan detta möjliggöra ett mer tillfredsställande liv för individen. En ändamålsenlig rehabilitering kan medföra att individen exempelvis klarar ett eget boende, ett arbete, hantera ekonomi samt att skapa en meningsfull fritid.

Trender och inriktningar inom rehabilitering

Beskrivningsmodeller och arenor

Sjukdomsinriktade och hälsoinriktade förklaringsmodeller kan urskiljas inom det vida rehabiliteringsfältet. Vilken rehabiliteringsfilosofi som väljs beror i stor utsträckning på vilka modeller som används för att förklara vad sjukdom och hälsa är.

Medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering har i statliga utredningar definierats som olika former av rehabilitering avseende typ av åtgärder och ansvarsområde. Den *medicinska rehabiliteringen* avser att återställa eller förbättra grundläggande funktioner, något som landstinget i första hand anses ansvara för. Den *sociala rehabiliteringen* omfattar åtgärder i personliga frågor, boende och fritid; aktivitet och delaktighet i samhället, vilket anses vara en fråga både för landsting och kommun. Den *arbetslivsinriktade rehabiliteringen* syftar till att återskapa arbetsförmåga och förutsättningar till förvärvsarbete och anses ligga företrädesvis inom kommun och/eller arbetsmarknadsorganens ansvarsområde.

Lönearbete anses vara den viktigaste livsformen i det moderna samhället med såväl ekonomiska, sociala som moraliska betydelser. I det förindustriella samhället ansågs allt, som individen utförde för att kunna leva, som arbete (Lindqvist, 2000). Vår tids uppfattning om arbete har inneburit att arbetsåtergång många gånger är en central faktor vid utvärdering av rehabilitering. Detta får dock inte innebära att arbete och arbetsåtergång är rehabiliteringens enda mål. Medicinsk och social rehabilitering är också avgörande för hälsa.

Ett annat sätt att definiera rehabilitering särskiljer två huvudinriktningar; den ena med fokus på *full delaktighet i samhället*, med färdighets- eller aktivitetsträning som främsta tillvägagångssätt, och den andra med fokus på *livskvalitet*, med socialt stöd och skyddande miljö - exempelvis klubbhus och sociala kooperativ - som främsta tillvägagångssätt.

Ett ideologiskifte har framträtt under de senaste årtiondena, från *stödideologi* till *återhämtningssideologi*. Stödideologi innebär att vård- och stödsystem inriktar sig på att skydda individen från stress. Inom återhämtningssideologin (recovery) ses personal som en hoppingsgivande resurs som kan uppmuntra ett positivt risktagande och sporra individer att uppnå sina livsmål (Topor, 2004).

All rehabilitering innebär en process. Det finns två huvudinnebörder i begreppet rehabiliteringsprocess; *individens* faktiska förändring över tid i samspel med sin omgivning eller *organisationens* planerade och medvetna handlingsmönster för att påverka och skapa ett resultat. En individ kan med andra ord under gynnsamma förhållanden utveckla sin kapacitet avseende aktivitet/delaktighet och uppnå ökad livskvalitet även utan professionell inblandning. Ur organisationsperspektiv är däremot rehabilitering en professionell uppgift med planerade tillvägagångssätt enligt en viss process. Verksamheter med rehabiliterande syfte bör utgå från tydligt definierade tillvägagångssätt med beprövade metoder och rätt använd kompetens genom hela vård-, stöd- och rehabiliteringskedjan.

Avseende arbetsrehabilitering (Nationell psykiatrisamordning, 2006:1) visar internationella studier tydlig evidens som förordar arbete med bistånd/supported

employment, direkt i reellt arbete jämfört med trappstegsvis rehabilitering i anpassade verksamheter.

Utbud och tillgänglighet av dagliga verksamheter i Sverige (Nationell psykiatrisamordning, 2006:7) varierar mellan olika kommuner. Så gott som alla kommuner har någon form av sysselsättningsverksamhet med arbetsliknande inslag. Sociala kooperativ och klubbhus finns i hälften av de undersökta kommunerna. Arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan mellan huvudmän bedrivs i drygt hälften av kommunerna, dock endast ett fåtal som använder evidensbaserade metoder som supported employment. De personer som har aktiviteter inom socialtjänstens sysselsättning tenderar att bli kvar, trots ambitioner och potential till avlönat arbete. Hälften av kommunerna biståndsprövar rätten till sysselsättning, enligt socialtjänstlagen.

Trender inom rehabilitering

I statliga utredningar och rapporter kan olika trender identifieras som haft inverkan på nuläget inom rehabilitering. Nedan presenteras ett urval:

- Historisk och politisk vändning vad gäller hur samhället bemöter och tar hand om personer med funktionshinder från isolering (1800-1945), genom segregering (1945-1970) till integrering (1980-) och brukarinflytande (1990-).
- Personer med funktionshinder ökar sin förmåga att delta i beslutsfattande processer tack vare ökad medvetenhet om delaktighet och bättre stödjande teknologier.
- Förändrade krav avseende organisationsstruktur. Krav på kvalitetssäkringar och kvalitetssystem lagstiftas.
- Övergång från stöddideologi, med inriktning på att skydda individen från stress, mot återhämtningssideologi, med inriktning på förmedling av hopp, positivt risktagande, positiv tilltro till förändring och uppsatta mål att uppnå.
- Normalisering ifrågasätts och ökad acceptans eftersträvas i större utsträckning.
- Insikt om att diagnoser ger ofullständig bild av rehabiliteringsbehov.
- En vård- och rehabiliteringskedja eftersträvas. Helhetsorienterat perspektiv betyder ökad plats för samordningsåtgärder och processer mellan olika aktörer.
- Utvärderingsinstrument utvecklas och standardiseras inom viktiga områden, exempelvis individens aktivitetshinder och begränsning i delaktighet.
- Flera rehabiliteringsaktörer vill betona att rehabiliteringens främsta mål inte enbart är återgång till arbete utan återgång till ett värdigt och meningsfullt liv.
- Evidens för vissa insatser börjar framträda.

Arbetsterapi

Arbetsterapeuter inriktar sig mer mot *konsekvenser* av psykisk sjukdom än behandling av sjukdom. Diagnosen är sekundär och istället handlar det om att vägleda brukare/patienter

till ett fungerande vardagsliv, trots begränsning i funktion, aktivitet eller delaktighet. Utförande av meningsfulla uppgifter som personen vill eller behöver utföra i sitt dagliga liv, står i fokus. Arbetsterapeuters yrkesutövande omfattar terapeutiska, pedagogiska och arbetsledande kunskaper.

Ett grundantagande i arbetsterapi är att människor kan påverka sin egen hälsa, under förutsättning att hon ges tillfälle att utvecklas i ett vardagsliv där för henne meningsfulla aktiviteter ingår (Yerxa, 1998). Arbetsterapi anses ha kapacitet att understödja hälsa, aktivitet och delaktighet för personer med psykiskt funktionshinder. Arbetsterapeutiska insatser är både individ- och miljöinriktade och avser aktivitet och delaktighet i personens dagliga liv. Ett välfungerande boende, arbete och fritid utgör en viktig plattform för integrering i samhället genom meningsfulla göromål och sociala relationer. En persons aktivitet och delaktighet beskrivs i ICF (Socialstyrelsen, 2003), som resultatet av en dynamisk interaktion mellan hälsoförhållanden och kontextuella faktorer, vilket inkluderar både personliga och miljömässiga aspekter.

Personer med psykiskt funktionshinder har begränsad förmåga att engagera sig i aktiviteter på ett produktivt och självutvecklande sätt (Shimitras et al, 2003; Bejerholm & Eklund, 2004). Eftersom det finns en påtaglig brist på meningsfulla sysslor som ger struktur åt vardagen, är det viktigt att det tidigt genomförs arbetsterapeutisk utredning och intervention för att minimera passivisering och marginalisering och istället möjliggöra en meningsfull tillvaro.

Arbetsterapeuter arbetar vanligtvis individuellt med enskilda brukare/patienter i direkta vardagsaktiviteter men ibland även individuellt i grupp. Mål och terapeutiskt medel utgörs av den/de vardagsaktiviteter som brukaren upplever problematiska men betydelsefulla.

Aktiviteter/uppgifter anpassas för att bli så terapeutiska som möjligt mot det mål som patienten/klienten eftersträvar. Det kan handla om successiv gradering av svårighetsgrad i uppgift, miljö och terapeutiskt förhållningssätt. Avsikten är att möjliggöra nya erfarenheter med optimal matchning av utmaning och krav för att leda till nyorientering. För att åtgärderna ska få rätt effekt krävs god behandlingsrelation, meningsfullhet, att det sker på individens villkor, timing och lagom utmaning. I takt med att färdigheter och förmågor utvecklas kan utmaningen ökas avseende krav från miljö, uppgift och terapeutiskt förhållningssätt, till dess att prioriterat mål är uppnått.

Insatserna skiftar beroende på brukarens/patientens problem, behov, önskemål och förutsättningar. Tiden för rehabiliteringsinsatserna varierar också från mycket kort till lång. Teamsamarbete är avgörande för att samordna insatser och förhållningssätt på lämpligt sätt, utifrån varje individs behov. Ibland upprättas en individuell rehabiliteringsplan gemensam för hela teamets insatser och ibland görs en specifik arbetsterapeutisk plan för enskild individ. Rehabplanen kan ha varierande utformning vid olika enheter men grundas vanligtvis på utredning av individuella och miljömässiga resurser och hinder samt upplevd och faktisk kapacitet i aktivitet och/eller delaktighet, prioritering, orsaksanalys, mål och åtgärdsförslag.

Arbetsterapeuter kan finnas representerade i varierande omfattning inom allt från primärvård till specialistpsykiatri eller socialpsykiatri inom kommunen. De ideologiska och organisatoriska förändringar som vuxit fram inom psykiatriska arenor har även

påverkat sammanhagen för rehabiliteringsaktörer (Gahnström-Stranqvist, 2003). Arbetsterapeuter har i allt större utsträckning kommit att ingå i multidisciplinära team, till skillnad mot tidigare arbetsterapiteam bestående av arbetsterapeuter. Det har inneburit en fin balans mellan anpassning till teamet och professionell identitet.

För närvarande arbetar cirka 600 arbetsterapeuter inom psykiatrisk vård, varav merparten i specialistpsykiatri (FSA, 2005a). Drygt 100 arbetsterapeuter beräknas arbeta i kommunal psykiatri, ofta som chef, enligt uppgifter från FSA´s lönestatistik för 2006. Rådande lagstiftning styr yrkesutövning och ansvar för arbetsterapeuter. Arbetsterapeutexamen ligger till grund för socialstyrelsens utfärdande av legitimation.

