



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom **– En enkätundersökning gällande** **aktiviteter i det dagliga livet**

Författare: Johanna Stala von Schewen,
Anna Holmberg

Handledare: Eva Ramel

December 2007

Kandidatuppsats

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2007-12-19

Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom

En enkätundersökning gällande aktiviteter i det dagliga livet

Johanna Stala von Schewen

Anna Holmberg

Abstrakt

Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) är en av de vanligaste lungsjukdomarna i Sverige. En konstant nedsatt lungkapacitet kan påverka utförandet av aktiviteter. Syftet med denna studie var att undersöka möjligheter, begränsningar och förändringar i aktiviteter i det dagliga livet (adl) hos personer med KOL. Vid insamling av information användes enkät. Deltagarantalet i studien uppgick till 144 personer och resultatet visade att nästan hälften av undersökningspersonerna utförde aktiviteter i det dagliga livet i långsammare tempo än innan insjuknandet. De som var sammanboende hade färre hjälpmedel än de som var ensamboende och många var inte utomhus i den utsträckning de ville. Syrgas som hjälpmedel användes av 14 personer och upplevdes av samtliga som en begränsning för aktivitet. Undersökningspersonerna hade mest hjälpinsatser vid Instrumentella aktiviteter i det dagliga livet (I-adl). Vidare visade resultatet att en del kände sig socialt begränsade på grund av sin sjukdom. Utbildning både för personen med KOL och dess omgivning tror författarna är viktigt. Detta för att kunskapen kan ge en större möjlighet för personer med KOL att delta i sociala aktiviteter. Utbildning kan också leda till förståelse för de egna begränsningarna i aktiviteter i det dagliga livet. Författarnas slutsats är att konkreta råd och tips kan bidra till att underlätta vardagen och ge en person med KOL en möjlighet att bibehålla aktiviteter som känns viktiga.

Nyckelord: KOL, arbetsterapi, aktiviteter i det dagliga livet, hjälpmedel.

Kandidatuppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

Innehållsförteckning

1	Bakgrund.....	5
1.1	Definition	5
1.2	Prevalens	5
1.3	Behandling -rehabilitering	6
1.4	Aktivitet -arbetsterapi	6
2	Syfte	7
3	Metod	8
3.1	Urval.....	8
3.1.1	Metod/instrument för insamling av information.....	8
3.2	Procedur	9
3.3	Bearbetning av den insamlade informationen.....	9
4	Etiskt övervägande.....	10
5	Resultat.....	10
5.1	Personliga aktiviteter i det dagliga livet.....	10
5.2	Produktivitet	13
5.3	Fritid	13
6	Diskussion.....	16
6.1	Metoddiskussion	16
6.2	Resultatdiskussion.....	17
7	Slutsats	21

Förkortningar

ADL	Aktiviteter i det dagliga livet
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
I-adl	Instrumentell adl
KOL	Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom
P-adl	Personlig adl
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
VEN	Vårdvetenskapliga Etiknämnden

1 Bakgrund

1.1 Definition

Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) är en sjukdom med ett långsamt och smygande förlopp. Sjukdomen utvecklas under flera år och de mest framträdande symtomen är andnöd, hosta och slem (Larsson, 2007). KOL är en samlingsbeteckning för emfysem (patologisk förändring i bronkiolerna) och kronisk bronkit (dagligen förekommande hosta i två månader, två år i följd). Dessa tillstånd leder till kronisk obstruktion som innebär att det är konstant trångt i luftrören (Bäcklund, Hedenstierna, Hedenström, 2000). En tredjedel av de personer som har KOL får återkommande försämringsperioder. Dessa perioder uppkommer ofta i samband med andra infektioner i kroppen (Larsson, 2006).

Inflammation i luftvägarna vid KOL orsakas främst av luftföroreningar. Av dessa föroreningar är tobaksrök den vanligast förekommande i Sverige (Larsson, 2007). Även en genetisk orsak (brist på alfa 1 antitrypsin) förekommer (Mannino & Buist, 2007). De flesta som blivit diagnostiserade med KOL har varit tobaksrökare i många år och av alla rökare utvecklar ca 15-20 % KOL (Larsson & Larsson, 2001). Svårighetsgraden av KOL mäts genom spirometri och klassificeras sedan utifrån lungkapacitet i preklinisk KOL, lindrig KOL, svår KOL och mycket svår KOL (Larsson, 2007). Konstant andnöd påverkar livskvaliteten och kan leda till bland annat orörlighet, social isolering och depression (Larsson, 2006).

