



**SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP
OCH FYSIOLOGI
ARBETSTERAPI**

SKILLNADER I SJÄLVSKATTAD ARBETSFÖRMÅGA HOS UNGA VUXNA MED PSYKISK OHÄLSA

En kvantitativ undersökning

Emelie Orloff & Isabella Davidsson

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet
Kurs:	ARB341 Själständigt arbete i arbetsterapi (examensarbete)
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2019
Handledare:	Christina Andersson. Universitetslektor, med. dr. leg arbetsterapeut.
Examinator:	Susanne Gustafsson. Universitetslektor, Docent i arbetsterapi, leg arbetsterapeut.

Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Självtändigt arbete i arbetsterapi (examensarbete)
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2019
Handledare:	Christina Andersson. Universitetslektor, med. dr. leg arbetsterapeut.
Examinator:	Susanne Gustafsson. Universitetslektor, Docent i arbetsterapi, leg arbetsterapeut.

Bakgrund	Unga vuxna med psykisk ohälsa är en målgrupp som kan vara i behov av behandling och för arbetsterapeuter är det relevant att ta hänsyn till självskattad arbetsförmåga hos varje unik person som en del av den arbetsterapeutiska behandlingen. Det finns ingen tidigare forskning om vilka faktorer som kan medföra skillnader gällande självskattad arbetsförmåga hos unga vuxna med psykisk ohälsa, vilket utgör en kunskapslucka. Eftersom personer inom denna målgrupp har svårigheter med att arbeta är det viktigt att undersöka vilka faktorer som kan påvisa skillnader gällande arbetsförmågan. Sådan kunskap kan vara till nytta för arbetsterapeuter genom att de får en ökad förståelse för eventuella behov och målsättning för personer inom målgruppen, vilket i sin tur kan resultera i en bättre behandling samt stöd för arbetsåtergång.
Syfte	Att undersöka vilka faktorer som kan utgöra skillnader avseende självskattad arbetsförmåga hos unga vuxna med psykisk ohälsa som är inskrivna på en öppen psykiatrisk mottagning.
Metod	En kvantitativ ansats med analys av insamlad data från strukturerade intervjuer i enkätform och självskattningsformuläret Dialog om arbetsförmåga (DOA). Undersökningsgruppen bestod av 17 unga vuxna med psykisk ohälsa som har en pågående kontakt med en öppen psykiatrisk mottagning i Västra Götalandsregionen. Data analyserades i SPSS med Fishers exakta test för att undersöka skillnader inom gruppen.
Resultat	Fysisk aktivitet, civilstånd, anhörigas hälsa och nära relationer är faktorer som medför att målgruppen skattar olika i självskattningsinstrumentet DOA. Sömn, återhämtning, sysselsättning och somatisk sjukdom är faktorer som inte visar någon statistiskt signifikant skillnad i självskattad arbetsförmåga.
Slutsats	Unga vuxna med psykisk ohälsa skattar överlag högt i samtliga DOA-frågor. Resultatet visar att det är viktigt att ta hänsyn till självskattad arbetsförmåga hos varje unik person för att få en bättre uppfattning om vad som hindrar förmågan att arbeta. De statistiskt signifikanta skillnader som framkom i föreliggande studie antyder att levnadsvanor och sociodemografiska faktorer kan utgöra en skillnad i självskattad arbetsförmåga hos målgruppen. Ytterligare forskning med ett större antal deltagare behövs.

Abstract

Thesis:	15 hp
Program:	Occupational Therapy program 180 hp
Course:	ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy
Level:	First Cycle
Semester/year:	ST 2019
Supervisor:	Christina Andersson, Senior lecturer, Ph.D, Reg. Occupational therapist. Susanne Gustafsson. Senior lecturer, Ass. Prof., Reg.
Examiner:	Occupational therapist.
Keyword:	Occupational therapy, survey, work capacity evaluation, explorative analysis

Background	Young adults with mental illness is a target group that may need treatment. Therefore, for occupational therapists, it is relevant to take the ability of self-assessment into account for each unique person as part of occupational therapy. There is no previous research on what factors can result in differences regarding self-assessed working ability in young adults with mental illness, which creates a gap in knowledge. Since some people in this target group have difficulties to work, it becomes important to examine which factors that can affect the target groups working abilities. Such knowledge can be of use to occupational therapists by enabling a deeper understanding of possible needs and “goal-setting” for persons within the target group, which, in turn, can result in better treatment and support to return to work.
Aim	To examine which factors may account for differences in self-assessed working ability in young adults with mental illness that have ongoing contact with an open psychiatric clinic.
Method	A quantitative approach with analysis of data collected from structured interviews in questionnaire form and the self-assessment form “ <i>Dialog om arbetsförmåga</i> ” (DOA). The observed group consisted of 17 young adults with mental illness who have ongoing contact with an open psychiatric clinic in the region “Västra Götaland”. Data was analyzed in SPSS using Fisher's exact test, to observe the differences in the group.
Result:	Physical activity, marital status, relative's health and close relationships are factors that may cause the group to estimate differently in DOA self-assessment. Sleep, recovery, occupation, and somatic illness are factors that show no statistically significant difference in self-assessed work ability.
Conclusion:	Young adults with mental illness estimate themselves high in the DOA self-assessment questionnaire. Results show the importance of considering the ability of self-assessment from every unique person to get a better explanation about what can hinder them to work properly. The statistically significant differences that emerged in this study show that living standards and sociodemographic factors may imply differences in self-assessed working ability of the target group. Further research, with more participants, is required.

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	3
Metod	3
Design.....	3
Urval.....	3
Procedur.....	3
Material	4
Bortfall	4
Analys.....	4
Resultat	5
Deltagare	5
Levnadsvanor	8
Sociodemografiska faktorer	10
Diskussion	11
Resultatdiskussion	11
Metoddiskussion.....	11
Slutsats	15
Referenser	18
Bilagor	21

Bakgrund

Arbetsterapeuter strävar efter att vidga sina kunskaper och bakomliggande tankesätt i syfte att utföra ett så bra arbete som möjligt. En viktig aspekt för arbetsterapeuter är att arbeta med fokus på patienten, så kallad klient- eller personcentrering. Detta innebär att varje person anses vara unik (1). Genom att ta hänsyn till hur patienten själv tycker och tänker kring sin situation, behandling och vad denne har för mål med att söka professionell hjälp, uppstår en terapeutisk allians. Med terapeutisk allians menas det affektiva band som bildas mellan professionell och patient (2). Arbetsterapeutens viktigaste fokus i samarbete med patienten är vardagens aktiviteter (1). Begreppet aktivitet innefattar allt som människor gör i vardagen såsom fritid, arbete och hushållssysslor. Dessa aktiviteter påverkas bland annat av miljö, kulturella-, spirituella-, socioekonomiska- och politiska aspekter (3). Unga vuxna med psykisk ohälsa är en målgrupp som kan vara i behov av arbetsterapeutisk behandling och det innebär en utmaning att komma underfund med eventuella bakomliggande problem relaterat till vardagens aktiviteter, så som arbete. Det är därför relevant att beakta självskattad arbetsförmåga hos varje unik person som en del av arbetsterapeutisk behandling, ett område som föreliggande studie avser att belysa.

Den arbetsterapeutiska referensramen the Model of Human Occupation (MOHO) (1) beskriver att vanor, roller och delaktighet är viktiga aspekter som ingår i människors görande. Arbete beskrivs utifrån MOHO som en meningsfull aktivitet vilken spelar stor roll för människors hälsa och välbefinnande. Arbetet uppfyller en viktig del i människans liv genom att det bland annat ger en inkomst som kan användas till basala behov som exempelvis bostad, mat, sjukvård och nöjen. Det ger även en struktur på vardagen genom personens vanor, en möjlighet till att skapa sociala kontakter och upprätthålla roller, samt en känsla av meningsfullhet och delaktighet (1). Bristfällig arbetsmiljö, såsom buller, stress, ergonomi och kemiska risker, ökar risken för att de anställda utvecklar hälsoproblem, sjukdom eller drabbas av skador som kan leda till svårigheter att utföra arbetet (4, 5).

En ytterligare svårighet som kan medföra problem att utföra arbete är psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är ett stort hälsoproblem idag då allt fler insjuknar. Forskning (5) visar bland annat att psykisk ohälsa såsom ångslan, ångest och oro har ökat bland både kvinnor och män, mellan 16 och 24 år, i Sverige från år 1988 till 2010. Socialstyrelsen presenterade i en rapport från 2016 (6), att unga vuxnas psykiska ohälsa har ökat med 70% under en period på tio år. Diagnoser som ångestsyndrom och depression har varit särskilt bidragande faktorer till ökningen av psykisk ohälsa (6).

På öppna psykiatriska mottagningar i Västra Götalandsregionen tas patienter med olika typer av psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser emot (7). Psykisk ohälsa förekommer ofta i kombination med psykiatriska diagnoser såsom autism, ADHD, förstämningssyndrom eller ångestsjukdom. *Autism* är en sjukdom inom neuropsykiatriska utvecklingsavvikelser och sjukdomen innebär att det finns en generell kognitiv funktionsnedsättning. *ADHD* står för Attention Deficit Hyperactive Disorder och typiskt för sjukdomen är att det föreligger en överaktivering, ouppmärksamhet och impulsivitet hos personen. *Förstämningssyndrom* innefattar bland annat sjuklig nedstämdhet, det vill säga depression, mani och sjuklig upprymdhet (9). Dessa förstämningssyndrom delas dels in i depressiva syndrom, och dels i

bipolära respektive unipolära syndrom (8). Svårigheter under uppväxten samt ärftliga faktorer kan öka risken för att få en depression. *Ångestsjukdom* är ett övergripande begrepp för flera olika sorters ångest. Vid ångestsjukdom är det vanligt att det finns en oroskänsla i kroppen som ofta är sammankopplad med en rädsla för något och för att något kan gå fel (9).

Liksom psykisk ohälsa är sjukfrånvaro bland unga vuxna ett omtalat fenomen i dagens samhälle. Enligt Helgesson et al. (10), är sjukfrånvaro en vanlig behandlingsmetod som syftar till att ge personen tid för återhämtning utan att denne ska behöva förlora sin finansiella säkerhet. För att kvalificera sig för sjukfrånvaro krävs en medicinsk diagnos som påverkar arbetsförmågan negativt. Psykiatriska störningar är några av de vanligaste diagnoserna som leder till sjukfrånvaro och dessa diagnoser har ökat under senare år (11). I Sverige har Socialstyrelsen ett mål om att sjukfrånvaron ska minska (12). Det innebär att sjukfrånvaron ska ligga på en så stabil och låg nivå som möjligt. Statistiska centralbyrån (13) visar dock att sjukfrånvaron i Sverige fluktuerade mellan år 2015 och år 2019. Vid slutet av 2017 låg sjukfrånvaron på 3.6%, vid slutskedet av 2018 minskade andelen till 3.4% för att sedan året därpå öka till 3.5% (13). Unga vuxna med psykisk ohälsa är en målgrupp som kan ha svårigheter med att arbeta, vilket resulterar i att basala faktorer för välbefinnande och hälsa utesluts. Exempel på svårigheter inom arbete för personer som har någon psykisk sjukdom är problem med organisering, arbetsminne och planering. Sådana svårigheter inom arbete samt minskad förmåga att prestera bra på arbetet, kan även i sig leda till en ökad risk för sjukfrånvaro (14, 15).