Åtgärdstermer och sökord för dokumentation har sedan länge funnits i arbetsterapi. Under de senaste åren har FSA deltagit i ett arbete för att klassificera och registrera åtgärder inom arbetsterapi, omvårdnad och sjukgymnastik utifrån ett individfokus. Det ska bidra till kvalitetsutveckling och ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården genom bättre möjligheter till verksamhetsuppföljning. (KVÅ-Klassifikation av vårdåtgärder, återfinns på www.sos.se/epc/klassifi/KVA-testmodul.htm)

Arbetsterapi - teoretisk grund

Arbetsterapi utgår från filosofiska grundantaganden om den mänskliga naturen i ett aktivitetsfokus. Termen *occupation* i engelskan härstammar ur *occupo* från latin, vilket betyder att ta i anspråk, lägga beslag på tid och/eller plats. *Occupo* relaterar också till användande av individens resurser för att bemästra. Arbetsterapeuter har försökt förklara mänsklig aktivitet som fenomen genom *modeller över människan i aktivitet*; MoHO (Kielhofner, 2002), CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2007) med flera. Dessa förklarar systemteorin mellan individ – uppgift – miljö, vilket är grunden i arbetsterapeutiskt fokus. Som bas för yrkesutövandet finns en definierad *yrkesmodell* (Mosey, 1981). En *etisk kod* (FSA, 2005b) förtydligar arbetsterapeutens ansvar ytterligare. Ett flertal *arbetsterapiprocesser* respektive en *interventionsprocess* som guidar det praktiska tillvägagångssättet finns också att tillgå exempelvis Pelland (1987), *problem-based case management process* (Hagedorn, 1997), *Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)* (Townsend & Polatajko, 2007) och *Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)* (Fisher, 2006). Ett stort antal arbetsterapeutiska *bedömningsinstrument*, som fokuserar olika faktorer av betydelse för aktivitet och delaktighet, finns utvecklade och standardiserade. Däremot saknas fortfarande evidens för merparten interventioner. Evidensbaserade interventioner har blivit centralt för fortsatt utveckling av arbetsterapi (Holm, 2000).

Aktivitetsvetenskap (occupational science) utgör en viktig del i förståelsen av aktiviteters allmänmänskliga och terapeutiska värde. Kunskap om olika aspekter av aktivitet såsom aktivitetsutförande, engagemang, aktiviteters mening och aktivitetsbalans, bidrar till förståelse av komplexiteten i aktivitet och görande.

Arbetsterapeuter använder även *relaterad kunskap* i stor utsträckning, exempelvis hämtad från medicin, humanbiologi, psykologi, sociologi med flera. Relationer och socialt samspel är grundläggande i arbetsterapi, varför exempelvis objektrelationsteori eller

symbolisk interaktion, kan utgöra förståelsegrund. Psykoanalytisk ansats kan användas av arbetsterapeuter för att exempelvis förstå den symboliska betydelsen av aktiviteter.

Även konkreta *metoder* som inte är yrkesspecifika används av arbetsterapeuter, ofta med tillämpning i direkt aktivitet, exempelvis Kognitiv Beteendeterapi (KBT), Dialektisk Beteendeterapi (DBT), Ett Självständigt Liv (ESL) och dylika. Detsamma gäller generella rehabiliteringsmodeller, exempelvis Boston-modellen (Anthony, 2007).

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Syfte

Syftet var att belysa arbetsterapi i svensk psykiatri avseende kunskapsläge, arbetssätt och organisation.

Metod

Psykiatriutskottet inom Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) kontaktades i ett inledande skede angående medlemsförteckning över vilka som arbetar i psykiatri/socialpsykiatri.

Ett strategiskt urval av 10 kommuner gjordes utifrån geografisk spridning och variation avseende invånarantal. En spridning avseende typ av verksamhet inom organisationerna låg också till grund vid urval. Till de utvalda kommunerna skickades frågeformulär, se **bilaga 1**, via mejl eller brev till både landstings- respektive kommunanställda arbetsterapeuter med psykiatrisk/socialpsykiatrisk inriktning. Privata och ideella alternativ uteslöts. Totalt skickades 55 frågeformulär ut med en svarsfrekvens på 71%. Fördelningen blev något skev, till viss del beroende på att ett par kommuner saknade kommunanställd arbetsterapeut. Svaren sammanställdes i beskrivande form, utifrån tendenser i materialet.

Vid Arbetsterapi-Forum, som arrangeras vartannat år av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), presenterades modellverksamhet och inventering inom projektet ”Vardagslivets Rehabilitering”. Arbetsterapeuter med psykiatrisk/socialpsykiatrisk anknytning samt arbetsterapeuter som bedriver forsknings- eller utvecklingsarbete, uppmanades att kontakta undertecknad projektledare.

Ett mejlutskick riktades till välkända namn som bedriver forskning i arbetsterapi/psykiatri/aktivitet och delaktighet i dagligt liv, med uppmaning om att skicka in uppdaterade publikationslistor.

Två verksamheter som särskilt utmärkt sig, en inom landsting/primärvård och en inom kommunpsykiatri, ombads beskriva sina respektive verksamheter extra fylligt. Dessa presenteras under ”Två goda exempel”.

Litteratursökning av svenska publikationer gjordes i medicinska databaser, Samsök-Metasök, och ALBUM. Sökning av utvecklingsarbeten och arbetsterapiprocesser/-program gjordes även via Google-sökning.

RESULTAT

Resultat i sammandrag

Resultatet presenteras i form av tendenser och beskrivningar, då statistik riskerar ge skev bild med anledning av litet underlag i vissa frågeområden och stor variation mellan olika aspekter samt beskrivande karaktär i svaren. Resultatet visar en sammanställning av svaren, utan vetenskaplig analys som grund. I slutet av sammanställningen presenteras två aidentifierade exempel på svar, ett från landstingsanställd arbetsterapeut och ett från kommun- och projektanställd arbetsterapeut.

Under rubriken ”Två goda exempel” presenteras en något utförligare beskrivning av två verksamheter som särskilt utmärkt sig. Dessa föreslås stå som inspirerande förslag.

Organisation, verksamhet, samverkan

De arbetsterapeuter med landstingsanställning som besvarat frågeformuläret arbetar inom följande verksamhetsbenämningar: öppenvård, dagrehab, rehabteam, allmänpsykiatrisk enhet, vuxenpsyk, TIPS-team, neuropsykiatriskt utredningsteam, slutenvård, beroendepsyk, rättspsyk, primärvård och behandlingscenter. Några anger att de är verksamma vid två enheter.

De arbetsterapeuter i kommunpsykiatri som besvarat frågeformuläret arbetar inom följande verksamheter: arbetsrehabilitering, daglig verksamhet och boende. Merparten arbetsterapeuter i kommunpsykiatri finns inom arbetsrehabiliteringsenheter eller daglig verksamhet. Endast två anger boende. I vissa verksamheter beskriver arbetsterapeuten att han/hon har nytta av sin kompetens men arbetar inte specifikt som arbetsterapeut, utan har exempelvis funktionen ”coach”, ”handledare” eller liknande.

Ytterligare verksamheter där arbetsterapeut finns representerad och som nämns som samarbetspartner, är följande: BUP, autismteam och skolstöd.

Antal arbetsterapeuter i relation till kommunstorlek varierar kraftigt.

Ingen uttalad samverkansstruktur nämns *mellan* organisationer, förutom nätverk med arbetsterapeuter, däremot beskrivs samverkansstruktur *inom* organisationen/verksamheten, exempelvis återhämtningsplan som alla utgår från. Landstingsanställda beskriver främst samarbete med medicinsk personal medan kommunanställda främst beskriver samarbete med personal inom arbetsrehabilitering, daglig verksamhet och/eller med baspersonal.

Förskrivning och kostnadsfördelning av hjälpmedel framkommer som ett organisatoriskt problem.

Arbetsätt, tillgänglighet, miljöer

Arbetssterapiinsatser återges i de enskilda svaren med starka patient- och brukarexempel. Insatserna är fokuserade på patientens/brukarens möjligheter att fungera i sin vardag och omgivning. De medel som används har stor variation men gemensamt är att de utgår från det som upplevs meningsfullt för individen. Arbetsätten varierar beroende på vilken/vilka målgrupper inom psykiatri som arbetsterapeuten arbetar med. De vanligaste problemen rör aktivitetsobalans, bristande struktur, svårighet att utföra sysslor i hemmet och svårighet att komma utanför hemmet. Största utmaningen anges vara svårigheter med sociala interaktionsfärdigheter och begränsningar i delaktighet.

Arbetsterapeuter med inriktning mot psykosrelaterade eller neuropsykiatriska problem, arbetar ofta kompensatoriskt genom att strukturera och organisera vardagen med hjälp av exempelvis schema, kalender eller handdator. Strategier som underlättar för patienter/brukare att inleda och avsluta aktiviteter är vanligt förekommande och strategier som ökar medvetenhet av tid, planering och organisation. Aktivitetsträning poängteras även vid kompensatoriska strategier, det vill säga inläringstillfällen i aktivitet med tillämpning av valda strategier. Pedagogiska program i grupp används också. Arbetsterapeuter med inriktning mot psykosociala problem, traumabearbetning, depressioner och utmattningssyndrom arbetar i stor utsträckning med allmänmänskligt välgörande aktiviteter som trädgård, natur och kreativa aktiviteter men även sysslor i hem- och närmiljö samt strategier för att skapa aktivitetsbalans. Arbetsterapeuter med inriktning mot tvångsproblem och ångestrelaterade problem beskriver i stor utsträckning inläring av strategier i kombination med aktivitetsträning, KBT och strategier för självhjälp.

Landstingsanställda arbetsterapeuter anger i stor utsträckning att de arbetar enligt en bestämd arbetsterapiprocess, med utredning, mål och åtgärder, som bas. Några anger en prioritering och avgränsning mot enbart utredningsdelen och i övrigt konsultativa insatser. Arbetsterapeuter i primärvård anger ”beställningsuppdrag” som vanligt förekommande, exempelvis förskrivning av hjälpmedel. Vid behandlingscentra uppges en bestämd inriktning och arbetssätt som är genomgående i hela teamet, exempelvis kognitiv eller psykodynamisk inriktning.