1.2 Prevalens

De vanligaste förekommande lungsjukdomarna i Sverige är astma och KOL. Astma är liksom KOL en obstruktiv lungsjukdom. Skillnaden är att vid astma uppträder det nedsatta luftflödet och andnöden periodvis (SBU, 2000). Eftersom KOL och astma är sjukdomar med liknande symtom kan det vara så att en del med astma egentligen lider av KOL. Det finns 30 % överlappning mellan diagnoserna. (Mannino & Buist, 2007). Beräkningar visar att 400 000 -700 000 personer i Sverige lider av KOL och statistik talar för en fortsatt ökning av diagnosen. Årligen dör mer än 2000 personer av lungsjukdomen i Sverige (Nationellt vårdprogram för KOL, 2007). Bland befolkningen i världens I-länder är KOL den femte vanligaste dödsorsaken (Mannino & Buist, 2007). Vanligen ger sjukdomen sig tillkänna efter 30-50 års rökning.

Då har personen redan förlorat hälften av sin andningskapacitet (SBU, 2000). I Sverige drabbas fler kvinnor än män av KOL (Hjärt & Lungfonden, 2007).

1.3 Behandling -rehabilitering

Rökstopp är den första åtgärden vid behandling om beroende finns (Lundborg & Gustafson, 2004). En behandling som visat goda resultat är långtidsbehandling med syrgas. Syrgasen ger symtomlindring, förbättrar överlevnaden samt höjer livskvaliteten. För att få använda syrgas krävs att personen i fråga har slutat röka (Lundborg & Gustafson, 2004). För att uppnå verkan av syrgasbehandling är det viktigt att den ges kontinuerligt. För bästa resultat ska syrgas inte användas mindre än 16 timmar; helst 24 timmar per dygn (Larsson & Larsson, 2001). Utbildning gällande sjukdom och medicinering kan också ge en positiv inverkan på personens tillstånd (Lundborg & Gustafson, 2004).

Vid rehabilitering av personer med KOL kan dessa komma i kontakt med läkare, sjuksköterska, psykolog, sjukgymnast, dietist och arbetsterapeut (Larsson & Larsson, 2001). Den vanligaste formen av rehabilitering av KOL i Sverige är KOL-skola. Detta är en multidisciplinär verksamhet där alla teamets medlemmar deltar i olika grad (SBU, 2000). Undervisningen kan vara individuell eller i grupp. Några viktiga moment är utbildning i anatomi och fysiologi, rökningens avgörande roll, kostrådgivning, råd om fysisk aktivitet och motion samt ergonomiska råd (Larsson & Larsson, 2001).

1.4 Aktivitet -arbetsterapi

Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) är en arbetsterapeutisk modell. Viktiga grundstenar i modellen är person, miljö, aktivitet och "spirituality". Dessa komponenter samspelar och gör alla människor unika. När det gäller det terapeutiska arbetet krävs ett klientcentrerat arbetssätt samt att aktiviteten är anpassad efter individen (Townsend, 2002). Arbetsterapeuten har en nyckelroll i rehabilitering av personer med KOL eftersom aktiviteter i det dagliga livet (adl) påverkas (Neistadt & Crepeau, 1998). Aktiviteter definieras övergripande som de vanliga, välbekanta saker vi utför i vardagen (Christiansen & Baum, 2005). För att mäta förändringar i hur en person uppfattar sin förmåga och den egna tillfredsställelsen i utförandet av sina aktiviteter kan bedömningsinstrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) användas. Instrumentet delar in aktiviteter i det dagliga livet i tre grupper: personliga dagliga aktiviteter (personlig vård, förflyttning och att klara sig i samhället), produktivitet (arbete, betalt och obetalt, förmåga att sköta hushållet, lek och utbildning) och fritid (stillsam fritid, aktiv fritid och social

samvaro). Utifrån detta kan problem i utförandet av aktiviteter identifieras. Instrumentet bygger på modellen CMOP och är validerat och reliabelt (Law, Baptiste, Carswell-Opzoomer, McColl, Polatajko, Pollock, 1998). Ett annat bedömningsinstrument som kan användas för att identifiera problem i aktiviteter i det dagliga livet är adl-taxonomin. Detta instrument, som är validerat och reliabelt, delar in aktiviteter i Personliga och Instrumentella aktiviteter. Till P-adl räknas äta/dricka, förflyttning, toalettbesök, på/avklädning, personlig hygien och övrig kroppsvård. Till gruppen I-adl räknas kommunikation, resor, matlagning, inköp av dagligvaror, städning och tvätt.

Det huvudsakliga målet med arbetsterapi för personer med KOL är att hjälpa dem att återfå/bibehålla de aktiviteter som känns meningsfulla (Törnquist, 1995).

Mål sätts upp tillsammans med individen för fortsatta arbetsterapeutiska interventioner, åtgärdsinsatserna utvärderas sedan (Törnquist, 1995). Vid ett tidigt stadium i sjukdomsförloppet kan personen med KOL få svårigheter att till exempel gå i trappor och delta i utomhusaktiviteter. Vid ett senare stadium påverkas även de personliga dagliga aktiviteterna (Chan, 2004).