Att bedöma arbetsförmåga beskrivs som en utvärdering av i vilken omfattning en person klarar av att arbeta i relation mellan sjukdom och till de arbetsuppgifter som krävs för just den verksamheten. Arbetsförmågan är också beroende av omgivningsfaktorer och kan skifta över tid (4). För att återgå till arbete efter sjukfrånvaro kan bland annat arbetsterapeuten göra en bedömning av personens arbetsförmåga, där personen ofta får skatta sin egen arbetsförmåga. Med hjälp av självskattning av arbetsförmåga kan personen få en djupare förståelse för de bakomliggande problem som ligger till grund för den nedsatta arbetsförmågan som föreligger (16). Självskattning av arbetsförmåga är även användbart för arbetsterapeuter vid försök att matcha möjliga framtida anställningsmöjligheter i kombination med personens önsknings- och förmågor (17).

Tidigare arbetsterapeutisk forskning (18) om psykisk ohälsa och arbete för unga vuxna har fokuserat på att identifiera olika interventioner för dessa personer, vilket i sin tur kan förbättra deras arbetsförmåga. Exempel på sådana interventioner är gruppinterventioner som innefattar att personerna genom modellen "the Quality of work" (QR) reflekterar om positiva och negativa aspekter i sin arbetssituation (18). Tidigare forskning (19) visar också att självskattningsinstrument som intervention i sig bidrar till förbättrad arbetsförmåga hos personer med depression (19). Det påträffas dock ingen forskning om vilka faktorer som kan medföra skillnader gällande självskattad arbetsförmåga hos unga vuxna, vilket utgör en kunskapslucka. Eftersom sjukfrånvaro är vanligt hos personer med psykisk ohälsa är det därför viktigt att undersöka vilka faktorer som kan medföra skillnader gällande arbetsförmåga för denna målgrupp. Sådan kunskap kan vara till nytta för arbetsterapeuter genom att ge en ökad förståelse för eventuella behov och målsättning för personer i målgruppen, vilket i sin tur kan resultera i en bättre behandling, samt stöd för arbetsåtergång.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som kan utgöra skillnader avseende självskattad arbetsförmåga hos unga vuxna med psykisk ohälsa som är inskrivna på en öppen psykiatrisk mottagning.

Frågeställningar:

- Finns det några skillnader gällande självskattad arbetsförmåga hos unga vuxna beroende på levnadsvanor?
- Finns det några skillnader gällande självskattad arbetsförmåga hos unga vuxna beroende på sociodemografiska faktorer?

Metod

Design

För att svara mot studiens syfte och frågeställningar valdes en kvantitativ ansats (20). Med kvantitativ studiedesign menas någon form av strukturerade mätningar som bland annat används för att undersöka samband mellan variabler samt för att jämföra olika företeelser. En kvantitativ ansats används också för att beskriva en företeelse vid okomplicerad statistisk analys (20).

Urval

Deltagarna i föreliggande studie ingår i en större studie (originalstudien) som genomfördes år 2015. Inklusionskriterierna i originalstudien var unga vuxna (19–29 år) som hade en pågående kontakt med en öppen psykiatrisk mottagning inom Västra Götalandsregionen.

Ursprungstanken i originalstudien var att deltagarna slumpmässigt skulle väljas ut från ett antal öppna psykiatriska mottagningar i Västra Götalandsregionen. Alla patienter mellan 19 och 29 år plockades ut ur journalsystemet, blev aidentifierade och matades in i ett urvalsprogram som IT-administrativ personal ansvarade för. Rekryteringen påbörjades på en mindre mottagning där 36 personer blev tillfrågade att delta via personens behandlare, varav 32 tackade ja. I slutändan var det dock endast 17 personer som deltog, då de övriga inte hörde av sig eller uteblev av andra anledningar.

Procedur

Data i originalstudien samlades in under hösten 2015 och våren 2016. I samband med ordinarie besök på den psykiatriska mottagningen tillfrågades personer inom målgruppen om att delta i studien, och ett informationsbrev skickades hem till de personer som var intresserade. Om personen tackade ja till att delta signerades ett samtyckesformulär på mottagningen vid redan inbokat besök. Datainsamlingen i originalstudien bestod av ett antal självskattningsformulär, bland annat Dialog om arbetsförmåga (DOA) (21), Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S) (22) och Satisfaction with Daily Occupations (SDO) (23). Datainsamlingen genomfördes med hjälp av en strukturerad intervju i enkätform som innehöll frågor som handlade om deltagarnas eventuella sjukfrånvaro och de behandlingsinsatser som erhållits, samt frågor om hur personen ser på sig själv och sin hälsa. Insamlingen av data skedde på den mottagning som deltagaren var inskriven på. Den

strukturerade intervjun genomfördes av en arbetsterapeut och tog cirka 30–45 minuter att utföra. Originalstudien ansökte om etiskt tillstånd vilket beviljades av den regionala etikprövningsnämnden 2015-02-02 (diarienummer Ö43-2014). Verksamhetschefen som är ytterst ansvarig för insamlad kvantitativ data, godkände att materialet fick användas i föreliggande studie.

Material

Det material som har använts i föreliggande studie bestod av redan insamlad kvantitativ data från strukturerade intervjuer i enkätform i den originalstudie som genomfördes 2015-2016. Självskattningsformuläret DOA (21) utgör basen av data i föreliggande studie. De demografiska variabler som valdes ut att ingå i analysen var: kön, ålder och sociodemografiska faktorer innefattande civilstånd, sysselsättning, somatisk sjukdom som påverkar arbetsförmågan, anhörig med allvarlig fysisk/psykisk sjukdom och om de har någon i sin närhet som de kan dela sina känslor med samt anförtra sig åt. Andra frågeområden som valdes ut var levnadsvanor som innefattar sömn, fysisk aktivitet och återhämtning.

Självskattningsformuläret DOA (21) grundar sig i MOHO (1) och bygger på 34 frågor som är uppdelade i fem frågeområden (självkännetendens, intressen och värderingar; roller och vanor; fysisk förmåga; organisations- och problemlösningsförmåga; förmåga till samspel och kommunikation) där personen skattar sin förmåga att utföra arbete eller arbetsliknande uppgifter. Skattningsskalan består av en ordinalskala där 1 motsvarar “i låg grad” och 5 “i hög grad”.

Bortfall

Det fanns ett externt bortfall av deltagare i originalstudien då planen var att inkludera 36 deltagare men endast 17 stycken kvarstod efter inklusionsprocessen. Det fanns även ett internt bortfall i den strukturerade intervjun då det saknades svar på vissa frågor. Internt bortfall redovisas i var enskild analys i resultatet.

Analys

Datamaterialet, det vill säga utvalda demografiska variabler och självskattningar från DOA, matades in i SPSS för att analysera eventuella skillnader. För att underlätta analysen dikotomiserades de demografiska variabler i enkäten som hade flera svarsalternativ till binära variabler. Variablerna i frågan “vilket är ditt nuvarande civilstånd?” dikotomiserades till “i relation” (gift/registrerat partnerskap, sambo mer än 3 månader, särbo mer än 6 månader eller förhållande över 6 månader) och “inte i relation” (singel/ensamstående, änka, separerad/under separation och frånskild). I frågan “vilken är din nuvarande sysselsättning?” dikotomiserades variablerna till “i arbete” (arbete, egen företagare, studier, sköter eget hushåll, arbetsmarknadsåtgärd) och “inte i arbete” (föräldraledig/tjänstledig, arbetslös, sjukskriven).

En ytterligare variabel som dikotomiserades var frågan “har du någon anhörig med allvarlig fysisk/psykisk sjukdom?” där variablerna blev “ja” och “nej”. Variablerna i frågan “har du en fungerande sömn/dygnsrytm?” dikotomiserades till “ja” (ja) och “nej” (nej sover för mycket, nej sover för lite, nej sover på dagen - uppe på natten). Till sist dikotomiserades även variablerna i frågan “hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?” till “ingen-låg fysisk aktivitet” (stillasittande fritid - mindre än två timmar i veckan, och måttlig motion på fritiden - minst två timmar i veckan, oftast utan att

svettas) och "måttlig-hög fysisk aktivitet" (måttlig regelbunden motion på fritiden - du motionerar regelbundet 1-2 gånger per vecka minst 30 minuter per gång, och regelbunden motion och träning - minst tre tillfällen per vecka, vardera tillfället varar minst 30 minuter per gång). De frågor som redan hade binära variabler från enkäten (ja/nej) såsom "har du någon somatisk sjukdom som påverkar din arbetsförmåga?", "får du tillräcklig tid för återhämtning under en vanlig vecka?" samt "har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?" ändrades inte.

Även ordinalskalan från DOA (21) dikotomiserades, där variablerna istället blev i "lägre grad" (1-3) och i "högre grad" (4-5). Anledningen till att cut-off gränsen för dikotomiseringen blev 1-3 som var i "lägre grad" och 4-5 som var i "högre grad", berodde på att svarsfrekvensen var positivt snedfördelad.

När dikotomiseringen var slutförd genomfördes först en deskriptiv sammanställning av data i SPSS för att få en överskådlig bild. Därefter påbörjades en explorativ analys (20). Det icke-parametriska statistiska testet Fishers exakta test användes för att undersöka skillnader mellan självskattad arbetsförmåga och sociodemografiska faktorer samt levnadsvanor inom gruppen. Med hjälp av Fishers exakta test kunde ett p-värde tas fram där signifikansgränsen bestämdes till $p < 0.05$. Detta statistiska test valdes då datanivån var ordinaldata (20) och för att den lämpar sig för analys på få deltagare, vilket gjorde att skillnader och likheter inom gruppen analyserades. Resultatet från Fishers exakta test redovisas i tabeller i resultatavsnittet.

Resultat

Deltagare

Resultatet baseras på data från 17 deltagare. Gruppen bestod mestadels av kvinnor ($n = 12$, 71%) och åldrarna på deltagarna varierade mellan 19-29 år med ett medelvärde på 23.9 år. Majoriteten levde inte i någon relation ($n = 11$, 65%) och övervägande delen av deltagarna var i arbete ($n = 11$, 65%). De flesta av deltagarna hade någon att dela sina innersta känslor och anförtro sig åt ($n = 15$, 88%). Resterande variabler, såsom sömn och fysisk aktivitet, fördelades jämnt mellan deltagarna. För detaljer se tabell 1.