Ett fåtal kommunanställda arbetsterapeuter anger arbete enligt viss arbetsterapiprocess. Vissa arbetsterapeuter i daglig verksamhet beskriver allmänt socialt stöd i form av öppen, social träffpunkt som huvudsakligt arbetssätt. De arbetar inte med individuella rehabiliteringsplaner, utan verkar för en mer allmän social tillvaro för de besökare som kommer. Arbetslivsinriktade dagliga verksamheter förekommer också. I några av dessa verksamheter beskrivs en tydlig arbetsterapiprocess. Några arbetsterapeuter särskiljer allmänna arbetsuppgifter i arbetslaget från specifika arbetsterapeutiska uppgifter. I aktivitetsarenorna boende, fritid och personlig vård, saknas vanligtvis individuellt planerade rehabiliteringsinsatser för personer som enbart har kontakt med kommunal organisation, vilket påtalas som en brist enligt arbetsterapeuter i arbetsrehabiliterande verksamheter. Arbetsterapeuter i kommunala arbetsrehabiliteringsverksamheter, anger företrädesvis en överenskommen struktur vid enheten, eller ett tidsbegränsat program som deltagaren får delta i med inslag av studiebesök, studiecirkel och dylikt. Ett par arbetsterapeuter anger att hela arbetslaget arbetar med inspiration från Supported Employment, dock inte fullt tillämpat.

Några arbetsterapeuter beskriver en bundenhet till lokaler och ett begränsat utbud aktiviteter. Merparten arbetsterapeuter beskriver en kombination av träning i

verksamhetens lokaler och i naturlig miljö. En arbetsterapeut anger att alla insatser, både bedömning och intervention, genomförs i reell miljö och reella aktiviteter.

Individuella insatser överväger men även aktivitetsgrupper, pedagogiska program och grupper med social färdighetsträning förekommer. Flertalet beskriver direkt arbetsterapi men även indirekt arbetsterapi tillämpas, exempelvis skapande aktiviteter.

De som inte har renodlad arbetsterapeutttjänst beskriver att de arbetar på liknande sätt som övrig personal men upplever sitt arbetsterapeutiska perspektiv som en tillgång. De uttrycker en begränsning i att inte ha mandat att arbeta med utredning, mål och åtgärder i ett renodlat arbetsterapeutiskt fokus.

Dokumentation

Journalföring uttrycks som självklar i landstingsregi medan varierande svar ges från arbetsterapeuter i kommunpsykiatri. De som inte har renodlad arbetsterapeutttjänst anger att de inte dokumenterar enligt journalföringslagen, däremot förekommer ”arbetsblad”. Av de som journalför, anger flertalet att datajournal med olika journalföringsprogram används. Att anpassa tillämpad arbetsterapiprocess till de generella sökorden i journalprogrammet, framstår som en svårighet. *Vad* som särskilt ska dokumenteras framkommer inte av svaren.

Referensram - modell/process/metod/instrument

Sammanställningen visar att arbetsterapeuter anställda inom landsting överlag har tydligare beskrivning av arbetsterapiens teoretiska förankring och ansvarsområden, modeller, arbetsterapiprocesser, metoder och bedömningsinstrument, dock med några undantag.

Arbetsterapeutiska referensramar:

MoHO och CMOP nämns av merparten arbetsterapeuter, som en allmän förståelsebas, som ett sätt att fokusera utredning, som modell vid analys av identifierade svårigheter och som grund för flertalet instrument. Arbetsterapiprocesser som används vägledande i det praktiska tillvägagångssättet, är Pelland, OPPM och OTIPM. Vissa anger att de inom kliniken vidareutvecklat egna arbetsterapiprogram med inspiration från någon av ovan nämnda. Ett fåtal anger att de inte arbetar efter någon särskild modell, utan baserar sitt arbete på erfarenhet.

Generella rehabiliteringsmodeller:

Boston-modellen nämns som övergripande inspirationskälla i flertalet både landstings- och kommunbaserade verksamheter, med betoning på samordning, behövda och önskade resurser, personens eget val samt målsättning och handlingsplan. Ett par arbetsterapeuter uttalar samtidigt kritik över att den upplevs lite för generell för att kunna ge yrkesspecifik vägledning.

Rehabilitering som en copingprocess, vilken syftar till att människan ska återuppleva livstillfredsställelse, beskrivs av en arbetsterapeut med hänvisning till Axel Fugl–Meyer, Inga–Britt Bränholm och Kerstin Fugl–Meyer.

En arbetsterapeut anger Liberman som övergripande inspiration och menar att behandling och stabilisering av varningstecken och symtom går hand i hand med rehabilitering. Rehabiliteringens innehåll baseras på välfungerande bedömningar, väletablerad

terapeutisk allians, utbildning och förklaringar till klient och närstående, strategier vid problem, undanröjande av hinder, stärka/utveckla copingstrategier och social färdighetsträning samt stödåtgärder som kompensation.

Supported Employment eller arbete med bistånd anges som förebild vid två enheter, däremot anses det inte tillämpat fullt ut, enligt arbetsterapeuterna.

Generella rehabiliteringsmetoder:

Ej yrkesspecifika metoder som förekommer i beskrivningar är Ett Självständigt Liv (ESL), där merparten arbetsterapeuter anger att de återkommande, vid behov, använder sig av ESL framför allt vid psykosproblematik, Dialektisk Beteendeterapi (DBT), vilket uppges av några involverade i teamarbete med personer med personlighetsstörning, specifika ångesthanteringsstrategier, copingstrategier, ”koll-på vardagen”, Kognitiv Beteendeterapi (KBT), psykodynamiska tekniker samt Affektskola.

Bedömningsinstrument:

Bedömningsmetoder och -instrument som nämns är självskattningsinstrumenten OCAIRS-S, OPHI-II, BAPT, Min mening, COPM, ADL-taxonomi, DOA, aktivitetsmatris, rollchecklista, intressechecklista, WRI och WEIS-S samt de observationsbaserade instrumenten AMPS, ACIS, BSI och PRPP. En arbetsterapeut nämner även observationer i naturliga miljöer och aktiviteter men utan bedömningsinstrument, som bedömningsmetod. Gemensamt för samtliga instrument är att de belyser individuella och omgivande faktorer av betydelse för utförande av meningsfull aktivitet och delaktighet.

Landstingsbaserad verksamhet

Exempel på svar från arbetsterapeut i landstingsregi i en medelstor stad:

”Jag har jobbat som arbetsterapeut i 17 år, mestadels inom psykiatri. Jag jobbar nu med dagrehabilitering vid psykkliniken. Jag kan faktiskt inte tänka mig ett mer varierande och stimulerande arbete! Patienterna kommer till oss och tränar ett par gånger i veckan. Ibland är vi i arbetsterapilokalerna och ibland åker vi ut om det till exempel handlar om bussåkning. De bor i egna ordinära boenden. Jag har även privilegiet att få jobba direkt i människors vardag – antingen i deras hem, i skolmiljö, miljöer där de vill utöva ett fritidsintresse eller på deras arbetsplats – miljöer där de tillbringar sitt liv och på deras egna villkor. Jag får därmed chans att se hur de utför aktiviteterna i den miljö de ska fungera.

Många av de personer jag möter har kaos i flera av sina aktiviteter. De får inte vardagen att fungera med mat, tvätt, fritid och vänner. De kanske jämför sig med ett syskon och vill fungera lika bra men har inte ork och struktur till det under viss tid av livet. Många har också med tiden tappat viktiga rutiner och tappat självförtroende att klara sig självständigt, trots egentlig kapacitet. Handlingskraft och initiativförmåga har raserat.

Vi jobbar i team där patientens problembild och mål är styrande för vilka insatser som görs. Tidigare var det så att den som hade tid just då fick bli kontaktperson oavsett problembild men nu arbetar vi mer yrkesspecifikt och med mer konkreta mål och avgränsade perioder. Däremot har vi generella program för olika diagnosområden som alla följer. Arbetsterapeuter har även en egen arbetsterapiprocess som vägledning, baserad på den kanadensiska ”loopen” OPPM. Teamet består av yrkeskategorierna

arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, skötare och läkare. Vid behov kopplar vi även in kurator, psykolog, logoped och dietist. Träningsprogrammen är individuella och klienterna tränar oftast enskilt med varje yrkeskategori för sig. Vi gör även våra separata yrkesvisa bedömningar. Jag brukar använda OCAIRS eller COPM och ibland observation men jag har inte gått AMPS-kurs, så det blir utifrån MoHO-verben. Det använder jag även när det handlar om en individs svårighet att kommunicera. Vid tillfälle tre eller fyra, har vi en vårdplanering i teamet tillsammans med patienten där vi sätter huvudmål och delmål i rehabiliteringen. Efter en individuellt överenskommen tid görs en utvärdering då nya mål kan sättas eller de gamla modifieras. När målen är uppfyllda avslutas oftast kontakten men ibland kan en ny rehabiliteringsperiod planeras in redan under pågående period men vi bestämmer då till exempel att börja med nytt mål efter sex månaders uppehåll.

Ett individuellt mål kan till exempel vara att själv kunna ta bussen in till centrum och utträta bankärende. Vi tränar då det som är svårt, exempelvis att åka buss. Från början kan det enbart handla om att gå till busshållplatsen, åka en hållplats och sedan gå tillbaka, så småningom åka in till centrum, vända och ta nästa buss hem och så vidare med stegring av svårighetsgrad och utmaning. Eftersom vi jobbar i team, så sköter sjukgymnasten träningen av ork, kondition, koordination, kroppskänedom mm. Vi tränar i själva aktiviteten men ofta i samarbete med exempelvis KBT som en sjuksköterska eller kurator kan jobba med parallellt. Ibland kan det också vara så att olika yrkeskategorier jobbar med helt olika mål som individen valt. Varje yrkeskategori dokumenterar för sig i datajournal.

Arbetsterapeutyrket är väldigt roligt och bekräftande. Jag kan visa möjligheterna i det som finns kvar och det som påtagligt går att förbättra. Kvar att önska är väl att primärvård och kommunal psykiatri skulle utvecklas mer när det gäller rehabilitering för personer med psykiskt funktionshinder.” (svar från arbetsterapeut i landstingsregi)

Kommunbaserad verksamhet.

Exempel på svar från arbetsterapeut i kommunpsykiatri (medelstor kommun inklusive projekt i närliggande kommuner):

”Vi är två arbetsterapeuter som arbetar i ett projekt som sträcker sig över ett stort geografiskt område med fyra kommuner och kommer därför att svara på frågorna utifrån hur det ser ut i hela området. Det är ett nystartat samverkansprojekt mellan dessa kommuner och landstinget, så under projekttiden är vi egentligen anställda av alla fyra kommunerna samt landstinget.

För dessa fyra kommuner finns endast två arbetsterapeuter anställda inom socialpsykiatri/kommunen. Båda har sin grundanställning på en verksamhet med inriktning mot arbetsrehabilitering. Det finns inte heller några arbetsterapeuter anställda inom landstinget förutom en på Neuropsykiatriska utredningsenheten som enbart gör utredningar.