För varje ny svårighet en person med KOL stöter på i sin vardag ökar funktionshindret. Forskning i ämnet kan leda till en ökad förståelse för denna grupp. Under utbildningens gång har vi stött på personer med denna diagnos och fått ett ökat intresse för ämnet. Vi har fått en uppfattning att dessa personer många gånger glöms bort då de funktionshinder som sjukdomen kan leda till inte syns på utsidan. Med tanke på den ökande andel som insjuknar i KOL och de insatser som denna grupp kräver är det ett högst aktuellt ämne att belysa. Genom att undersöka hur aktiviteter i det dagliga livet (adl) ser ut hos dessa personer kan fördjupning i senare studier leda till mer individuella och bättre insatser.

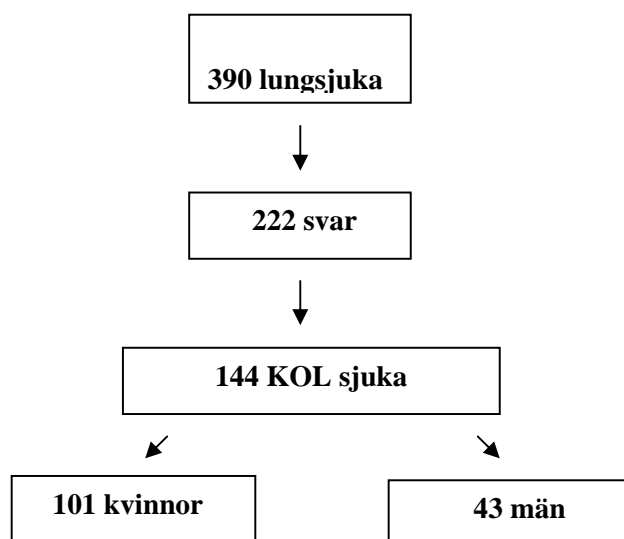
2 Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka möjligheter, begränsningar och förändringar i aktiviteter i det dagliga livet hos personer med KOL.

3 Metod

3.1 Urval

Studien begränsades till att undersöka personer med KOL och deras aktiviteter i det dagliga livet. För att nå ut till en begränsad urvalsgrupp, i det här fallet personer med KOL, kontaktades en länsförening för personer med lungsjukdom. En person i föreningen agerade mellanhand för att säkerställa undersökningspersonernas anonymitet. Urvalskriterierna för att få delta i studien var att undersökningspersonerna hade KOL samt var medlemmar i föreningen. Enkäten skickades ut till samtliga 390 medlemmar i föreningen eftersom ingen registrering efter sjukdomsdiagnos fanns. I enkäten framgick det emellertid att den vände sig specifikt till personer med KOL därför kunde urvalet liknas vid det som Depoy & Gitlin (1999) kallar för en målinriktad sampling. I figur 1 visas urvalet.



Figur 1: Studiens urvalsförfarande.

3.1.1 Metod/instrument för insamling av information

För att nå ett stort antal personer, geografiskt spridda användes enkät som metod (Ejvegård, 1993). I litteratur samlades information om enkätkonstruktion och en enkät bestående av 22 frågor konstruerades (se bilaga 1). Syftet delades upp i problemområdena personliga dagliga aktiviteter, fritid och produktivitet, dessa skulle svara på syftets huvudkomponenter (Ejlertsson, 1996).

Utifrån dessa problemområden komponerades enkäten. Sjutton av frågorna var slutna frågor. De övriga fem var öppna, och gav undersökningspersonerna möjlighet att själva reflektera. Två frågor gällande personliga aktiviteter och instrumentella aktiviteter komponerades utifrån ADL-taxonomi (Törnqvist & Sonn, 1993).

Enkäten testades av en person med diagnosen KOL. Personen deltog inte i den färdiga studien och var oberoende föreningen. Testpersonen fanns i vår omgivning och var inte i någon beroendeställning till någon inom vården. Utifrån testpersonens reflektioner omformulerades en fråga på enkäten. Frågan löd från början ”är du sjukskriven, ja/nej”. Alternativen pensionär och sjukpensionär/aktivitetsersättning tillkom efter testpersonens reflektion. Det är bra att låta någon person testa enkäten innan den når undersökningsgruppen för att se vad som eventuellt behöver förtydligas eller justeras (Kylén, 2004).

3.2 Procedur

En länsförening med lungsjuka medlemmar kontaktades för att se om intresse för studien fanns. När godkännande från Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) erhållits kontaktades föreningen på nytt för ytterligare information. En person på föreningen agerade mellanhand och fick ett brev om hur processen skulle gå till (se bilaga 2). Mellanhanden skickade enkät samt informationsbrev (se bilaga 3) om studien hem till undersökningspersonerna. Dessa skickade tillbaka enkäten i svarskuvert adresserat till universitetet. Undersökningspersonerna fick två veckor på sig att återsända enkäten till angiven adress. Ingen påminnelse skickades eftersom personerna var anonyma för författarna.

3.3 Bearbetning av den insamlade informationen

Svaren bearbetades i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 14.0 for Windows).