Tabell 1. Deltagarstatistik för hela gruppen i föreliggande studie (n=17)

		Totalt n (%)
Kön	<i>Man</i>	5 (29)
	<i>Kvinna</i>	12 (71)
Ålder	<i>19–21</i>	5 (30)
	<i>22–24</i>	5 (30)
	<i>25–27</i>	3 (18)
	<i>28–29</i>	4 (24)
Civilstånd	<i>I relation</i>	6 (35)
	<i>Inte i relation</i>	11 (65)
Sysselsättning	<i>I arbete</i>	11 (65)
	<i>Inte i arbete</i>	6 (35)
Fungerande sömn/dygnsrytm	<i>Ja</i>	9 (53)
	<i>Nej</i>	6 (35)
	<i>Internt bortfall</i>	2 (12)
Grad av fysisk ansträngning (de senaste 12 mån)	<i>Ingen-låg grad</i>	8 (47)
	<i>Måttlig-hög grad</i>	9 (53)
Tillräcklig tid för återhämtning (under en vanlig vecka)	<i>Ja</i>	10 (59)
	<i>Nej</i>	7 (41)
Somatisk sjukdom som påverkar arbetsförmågan	<i>Ja</i>	8 (47)
	<i>Nej</i>	8 (47)
	<i>Internt bortfall</i>	1 (6)
Någon att dela innersta känslor med och anförtro sig åt	<i>Ja</i>	15 (88)
	<i>Nej</i>	2 (12)

De flesta deltagare skattade i "högre grad" på de flesta DOA-frågor med undantag för frågorna "kan du anpassa dig till nya sätt att utföra en uppgift på?" där 59% ($n = 10$) av deltagarna skattade i "lägre grad", och "kan du koncentrera dig när du genomför uppgifter?" där 53% ($n = 9$) skattade i "lägre grad". De frågor som deltagarna skattade högst på var "kan du utföra uppgifter som kräver samordning av kroppens rörelser?", "kan du utföra uppgifter som kräver fysisk uthållighet?" och "är du lyhörd för andra personers synpunkter?". För detaljer se tabell 2.

Tabell 2. Frekvenstabell DOA-formulär ($n=17$).

	Lägre grad <i>n</i> (%)	Högre grad <i>n</i> (%)
Självkännedom, intressen och värderingar:		
1. Tror du dig om att kunna utföra det du själv vill göra?	6 (35)	11 (65)
2. Kan du säga ifrån när det är något du inte vill utföra?	7 (41)	10 (59)
3. Anser du att du har förmåga att utföra uppgifter som du blir anvisad?	2 (12)	15 (88)
4. Är du intresserad av att lära dig nya saker?		
5. Tar du egna initiativ när du ska utföra uppgifter?	5 (29)	12 (71)
6. Kan du ta till dig andra människors uppskattning av en uppgift du utfört?	5 (29)	12 (71)
7. Kan du använda andras kritik för att förbättra din förmåga?	8 (47)	9 (53)
8. Kan du arbeta självständigt?	4 (23)	13 (77)
9. Kan du samarbeta med andra?	3 (18)	14 (82)
Roller och vanor:		
10. Värdesätter du en god hygien hos dig själv och andra?	2 (12)	15 (88)
11. Är du noggrann när du utför uppgifter?	2 (12)	15 (88)
12. Accepterar du de krav som ställs på dig när du utför uppgifter?	3 (18)	14 (82)
13. Kan du ta till dig och använda andras kunskaper om det behövs?	4 (24)	13 (77)
14. Brukar du ta ansvar över de uppgifter som du förväntas utföra?	2 (12)	15 (88)
15. Tar du på dig ledarskapet i en grupp om det behövs?	6 (53)	11 (65)
16. Brukar du kunna avgöra vilka uppgifter som är viktigast att utföra?	2 (12)	15 (88)
17. Brukar du kunna anpassa dig till överenskomna tider?	3 (18)	14 (82)
Fysisk förmåga		
18. Kan du utföra uppgifter som kräver små, preciserade handrörelser?	2 (12)	15 (88)
19. Kan du utföra uppgifter som kräver kraft och rörlighet i arm och hand?	2 (12)	15 (88)
20. Kan du utföra uppgifter som kräver samordning av kroppens rörelser?	1 (6)	16 (94)
21. Kan du utföra uppgifter som kräver fysisk uthållighet?	1 (6)	16 (94)
Organisations- och problemlösningsförmåga:		
22. Kan du koncentrera dig när du genomför uppgifter?	9 (53)	8 (47)
23. Kan du, med hjälp av instruktion, planera och genomföra uppgifter?	5 (29)	12 (71)
24. Har du förmåga att arbeta under tidspress?	5 (29)	12 (71)
25. Kan du anpassa dig till nya sätt att utföra en uppgift på?	10 (59)	7 (41)
26. Kan du själv avgöra om resultatet av en uppgift är godtagbart?	5 (29)	12 (71)
27. Kan du själv hitta lösningar på en uppgift om problem uppstår?	3 (18)	14 (82)
Förmåga till samspel och kommunikation:		
28. Tar du själv kontakt med andra personer om det behövs?	6 (35)	11 (65)
29. Kan du genomföra ett samtal med andra personer?	4 (24)	13 (77)
30. Kan du göra dig förstådd gentemot andra personer?	3 (18)	14 (82)
31. Är du lyhörd för andra personers synpunkter?	1 (6)	16 (94)
32. Erbjuder du din hjälp till andra personer när det behövs?	2 (12)	15 (88)
33. Tar du emot erbjudande om hjälp från andra när det behövs?	7 (41)	10 (59)
34. Känner du dig delaktig i den grupp du ingår i?	6 (35)	11 (65)

Levnadsvanor

Avseende fysisk aktivitet i relation till DOA-frågorna fanns det en statistisk signifikant skillnad mellan de som har svarat "ingen-låg fysisk aktivitet" och de som har svarat "måttlig-hög fysisk aktivitet" på frågan "kan du anpassa dig till nya sätt att utföra en uppgift på?" ($p = 0.002$). Åttio procent ($n = 8$) av de som har skattat i "lägre grad" svarade att de hade "ingen-låg fysisk aktivitet", medan 20% ($n = 2$) av de som skattat i "lägre grad" svarade att de hade "måttlig-hög fysisk aktivitet" (tabell 3). Det innebär att de som hade ingen eller låg grad av fysisk aktivitet i sin vardag hade svårare för att anpassa sig till nya sätt att utföra en uppgift på inom arbete, än de som hade måttlig eller hög grad av fysisk aktivitet.

Det framkom även en statistisk signifikant skillnad på DOA-frågan "har du förmågan att arbeta under tidspress?" mellan de som har svarat "ingen-låg fysisk aktivitet" och de som har svarat "måttlig-hög fysisk aktivitet" ($p = 0.009$). Tjugofem procent ($n = 3$) av de som har skattat i "högre grad" svarade att de hade "ingen-låg fysisk aktivitet" och 75% ($n = 9$) av de som skattat i "högre grad" svarade "måttlig-hög fysisk aktivitet" (tabell 3). Det innebär att de som hade en högre grad av fysisk aktivitet i sin vardag hade lättare för att arbeta under tidspress än de som svarade ingen eller låg grad av fysisk aktivitet. Det fanns i övrigt inga statistiskt signifikanta skillnader gällande fysisk aktivitet och resterande DOA-frågor. För detaljer se tabell 4 i bilaga 1.

Vid analys av DOA-frågan "tar du själv kontakt med andra personer om det behövs?" identifierades en trend mot en statistisk signifikant skillnad ($p = 0.05$). Åttiotre procent ($n = 5$) av de som skattade i "lägre grad" svarade att de hade "ingen-låg fysisk aktivitet" och 17% ($n = 1$) av de som skattade i "lägre grad" svarade "måttlig-hög fysisk aktivitet". För detaljer se tabell 4 i bilaga 1. Det betyder att de som hade måttlig eller hög fysisk aktivitet tar oftare kontakt med andra personer vid behov, till skillnad från de deltagare som hade svarat att de hade ingen eller låg grad av fysisk aktivitet.

Återhämtning

På DOA-frågan "kan du göra dig förstådd gentemot andra personer?" fanns en trend mot en statistisk signifikant skillnad ($p = 0.051$). Där 71% ($n = 10$) av de som har skattat i "högre grad" svarade att de får tillräckligt med återhämtning, medan 29% ($n = 4$) av de som har skattat i "högre grad" svarade att de inte får tillräckligt med återhämtning (tabell 3). Resultatet visar därmed att de som får tillräckligt med återhämtning hade lättare för att göra sig förstådd gentemot andra personer på arbetet, än de som svarade att de inte får tillräckligt med återhämtning. Det fanns inga statistiskt signifikanta resultat gällande återhämtning i resterande DOA-frågor. För detaljer se tabell 4 i bilaga 1.

Sömn

Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad beroende på om personen får tillräckligt med sömn eller inte avseende självskattad arbetsförmåga utifrån DOA (resultat visas ej).

Tabell 3. Statistiskt signifikanta resultat avseende levnadsvanor och sociodemografiska faktorer (vågrätt) gentemot DOA-frågor (lodrätt) (n=17)

		Grad av fysisk ansträngning (de senaste 12 mån)			
		<i>Ingen-låg</i> n (%)	<i>Måttlig-hög</i> n (%)	<i>Totalt</i> n (%)	<i>p-värde</i>
Kan du anpassa dig till nya sätt att utföra en uppgift på	<i>Lägre grad</i>	8 (80)	2 (20)	10 (100)	0.002
	<i>Högre grad</i>	0 (0)	7 (100)	7 (100)	
Har du förmåga att arbeta under tidspress?	<i>Lägre grad</i>	5 (100)	0 (0)	5 (100)	0.006
	<i>Högre grad</i>	3 (25)	9 (75)	12 (100)	
Kan du med hjälp av instruktion, planera och genomföra uppgifter?		Vilket är ditt nuvarande civilstånd?			<i>p-värde</i>
		<i>I relation</i> n (%)	<i>Inte i relation</i> n (%)	<i>Totalt</i> n (%)	
<i>Lägre grad</i>	<i>Högre grad</i>	4 (80)	1 (20)	5 (100)	0.028
		2 (17)	10 (83)	12 (100)	
Kan du säga ifrån när det är något du inte vill utföra?		Har du någon i din närhet med allvarlig psykisk/fysisk sjukdom?			<i>p-värde</i>
		<i>Ja</i> n (%)	<i>Nej</i> n (%)	<i>Totalt</i> n (%)	
<i>Lägre grad</i>	<i>Högre grad</i>	6 (100)	0 (0)	6 (100)	0.007
		2 (20)	8 (80)	10 (100)	
Brukar du kunna anpassa dig till överenskomna tider?		Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?			<i>p-värde</i>
		<i>Ja</i> n (%)	<i>Nej</i> n (%)	<i>Totalt</i> n (%)	
<i>Lägre grad</i>	<i>Högre grad</i>	1 (33)	2 (57)	3 (100)	0.022
		14 (100)	0 (0)	14 (100)	

Sociodemografiska faktorer

Civilstånd

Det identifierades en statistisk signifikant skillnad mellan de som levde i en relation och de som inte levde i en relation vid DOA-frågan "kan du med hjälp av instruktion, planera och genomföra uppgifter?" ($p = 0.028$). Där skattade 80% ($n = 4$) av de som levde i en relation i "lägre grad" och 20% ($n = 1$) av de som inte levde i en relation skattade i "lägre grad" (tabell 3). Det innebär att de som levde i en relation hade svårare för att genomföra och planera uppgifter med hjälp av instruktion på jobbet, än de som inte levde i en relation. Med undantag av ovanstående fråga, fanns ingen statistiskt signifikant skillnad gällande civilstånd och självskattad arbetsförmåga mätt med DOA. För detaljer se tabell 4 i bilaga 1.