Samarbetet med övrig personal fungerar relativt bra men det finns mycket vi kan göra för att det ska fungera bättre. Eftersom arbetsterapeuter är en helt ny yrkesgrupp för all personal i de olika verksamheterna och det inte har funnits några arbetsterapeuter anställda på många år i området, så vet man inte så mycket om vad de kan använda oss till. Då vi är projektanställda så ställs vårt arbete på sin spets på gott och på ont. Vi har

lite svårt att komma in i de olika arbetsgrupperna. Vi hoppas på en bättring till hösten då vi har delat upp området i två delar och ska försöka vara lite mer på plats i de olika personalgrupperna både bland kommunens boendestödjare och på öppenvårdsmottagningarna. I området finns fem boendestödsgrupper och två öppenvårdsgrupper.

I projektet arbetar vi främst med 20 personer som har ett omfattande behov av stöd och hjälp i hemmet. Personal från antingen boendestöd eller öppenvården tar kontakt med oss angående personer som har svårt att få vardagen och hemmet att fungera och som även är motiverad av att få hjälp av oss. Målsättningen är att personerna ska uppleva att de känner sig mer självständiga, trygga och delaktiga i sin vardag med fokus på hemmet. Vi träffar den eventuella deltagaren i projektet tillsammans med personal från bostöd och/eller landsting för ett första möte, då vi informerar om vilka vi är och vad vi kanske kan hjälpa till med. Vi fortsätter vårt arbete med personen endera i samarbete med annan personal eller enbart med deltagaren beroende på hur dennes situation ser ut. Vi gör en självskattning enligt COPM och utifrån det arbetar vi med de områden som personen valt ut att vi ska arbeta med. Vi arbetar en del med kognitiva hjälpmedel för att kompensera funktionshindret. Ibland använder vi även "koll på vardagen"-programmen som är gjorda på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Detta följs upp och utvärderas efter hand. Arbetet med deltagaren sker kontinuerligt och övrig personal informeras. Vi möter brukarna i deras hem.

I projektet har vi fått en budget på 200 000 kr som vi kan köpa hjälpmedel för och som vi sedan lånar ut till de olika brukarna. Tidigare har denna målgrupp ej haft tillgång till kognitiva hjälpmedel. Det beror dels på okunskap bland baspersonal inom psykiatrin då de ej har haft kunskap om att hjälpmedel kan användas för denna målgrupp och de har ej vänt sig till primärvårdens arbetsterapeuter och frågat. Inom primärvården finns det inte heller någon direkt kunskap om de funktionshinder som följer en psykisk sjukdom och om dessa personer någon gång har frågat efter ett hjälpmedel så kommer de först i prioriteringslistan. Vi har därför inom projektets ramar fått möjlighet att prova en hel del hjälpmedel, även bolltäckan har lånats ut med bra resultat. En målsättning vid projektets slut är att det ska vara utrett vart personer med psykiska funktionshinder ska kunna vända sig för att få träffa arbetsterapeut och få möjlighet att få hjälpmedel. Detta är inte någon självklarhet idag.

Idealet vore att fler arbetsterapeuter skulle anställas för att täcka behoven. Öppenvården, slutenvården, boendestödsgruppen och biståndshandläggarna borde ha tillgång till en arbetsterapeut och brukarna borde ha möjlighet att få en arbetsterapeutisk bedömning. Det är viktigt att man ser personen som en helhet och att all personal som arbetar med personen strävar mot samma mål som främjar återhämtningen. Detta mål ska därför vara utformat efter brukarens/patientens behov och önskemål! Viktigt är också att vårdkedjan fungerar och att personal från kommun och landsting har ett väl fungerande samarbete som inte är "personbundet" utan ska fungera oavsett vilken personal som arbetar på de olika instanserna, vilket är en organisatorisk fråga.

I vårt projektområde arbetas det nu fram en "återhämtningsplan" för varje brukare där alla som arbetar med personen (representanter för landsting, kommun och anhöriga) träffas. Tillsammans med brukaren utformas en plan för att främja återhämtningen. Denna plan ersätter de olika planerna som görs i både kommun och landsting. Syftet är att alla parter ska vara medvetna om brukarens behov och intressen och att alla är medvetna om vilket

mål vi ska arbeta mot. Vi vet då även vilka som arbetar med personen, vilket underlättar samarbetet. Då det har framkommit att personalen i boendestödet känner sig underlägsna landstingspersonalen är det boendestödjarna som är sammankallande i "återhämtningsmötet". Om detta fungerar som det ska, tror jag att det är ett bra rehabiliteringsideal att sträva efter. Både rehabiliteringsbiten och omvårdnadsbiten tas med och det viktigaste är att brukarens/patientens önskemål sätts i centrum! (svar från arbetsterapeut i kommunpsykiatri och samverkansprojekt)

Två goda exempel:

Nytänkande i en primärvårdsenhet Umeå

Vid en vårdcentral i en av Umeås stadsdelar, Mariehems VC, finns arbetsterapeuterna Helen Svedlund och Kerstin Eliasson. De ger följande bild:

Vi har medvetet satsat på att öppna och bredda våra insatser från det traditionella arbetet med fysiska problem till att även inrymma psykiatriska och psykosociala problem. Arbetsterapeuter i primärvård kontaktas vanligtvis och förväntas jobba med hjälpmedel och bostadsanpassningar, ofta korta insatser och för det mesta kompensatoriska. Vi har, tack vare att vi är två, kunnat fokusera även på annat. Kerstin har inriktat sig mot äldre och däri bland annat mött några med långvarig psykosproblematik. Helen har fokuserat yngre, vilket inneburit nästan uteslutande psykiatriska och psykosociala problem som långvarig depression, smärtproblematik med biopsykosocial förklaring och stressrelaterade problem. Vi har, som komplement till våra arbetsterapeututbildningar, gått kurs i kognitivt förhållningssätt. Helen har även gått kognitiva grundkurser och kurser om mindfulness.

En ny patientkontakt inleds oftast med intervju kring vardagens aktiviteter och hur personen upplever hinder och svårigheter i vardagsaktiviteter. Instrumentet COPM fungerar bra i detta skede och vanligtvis ägnas de två första träffarna till det. Helen upplever att dessa samtal både har en utredande och terapeutisk karaktär; någon lyssnar och frågar efter konkreta problem i vardagen. Enligt Helen har patienten ofta ett mycket stort behov av att prata om hur de klarar olika aktiviteter i vardagen eftersom andra yrkesgrupper inte har fokus på just det. Därefter planeras åtgärder. Det kan vara aktivitetsträning i direkta problemaktiviteter eller skapande aktiviteter. Hjälpmedel kan provas ut och ibland är bostadsanpassning aktuellt. KBT blir ofta aktuellt vid åtgärder med aktivitetsträning. Helen har även sedan flera år tillbaka erbjudit bildterapi i grupp för kvinnor med psykosociala problem. Dagbok används ibland som komplement i rehabiliteringen. Helen kan då till exempel säga: "skriv för varje dag kortfattat ned vad du gör; exempelvis stiger upp, borstar tänderna med mera och hur du mår i själ och kropp, kopplat till vad du gör".

Ett problem som Helen upplever i samband med hjälpmedel är att det ofta är andra som bedömt och kommit fram till åtgärdsförslag, till exempel Råd- och stöd, medan distriktsarbetsterapeuten (DAT) ombeds skriva under vid utprovning och förskrivning av hjälpmedel. Helen önskar att det vore samma person som kunde fullfölja hela processen. Ett annat problem är att biståndsbeslut fattas utifrån för vaga grunder och för få perspektiv. Ytterligare ett problem är att när DAT blir kontaktade av baspersonal i

kommunpsykiatri, handlar det om avgränsade beställningar, exempelvis en duschpall. Arbetsterapeuter kontaktas mycket sällan eller aldrig i samband med upprättande eller uppföljning av rehabiliteringsplan, vilket innebär att arbetsterapeutisk kompetens inte utnyttjas, varken vid utredning eller vid åtgärder i samband med rehabilitering. Kerstin upplever vidare att förskrivning av kognitiva hjälpmedel underutnyttjas men börjar trots allt bli mer och mer vanligt.

Vid Mariehems VC finns även en särskild psykiatrisjuksköterska anställd, vilket slagit väl ut.

Hög kompetens i Jönköpings kommun

Malin Forsén, leg. Arbetsterapeut vid socialtjänsten i Jönköpings kommun ger följande beskrivning:

Organisation av arbetsterapeuter inom Verksamheten för psykiskt och fysiskt funktionshindrade i Jönköpings Kommun

Jönköping har en sammanhållen socialtjänst som bygger på helhetstänkande och flexibilitet. Det finns fyra funktioner: Individ- och familjeomsorg, Äldreomsorg, Omsorgsfunktionen och Verksamheten för psykiskt och fysiskt funktionshindrade.

Verksamheten för psykiskt och fysiskt funktionshindrade, den del som riktar sig till personer med psykiska funktionshinder, har idag fem boendestödsteam, fyra träffpunkter, 11 boenden och nio arbetslivsinriktade dagliga verksamheter. Dessutom finns det enheter med myndighetsutövare, rehabiliteringsverksamhet, personliga ombud, personer anställda som gode män/förvaltare och sjuksköterskor. Funktionen har valt att arbeta integrerat, vilket innebär att en enhetschef ansvarar för ett geografiskt område där det finns boendestödsteam, boende och träffpunkt, för att individanpassa stödet till individen och underlätta samarbete mellan personalen inom de olika verksamheterna. Idag finns det fem integrerade enheter. De övriga enheterna är bland annat arbetslivsinriktad daglig verksamhet, boende med omvårdnadsinriktning samt resursenheter.

Inom vår funktion, verksamheten för psykiskt och fysiskt funktionshindrade, har man valt att arbeta efter en strategi som innebär att inte bygga fler boenden utan istället försöka tillgodose individens behov i hemmiljön. För att klara det har funktionen valt att anställa personer med högskoleutbildning som arbetar inom alla områden i våra verksamheter. Den största gruppen högskoleutbildade är i dagsläget arbetsterapeuter men det arbetar även socialpedagoger, socionomer och fritidspedagoger inom de olika verksamheterna. Tanken är att antalet personer med högskoleutbildning skall uppgå till 30 % av funktionens anställda.

För att kunna möta upp mot behoven har funktionen genomfört en brukarinventering för tredje gången, (1996, 2001, 2006). I funktionen är vi idag ungefär 25 arbetsterapeuter anställda för att motsvara behoven och vi arbetar inom dagliga verksamheter, boenden och boendestödsteam. Vi fungerar även som kontaktmän i verksamheterna. Se rollbeskrivningen:

Rollbeskrivning för arbetsterapeuter

Att arbeta som arbetsterapeut inom verksamheter för psykiskt och fysiskt funktionshindrade innebär att förekommande arbetsuppgifter utförs på arbetsplatsen. Att ingå i arbetslaget och även ha kontaktmannaskap för klienter är självklara arbetsuppgifter. Dessutom har arbetsterapeuten i arbetslaget ansvar för specifika arbetsterapeutiska insatser.