Svaren på de öppna frågorna kategoriserades för att organisera kvalitativ information (Depoy & Gitlin, 1999). Kategoriseringen gjordes utifrån bedömningsinstrumentet COPM (personliga aktiviteter, produktivitet och fritid). Några av svaren på de öppna frågorna presenterades som citat. De övriga frågornas svar presenterades i form av figurer och tabeller. En fråga (fråga 5) i enkäten presenterades inte i resultatet för att frågan tolkats olika av olika personer.

4 Etiskt övervägande

För att få godkännande att genomföra studien skickades projektplan och enkät till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN). I samband med enkätutskicket skickades informationsbrev angående studien till deltagarna. Där fanns information om att deltagandet var frivilligt, anonymt och kunde avbrytas när som helst.

5 Resultat

Medelåldern på de personer som deltog i studien var 70,5 år och medianåldern var 71 år. Den äldsta personen som svarade var 90 år och den yngsta 46 år. Det var 111 personer (77 %) som var pensionärer. Av de 144 personer som svarade var det 93 personer (65 %) som hade haft diagnosen KOL i mer än fem år.

Fjorton personer (10%) använde sig av syrgas, sex av dessa kände sig alltid hindrade av sin syrgasbehandling och åtta upplevde sig hindrade ibland. En person uttryckte sig så här om sin sjukdomssituation:

”Har man syrgas ute tycker jag att man blir uttittad, dom säger att jag har rökt men jag är ju född med det.”

5.1 Personliga aktiviteter i det dagliga livet

Personliga aktiviteter i det dagliga livet kategoriserades utifrån COPM (se sida 2). Författarna delade in kategorin i grupperna adl i långsamt tempo eller adl i effektivt tempo. I nuläget var det 68 personer (47 %) som utförde sina personliga dagliga aktiviteter i ett långsammare tempo än innan insjuknandet. En person uttryckte sig så här om hur en vanlig dag ser ut i nuläget:

”Frukost, dusch, liten promenad, läsa, äta, sova, titta på tv, läggdags. Gym tisdagar och torsdagar. Alltid trött.”

Hos samma person kunde en vanlig dag se ut så här innan insjuknandet:

”Frukost, dusch, ut i stan, hem till någon vän, kvällsaktiviteter. Orkade mycket mer, mycket mer!”

Det var 51 personer (35 %) i studien som fick hjälp med att utföra olika dagliga aktiviteter. Flest personer fick hjälp med I-adl (se tabell 1).

Tabell 1. Andelen personer som fick hjälp med att utföra aktiviteter i det dagliga livet (n=51)

P- ADL	Antal (%)	I-ADL	Antal (%)
Övrig kroppsvård	12 (23)	Städning	42 (82)
Personlig hygien	7 (14)	Resor	27 (53)
Förflyttning	6 (12)	Inköp av dagligvaror	26 (51)
På/avklädning	4 (8)	Tvätt	21 (41)
Äta/dricka	2 (4)	Matlagning	13 (26)
Toalettbesök	1 (2)		

Femton personer (29 %) uppgav att de fick hjälp av hemtjänst och 36 personer (71 %) att de fick hjälp av någon i sin omgivning. Av de 144 personer som deltog i undersökningen var 65 personer (45 %) ensamboende, 78 personer (54 %) sammanboende och en person svarade inte på frågan. När det gällde hjälp och vem hjälpen kom från var det skillnad beroende på vilket civilstånd man hade (se tabell 2).

Tabell 2: Hjälp i hemmet dagligen från olika personer, fördelat efter civilstånd (n=143)

Hjälp dagligen	Civilstånd		
	Ensamboende (%) n=65	Sammanboende (%) n=78	Totalt (%) n=143
Nej	44 (68)	48 (61)	92 (64)
Hemtjänst	10 (15)	5 (6)	15 (10)
Annan	11 (17)	25 (32)	36 (25)

Det var 61 personer (42 %) som uppgav att de hade någon form av hjälpmedel (se tabell 3).

Tabell 3: Hjälpmedel och antal personer som använde dem (n=61)

Hjälpmedel	n =61	(%)
Gånghjälpmedel	38	(62)
Duschpall	29	(47)
Griptång	24	(39)
Höj/sänkbar säng	22	(36)
Toalettförhöjare	22	(36)
Rullstol	13	(21)
Stödhandtag på vägg	10	(16)
Badbräda	9	(15)
Arbetsstol	8	(13)
Handtag ovanför säng	2	(3)

De personer som bodde med någon annan hade färre hjälpmedel än de som var ensamboende (se tabell 4).

Tabell 4: Hjälpmedel i förhållande till civilstånd (n=144)

Hjälpmedel		Civilstånd		
		Ensamboende (%) n=65	Sammanboende (%) n=78	Totalt (%) n=144
Har du några hjälpmedel?	Ja	33 (51)	28 (35)	61 (42)
	Nej	32 (49)	51 (64)	83 (58)

Det var 32 personer (22 %) som inte tyckte att de fick tillräckligt med stöd i sin sjukdom. På den öppna frågan varför de upplevde att de inte fick tillräckligt med stöd svarade 25 personer. Av dessa var det 11 personer som inte var nöjda med de insatser de fick av sjukvården. Sex var inte nöjda med information och utbildning om sin sjukdom.