Anhörigas hälsa

Ett resultat som framkom i analysen var att det fanns en statistisk signifikant skillnad mellan de som hade en anhörig med allvarlig psykisk/fysisk sjukdom eller ej avseende DOA-frågan "kan du säga ifrån när det är något du inte vill utföra?" ($p = 0.007$). Åttio procent ($n = 8$) av de som skattade i "högre grad" svarade att de inte hade någon anhörig med allvarlig psykisk/fysisk sjukdom och 20% ($n = 2$) av de som skattade i "högre grad" svarade att de hade en anhörig med allvarlig psykisk/fysisk sjukdom (tabell 3). Resultatet visar därmed att de som inte hade någon anhörig med allvarlig psykisk eller fysisk sjukdom hade lättare att säga ifrån när det var något som personen inte vill utföra på jobbet, än de som hade en anhörig med en allvarlig psykisk eller fysisk sjukdom. Bortsett från den frågan fanns inga fler statistiska signifikanta skillnader avseende om deltagaren hade en anhörig med allvarlig psykisk/fysisk sjukdom eller ej kopplat till hur unga vuxna med psykisk ohälsa skattar sin arbetsförmåga med DOA. För detaljer se tabell 4 i bilaga 1.

Relationer

Det fanns en statistisk signifikant skillnad gällande om personen hade någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt på DOA-frågan "brukar du kunna anpassa dig till överenskomna tider?" ($p = 0.022$). Hundra procent ($n = 14$) av de som skattade i "högre grad" svarade "ja" på att de hade någon att dela sina innersta känslor på DOA-frågan och 0% ($n = 0$) av de som skattade i "högre grad" svarade "nej" (tabell 3). Det betyder att de som hade någon att dela sina känslor med hade det enklare att anpassa sig till överenskomna tider i arbetet, till skillnad från de som inte hade någon anförtro sig åt. Det fanns inga statistiskt signifikanta resultat gällande relationer i resterande DOA-frågor. För detaljer se tabell 4 i bilaga 1.

Sysselsättning och somatisk sjukdom

Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad när det kommer till vilken sysselsättning deltagaren hade avseende självskattad arbetsförmåga mätt med DOA. Det fanns heller ingen statistiskt signifikant skillnad sett till om deltagaren hade en somatisk sjukdom som påverkar arbetsförmågan eller ej (resultat visas ej).

Diskussion

Resultatdiskussion

Generellt skattade unga vuxna med psykisk ohälsa i denna studie högt på de flesta DOA-frågor, vilket innebär att de i hög grad var nöjda med sin arbetsförmåga. Det upptäcktes inga större skillnader gällande hur unga vuxna med psykisk ohälsa skattar sin arbetsförmåga beroende på vilka levnadsvanor och sociodemografiska förhållanden personen har. Det föreligger dock statistiskt signifikanta skillnader på fem av faktorerna som undersöktes, nämligen “fysisk aktivitet”, “civilstånd”, “relationer” och “anhörigas hälsa”. Det framkom inga skillnader för hur unga vuxna med psykisk ohälsa skattar sin arbetsförmåga när det kommer till faktorerna “återhämtning”, “sömn”, “somatisk sjukdom” och “sysselsättning”.

Författarna till föreliggande studie anser att arbetsterapeuter kommer ha användning av dessa fynd i och med att de får ökad kunskap kring vilka bakomliggande faktorer som kan påverka personens självskattade arbetsförmåga. Detta leder till en mer klientcentrerad och likställd behandling för alla, och det i sig kan bidra till en social hållbar utveckling då det blir ett mer jämlikt samhälle. Dessutom kan ett sådant samhälle bidra till samhällsutvecklingen genom ökad kunskap och förståelse kring människors lika värde. Författarna till föreliggande studie anser också att arbetsterapeuter har en betydande roll för den sociala hållbara utvecklingen eftersom de är en del i samhällsutvecklingen och kan genom sin yrkesverksamma roll påverka hur en person kan bidra till samhället. Genom att exempelvis med hjälp av självskattad arbetsförmåga kunna gå vidare med interventioner för att förbättra arbetsförmågan, vilket i sin tur kan leda till att en sjukskriven ung vuxen person med psykisk ohälsa återgår till arbete och på så sätt bidrar till samhället ekonomiskt.

I förstadiet till föreliggande studie fanns vissa förväntningar hos författarna, bland annat att fler deltagare skulle ha sjukfrånvaro än vad de faktiskt hade, eftersom psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro (11). I föreliggande studie visade det sig att endast 24% ($n = 4$) av de 17 deltagare som ingick i studien var sjukskrivna. Detta skulle kunna bero på att många arbetar trots att de egentligen “borde” vara sjukskrivna, men inte kan på grund av andra rådande omständigheter. Att bli sjukskriven är en process där personen först måste ta kontakt med sin arbetsgivare för att sjukanmäla sig, sedan krävs ett sjukintyg från en läkare (efter en veckas sjukskrivning). En bedömning från Försäkringskassan kommer därefter att utföras för att undersöka om personen är berättigad till sjukpenning eller inte. Vid en långvarig sjukskrivning krävs det att ett ytterligare antal kriterier uppfylls (12). Det är alltså en lång process som kräver mycket av personen och skulle därför kunna vara en anledning till att många ändå väljer att fortsätta arbeta. Detta kan enligt författarna eventuellt innebära vissa hinder för upprättandet av individuella målsättningar då det enligt MOHO (1) är viktigt att arbetsterapeuter arbetar enligt klient- och personcentrerad behandling. Det innebär bland annat att personen ska få vara delaktig i sin behandling genom att medverka i sin målsättning och arbetsterapeutiska interventioner (1). Försäkringskassans bedömning, om personen är berättigad till sjukpenning eller inte, skulle kunna vara ett hinder vid upprättandet av målsättning. Eftersom deras bedömning avgör om personen får ekonomiskt stöd för att kunna arbeta eller inte eller om personen måste fortsätta arbeta trots nedsatt arbetsförmåga. Författarna till föreliggande studie menar således att sådana beslut kan vara ett hinder för målsättning genom att personens mål blir svåra att uppnå om beslutet från Försäkringskassan inte överensstämmer med personens önsknings. Detta gap kan utgöra en risk för att personen

inte känner sig tillfreds med de möjliga behandlingsmålen vilket därmed även påverkar det klientcentrerade arbetssättet som arbetsterapeuten eftersträvar.

En ytterligare tanke som författarna diskuterat är att arbetsgivaren eventuellt tar ställning utifrån målgruppens generella problematik såsom problem med organisering, arbetsminne och planering (14, 15). Det kan därmed innebära att de avstår från att anställa någon som har psykisk ohälsa, då det skulle kunna leda till sjukfrånvaro för personen. Det är därför angeläget för arbetsgivaren att ha i åtanke att personer som har en psykiatrisk sjukdom, såsom förstämningssyndrom, ångestsjukdom och ADHD, inte alltid blir sjukskrivna, vilket resultatet i föreliggande studie indikerar. Arbetsgivaren bör istället se till den självskattade arbetsförmågan samt se hur personen faktiskt fungerar i arbetet. Vilket också skulle kunna göras i samråd med en arbetsterapeut, att diskutera vilka svårigheter som förekommer på arbetet och vilken intervention som kan förbättra situationen.

Kunskapen om de statistiskt signifikanta skillnader som identifierades i studien (se tabell 3) kan bidra till att arbetsförmågan hos personer med psykisk ohälsa, som exempelvis depression, kan förbättras. Arbetsförmågan hos dessa personer kan förbättras genom att de får mer socialt stöd från närstående samt att de erbjuds ha en återkommande kontakt med någon som arbetar med depression och självskattad arbetsförmåga inom hälso- och sjukvården. En arbetsterapeut skulle kunna vara en sådan kontakt och kan då vid bedömning av arbetsförmågan och påföljande behandling samverka med patienten och ha den psykiska ohälsan i åtanke. Att aktualisera den självskattade arbetsförmågan kan bidra till att depressionen förbättras genom återkommande kontakt och uppföljning samt ökat socialt stöd är också något som bekräftas genom tidigare forskning (19). Att använda självskattningsinstrumentet DOA (21) med denna målgrupp kan bidra till att arbetsförmågan förbättras genom att patienterna får möjligheten att själva skatta vad de anser att de har för svårigheter och förmågor gällande arbete. Det blir därmed ingen annan som objektivt kan uppskatta eller bestämma över vad personen har för arbetsförmåga. Självskattningsinstrument kan därmed motverka att arbetsgivare drar egna slutsatser om målgruppen utifrån tidigare erfarenheter eller från felaktiga källor.

Vid undersökning av DOA-frågorna som handlar om organisations- och problemlösningsförmåga, skattar unga vuxna med psykisk ohälsa generellt högt på de flesta frågor. Detta motbevisar tidigare forskning (14, 15) där denna målgrupp anges ha svårigheter med planering och organisering (14, 15). Enligt föreliggande studie fanns alltså inga tydliga belegg för att målgruppen skulle ha några påtagliga svårigheter med organisation- och problemlösningsförmåga i situationer relaterade till arbete. Resultatet visar hur essentiell självskattning av arbetsförmåga är, då den inte alltid överensstämmer med tidigare fakta (14, 15). Det kan därmed vara relevant att arbetsterapeuter mer frekvent använder sig av denna form av undersökning för arbetsförmågan i sitt yrkesutövande. Att de integrerar en rutin för att arbeta mer med självskattning för unga vuxna med psykisk ohälsa, men också för andra målgrupper. Dock måste sådan argumentation stärkas av ytterligare forskning på ett högre antal personer ur målgruppen.

Utifrån de två statistiskt signifikanta resultaten avseende fysisk aktivitet är graden av fysisk aktivitet i vardagen en faktor som spelar roll när det kommer till hur unga vuxna med psykisk ohälsa skattar sin arbetsförmåga. De två statistiskt signifikanta resultaten är kopplade till DOA-frågor inom "organisations- och problemlösningsförmåga", vilket visar att graden av

fysisk aktivitet i vardagen har betydelse för hur personer med psykisk ohälsa skattar sin arbetsförmåga. Detta bekräftas genom tidigare forskning (24) där det påvisas att fysisk aktivitet bidrar till förbättrad kognitiv prestation (24). När det kommer till övriga frågeområden i DOA-formuläret fanns inga statistiskt signifikanta skillnader kopplat till fysisk aktivitet hos denna målgrupp, men överlag hade de deltagare som svarat "måttlig-hög grad av fysisk aktivitet" skattat högt på samtliga DOA-frågor. Däremot uppstod en trend mot en statistiskt signifikant skillnad på DOA-frågan "tar du själv kontakt med andra personer om det behövs?" ($p = 0.05$). Det resultatet hade eventuellt blivit annorlunda med ett större antal deltagare i studien.