Arbetsterapeutiska insatser innebär att

- ansvara för att arbetsterapeutiska utredningar/bedömningar genomförs, fastställa mål för åtgärder samt utvärdera dessa
- träna ADL-funktioner hos klienter
- arbeta för att klienter skall utveckla/vidmakthålla sina psykiska, fysiska, sociala och intellektuella förutsättningar och förmågor
- delta i vård- och planeringsmöten tillsammans med berörd personal vid ny klientkontakt
- informera, instruera och handleda klienter, deras närstående och övriga i personalgruppen
- hjälpmedelsansvarig arbetsterapeut ansvarar för hjälpmedelsutprovning och uppföljning, dessa konsulteras när behov uppstår för klienter i särskilt boende
- dokumentera enligt gällande riktlinjer
- informera sig om och använda relevant kunskap som dokumenterats från utvecklingsarbete och forskning inom arbetsterapi och aktivitet
- svara för arbetsterapeutisk metod- och kvalitetsutveckling
- handleda arbetsterapeutstuderande
- ingå i ett nätverk tillsammans med övriga arbetsterapeuter inom verksamheten

Kontaktmannens funktion är

- att bygga en nära relation som är grunden för allt förändringsarbete - att alltid finnas bredvid men inte framför
- att ge stöd och hjälp i vardagen
- att bryta isolering
- att verka för gemenskap
- att öka individens självständighet, förlänga individens funktioner, öka livskvaliteten
- att ansvara för att en arbetsplan upprättas, genomförs och utvärderas
- att verka för rehabilitering/habilitering
- att stimulera till meningsfull fritid
- att vara informationsansvarig mot övriga som finns runt den funktionshindrade

I vårt kollegium är vi överens om att människor med allvarliga funktionshinder behöver någon som har den närmaste kontakten med dem. Med det menas någon som ägnar sig åt den enskildes behov av olika stödinsatser. Med kontaktman avses här den yrkesperson som har den närmaste kontakten med den fysiskt-/psykiskt funktionshindrade och som har det mest omfattande ansvaret för praktiska stöd- och hjälpinsatser. De personer som har omfattande behov av hjälp i det dagliga livet är i särskilt behov av en speciellt utsedd kontaktman, men behovet finns även hos personer med mindre fysiska och psykiska funktionshinder. Kontaktmannaskapet är inte knutet till någon speciell yrkeskategori, utan avgörande för vem som blir kontaktman bör om möjligt vara önskemål från den funktionshindrade. Kontaktmannens handlande och agerande är i många fall avgörande för att den funktionshindrade ska känna trygghet och

välbefinnande. Kontaktmannarelationen ska göra det möjligt för brukaren att bli en individ som så småningom kan klippa navelsträngen och lämna organisationen.

Eftersom vi arbetsterapeuter även fungerar som kontaktmän så ingår även den delen i vår rollbeskrivning! Hur man arbetar som arbetsterapeut skiljer sig lite mellan de olika integrerade enheterna men att vara en i arbetslaget är gemensamt för alla enheter. Vi arbetar nära individen i en för dem trygg miljö. Rollbeskrivningen är också gemensam och skriven av arbetsterapeuter som arbetar inom olika verksamheter. Vi ska dock försöka revidera den under hösten 2007.

Under de senaste åren har vi blivit allt fler arbetsterapeuter och vi har fått större möjlighet att aktivt delta i utveckling av de olika verksamheterna. Vi har försökt att träffas i mindre grupper, de arbetsterapeuter som arbetar inom boendestödsteam för sig, de inom boende för sig och de som arbetar med daglig verksamhet för sig, för att stötta och sporra varandra. Dessutom försöker vi samarbeta inom våra integrerade enheter. Förutom det har vi gemensamma nätverksträffar med varandra inom funktionen men även med de arbetsterapeuter som arbetar inom landstingspsykiatri i Jönköpings sjukvårdsområde. Det finns även ett regionalt nätverk för arbetsterapeuter inom kommun- och landstingspsykiatri i Jönköpings län.

(Malin Forsén, leg. Arbetsterapeut)

Publikationer och pågående forskning

Ett stort spektra av kliniska utvecklingsarbeten och vetenskapliga arbeten finns publicerade inom svensk arbetsterapi. Flertalet universitet, FOU-enheter, landsting och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) har exempelvis uppsatser, rapporter och arbetsterapiprogram publicerade på sina respektive websidor. I föreliggande rapport presenteras ett urval av aktuella publikationer inom området.

Pågående forskning och utveckling inom arbetsterapi

Publicerade studier med relevans för arbetsterapi inom psykiatri återfinns via databaser.

Efter förfrågan angående publikationslistor från personer i Sverige som bedriver forskning inom arbetsterapi/psykiatri/aktivitet och delaktighet i dagligt liv, har jag fått in ett begränsat antal publikationslistor som presenteras under **bilaga 2**.

Aktuell och pågående forskning med relevans inom arbetsterapi, psykiatri och vardagsaktiviteter eller vidrörande områden, återfinns även på universitetens/högskolornas hemsidor, vid respektive utbildningsorter till arbetsterapeut:

- Luleå tekniska högskola, institutionen för hälsovetenskap, arbetsterapi, <http://www.hv.luth.se>
- Umeå universitet, institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, enheten arbetsterapi, <http://www.umu.se/communitymedicine/at>
- Karolinska institutet medicinskt universitet Stockholm, institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för arbetsterapi, <http://www.ki.se/cnsf/occther/index.htm>

- Örebro universitet, hälsovetenskapliga institutionen, institutionen för vårdvetenskap och omsorg, <http://www.oru.se/hi>
- Hälsouniversitetet Linköping/Norrköping, INR, avdelningen för arbetsterapi, <http://www.hu.liu.se/arbetsterapeut/huvudsida>
- Högskolan i Jönköping, Hälsohögskolan, <http://www.hhj.hj.se>
- Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien, <http://www.sahlgrenska.gu.se>
- Lunds universitet, medicinska fakulteten, institutionen för hälsa, vård och samhälle, sektionen för arbetsterapi, <http://www.arb.lu.se>

Via Vårdalinstitutets hemsida: www.vardal.se, återfinns också beskrivning av pågående studier i området.

Avhandlingar

Ett hundratal avhandlingar av svenska arbetsterapeuter finns hittills publicerade. Samtliga kan vara intressanta för arbetsterapeuter i något avseende ur yrkes- och ämnesperspektiv. Nedan presenteras emellertid avhandlingar för doktorsexamen, med särskilt fokus på arbetsterapi och psykiatri:

Bejerholm, U. (2007). *Occupational Perspectives on Health in People with Schizophrenia – Time use, Occupational Engagement and Instrument Development*. (avhandling för doktorsexamen, Lund universitet)

Eklund, M. (1996). *Occupational group therapy in a psychiatric day care unit for long-term mentally ill patients*. (avhandling för doktorsexamen, Lund universitet)

Gahnström-Strandqvist, K. (2003). *Rehabilitation in a Changing Context – Responses, Difficulties and Competence from the View of Occupational Therapists and Clients. Consequences of the Ideological and Organisational Changes in Psychiatry*. (avhandling för doktorsexamen, Karolinska institutet)

Haglund, L. (1997). *Occupational therapy assessment in general psychiatric care*. (avhandling för doktorsexamen, Linköping universitet)

Ivarsson, A-B. (2002). *Occupational Performance in Individuals with Severe Mental Disorders. Assessment and Family Burden*. (avhandling för doktorsexamen, Uppsala universitet)

Lindstedt, H. (2006). *Daily occupations in mentally disordered offenders in Sweden: exploring occupational performance and social participating*. (avhandling för doktorsexamen, Uppsala universitet)

Kliniska utvecklingsarbeten och arbetsterapiprogram

Arbetsterapiprogram innebär ett strukturerat sätt att arbeta med vissa patientgrupper. En del landsting har valt generella arbetsterapiprogram, exempelvis:

- Generellt arbetsterapiprogram för Kiruna slutenvård och primärvård (www.nll.se)

Andra landsting har utvecklat specifika arbetsterapiprogram för olika målgrupper och syften, exempelvis Landstinget i Jönköpings län (www.lj.se/arbetsterapi):

- Depressiva tillstånd, Värnamo sjukvårdsområde

- Arbetsterapeutisk utredning av aktivitetsförmåga hos patienter inom psykosvården
- Utredning av aktivitetsförmåga riktad mot arbete/sysselsättning
- Utredning/utprovning av datorbaserat kommunikationshjälpmedel
- Rehabilitering av aktivitetsförmåga riktad mot arbete/sysselsättning

Hjälpmedelsinstitutet

Via Hjälpmedelsinstitutets hemsida, www.hi.se, tillhandahålles exempelvis guide för förskrivning av hjälpmedel, produktbeskrivningar och ett stort antal publikationer. Rapportserien om Humanteknik, med fokus på pedagogik och hjälpmedel som stöd vid psykiskt funktionshinder, är särskilt intressant att lyfta fram.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA)

FSA har under åren gett ut skrifter som beskriver arbetsterapi i olika verksamhetsfält.

Den senaste med psykiatrisk inriktning är:

FSA. (2005). *Arbetsterapi inom psykiatri*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Via FSAs hemsida, <http://www.fsa.akademikerhuset.se/>, återfinns även en utvecklings- och uppsatsbank med utvecklingsprojekt, arbetsterapiprogram och uppsatser.

Alla medlemmar i FSA erhåller också den vetenskapliga tidskriften Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SJOT) i sitt medlemskap.

Läroböcker

Ett axplock läroböcker utgivna av arbetsterapeuter med inriktning mot psykiatri, presenteras nedan:

Alenfelt, G. (1999). *Den egna kraften. Handlingsinriktad psykiatrisk rehabilitering; En psykosocial rehabiliteringsmodell för människor med psykiska funktionshinder*. Borgå.

Gamborg, G. (1994). *Spår som slingrar sig samman: aktivitetsproblem och arbetsterapi inom psykiatri*. Lund: BookLund.

SLUTSATSER

Arbetsterapi är ett omfångsrikt ämne och verksamhetsområde, vilket gör det komplext att beskriva i enkla termer. Översikten visar en stor spridning av teoretisk, metodologisk, praktisk och organisatorisk karaktär. Inga egentliga slutsatser kan dock dras mot bakgrund av rapportens begränsade underlag. Gemensamt är att flertalet arbetsterapeuter genomför utredning med standardiserade bedömningsinstrument och använder aktivitet i ett terapeutiskt syfte. Meningsfullhet i aktiviteterna uttalas också av en övervägande del. Tendenser tyder på att landstingsanställda arbetsterapeuter inom psykiatri generellt har utvecklat tydligare kompetensbeskrivningar och i större utsträckning arbetar enligt en bestämd referensram och arbetsterapiprocess än arbetsterapeuter inom kommunal psykiatri. En möjlig tolkning är att det kan bero på olika förutsättningar i organisation och att arbetsterapi i kommunal psykiatri fortfarande är en relativt ny funktion.