Det var 35 personer (24 %) som tog upprepade vilopauser under dagen. Innan diagnos uppgav nio personer att de vilade under dagen. Utifrån svaren på frågan om personerna använde sig av knep för att undvika trötthet under dagen valdes kategorierna vila och aktivitet ut.

Det var 46 personer (32 %) som svarade att de vilade mellan dagens olika aktiviteter. Det var 19 personer (13 %) som uppgav att de använde sig av någon stillsam aktivitet. En person skrev:

”Många små pauser under dagens lopp. Hålla igång konditionen med rörelseträning även om det är jobbigt. Undvika att göra något ansträngande i framåtböjd hållning. Ta en dag i taget.”

5.2 Produktivitet

För att beskriva i vilken grad undersökningspersonerna kunde arbeta eller sköta hushållet användes kategorin produktivitet utifrån COPM (se sida 2). Det var 72 personer (50 %) som uppgav att de utförde aktiviteter som kunde klassificeras som produktiva i ett långsammare tempo nu än innan insjuknandet. En persons vardag såg tidigare ut såhär:

“Jobbade 7-8 timmar/dag. Underhöll hus och trädgård. Spelade golf. Var ungdomsledare i fotboll. Meckade med bilar. Hjälpte barnen med deras bostäder.”

Nu såg den ut såhär:

”För närvarande sjukskriven. Försöker göra sysslor i hemmet så gott det går. Försöker röra mig så mycket jag orkar. Besöker barn och barnbarn.”

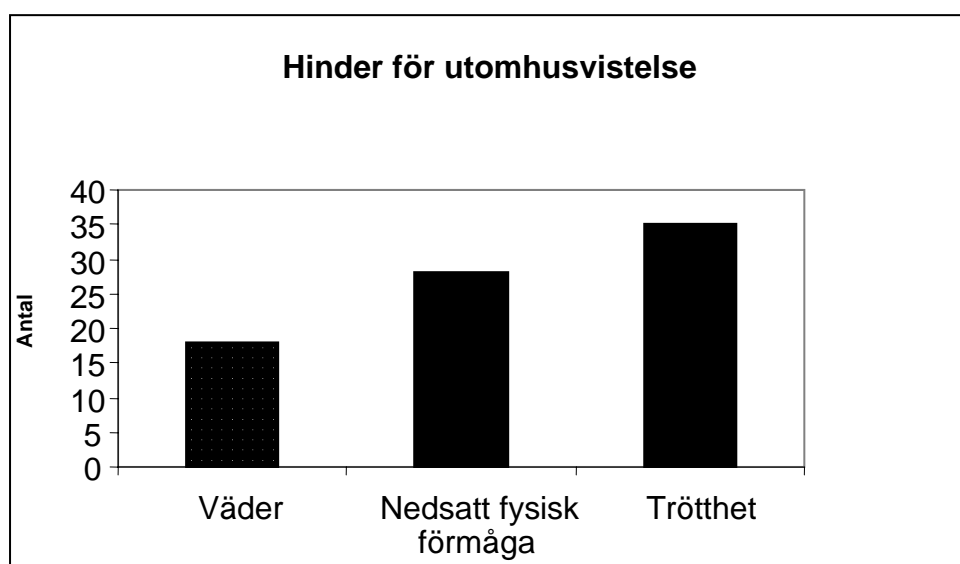
5.3 Fritid

Fritidsintressen delades in utifrån COPM (se sida 2) i kategorierna stillsam fritid, aktiv fritid och social samvaro. Exempel på stillsamma fritidsaktiviteter var läsning och hantverk. Exempel på aktiva fritidsintressen var sport, utflykter och resor. Exempel på social samvaro var besök, telefonsamtal och fester. Innan insjuknandet ägnade sig fler personer åt aktiva fritidsintressen. Efter insjuknandet ökade antalet personer som ägnade sig åt stillsamma fritidsintressen (se tabell 5).

Tabell 5. Hur många personer som utförde fritidsintressen nu i förhållande till innan insjuknandet (n=144)

Fritidsintressen (n=144)	Nu (%)	Innan insjuknandet (%)
Stillsam fritid	96 (67)	73 (51)
Aktiv fritid	76 (53)	96 (67)
Social samvaro	23 (16)	28 (19)
Inga	10 (7)	8 (6)

Studiens resultat visade att 77 personer (53 %) inte var utomhus i den utsträckning de skulle vilja vara. Kategorierna väderförhållanden, nedsatt fysisk förmåga eller trötthet framgick som främsta orsaker till detta problem (se figur 2).