Fysisk aktivitet bidrar till förbättrad självkänsla, psykisk hälsa, positiva tankar, minskad depression, högre tillfredsställelse och ökad livskvalitet (25). En omsättning av detta utifrån resultatet från föreliggande studie är att om fysisk aktivitet påverkar den psykiska hälsan positivt, borde det rimligtvis också leda till positiva effekter på den självskattade arbetsförmågan. Med en positiv inställning till livet och en högre tillfredsställelse borde det i sin tur leda till att deltagarna skattat övervägande positivt i föreliggande studie. Till skillnad från de deltagare som inte var fysiskt aktiva i sin vardag, och som då också kanske hade en lägre grad av positiv inställning samt tillfredsställelse till livet. Enligt tidigare forskning (26) framkommer det att sjukdomar och dödlighet är vanligare för personer med psykisk ohälsa. Oftast beror det på någon form av sjukdom i samband med låg fysisk aktivitet (26). Fysiska aktiviteter kan även enligt författarna kopplas till rutiner och vanor enligt MOHO (1). Eftersom de så kallade rutinvanor som människan har i vardagen, ger karaktär på vardagsmönster och vanornas inverkan på aktiviteter (1). Författarnas tanke är då att arbetsterapeuter tillsammans med personen skulle kunna komma fram till mål och interventioner för att införliva en rutin för fysisk aktivitet i vardagen, vilket eventuellt skulle kunna göra att den självskattade arbetsförmågan ökar, för att därefter sett till ett långtidsperspektiv skulle kunna minska dödligheten bland unga vuxna med psykisk ohälsa. Statens Folkhälsoinstitut (27) menar också att fysisk aktivitet i sig kan minska risken för psykisk ohälsa, som exempelvis depression. Vetenskaplig evidens tyder på att fysisk aktivitet kan användas i förebyggande syfte för att behandla ångest, depression och stress. Arbetsterapeuter kan förskriva fysisk aktivitet på recept (FaR), som bland annat innebär att någon form av fysisk aktivitet skrivs på recept i samråd med patienten efter dennes önskemål, behov och intressen. FaR kan användas i förebyggande syfte eller som en behandling, och är ett fullgott alternativ till medicinsk behandling för att bidra till en bättre hälsa och välmående (27).

Vid analys av faktorn "återhämtning" framkom ett resultat som hade en trend mot en statistiskt signifikant skillnad ($p = 0.051$). Det var på DOA-frågan "kan du göra dig förstådd gentemot andra personer?". Där visade resultatet att de som fick tillräckligt med återhämtning skattade högre på denna fråga, än de som inte fick tillräckligt med återhämtning. Resultatet visar att återhämtning är en viktig faktor när det kommer till att göra sig förstådd gentemot andra personer. Varför det fanns en sådan skillnad skulle kunna bero på fenomenet aktivitetsbalans eller vardagsbalans (28). På DOA-frågan "kan du anpassa dig till nya sätt att utföra en uppgift på?" som finns inom frågeområdet "organisations- och problemlösningsförmåga" ($p = 0.134$), är det också intressant att 86% ($n = 6$) av de som skattat i "högre grad" har svarat att de får tillräckligt med återhämtning. Medan 14% ($n = 1$) av de som skattat i "högre grad" har svarat att de inte får tillräckligt med återhämtning. Detta indikerar att återhämtning spelar en stor roll inom organisations- och problemlösningsfrågor

och att återhämtningen är en viktig del av livet. Rekreation (återhämtning) ger människan en möjlighet till att kunna stanna upp för en stund, hämta nya krafter samt ge en balans i vardagen (28).

Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad för självskattad arbetsförmåga i förhållande till sömn. Detta resultat var särskilt intressant inom de DOA-frågor som handlade om "fysisk förmåga" där tre av fyra frågor gav ett p-värde på 1.0 och den fjärde frågan gav $p = 0.48$. Enligt föreliggande studie fanns det därmed ingen signifikant skillnad mellan de som hade en fungerande sömn och de som inte hade en fungerande sömn i relation till fysisk förmåga. Detta resultat motsäger forskning där exempelvis Schäfer Elinder et al. (29), funnit att fysisk aktivitet förbättrar sömnen och därigenom även minskar stress. Föreliggande studies resultat indikerar att det inte behöver förhålla sig så men med tanke på studiens låga deltagarantalet behövs ytterligare forskning.

Den statistiskt signifikanta skillnad som framkom avseende civilstånd och DOA-frågan "kan du med hjälp av instruktion, planera och genomföra uppgifter?" ($p = 0.028$), är intressant då det rent logiskt inte borde finnas någon skillnad. Författarna trodde inte heller att det skulle finnas någon skillnad mellan de som hade en nära att dela sina innersta känslor med eller ej, avseende DOA-frågan "brukar du kunna anpassa dig till överenskomna tider?". Men, det fanns en statistiskt signifikant skillnad även där ($p = 0.022$). Det existerar begränsad forskning som kan styrka varför det skulle finnas en sådan skillnad mellan de som levde i en relation och de som inte levde i en relation, samt mellan de som hade en närstående att dela sina innersta känslor med eller ej. Anledningen till resultatet skulle kunna bero på metodologiska aspekter.

Det fanns även en deskriptiv skillnad gällande om personen hade en anhörig med psykisk eller fysisk sjukdom eller ej avseende DOA-frågan "Tar du på dig ledarskapet i en grupp om det behövs?" där 70% ($n = 7$) av de som skattade i "högre grad" svarade att de hade en anhörig med en allvarlig fysisk/psykisk sjukdom. Medans 30% ($n = 3$) av de som skattade i "högre grad" svarade att de inte hade en anhörig med en allvarlig fysisk/psykisk sjukdom ($p = 0.119$). Analys av data visar dock inte på någon statistisk signifikant skillnad. En tanke utifrån ett arbetsterapeutiskt perspektiv om svarens fördelning är att det kan bero på att den som hade någon nära anhörig som var sjuk, får ta på sig mycket ansvar hemma och att de sedan även gör det i arbetslivet. Denna typ av antagande kan styrkas av tidigare studier (30), där det bland annat står att anhöriga upplever att de alltid behöver finnas till hands och vara tillgängliga, samt att det är de som "äger ansvaret" för att vardagen ska fungera (30). Enligt författarna till föreliggande studie är det av betydelse att arbetsterapeuter tar ansvar för att de personer som har någon nära anhörig som är allvarligt sjuk, får balans i vardagen. Vilket exempelvis skulle kunna ske genom att arbetsterapeuten tillsammans med personen utför interventioner som ger en tydlig struktur för vilka aktiviteter som bör prioriteras i vardagen.

Det visade sig även finnas en statistisk signifikant skillnad avseende DOA-frågan "kan du säga ifrån när det är något du inte vill utföra?" gentemot om personen hade en nära anhörig med allvarlig psykisk/fysisk sjukdom eller ej ($p = 0.007$). De som hade en anhörig med allvarlig psykisk/fysisk sjukdom hade alltså skattat lägre på att de kan säga ifrån när det är något de inte vill utföra, till skillnad från de som inte hade en anhörig med allvarlig sjukdom. Författarna i föreliggande studie anser att detta är en faktor som kan vara betydelsefull att ta hänsyn till när det kommer till hur unga vuxna med psykisk ohälsa skattar på denna DOA-

fråga. Tidigare forskning nämner att det finns ärftliga faktorer som kan öka risken för att få en depression (8). Det blir således intressant att utifrån ett arbetsterapeutiskt perspektiv diskutera kring om det fanns någon underliggande anledning till varför de som hade en anhörig med allvarlig psykisk/fysisk sjukdom hade skattat lägre på att de kan säga ifrån när det är något de inte vill utföra på arbetet. En tanke är att det tillkommer mycket ansvar, stress i vardagen samt en ständig oro över att ha en nära anhörig med en allvarlig psykisk eller fysisk sjukdom. Det kan också innebära att deltagaren tar på sig för mycket ansvar i vardagen och även får svårt att säga nej på arbetet. En annan förklaring skulle kunna vara att det kan vara svårt att ta emot hjälp från andra, då det kan förekomma att deltagaren som har en nära anhörig med psykisk eller fysisk sjukdom kanske inte vill berätta sådant för andra. Dessa antaganden har även påvisats i en tidigare studie (30).

Metoddiskussion

Eftersom författarna fick ta del av redan insamlad data i form av enkäter innefattande kvantitativa variabler valdes en kvantitativ ansats till föreliggande studie. Explorativa analyser, som föreliggande studie får anses ha inneburit, används när det existerar en kunskapslucka kring ett område (31). Det saknas forskning, och speciellt arbetsterapeutisk forskning, om hur unga vuxna med psykisk ohälsa skattar sin arbetsförmåga och om det föreligger några skillnader mellan deras svar beroende på levnadsvanor och sociodemografiska faktorer, vilket motiverar föreliggande studie. Då de enkäter som författarna blev tilldelade redan var utformad med kvantitativa frågor, fanns det därför ingen möjlighet att använda sig av någon annan ansats för denna studie. Dock skulle forskningsfrågan i sig kunna vinna på att även undersökas med en kvalitativ ansats t.ex. intervjuer eller fokusgrupper för att få en mer heltäckande bild av fenomenet.

En svaghet i föreliggande studie var att endast 17 deltagare deltog, vilket kan utgöra en risk för att resultatet inte överensstämmer med verkligheten och därmed inte kan generaliseras, det vill säga vara överförbart till hela populationen unga vuxna med psykisk ohälsa (20). I detta fall fanns ingen möjlighet att rekrytera fler deltagare till studien och därför kan validiteten betraktas som otillräcklig. För att kunna analysera data med ett så lågt antal deltagare användes Fishers exakta test vilket anses lämpligt att använda vid studier med få deltagare (20), vilket som får ses som en styrka i studien. Trots denna risk med få deltagare tyder studiens resultat på att det kan finnas viktiga aspekter inom området som kan utgöra viktig kunskap för arbetsterapeuter.