I kommunal organisation råder i överlag generalistideal i stället för specifika professioner med metoder grundade inom sitt ämnes- och yrkesområde, vilket gör att arbetsterapeutkompetensen inte utnyttjas fullt ut i flera kommuner. Om rehabilitering ska lyckas i kommunpsykiatriska verksamheter bör ett rehabiliterande förhållningssätt tillämpas genomgående av alla involverade professioner eller personalgrupper. En översyn av kompetens bör också göras, för tydlighet i uppdrag och samverkan mellan olika yrkesgrupper.

Exemplet från primärvård visar en positiv utveckling av en traditionellt styrd roll. Distriktsarbetsterapeuter utgör en viktig länk i rehabiliteringskedjan och deras ansvarsområde bör i allmänhet utvidgas, särskilt mot det psykiatriska fältet. Exemplet Jönköpings kommun visar en medveten och långsiktig satsning på personer med hög kompetens och tydligt formulerade rollbeskrivningar med utgångspunkt i lagarbete. Det kan dock diskuteras om det är lämpligt ur brukarperspektiv att förena exempelvis arbetsterapeutfunktion med kontaktmannaskap eller om det kan riskera rollförvirring. Exempel från andra verksamheter tyder på det senare. I stort ger de två utmärkande exemplen inspirerande nytänk.

Att arbeta enligt en bestämd arbetsterapiprocess där dokumentation sker av utgångsläge, mål, åtgärder och resultat, säkerställer en miniminivå av utförda åtgärder. För att tydliggöra rollbeskrivning utåt och möjliggöra en systematisk utvärdering är det viktigt att arbeta enligt en arbetsterapiprocess. Arbetsterapeuten har god kompetens att vägleda individer från problem till möjligheter i aktivitet och delaktighet, som de önskar att delta i. Det utförs viktiga och nödvändiga insatser men det brister i att redovisa det uppnådda resultatet. Tydlig dokumentation är en nödvändighet för att visa om gjorda insatser haft effekt eller ej.

FSAs kvalitetspolicy (FSA, 2004) utgör grund för en ständig förbättring av den arbetsterapeutiska verksamheten, med exempelvis indikatorer för arbetsterapiprogram och verksamhetsplan med mätbara mål. Ett annat exempel är den sammanställning av arbetsterapeutiska begrepp som återfinns i ARTUR journalstruktur, baserad på terminologin i GÅRDA.

Kommuner och landsting arbetar under stark ekonomisk press. Det innebär att det är *än* viktigare att använda resurserna på rätt sätt. Personalen är den främsta resursen. Personalen är också den närmsta länken till brukare/patienter. Då fordras god organisation, rätt användande av kompetens, rimliga förutsättningar i arbetsbelastning, strukturerade former för samverkan, förutsättningar att utvecklas i sin profession samt motivation att utföra ett gott arbete.

Från brukarråd poängteras att alla har rätt till rehabilitering, även människor som står utanför arbetsmarknaden. Rehabilitering och habilitering är en långsiktig process som måste omfatta alla människor som har behov av rehabiliterande och habiliterande insatser, oavsett ålder, kön och funktionshinder. Personer med psykiskt funktionshinder erhåller idag inte rehabiliteringsinsatser i tillräcklig utsträckning för att kunna leva och bo enligt Socialtjänstlagens och Psykiatrireformens intentioner. En prioritering av rehabilitering borde med rätta komma nu!

REFERENSER

- Anthony, W. (2007). *Psykiatrisk rehabilitering* (B. Lindqvist övers.). Halmstad: Landstinget Halland.
- Bejerholm, U. & Eklund, M. (2004). Time use and occupational performance among persons with schizophrenia. *Occupational Therapy in mental Health* 20(1): 27-47.
- Bejerholm, U. & Eklund, M. (2006). Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. *Occupational Therapy International* 13(2): 100-121.
- Fisher, A. G. (2006). *A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Occupational Therapy Interventions*. (Umeå Universitet, Inst. för samhällsmedicin och rehabilitering, arbetsterapi, 901 87 UMEÅ).
- FSA. (2004). *FSA:s kvalitetspolicy*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- FSA. (2005a). *Arbetsterapi inom psykiatri*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- FSA. (2005b). *Etisk kod för arbetsterapeuter: Antagen av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktige 1992 och reviderad 2004*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Gahnström-Strandqvist, K. (2003). *Rehabilitation in a Changing Context – Responses, Difficulties and Competence from the View of Occupational Therapists and Clients. Consequences of the Ideological and Organisational Changes in Psychiatry*. (avhandling för doktorexamen, Karolinska institutet).
- Hagedorn, R. (1997). *Foundations for practice in Occupational Therapy*. (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Holm, M. B. (2000). Our mandate for the new millennium: Evidence-based practice, 2000 Eleanor Clarke Slagle lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 575-585.
- Ivarsson, A-B. (2002). *Occupational Performance in Individuals with Severe Mental Disorders. Assessment and Family Burden*. (avhandling för doktorexamen, Uppsala universitet).
- Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation*. (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
- Lindqvist, R. (2000). *Att sätta gränser. Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. Umeå: Boreá.

Lindström, M. (2007). *Vardagslivets Rehabilitering –Del A: Modellverksamhet för rehabilitering inom socialpsykiatri. Pilotprojekt i svensk kommun med modellverksamhet baserad på OTIPM*. Rapport från Umeå universitet, enheten för arbetsterapi.

Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatrireformen – bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Akademisk avhandling. Umeå: Boréa.

Mosey, A.C. (1981). *Occupational Therapy: Configuration of a profession*. New York: Raven Press.

Nationell psykiatrisamordning. Rapport 2006:1. *I begynnelsen var organisationen... Rehabilitering till arbete för personer med psykiska funktionshinder – hinder och möjligheter*. Delrapport från Nationell psykiatrisamordning.

Nationell psykiatrisamordning. Rapport 2006:5. *Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder*. Delrapport från Nationell psykiatrisamordning.

Nationell psykiatrisamordning. Rapport 2006:7. *Det finns mer än man tror. En kartläggning av sysselsättningsverksamheter för personer med psykiskt funktionshinder i ett antal svenska kommuner våren 2006*. Delrapport från Nationell psykiatrisamordning.

Pelland, M.J. (1987). A Conceptual Model for the Instruction and Supervision of Treatment Planning. *American Journal of Occupational Therapy* 41(6): 351-359.

Shimitras, L., Fossey, E. & Harvey, C. (2003). Time use of people living with Schizophrenia in a north London catchment area. *British Journal of Occupational Therapy* 66:46-54.

Socialstyrelsen. (1999). *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen och Länsstyrelserna. (2005). *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar*. Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande. (www.sou.gov.se, Fritzes kundtjänst, 106 47 STOCKHOLM).

Topor, A. (2004). *Vad hjälper?: vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och kultur.

Townsend, E.A. & Polatajko, H.J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing An Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice Through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Yerxa, E.J. (1998). Health and the human spirit for occupation. *The American Journal of Occupational Therapy* 52: 412-418.

BILAGOR

Bilaga 1

Frågeområden kartläggning arbetsterapi i psykiatri/kommunpsykiatri

Hur är rehabilitering generellt och arbetsterapi specifikt organiserat när det gäller psykiatri i din kommun/landsting?

Var finns du i organisationen? I vilken slags verksamhet arbetar du?

Hur ser ditt samarbete med övrig personal ut?

Hur jobbar du som arbetsterapeut? Beskriv ditt arbetssätt!

I vilka miljöer möter du brukare/patienter?

Använder du någon särskild metod/instrument/modell/process/teoretisk grund?

Hur och vad dokumenterar du?

Ge ett ex på ett fall och tillvägagångssätt i stora drag!

Hur tycker du att rehabilitering idealt skulle se ut i psykiatri inom och mellan olika organisationer?

Publikationslistor (Mona Eklund, Lena Haglund, Ann-Britt Ivarsson)

Publikationer arbetsterapi – psykiatri, Mona Eklund, Lunds universitet och Malmö högskola

Originalpublikationer:

1. Eklund, M., & Hansson, L. (1995). Features of the ward atmosphere in a psychiatric day care unit based on occupational therapy. A comparative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2, 76-84.
2. Eklund, M., & Hansson, L. (1996). The ward atmosphere of a psychiatric day care unit on the basis of occupational therapy: Characteristics and development during a five-year period. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 117-125.
3. Eklund, M. (1996). Working relationship, participation, and outcome in a psychiatric day care unit based on occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 3, 106-113.
4. Eklund, M. (1996). Patient experiences and outcome of treatment in psychiatric occupational therapy - three cases. *Occupational Therapy International*, 3, 138-165.
5. Eklund, M. (1997). Therapeutic factors in occupational group therapy identified by patients discharged from a psychiatric day center and their significant others. *Occupational Therapy International*, 4, 198-212.
6. Eklund, M., & Hansson, L. (1997). Relationships between characteristics of the ward atmosphere and treatment outcome in a psychiatric day care unit based on occupational therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 329-335.
7. Eklund, M., & Hansson, L. (1997). Stability of improvement in patients receiving psychiatric occupational therapy: A 1-year follow-up. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 4, 15-22.
8. Eklund, M., & Hansson, L. (1998). Subjectively and independently assessed quality of life for the long-term mentally ill. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 285-294.
9. Eklund, M. (1999). Outcome of occupational therapy in a psychiatric day care unit for long-term mentally ill patients. *Occupational Therapy in Mental Health*, 14(4) 21-45.
10. Eklund, M., & Hallberg, I. R. (1999). The work situation of psychiatric occupational therapists in Sweden – Differences between county-council and municipality employees. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 147-155.
11. Eklund, M., & Nilsson, A. (1999). Changes in object relations in long-term mentally ill patients treated in a psychiatric day-care unit. *Psychotherapy Research*, 9, 167-183.
12. Eklund, M. (2000). Applying object relations theory to psychosocial occupational therapy: Empirical and theoretical considerations. *Occupational Therapy in Mental Health*, 15(1), 1-26.
13. Eklund, M., & Hallberg, I. R. (2000). Factors influencing job satisfaction among Swedish occupational therapists in psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 162-171.
14. Eklund, M., & Hallberg, I. R. (2001). Psychiatric occupational therapists' verbal interaction with their clients. *Occupational Therapy International*, 8, 1-16.
15. Eklund, M., Hansson, L., & Bejerholm, U. (2001). Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 79-85.
16. Eklund, M. & Hansson, L. (2001). Perceptions of the real and the ideal ward atmosphere among trainees and staff before and after the introduction of a new work rehabilitation model. *European Psychiatry*, 16, 299-306.