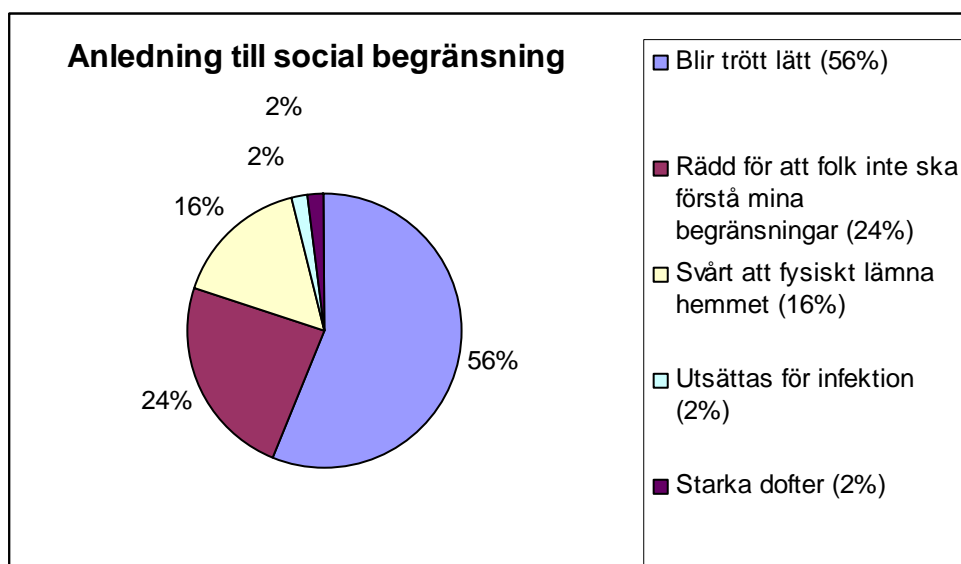
Figur 2: Antal personer och de anledningar till varför de inte var ute så mycket som de vill vara (n=77).

Några deltagare uttryckte sig på följande sätt om varför de inte var ute i den utsträckning som de ville:

”På sommaren är det tungt att andas på grund av värmen. Om vintern är det kyla som ”låser” andningen. Vid blåst kan man inte heller andas”

”Har långa perioder med feber, trötthet och nedsatt allmänskondition. Orkar bara vila inomhus då”

Av olika anledningar upplevde 91 personer (63 %) att sjukdomen begränsade dem socialt. Enkätens valmöjligheter var: ”svårt att fysiskt lämna hemmet”, ”blir trött lätt”, ”rädd för att folk inte ska förstå mina begränsningar” och ”övrigt”. På den öppna frågan övrigt svarade 17 personer. Det framkom att rädsla för att utsätta sig för infektion och exponering av starka dofter var ett problem. (Se figur 3).



Figur 3: Antal personer i procent fördelat på olika anledningar till deras sociala begränsning (n=91).

En person uttryckte sig såhär om sin sociala begränsning:

”Tål ej starka dofter t.ex. parfym, blommor, tobaksrök.”

5.4 Övriga kommentarer

Övriga kommentarer från några undersökningspersoner gällande sin sjukdomssituation:

”Önskad förståelse från politiker och myndigheter för en sjukdom som kanske ej syns utanpå men som ändå begränsar individen.”

”Viktigt att inte låta sjukdomen slå ner det goda humöret. Finns ändå mycket att glädjas åt.”

”Allt jag gör idag tar mer än dubbelt så lång tid.”

”Allt har blivit jobbigare, till och med att svara på en sådan här enkät”

Sammanfattningsvis speglar svaren på enkäten att det som ansågs var mest betydelsefullt att klara av i vardagen var personliga dagliga aktiviteter, att sköta sitt hushåll, att bibehålla fritidsaktiviteter och att ha ett socialt liv.

6 Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Enkät valdes som datainsamlingsmetod eftersom det var ett bra sätt för oss att samla in mycket information från många personer på kort tid. Många personer fick samma frågor vilket gör att det blir lättare att bearbeta och jämföra svaren (Ejvegård, 1993). För att kunna lita på ett instrument krävs det att det är reliabelt och valitt (DePoy & Gitlin, 1999). Vår enkät svarade på studiens syfte men hade inte testats i så många steg som ett instrument måste för att det ska ha tillräcklig validitet. En av enkätens frågor hade misstolkats och var inte tillräckligt tydlig. Detta gjorde att enkäten inte är tillräckligt reliabelt då det kanske inte blivit samma resultat vid upprepande mätningar. Genom användande av enkät fick undersökningsspersonen möjlighet att vara anonym och detta kan bidra till mer ärliga svar (Depoy & Gitlin, 1999). En nackdel med vårt metodval var att när vi som ”intervjuare” inte fanns på plats för att svara på funderingar kunde personen missförstå frågor. Vid granskning av svaren på enkäterna märkte vi att en fråga hade tolkats olika av olika personer. Fråga fem, ”när sökte du doktor på grund av dina besvär?” tolkades antingen som första gången man kände besvär eller senaste gången man kände besvär. Eftersom svaren på frågan var missvisande redovisades inte dessa i resultatet.