Det finns en risk för feltolkning av skalstegen i självskattningsinstrumentet DOA (21) som användes i föreliggande studie, eftersom skalan genererar data på en ordinal datanivå. Deltagarna kan uppfatta innebörden av skalstegen på olika sätt eftersom det inte finns en benämning av alla steg, utan endast på det första och det sista steget (1 = i lägre grad, 5 = i högre grad). På grund av att det förekommer olika tolkningar av skalstegen kan deltagarna ha svarat olika på frågorna, vilket i sin tur kan göra att resultatet bli felaktigt. En studie (21) visar dock att DOA-instrumentet har god validitet och reliabilitet, vilket motiverar hur skalan i instrumentet används. En ytterligare risk med enkäter och självskattning att ta hänsyn till är över- respektive underskattning. Till exempel kan personer med depression skatta sig sämre än förväntat och personer med högt stämningsläge skatta sig bättre. Det förekommer också att deltagare svarar så som de tror behandlaren vill att en ska svara, så kallad önskvärdhetsbias (32). Deltagare kan även svara oärligt av andra anledningar, exempelvis om personen skäms över det korrekta svaret eller liknande (20).

Det identifierades tidigt en positiv snedfördelning bland svaren på DOA-frågorna och därför valde författarna att dikotomisera variablerna. Dikotomiseringen gjordes även för att underlätta analysen med Fishers exakta test eftersom det endast kan användas på binära och snedfördelade variabler då det är ett icke-parametriskt test. Dikotomiseringens fördelar är överskådligheten i resultatet, medan nackdelen är att forskaren går miste om detaljer i resultatet (33). Dessutom kan resultatet skilja sig åt beroende på var man väljer att placera cut-off gränsen. Det är därför angeläget att noggrant observera hur svaren fördelar sig före och efter dikotomiseringen. Eftersom det tydligt visade sig att deltagarna främst skattade positivt i instämmandegraden (4 och 5), bestämdes det som ett högt värde. Därav bestämdes 1–3 som i “lägre grad” och 4–5 som i “högre grad”.

Det fanns en risk för masssignifikans i föreliggande studie då 272 analyser med Fishers exakta test har genomförts. Eftersom signifikansgränsen för p-värdet bestämdes till < 0.05 riskerar 14 av analyserna att utgöra slumpmässiga signifikanta skillnader (20), det vill säga 5% av 272 analyser blir 14. Då föreliggande studie påvisar fem statistiskt signifikanta skillnader finns det alltså en risk att samtliga är en följd av masssignifikans. För att minska risken för masssignifikans kunde det eventuellt ha bestämts en hårdare signifikansgräns, exempelvis $p = 0.01$ (1%) eller $p = 0.02$ (2%), alternativt använt korregerande analyser (20). Det faktum att det finns en risk för masssignifikans påverkar även studiens validitet, vilket är viktigt att ta hänsyn till vid eventuell fortsatt forskning inom området.

Forskningsetiska överväganden om eventuella risker och nyttan för deltagarna i föreliggande studie är något som författarna tagit hänsyn till i studien. Sådana aspekter är bland annat att det sedan tidigare fanns en etikansökan för originalstudien med krav på samtycke- och informationsbrev som bland annat innehöll information om aidentifiering för att värna deltagarnas integritet. Föreliggande studie har även tagit hänsyn till forskningsetiska riktlinjer genom att säkerställa godkännande från verksamhetschef som var ytterst ansvarig för beslut om den insamlade kvantitativa datan.

Slutsats

Föreliggande studie visar att det finns statistiskt signifikanta skillnader i hur unga vuxna med psykisk ohälsa skattar sin arbetsförmåga beroende på levnads- och sociodemografiska faktorer; en av tre faktorer i levnadsvanor (“fysisk aktivitet”) och tre av fem faktorer från sociodemografi (“civilstånd”, “relationer” och “anhörigas hälsa”) visar statistiskt signifikanta skillnader. Resultatet visar även att unga vuxna med psykisk ohälsa skattar sin arbetsförmåga högt på de flesta DOA-frågor.

Resultatet från föreliggande studie, ur ett mångfaldsperspektiv, visar på möjligheten för arbetsterapeuter samt andra verksamma inom hälso- och sjukvården att använda självskattning av arbetsförmåga hos personer med bland annat psykisk ohälsa. Detta då arbetsterapeuter arbetar för att synliggöra alla människors styrkor och kompetenser, oavsett om det föreligger någon diagnos hos patienten eller ej. Självskattad arbetsförmåga kan även användas inom arbetsterapeutisk teori och praxis. Teorin kan användas genom att arbetsterapeuten utgår från den arbetsterapeutiska referensramen MOHO (1) för att förstå hur behandlingsprocessen kan genomföras på bästa möjliga sätt. Det teoretiska resonemanget kan sedan användas i praxis för att tillsammans med personen formulera behandlingsmål samt utföra olika interventioner (1), som exempelvis inom arbete för att förbättra den självskattade

arbetsförmågan. Det skulle i sin tur, enligt författarna till föreliggande studie, kunna leda till ökad kunskap för arbetsterapeuter kring vilka faktorer som bidrar till en persons höga eller låga skattning inom självskattad arbetsförmåga. Genom att arbetsterapeuter får ökad kunskap kring området som de kan dela med sig av till andra verksamma inom hälso- och sjukvården kan det även leda till att målgruppen i förlängningen får en jämlik och klientcentrerad behandling, samt stöd för arbetsåtergång, som i framtiden också kan bidra till en social hållbar utveckling.

Resultatet i föreliggande studie är dock otillräckligt för att kunna dra en slutsats om att det faktiskt existerar skillnader inom självskattad arbetsförmåga för hela målgruppen. På grund av risken för masssignifikans och de få deltagarna krävs ytterligare forskning för att svara på frågeställningarna. Utifrån ett genusperspektiv krävs det också fortsatt forskning inom området då det i föreliggande studie fanns en positiv snedfördelning, fler kvinnor än män, då endast fem män deltog i föreliggande studie.

Referenser

1. Kielhofner G (red). Model of human occupation. Teori och tillämpning. Lund: Studentlitteratur; 2012.
2. Eklund M, Gunnarsson B. Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2010.
3. Townsend E, Polatajko H. Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007.
4. Ekberg K, Eklund M, Hensing G. (red). Återgång i arbete - processer, bedömningar, åtgärder. Lund: Studentlitteratur AB; 2015.
5. Arbetsmiljöverket. Hälsa och säkerhet [Internet]. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2019. [citerad 2020-04-10]. Hämtad från: <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/>
6. Socialstyrelsen. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna [Internet]. Socialstyrelsen; 2017. [citerad 2019-12-09]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2017-12-29.pdf>
7. Socialstyrelsen. Psykiatrisk vård - ett steg på vägen [Internet]. Västerås: Socialstyrelsen; 2010. [citerad 2020-03-23]. Hämtad från: <http://docplayer.se/293739-Oppna-jamforelser-och-utvardering-2010-psykiatrisk-var-d-ett-steg-pa-vagen.html>
8. Allgulander C. Klinisk psykiatri. Lund: Studentlitteratur; 2014.
9. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. SBU-rapport; 212.
10. Helgesson M, Johansson B, Nordqvist T, Lundberg I, Vingård E. Sickness absence at a young age and later sickness absence, disability pension, death, unemployment and income in native Swedes and immigrants. Eur J Environ Public Health. 2015;25(4):688-692.
11. Arvidsson A, Bill S, Eek C, Hultin H, Jönsson E, Ljug T, et al. Sjukfrånvarons utveckling 2016. Stockholm: Försäkringskassan; 2016.
12. Socialstyrelsen. Sjukskrivningsmönster och praxis [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen och Försäkringskassan; 2017. [citerad 2019-12-06]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-10-27.pdf>
13. Statistiska centralbyrån. Andel sjukfrånvarande (KS) efter kön och sekto. Kvartal 2015K2 - 2019K4. Stockholm: SCB; 2020. [citerad 2020-03-25]. Hämtad från:

http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0201__AM0201B/KS15franvaroSekt/

14. Adamou M, Arif M, Asherson P, Aw T-C, Bolea B, Coghill D, et al. Occupational issues of adults with ADHD. *BMC Psychiatry*. 2013;13(59).

15. Gupta R, Kar B, Srinivasan N. Cognitivemotivational deficits in ADHD: Development of a classification system. *Child Neuropsychology*. 2011;17(1):67–81.

16. Region Jönköpings län. Vagar till arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning - en validering [Internet]. Jönköping; 2015 [citerad 2020-02-05]. Hämtad från: <https://fouvalfard.se/file/vagar-till-arbete-for-personer-med-psykisk-funktionsnedsattning-en-validering.pdf>

17. Eklund M, Bäckström M. Factor Structure and Construct Validity of the Worker Role Self-Assessment (WRS) When Used for People with Psychiatric Disabilities in Sweden. *Sage Journals*. 2016;39(3):299-316.

18. Hees H, Koeter M, Vries G, Ooteman W, Schene A. Effectiveness of adjuvant occupational therapy in employees with depression: design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2010;10(558).

19. Petersson E-L, Wikberg C, Westman J, Ariai N, Nejati S, Björkelund C. Effects on work ability, job strain and quality of life of monitoring depression using a self-assessment instrument in recurrent general practitioner consultations: A randomized controlled study. 2018;60(1):63–73.

20. Björk J. *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. 1 uppl. Stockholm: Liber AB; 2010.

21. Norrby E, Linddahl I. *Dialog om arbetsförmåga (DOA) version 4.2*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA); 2017.

22. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134(4):382-9.

23. Eklund M, Backstrom M, Eakman AM. Psychometric properties and factor structure of the -item satisfaction with daily occupation scale when used with people with mental health problems. 2014;12(1):191.

24. Institute of Medicine. *Educating the Student Body: Taking Physical Activity and Physical Education to School* [Internet]. Washington DC: Institute of Medicine; 2013. [citerad 2020-03-23]. Hämtad från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24851299>

25. UK Department and Health. *At least five a week - Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health* [Internet]. London: Department of health; 2004. [citerad 2020-03-23]. Hämtad från: https://www.staffs.ac.uk/images/First%20steps%20SHE%20CMO%2520Report%2520Summary_tcm68-26370.pdf

26. Faulkner G, Biddle S. Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia. A review of the literature. *J Ment Health*. 1999; 8:441–57.
27. Folkhälsoinstitutet. FaR individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet [internet]. Statens folkhälsoinstitut Östersund; 2011 [citerad 2020-02-18] Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c6e2c1cae187431c86c397ba1beff6f0/r-2011-30-far-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf>
28. Erlandsson L, Persson D. ValMO-modellen: ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi. 1 uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2014.
29. Schäfer Elinder L. Fysisk aktivitet och folkhälsa. 1 uppl. Huskvarna: Statens folkhälsoinstitut; 2006.
30. Svensson J-O. Att möta anhörigas känslor och existentiella behov [Internet]. Göteborg: Anhöriga; 2015. [citerad 2020-03-23]. Hämtad från: http://www.anhoriga.se/Global/St%C3%B6d%20och%20kunskap/Publicerat/Inspirationsmaterial/Dokument/InspMaterial_2015-1_webb.pdf
31. Wallén G. Vetenskapsteori och forskningsmetodik. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 1996.
32. Forsyth K, Kviz FJ. Survey research. I: Taylor RR, Kielhofner G, redaktörer. *Kielhofner's research in occupational therapy: methods of inquiry for enhancing practice*. 2 uppl. Philadelphia: F.A. Davis; 2017.
33. Dahmström K. Från datainsamling till rapport: att göra en statistisk undersökning. 5 uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2011.