17. Eklund, M. & Hansson, L. (2001). Ward atmosphere, client satisfaction, and client motivation in a psychiatric work rehabilitation unit. *Community Mental Health Journal*, 37, 169-177.
18. Hansson, L, Eklund, M, & Bengtsson-Tops, A. (2001). The relationship of personality dimensions as measured by the TCI and quality of life in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. *Quality of Life Research*, 10, 133-139.
19. Eklund, M. (2001). Psychiatric patients' occupational roles: Changes over time and associations with self-rated quality of life. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 125-130.
20. Stenbeck, B., Eklund, M., & Hallberg, I. R. (2001). The domain of concern of Swedish occupational therapists working in psychiatric care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 184-192.
21. Eklund, M., & Hansson, L. (2001). Determinants of satisfaction with community based psychiatric services: A cross-sectional study among schizophrenia outpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 413-418.
22. Eklund, M. (2002). Explicit and implicit methods in psychosocial occupational therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2), 3-15.
23. Eklund, M., Bäckström, M., & Hansson, L. (2003). Personality and self-variables: Important determinants of subjective quality of life in schizophrenia outpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 134-143.
24. Eklund, M., Rottper, J., & Vikström, F. (2003). The meaning of psychosocial occupational therapy in a life-story perspective. A long-term follow-up of three cases. *Occupational Therapy International*, 10, 185-205.
25. Eklund, M., Erlandsson, L-K., & Persson, D. (2003). Occupational value among individuals with long-term mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70, 276-284.
26. Eklund, M., Hansson, L., & Bengtsson-Tops, A. (2004). The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *European Psychiatry*, 19, 34-41.
27. Bejerholm, U., & Eklund, M. (2004). Time-use and occupational performance among persons with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 20(1), 27-47.
28. Eklund, M., Hansson, L., & Ahlqvist, C. (2004). The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 465-477.
29. Eklund, M. (2004). Satisfaction with Daily Occupations – a tool for client evaluation in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11, 136-142.
30. Eklund, M., & Bäckström, M. (2005). A model of subjective quality of life for outpatients with schizophrenia and other psychoses. *Quality of Life Research*, 14, 1157-1168.
31. Bejerholm, U., Hansson, L., & Eklund, M. (2006). Profiles of occupational engagement among people with schizophrenia: Instrument development, content validity, inter-rater reliability, and internal consistency. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, 58-68.
32. Eklund, M., & Sandqvist, G. (2006). Psychometric properties of the Satisfaction with Daily Occupations (SDO) instrument and the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) in people with scleroderma and without known illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13, 23-30.
33. Bejerholm, & Eklund, M. (2006). Construct validity of a newly-developed instrument, Profiles of Occupational Engagement in Persons with Schizophrenia, POES. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 200-206.
34. Bejerholm, U., & Eklund, M. (2006). Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. *Occupational Therapy International*, 13, 100-121.
35. Eklund, M. (2006). Occupational factors and characteristics of the social network in people with persistent mental illness. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 587-594.

36. Leufstadius, C., Erlandsson, L-K., & Eklund, M. (2006). Time use and daily rhythm in people with persistent mental illness. Relationships to health-related variables and social interaction. *Occupational Therapy International*, 13, 123-141.
37. Gunnarsson, A. B., Jansson, J-Å., & Eklund, M. (2006). The Tree Theme method in psychosocial occupational therapy – a case study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13, 229-240.
38. Eklund, M., & Bäckström, M. (2006). The role of perceived control for the perception of health by patients with persistent mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13, 249-256.
39. Bejerholm, U., & Eklund, M. (2007). Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life in persons with schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 21-31.
40. Eklund, M., & Gunnarsson, A. B. (2007). Satisfaction with Daily Occupations (SDO): Construct validity and test-retest reliability of a screening tool for people with mental disorders. *Australian Occupational of Therapy Journal*, 54, 59-65.
41. Eklund, M., & Bejerholm, U. (2007). Temperament, character, and self-esteem in relation to occupational performance in people with schizophrenia. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27, 52-58.
42. Eklund, M., Lindstedt, H. & Bengtsson-Tops, A. (in press). Construct and discriminant validity and dimensionality of the Interview Schedule for Social Interaction (ISSI) in three psychiatric samples. *Nordic Journal of Psychiatry*, .
43. Eklund, M., & Hansson, L. (in press). Social network among people with persistent mental illness: Associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. *International Journal of Social Psychiatry*.
44. Eklund, M., & Leufstadius, C. (in press). Occupational factors and aspects of health and wellbeing in individuals with persistent mental illness living in the community. *Canadian Journal of Occupational Therapy*.
45. Eklund, M. (in press). Perceived control – How is it related to daily occupation in patients with mental illness living in the community? *American Journal of Occupational Therapy*.
46. Leufstadius, C., & Eklund, M. (in press). Time use among individuals with persistent mental illness - Identifying risk factors for imbalance in daily activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.
47. Kjellin, L., Cizinsky Sjö Dahl, R., & Eklund, M. (2006). *Activity based assessment (BIA) – inter-rater reliability and staff experiences*. Manuscript submitted for publication.
48. Eklund, M., Örnberg, L., Ekström, C., Jansson, B., & Kjellin, L. (2006). *Effects of an activity-based assessment in occupational therapy on client satisfaction and occupational performance: A randomised study*. Manuscript submitted for publication.
49. Gunnarsson, A. B., & Eklund, M. (2007). *The Tree Theme Method as an intervention in Psychosocial Occupational Therapy – a process-outcome study*. Manuscript submitted for publication.
50. Eklund, M., & Gunnarsson, A. B. (2007). *Content validity, discriminant validity and responsiveness of the Satisfaction with Daily Occupations (SDO) instrument: A screening tool for people with mental disorders*. Manuscript submitted for publication.

Övriga publikationer:

1. Eklund, M. & Ossiannilsson, E. Aktivitetsgrupp som behandlingsmetod: frigör okända resurser (del 1). *Arbetsterapeuten*. Nr 10. 4-6. 1986.
2. Eklund, M. & Ossiannilsson, E. Aktivitetsgrupp som behandlingsmetod: en lek som gör kommunikationen möjlig (del 2). *Arbetsterapeuten*. Nr 11. 13-16. 1986.
3. Eklund, M. & Ossiannilsson, E. (FoU-artikel) Aktivitetsgrupp - tillämpning av modell och teoretisk referensram. Del 1. *Arbetsterapeuten*. Nr 16. 8-10. 1989.
4. Eklund, M. & Ossiannilsson, E. (FoU-artikel) Aktivitetsgrupp - tillämpning av modell och teoretisk referensram. Del 2. *Arbetsterapeuten*. Nr 18. 14-17. 1989.

5. Eklund, M. *Psykodynamiska aspekter på arbetsterapeutiskt behandlingsarbete inom psykiatri* (FoU-rapport 1992:2). Lund: Vårdhögskolan Lund-Helsingborg. 1992.
6. Eklund, M. Direkt och indirekt arbetsterapi - två behandlingsstrategier inom psykiatrisk arbetsterapi. *Socialmedicinsk tidskrift*. 70. 358-362. 1993.
7. Eklund, M. *Occupational group therapy in a psychiatric day care unit for long-term mentally ill patients*. Doctoral dissertation, Lund University, Department of Psychology, Lund, Sweden. 1996.
8. Eklund, M. & Hansson, L. *Vårdmiljön på Borrgatans arbetsrehabilitering*. Rapport Psykologiska institutionen samt Institutionen för Psykiatri, Lunds Universitet. 1996.
9. Eklund, M & Hansson, L. *Vårdmiljöns betydelse för innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården*. Psykiatriuppföljningen 1997:10. Socialstyrelsen. 1997.
10. Eklund, M. Utvärdering av arbetsterapi vid en psykiatrisk dagvårdsenhet – Smörlyckan. *Ergoterapeuten*. 41(3). 12-17. 1998.
11. Eklund, M. Arbetsterapeuten och case management. I U. Malm, red., Case management. Evidensbaserad integrerad psykiatri. Lund: Studentlitteratur, 75-85. 2002.
12. Eklund, M. Rehabiliteringsenheten Smörlyckan – “omgärdat område med möjlighet till växt”. *Empati*. 14(2). 12-15. 2004.
13. Bejerholm, U., & Eklund, M. (2005). Vardagslivet. I D. Brunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med psykiska funktionshinder*, s. 103-122. Lund: Studentlitteratur.
14. Eklund, M., & Bejerholm, U. (2005). Vardagslivets rehabilitering. I D. Brunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med psykiska funktionshinder*, s. 205-217. Lund: Studentlitteratur.
15. Eklund, M., & Svensson, B. (2005). Behandlingsrelationens betydelse. I D. Brunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med psykiska funktionshinder*, s. 193-204. Lund: Studentlitteratur.
16. Hansson, L., & Eklund, M. (2005). Arbetsinriktad rehabilitering. I D. Brunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med psykiska funktionshinder*, s. 233-246. Lund: Studentlitteratur.
17. Eklund, M. (2006). Betydelsen av meningsfull sysselsättning. *Björkviksaktuellt*. 15(3). 2-4 2004.
18. Eklund, M. (in press). Subjective quality of life in relation to psychiatric rehabilitation and daily life. In M. S. Ritsner & A. G. Awad (Eds.), *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives for Research and Treatment*. Dordrecht: Springer.

Publikationer arbetsterapi – psykiatri, Lena Haglund, Linköping universitet

Förteckning över originalarbeten:

1. Dissertation: Haglund L. Occupational Therapy assessment in general psychiatric care. Faculty of Health Sciences, Linköping Universitet 1997.
2. Haglund L, Henriksson C. 1994. Testing a Swedish version of OCAIRS on two different patient groups. *Scand. J. Caring Sci.*, 8, 223-30.
3. Haglund L, Henriksson C. 1995. Activity - From action to activity. *Scand. J. Caring Sci.*, 9, 227-34.
4. Haglund L. 1996. Occupational therapists' agreement in screening patients in general psychiatric care for occupational therapy. *Scand. J. Occup. Ther.*, 3, 61-67.
5. Haglund L, Karlsson G, Kielhofner G, Shea Lai J. 1997. Validity of the Swedish version of the worker role interview. *Scand. J. Occup.*, 4, 23-29.
6. Haglund L, Thorell L-H, Wälinder J. 1998. Occupational functioning in relation to psychiatric diagnoses: schizophrenia and mood disorders. *Nord. J. Psychiatry*, 52/3, 223-229.