Studien skulle från början endast skickas ut till personer med diagnosen KOL. Då det framkom att register på föreningen inte fördes utifrån särskilda diagnoser skickades enkäten ut till samtliga personer som registrerats som lungsjuka. Eftersom vi inte vet hur stor andel av dessa som hade KOL vet vi inte hur hög svarsfrekvensen på studien var. Det är möjligt att svarsfrekvensen kunde ha varit högre om påminnelsebrev skickats ut. Av de 78 som inte svarat men inte hade KOL skickade

59 personer tillbaka enkäten och 18 personer ringde och uppgav att de hade en annan diagnos. I utskicket framgick det att enkäten riktades till personer med KOL.

Någonstans i utskicket borde det ändå mer tydligt ha stått att enkäten skickats till samtliga lungsjuka i föreningen. Exempelvis skulle man ha kunnat skriva högst upp på enkäten samt i brevet att ”om du inte har KOL kan du bortse från denna enkät”.

I fråga elva ”får du någon hjälp dagligdags?” fanns alternativet ”annan”. Där borde vi ha tydliggjort inom parentes vem som kan anses som annan. Många kryssade i att de inte får någon hjälp med P- och I-adl när det sedan framkommit att till exempel maken hjälpte till mycket. Vid frågan om ”hur en vanlig dag i ditt liv ser ut/har sett ut” borde vi ha förtydligat att det var vardagsrutiner frågan gällde. Många svar på dessa frågor involverade deras fritidsintressen vilket vi hade en fråga om längre fram i enkäten. I enkäten undrade vi hur vardagen såg ut innan och efter diagnos. Vi borde ha uttryckt att det var insjuknandet som var betydelsefullt för studiens resultat. Vardagen kan ha påverkats innan diagnosen ställts.

Både de med KOL och de utan visade intresse för studien och många ville ta del av resultatet. Antalet svar som kom in var stort trots avsaknaden av påminnelsebrev. När svaren blev så många tog det lång tid att läsa de öppna frågorna. Många svar var otydliga och mycket tid gick åt till att läsa vad som stod texten. Kanske hade det blivit lättare om vi hade skrivit på enkäten att man skulle texta tydligt.

6.2 Resultatdiskussion

Vårt resultat kan användas till att uppmärksamma hur vardagen kan se ut hos personer med KOL. Saker som tidigare varit självklara för personerna i undersökningen är inte längre lika lätta att utföra när man har fått nedsatt lungkapacitet.

I vår studie var det 36 personer (25 %) som inte hade socialt umgänge i den utsträckning de ville för att de var rädda att folk inte skulle förstå deras begränsningar. Många hade svårt att vistas i offentliga miljöer på grund av starka dofter som tobaksrök och parfym. Många var också rädda att drabbas av infektioner i samband med besök hos vänner och familj. Begränsningarna kunde också handla om att folk inte förstod de fysiska begränsningar som sjukdomen kan leda till. Vi tycker att det är viktigt att personer med KOL får en bra och grundlig utbildning om sin sjukdom.

De kan sedan informera sin närmaste omgivning om sin situation och det kan leda till en ökad förståelse. Sjukdomsutbildning, andningsutbildning, hantering av försämringsperioder och psykosocialt stöd har i en studie visat sig vara av betydelse när det gäller utbildning av personer med KOL (Wilson, O'neill, Reilly, MacMahon, & Bradley, 2007). Sex personer i vår studie önskade mer utbildning gällande sin sjukdom. Vi menar att grupputbildning för personer med KOL skulle kunna leda till att de kan förstå sina begränsningar bättre. Vi menar också att den optimala gruppen ska ge deltagarna möjlighet att tillsammans diskutera fram betydelsefulla saker som de önskar ska tas upp under utbildningen. Givetvis ska det finnas ramar för utbildningen såsom till exempel sjukdomsutbildning och andningsutbildning. En arbetsterapeut kan informera om hur sjukdomen KOL påverkar aktiviteter samt vikten av att prioritera bland dessa. I en annan studie gällande KOL informerades deltagarna om sin sjukdom. De fick upptäcka och testa sina begränsningar och detta ledde till en ökad självkänsla. Resultatet blev att vissa av deltagarna kunde utföra mer i sin vardag. De visste nu i större utsträckning vilka begränsningar de hade (Rodgers, Dyas, Molyneux, Ward, Revill, 2007).