Bilagor

Bilaga 1.

Tabell 4. Total redovisning av DOA-frågor (lodrätt) och enkätfrågor (vågrätt) (n=17)

	FYSISK AKTIVITET	ÅTERHÄMTNI NG	SÖMN *	CIVILSTÅND	ANHÖRIGAS HÄLSA *	RELATIONER	SYSSELSÄTTNIN G	SOMATISK SIUKDOM *	
	Ingen-låg grad / Måttlig-hög grad	Ja / Nej	Ja / Nej	I relation / Inte i relation	Ja / Nej	Ja / Nej	I arbete / Inte i arbete	Ja / Nej	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	4 (67) / 2 (33) 5 (36) / 7 (64) p = 0.335	4 (67) / 2 (33) 6 (54) / 5 (46) p = 1.0	3 (50) / 3 (50) 6 (67) / 3 (33) p = 0.622	1 (17) / 5 (83) 5 (45) / 6 (55) p = 0.333	2 (40) / 3 (60) 6 (54) / 5 (46) p = 1.0	4 (67) / 2 (33) 11 (100) / 0 (0) p = 0.11	3 (50) / 3 (50) 8 (73) / 3 (27) p = 0.6	3 (60) / 2 (40) 2 (25) / 6 (75) p = 0.293
2	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	4 (57) / 3 (43) 4 (40) / 6 (60) p = 0.637	3 (43) / 4 (57) 7 (70) / 3 (30) p = 0.35	3 (60) / 2 (40) 6 (60) / 4 (40) p = 1.0	2 (27) / 5 (71) 4 (40) / 6 (60) p = 1.0	6 (100) / 0 (0) 2 (20) / 8 (80) p = 0.007	6 (86) / 1 (14) 9 (90) / 1 (10) p = 1.0	4 (57) / 3 (43) 7 (70) / 3 (30) p = 0.644	3 (43) / 4 (57) 2 (33) / 4 (67) p = 1.0
3	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	1 (50) / 1 (50) 7 (47) / 8 (53) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 8 (53) / 7 (47) p = 0.485	1 (50) / 1 (50) 8 (61) / 5 (39) p = 1.0	0 (0) / 2 (100) 6 (49) / 9 (60) p = 0.515	0 (0) / 2 (100) 8 (57) / 6 (43) p = 0.467	2 (100) / 0 (0) 13 (87) / 2 (13) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 10 (67) / 5 (33) p = 1.0	0 (0) / 2 (100) 5 (45) / 6 (55) p = 0.487
4	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	1 (50) / 1 (50) 7 (47) / 8 (53) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 9 (60) / 6 (40) p = 1.0	1 (100) / 0 (0) 8 (57) / 6 (43) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 5 (33) / 10 (67) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 7 (50) / 7 (50) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 13 (87) / 2 (13) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 9 (60) / 6 (40) p = 0.515	0 (0) / 2 (100) 5 (45) / 6 (55) p = 0.487
5	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	3 (60) / 2 (40) 5 (42) / 7 (58) p = 0.62	3 (60) / 2 (40) 7 (58) / 5 (42) p = 1.0	3 (60) / 2 (40) 6 (60) / 4 (40) p = 1.0	1 (20) / 4 (80) 5 (42) / 7 (58) p = 0.6	1 (25) / 3 (75) 7 (58) / 5 (42) p = 0.569	3 (60) / 2 (40) 12 (100) / 0 (0) p = 0.74	2 (40) / 3 (60) 9 (75) / 3 (25) p = 0.28	2 (50) / 2 (50) 3 (33) / 6 (67) p = 1.0
6	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	2 (40) / 3 (60) 6 (50) / 6 (50) p = 1.0	2 (40) / 3 (60) 8 (67) / 4 (33) p = 0.593	2 (40) / 3 (60) 7 (70) / 3 (30) p = 0.329	1 (20) / 4 (80) 5 (42) / 7 (58) p = 0.6	1 (25) / 3 (75) 7 (58) / 5 (42) p = 0.569	4 (80) / 1 (20) 11 (92) / 1 (8) p = 0.515	2 (40) / 3 (60) 9 (75) / 3 (25) p = 0.28	3 (67) / 1 (33) 3 (30) / 7 (70) p = 0.51
7	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	5 (62) / 3 (38) 3 (33) / 6 (67) p = 0.347	3 (37) / 5 (63) 7 (78) / 2 (22) p = 0.153	4 (57) / 3 (43) 5 (62) / 3 (38) p = 1.0	2 (25) / 6 (75) 4 (44) / 5 (56) p = 0.62	3 (43) / 4 (57) 5 (56) / 4 (44) p = 1.0	7 (87) / 1 (13) 8 (89) / 1 (11) p = 1.0	6 (75) / 2 (25) 5 (56) / 4 (44) p = 0.62	2 (40) / 3 (60) 3 (37) / 5 (63) p = 1.0
8	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	3 (75) / 1 (25) 5 (38) / 8 (62) p = 0.294	3 (75) / 1 (25) 7 (54) / 6 (46) p = 0.603	3 (75) / 1 (25) 6 (54) / 5 (46) p = 0.604	1 (25) / 3 (75) 5 (38) / 8 (62) p = 1.0	1 (25) / 3 (75) 7 (58) / 5 (42) p = 0.569	3 (75) / 1 (25) 12 (92) / 1 (8) p = 0.426	3 (75) / 1 (25) 8 (61) / 5 (39) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 4 (36) / 7 (64) p = 1.0
9	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	3 (100) / 0 (0) 5 (36) / 9 (64) p = 0.082	1 (33) / 2 (67) 9 (64) / 5 (36) p = 0.537	2 (100) / 0 (0) 7 (54) / 6 (46) p = 0.486	1 (33) / 2 (67) 5 (36) / 9 (64) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 7 (50) / 7 (50) p = 1.0	3 (100) / 0 (0) 12 (86) / 2 (14) p = 1.0	2 (67) / 1 (33) 9 (64) / 5 (36) p = 1.0	0 (0) / 2 (100) 5 (45) / 6 (55) p = 0.487
10	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	0 (0) / 2 (100) 8 (53) / 7 (47) p = 0.471	2 (100) / 0 (0) 8 (53) / 7 (47) p = 0.485	2 (100) / 0 (0) 7 (54) / 6 (46) p = 0.486	1 (50) / 1 (50) 5 (33) / 10 (67) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 7 (50) / 7 (50) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 14 (93) / 1 (7) p = 0.228	2 (100) / 0 (0) 9 (60) / 6 (40) p = 0.515	1 (50) / 1 (50) 4 (36) / 7 (64) p = 1.0
11	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	1 (50) / 1 (50) 7 (47) / 8 (53) p = 1.0	0 (0) / 2 (100) 10 (67) / 5 (33) p = 0.081	0 (0) / 1 (100) 9 (64) / 5 (36) p = 0.4	1 (50) / 1 (50) 5 (33) / 10 (67) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 6 (43) / 8 (57) p = 0.467	2 (100) / 0 (0) 13 (87) / 2 (13) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 10 (67) / 5 (33) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 4 (36) / 7 (64) p = 1.0
12	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	3 (100) / 0 (0) 5 (36) / 9 (64) p = 0.082	1 (33) / 2 (67) 9 (64) / 5 (36) p = 0.537	1 (50) / 1 (50) 8 (61) / 5 (39) p = 1.0	1 (33) / 2 (67) 5 (36) / 9 (64) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 7 (50) / 7 (50) p = 1.0	3 (100) / 0 (0) 12 (86) / 2 (14) p = 1.0	1 (33) / 2 (67) 10 (71) / 4 (29) p = 0.515	0 (0) / 3 (100) 5 (50) / 5 (50) p = 0.231
13	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	2 (50) / 2 (50) 6 (46) / 8 (54) p = 1.0	1 (25) / 3 (75) 9 (69) / 4 (31) p = 0.25	2 (67) / 1 (33) 7 (58) / 5 (42) p = 1.0	3 (75) / 1 (25) 3 (23) / 10 (77) p = 0.099	2 (67) / 1 (33) 6 (46) / 7 (54) p = 1.0	3 (75) / 1 (25) 12 (92) / 1 (8) p = 0.426	3 (75) / 1 (25) 8 (61) / 5 (39) p = 1.0	1 (33) / 2 (67) 4 (40) / 6 (60) p = 1.0
14	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	2 (100) / 0 (0) 6 (40) / 9 (60) p = 0.206	1 (50) / 1 (50) 9 (60) / 6 (40) p = 1.0	0 (0) / 1 (100) 9 (64) / 5 (36) p = 0.4	1 (50) / 1 (50) 5 (33) / 10 (67) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 7 (50) / 7 (50) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 13 (88) / 2 (12) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 10 (67) / 5 (33) p = 1.0	0 (0) / 2 (100) 5 (45) / 6 (55) p = 0.487
15	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	4 (67) / 2 (33) 4 (36) / 7 (64) p = 0.335	3 (50) / 3 (50) 7 (64) / 4 (36) p = 0.644	3 (60) / 2 (40) 6 (60) / 4 (40) p = 1.0	2 (33) / 4 (67) 4 (36) / 7 (64) p = 1.0	1 (17) / 5 (83) 7 (70) / 3 (30) p = 0.119	6 (100) / 0 (0) 9 (82) / 2 (18) p = 0.515	5 (83) / 1 (17) 6 (54) / 5 (46) p = 0.333	0 (0) / 3 (100) 5 (50) / 5 (50) p = 0.231
16	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	2 (100) / 0 (0) 6 (40) / 9 (60) p = 0.206	1 (50) / 1 (50) 9 (60) / 6 (40) p = 1.0	0 (0) / 2 (100) 9 (69) / 4 (31) p = 0.143	0 (0) / 2 (100) 6 (40) / 9 (60) p = 0.515	1 (50) / 1 (50) 7 (50) / 7 (50) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 13 (87) / 2 (13) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 10 (67) / 5 (33) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 5 (36) / 7 (64) p = 1.0
17	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	0 (0) / 3 (100) 8 (57) / 6 (43) p = 0.206	2 (67) / 1 (33) 8 (57) / 6 (43) p = 1.0	1 (33) / 2 (7) 8 (67) / 4 (33) p = 0.525	2 (67) / 1 (33) 4 (29) / 10 (71) p = 0.515	1 (33) / 2 (67) 7 (54) / 6 (47) p = 1.0	1 (33) / 2 (67) 14 (100) / 0 (0) p = 0.022	2 (67) / 1 (33) 9 (64) / 5 (36) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 3 (27) / 8 (73) p = 0.128
18	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	1 (50) / 1 (50) 7 (47) / 8 (53) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 9 (60) / 6 (40) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 8 (61) / 5 (39) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 5 (33) / 10 (67) p = 1.0	0 (0) / 2 (100) 8 (57) / 6 (43) p = 0.467	2 (100) / 0 (0) 13 (87) / 2 (13) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 9 (60) / 6 (40) p = 0.515	0 (0) / 1 (100) 5 (42) / 7 (58) p = 1.0
19	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	1 (50) / 1 (50) 7 (47) / 8 (53) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 8 (53) / 7 (47) p = 0.485	1 (50) / 1 (50) 8 (61) / 5 (39) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 5 (33) / 10 (67) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 7 (50) / 7 (50) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 13 (87) / 2 (13) p = 1.0	0 (0) / 2 (100) 11 (73) / 4 (27) p = 0.11	1 (50) / 1 (50) 4 (36) / 7 (64) p = 1.0
20	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	0 (0) / 1 (100) 8 (50) / 8 (50) p = 1.0	1 (100) / 0 (0) 9 (56) / 7 (44) p = 1.0	1 (100) / 0 (0) 8 (57) / 6 (43) p = 1.0	1 (100) / 0 (0) 5 (31) / 11 (69) p = 0.353	1 (100) / 0 (0) 7 (47) / 8 (53) p = 1.0	0 (0) / 1 (100) 15 (94) / 1 (6) p = 0.118	1 (100) / 0 (0) 10 (62) / 6 (38) p = 1.0	1 (100) / 0 (0) 4 (33) / 8 (67) p = 0.385
21	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	1 (50) / 1 (50) 7 (47) / 8 (53) p = 1.0	1 (50) / 1 (50) 9 (60) / 6 (40) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 7 (54) / 6 (46) p = 0.486	1 (50) / 1 (50) 5 (33) / 10 (67) p = 1.0	1 (100) / 0 (0) 7 (47) / 8 (53) p = 1.0	2 (100) / 0 (0) 13 (87) / 2 (13) p = 1.0	0 (0) / 2 (100) 11 (73) / 4 (27) p = 0.11	1 (50) / 1 (50) 4 (36) / 7 (64) p = 1.0
22	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	5 (56) / 4 (44) 3 (37) / 5 (63) p = 0.637	5 (56) / 4 (44) 5 (62) / 3 (38) p = 1.0	4 (57) / 3 (43) 5 (62) / 3 (38) p = 1.0	4 (44) / 5 (56) 2 (25) / 6 (75) p = 0.62	6 (75) / 2 (25) 2 (25) / 6 (75) p = 0.132	7 (78) / 2 (22) 8 (100) / 0 (0) p = 0.471	5 (56) / 4 (44) 6 (75) / 2 (25) p = 0.620	4 (50) / 4 (50) 1 (20) / 4 (80) p = 0.565
23	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	3 (60) / 2 (40) 5 (42) / 7 (58) p = 0.62	2 (40) / 3 (60) 8 (67) / 4 (33) p = 0.593	2 (50) / 2 (50) 7 (64) / 4 (36) p = 1.0	4 (80) / 1 (20) 2 (17) / 10 (83) p = 0.028	2 (40) / 3 (60) 6 (54) / 5 (46) p = 1.0	4 (80) / 1 (20) 11 (92) / 1 (8) p = 0.515	5 (100) / 0 (0) 6 (50) / 6 (50) p = 0.102	1 (50) / 1 (50) 4 (36) / 7 (64) p = 1.0
24	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	5 (100) / 0 (0) 3 (25) / 9 (75) p = 0.009	2 (40) / 3 (60) 8 (67) / 4 (33) p = 0.593	1 (33) / 2 (67) 8 (67) / 4 (33) p = 0.525	1 (20) / 4 (80) 5 (42) / 7 (58) p = 0.6	3 (75) / 1 (25) 5 (42) / 7 (58) p = 0.569	5 (100) / 0 (0) 10 (83) / 2 (17) p = 1.0	2 (40) / 3 (60) 9 (75) / 3 (25) p = 0.28	1 (20) / 4 (80) 4 (50) / 4 (50) p = 0.565
25	LÄGRE GRAD HÖGRE GRAD	8 (80) / 2 (20) 0 (0) / 7 (100) p = 0.002	4 (40) / 6 (60) 6 (86) / 1 (14) p = 0.134	4 (50) / 4 (50) 5 (71) / 2 (29) p = 0.608	4 (40) / 6 (60) 2 (29) / 5 (71) p = 1.0	4 (44) / 5 (56) 4 (57) / 3 (43) p = 1.0	9 (90) / 1 (10) 7 (70) / 3 (30) p = 1.0	4 (57) / 3 (43) 4 (57) / 3 (43) p = 0.644	2 (33) / 4 (67) 3 (43) / 4 (57) p = 1.0