7. Haglund L, Thorell L-H, Wålinder, J. 1998. Assessment of occupational functioning for screening of patients to occupational therapy in general psychiatric care. *Occup. Ther. J. Res.*, 4, 193-206.
 8. Haglund L, Kjellberg A. 1999. A critical analysis of the Model of Human Occupation. *Can. J. Occup. Ther.*, 2, 102-108.
 9. Kielhofner G, Shei Lai J, Olson L, Haglund L, Ekbladh E, Hedlund M. 1999. Psychometric properties of the work environment impact scale: A cross-cultural study. *Work*, 12, 71-77.
 10. Shei Lai J, Haglund L, Kielhofner G. 1999. The Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale: An Examination of Construct Validity. *Scand. J. Caring Sci.*, 4, 267-273.
 11. Haglund L. 2000. Assessments in general psychiatric care. *Occ. Ther. in Mental Health*, 15 (2), 35-47.
 12. Haglund L, Ekbladh E, Rahm Hallberg I, Thorell L-H. 2000. Practice Models in Swedish Psychiatric Occupational Therapy. *Scand. J. Occup. Ther.*, 7, 107-113.
 13. Kjellberg A, Haglund L, Forsyth K, Kielhofner G. 2003. The measurement properties of the Swedish version of the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS). *Scand. J. Caring Sci.*, 17, 271-77
 14. Haglund L, Henriksson C. 2003. Concepts in occupational therapy in relation to ICF. *Occup Thera Intern.*, 10 (4), 253-68.
 15. Ekbladh E, Haglund L, Thorell L-H. 2004. The worker role interview –Preliminary data on the predictive validity of return to work of clients after an insurance medicine investigation. *J of Occup Reha*:14;131-141.
 16. Haglund L, Rahm Hallberg I, Omeragic M. 2004. Psychiatric Occupational Therapy Service - Quality assurance. *Nord. J. Psychiatry*. 58;403-407.
 17. Haglund L, Thorell L-H. 2004. Clinical perspective on the Swedish version of the assessment of communication and interactions skills (ASIC-S): Stability of assessments. *Scand. J. Caring Sci.*,18,417-423
 18. Brintnell S, Haglund L, Larsson Å, Piergrossi J. 2005. Occupational Therapy in Mental Health Today: A Survey and Some reflections. *WFOT Bulletin*. Vol 52, Nov:9-15
 19. Skärsäter I, Haglund L, Häggström L, Langius A. 2006. Functional status, quality of life, sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode major depressive patients. *Journal of Affective Disorders*. 91, (1), 76-77.
 20. Björk M, Thyberg I, Haglund L, Skogh T. 2006. Impact of early rheumatoid arthritis on hand function in women and men: a prospective study over three years (the Swedish TIRA project) arthritis. *Sc J Rheum*.35,15-19
 21. Forsyth K, Braveman B, Kielhofner G, Ekbladh E, Haglund L, Fenger K, Keller J. 2006. Psychometric Properties of the Worker Role Interview. *Work*, (27) 3, 313.318
- Submitted:**
22. Haglund L, Behrbom Fallsberg M, Eeg-Olofsson A-M. A follow up of an Occupational Therapy programme based on PBL.
 23. Kjellberg A, Haglund L. Client-driven approach when applying ICF.
 24. Larsson Å, Haglund L, Hagberg J-E. Occupational therapy concerning elderly and technology – a critical review
 25. Haglund L. How Occupational Therapists Conceive Their Professional Role in Mental Health
 26. Kåhlin I, Haglund L. How People with Learning Disabilities Perceive Psychosocial and Environmental Factors Related to their Work Situation

27. Daremo Å, Haglund L. Activity and participation in psychiatric institutional care

Böcker:

Kjellgren K, Ahlner J, Dahlgren L-O, Haglund L. Problembaserad inläring – erfarenheter från Hälsouniversitetet. Studentlitteratur, 1992. In Swedish

Haglund L. Arbetsterapeutisk bedömning inom psykiatrisk vård. FOU-rapport. FSA, 1999. In Swedish.

Kielhofner G, Forsyth K, Clay C, Ekbladh E, Haglund L, Hemmingsson H, Keponen R, Olson L. Talking with clients: Assessments that collect information through interviews. Chap 15 in Kielhofner G (ed). Model of human occupation, 3 ed. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Deshpande S, Kielhofner G, Henriksson C, Haglund L, Olsen L, Forsyth K. 2002. A user's manual for the Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale. University of Illinois at Chicago.

Socialstyrelsen, 2003. ICF Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Översättning och tillämpning av ICF. Ledamot i en av arbetsgrupperna.

L Haglund, Å Larsson: Illustrations from Workshops and Coursework in F Kronenberg, S Algado, N Pollard. Occupational Therapy without Borders. Learning from the Spirit of Survivors. Livingstone, Churchill. 2005

Andra publikationer efter disputation:

Haglund L, Lindström I-B. Arbetsterapeutens roll och funktion i framtidens psykiatriska vård. Vård, 3, 1997. In Swedish

Haglund L. Arbetsterapi inom psykiatrisk vård har blivit ett forskningsområde. Psykiatrifonden Informerar, Nr 2, 1998. In Swedish

Haglund L. Tankar kring arbetsterapi inom psykiatrisk vård. Tidningen Arbetsterapeuten, 9/2000. In Swedish

Ekbladh E, Haglund L. 2001. Employment situation for patients with bipolar and unipolar affective disorders – A case record study, Research report. Department of neuroscience and Locomotion, Section of Occupational Therapy.

Granlund M, Haglund L, Lewin B, Sandlund M. Att arbeta för delaktighet – praktisk tillämpning av ICF. Socialstyrelsen. 2003.

Haglund L, Lindh A. 2003. How to apply an Occupation Paradigm in a Problem Based Learning Curriculum. Rapport Arbetsterapeututbildningen, Hälsouniversitetet, Linköping Elektronisk Press Rapportserie 4

Haglund L, Sandqvist J. 2004. Hur kan vi behålla våra manliga studenter. Rapport Arbetsterapeututbildningen, Hälsouniversitetet, Linköping

Model of Human Occupation och relaterade instrument FSA:s websida, kontaktansvarig sedan 2005

Haglund L. 2005. En värdering av arbetsterapeutiska instrument som säljs från FSAs förlag. Rapport websida: <http://www.fsa.akademikerhuset.se/> Uppdaterade 2006.

L Haglund medförfattare i skrift. Arbetsterapi inom psykiatri. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. 2005.

Instrument översatta till svenska och publicerade:

Henriksson C, Haglund L. OCAIRS-S. Översättning och bearbetning av instrumentet Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale.

Haglund L, Kjellberg A. Bedömning av kommunikations- och interaktionsfärdigheter, ACIS-S, version 2. Bearbetning och översättning av "The Assessment of Communication & Interaction Skills" (ACIS), Version 4.0, (1995, Kirsty Forsyth i samarbete med Marcelle Salamy, Sandy Simon och Gary Kielhofner) 1998

Haglund L, Svensson H, Wärnelius H. OPHI-II S. Svensk version av The Occupational Performance History Interview, version 1. (G Kielhofner, T Mallinson, C Crawford, M Nowak, M Rigby, A Henry, D Walens), 2000

Ekbladh E, Haglund L. WRI-S. The worker role interview, version 2. (Craig Velozo, Gary Kielhofner, Gail Fisher), 2000

Ekbladh E, Haglund L. WEIS-S. The work environment impact scale, version 2. (Renee A Moore-Corner, Gary Kielhofner, Linda Olson), 2000.

Ekerfeldt F, Haglund L. MOHOST-S. Model of Human Occupation Screening Tool (Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G) 2006

Publikationer arbetsterapi – psykiatri, Ann-Britt Ivarsson, Örebro universitet

Referee bedömda artiklar 2000-2007:

Gullberg MT, Olsson H, Alenfelt G, Ivarsson, A, Nilsson M. Ability to Solve Problems, Professionalism, Management, Empathy and Working Capacity in Occupational Therapy: The Professional Self Description Form. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1994; 8: 173-178.

Ivarsson A, Söderback I, Stein F. The application of concept analysis in the occupational therapy treatment process in mental health. *Occupational Therapy International*, 1998; 5(2): 83-103.

Ivarsson A, Söderback I, Stein F. Goal, intervention and outcome of occupational therapy in individuals with psychosis. Content analysis through a chart review. *Occupational Therapy International*, 2000; 7(1): 21-41.

Ivarsson A, Söderback I, Ternstedt B-M. The meaning and form of occupational therapy as experienced by women with psychosis. A phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002; 16: 193-110.

Ivarsson A, Carlsson M. Development of the Experiences of Occupational Performance Questionnaire: Validity and reliability in a sample of individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2002; 4: 184-191.

Ivarsson A, Carlsson M, Sidenvall B. Performance of occupations in daily life among individuals with severe mental disorders. *Occupational Therapy in Mental Health a journal of psychosocial practice research*, 2004; 2: 33-50.

Ivarsson A, Sidenvall B, Carlsson M. The factor structure of the Burden Assessment Scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004; 18: 396-401.

Frisk M, Arvidsson H, Kiviloog J, Ivarsson A, Kamwendo K & Stridh G. An investigation of the housing environment for persons with asthma and persons without asthma. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2006; 13: 4-12.

Lindstedt H, Ivarsson A, Söderlund A. Background factors related to and/or influencing occupation in mentally disordered offenders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2006; 20: 331-338.

Müllersdorf M, Ivarsson A. Occupation as described by novice occupational therapy students in Sweden. A theory generative process grounded in empirical data. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, available online 2007.

Ivarsson A, Müllersdorf M. An integrative review combined with a semantic review to explore the meaning of Swedish terms compatible with occupation, activity, doing and task (Accepted 2007).

Frisk M, Magnusson A, Kiviloog J, Ivarsson A, Kamwendo K. Increased occurrence of respiratory symptoms is associated with indoor climate risk indicators. (accepted 2007)

Frisk M, Strid G, Magnusson A, Ivarsson A, Kamwendo K. Are there associations between indoor climate risk indicators, identified by a Housing Environment index (HE-index), and clinical tests of lung function, allergy and bronchial hyper-responsiveness in persons with asthma? (submitted).

Salzman-Erikson M, Lützén K, Ivarsson A, Eriksson H. Eradicating barriers, creating dialogues and alliance achievements – caregivers' experiences of control, protect and support as caring activities in a psychiatric intensive care unit. (submitted).

Böcker och bokkapitel:

Ulla-Britt Hemmingsson och Ann-Britt Ivarsson. Systematisk reflektion för lärande och utveckling i vården. Studenters lärande i verksamhetsförlagd utbildning, Vårdpersonals kompetensutveckling. Skriftserien Vårdvetenskap; Örebro universitet. 2007.

Helena Lindstedt och Ann-Britt Ivarsson. Översättning och bearbetning av GAS- arbetsbok (GoalAttainment Scaling). Uppsala universitet och Örebro universitet. 2007.

Arbetsterapi inom psykiatri FSAs publikationer 2005