26	LÄGRE GRAD	4 (80) / 1 (20)	2 (40) / 3 (60)	2 (50) / 2 (50)	1 (20) / 4 (80)	3 (75) / 1 (25)	5 (100) / 0 (0)	3 (60) / 2 (40)	1 (25) / 3 (75)
	HÖGRE GRAD	4 (33) / 8 (67)	8 (67) / 4 (33)	7 (64) / 4 (36)	5 (42) / 7 (58)	5 (42) / 7 (58)	10 (83) / 2 (17)	8 (67) / 4 (33)	4 (44) / 5 (56)
		$p = 0.131$	$p = 0.593$	$p = 1.0$	$p = 0.6$	$p = 0.569$	$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = 1.0$
27	LÄGRE GRAD	2 (67) / 1 (33)	2 (67) / 1 (33)	1 (33) / 2 (67)	1 (33) / 2 (67)	2 (67) / 1 (33)	2 (67) / 1 (33)	2 (67) / 1 (33)	2 (67) / 1 (33)
	HÖGRE GRAD	6 (43) / 8 (57)	8 (57) / 6 (43)	8 (67) / 4 (33)	5 (36) / 9 (64)	6 (46) / 7 (54)	13 (93) / 1 (7)	9 (64) / 5 (36)	3 (30) / 7 (70)
		$p = 0.576$	$p = 1.0$	$p = 0.525$	$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = 0.331$	$p = 1.0$	$p = 0.51$
28	LÄGRE GRAD	5 (83) / 1 (17)	3 (50) / 3 (50)	2 (50) / 2 (50)	1 (17) / 5 (83)	2 (40) / 4 (60)	5 (83) / 1 (17)	2 (33) / 4 (67)	1 (20) / 4 (80)
	HÖGRE GRAD	3 (27) / 8 (73)	7 (64) / 4 (36)	7 (64) / 4 (36)	5 (45) / 6 (55)	6 (54) / 5 (46)	10 (91) / 1 (9)	9 (82) / 2 (18)	4 (50) / 4 (50)
		$p = 0.050$	$p = 0.644$	$p = 1.0$	$p = 0.333$	$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = 0.109$	$p = 0.565$
29	LÄGRE GRAD	2 (50) / 2 (50)	2 (50) / 2 (50)	3 (100) / 0 (0)	2 (50) / 2 (50)	3 (100) / 0 (0)	3 (75) / 1 (25)	3 (75) / 1 (25)	1 (25) / 3 (75)
	HÖGRE GRAD	6 (46) / 7 (54)	8 (61) / 5 (39)	6 (50) / 6 (50)	4 (31) / 9 (69)	5 (38) / 8 (62)	12 (92) / 1 (8)	8 (61) / 5 (39)	4 (44) / 5 (56)
		$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = 0.229$	$p = 0.584$	$p = 0.2$	$p = 0.426$	$p = 1.0$	$p = 1.0$
30	LÄGRE GRAD	3 (100) / 0 (0)	0 (0) / 3 (100)	2 (100) / 0 (0)	1 (33) / 2 (67)	1 (50) / 1 (50)	3 (100) / 0 (0)	2 (67) / 1 (33)	0 (0) / 2 (100)
	HÖGRE GRAD	5 (36) / 9 (64)	10 (71) / 4 (29)	7 (54) / 6 (46)	5 (36) / 9 (64)	7 (50) / 7 (50)	12 (86) / 2 (14)	9 (64) / 5 (36)	5 (45) / 6 (55)
		$p = 0.082$	$p = 0.051$	$p = 0.486$	$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = 0.487$
31	LÄGRE GRAD	0 (0) / 1 (100)	0 (0) / 1 (100)	0 (0) / 1 (100)	1 (100) / 0 (0)	0 (0) / 1 (100)	1 (100) / 0 (0)	1 (100) / 0 (0)	5 (38) / 8 (62)
	HÖGRE GRAD	8 (50) / 8 (50)	10 (62) / 6 (38)	9 (64) / 5 (36)	5 (31) / 11 (69)	8 (53) / 7 (47)	14 (87) / 2 (13)	10 (62) / 6 (38)	5 (38) / 8 (62)
		$p = 1.0$	$p = 0.412$	$p = 0.4$	$p = 0.353$	$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = saknas$
32	LÄGRE GRAD	1 (50) / 1 (50)	1 (50) / 1 (50)	2 (100) / 0 (0)	1 (50) / 1 (50)	1 (100) / 0 (0)	1 (50) / 1 (50)	1 (50) / 1 (50)	1 (50) / 1 (50)
	HÖGRE GRAD	7 (47) / 8 (53)	9 (60) / 6 (40)	7 (54) / 6 (46)	5 (33) / 10 (67)	7 (47) / 8 (53)	14 (93) / 1 (7)	10 (67) / 5 (33)	4 (36) / 7 (64)
		$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = 0.486$	$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = 0.228$	$p = 1.0$	$p = 1.0$
33	LÄGRE GRAD	3 (43) / 4 (57)	4 (57) / 3 (43)	2 (40) / 3 (60)	3 (43) / 4 (57)	4 (57) / 3 (43)	5 (71) / 2 (39)	4 (57) / 3 (43)	3 (60) / 2 (40)
	HÖGRE GRAD	5 (50) / 5 (50)	6 (60) / 4 (40)	7 (70) / 3 (30)	3 (30) / 7 (70)	4 (44) / 5 (56)	10 (100) / 0 (0)	7 (70) / 3 (30)	2 (25) / 6 (75)
		$p = 1.0$	$p = 1.0$	$p = 0.329$	$p = 0.644$	$p = 1.0$	$p = 0.154$	$p = 0.644$	$p = 0.293$
34	LÄGRE GRAD	3 (50) / 3 (50)	3 (50) / 3 (50)	4 (80) / 1 (20)	3 (50) / 3 (50)	4 (80) / 1 (20)	5 (83) / 1 (17)	3 (50) / 3 (50)	3 (60) / 2 (40)
	HÖGRE GRAD	5 (45) / 6 (55)	7 (64) / 4 (36)	5 (50) / 5 (50)	3 (27) / 8 (73)	4 (36) / 7 (64)	10 (91) / 1 (9)	8 (73) / 3 (27)	2 (25) / 6 (75)
		$p = 1.0$	$p = 0.644$	$p = 0.580$	$p = 0.6$	$p = 0.282$	$p = 1.0$	$p = 0.6$	$p = 0.293$

* Internt bortfall

□ Statistiskt signifikant p-värde

^ Trend för statistiskt signifikant p-värde

○ P-värde saknas