Vårt resultat visade att aktiviteter inom I-adl var det som personerna i undersökningen valt att få hjälp med. Det som flest personer hade hjälp med var städning. Detta är en aktivitet som kräver viss styrka och kondition. Kanske hade de som hade hjälp med städning valt bort denna aktivitet för att prioritera något annat i vardagen. De övriga kanske inte kände sig så pass hindrade av sin sjukdom att de kände att de behövde hjälp med denna aktivitet. Eller så hade de inte prioriterat på samma sätt bland sina aktiviteter. De som deltog i studien hade inte lika mycket hjälp med P-adl som med I-adl. Detta kan bero på att sjukdomsförloppet ofta har gått långt när man behöver hjälpinsatser i P-adl. Personerna i vår studie visade sig vara i olika stadier av sin sjukdom vilket kanske påverkade resultatet. Det kan också vara så att en del av personerna hade hjälpinsatser på grund av ökande ålder och de fysiska nedsättningar som kan komma i samband med detta. Med träning i aktiviteter i det dagliga livet kan behovet av hjälpinsatser möjligtvis skjutas upp. I en studie visade det sig att träning för patienter med KOL gav goda resultat (Derom, Marchand & Troosters, 2007). Vi tycker att träningen ska ske i hemmet eftersom det är i den miljön aktiviteterna utförs och personen ska känna sig säker vid aktivitetsutförandet i sin egen miljö. Detta tror vi kan leda till ett ökat självförtroende som även kan göra att man vågar utföra aktiviteter utanför hemmiljön.

En vanlig behandlingsform vid KOL är syrgasbehandling. Enligt vad vi läst ska den underlätta för personen genom att lindra symtomen, förbättra överlevnaden samt öka livskvaliteten (Lundborg & Gustafson, 2004).

I vår studie visade det sig att samtliga personer som använde sig av syrgas kände sig hindrade i vardagen. Detta kan bero på rädsla för vad andra ska tycka, samt okunskap angående hur man ska använda sin syrgas till exempel hur länge syrgasen i tuben räcker. Det kan kanske upplevas jobbigt med den långa slangen inomhus och den kan ge en högre fallrisk. Om man ska gå ut med sin syrgas så ska man ta med den tunga tuben. Bär man den på en rollator så kan en del uppleva att de ser sjukare ut än vad de känner sig. Enligt en kvalitativ studie om vad som hade betydelse för personer med KOL så framgick det att personerna hade svårt att lämna sitt hem på grund av att den portabla syrgastuben var väldigt tung och stor. Det var också så att personerna kände sig generade över att så tydligt visa upp att de hade andningssvårigheter (Williams, Bruton, Ellis-Hill & McPherson, 2007).

Siffrorna över hjälpinsatser från någon annan än hemtjänst skiljde sig beroende på civilstånd. De sammanboende hade i större utsträckning hjälp från någon annan än hemtjänsten. Kanske anhöriga förväntas att hjälpa till och maken/makan tvingas dra ett större lass än det som behövs.

Användningen av hjälpmedel skiljde det sig även i förhållande till civilstånd. De sammanboende hade hjälpmedel i mindre utsträckning än de ensamboende. Kanske det även i detta fall är så att anhöriga hjälper till i situationer som hade kunnat underlättas av hjälpmedel eller energibesparande knep.

Det var många personer i studien som uppgav att de hade någon form av hjälpmedel. Med tanke på undersökningens personernas ålder är frågan om hjälpmedelsinsatserna beror på diagnosen eller på ökad ålder. Det kan även bero på en kombination av dessa. Många kanske inte är medvetna om hur hjälpmedel fås, vad de kostar, samt hur dessa kan underlätta i vardagen. Därför kanske en del lägger mycket onödig energi i situationer där ett hjälpmedel skulle kunna underlätta. En arbetsterapeut kan hjälpa till med att förskriva hjälpmedel. Även bostadsanpassningar av hemmet kan göras för att underlätta i vardagen. En vanlig anpassning är till exempel att badkar byts ut mot dusch för att slippa lägga onödig energi på momentet att ta sig i och ur badkaret.

Efter insjuknandet ökade antalet personer som ägnade sig åt någon form av stillsam fritidsaktivitet. Många personer har bytt aktiva fritidsintressen till stillsamma istället för att inte vara aktiva alls vilket är bra då de bibehåller sin roll som aktiva varelser. Eftersom medelåldern på undersökningens personer var hög vet vi inte om omställningen beror på nedsatt fysisk förmåga eller på grund av sjukdomen. När det gäller social samvaro med familj visar vårt resultat att det inte är så stor skillnad från då till nu. Detta kan bero på att de personer som ingick i vår studie var

medlemmar i en förening som de själva valt att gå med i. Detta kan ha påverkat vårt resultat när det gäller den sociala samvaron eftersom dessa personer aktivt valt att delta i ett socialt forum.

Många av undersökningspersonerna upplevde aktiviteten social samvaro som en av de mest betydelsefulla aktiviteterna i vardagen. I en annan studie om KOL upplevde undersökningspersonerna att sjukdomen ledde till social isolering och ensamhet (Williams, Bruton, Ellis-Hill & McPherson, 2007). För att undvika att bli socialt isolerad och ensam tycker vi att det är viktigt att omgivningen förstår situationen. Personen med KOL ska inte vara rädd för att föreslå aktiviteter som den känner sig trygg med. Oftast är aktiviteten i sig inte det viktigaste utan att göra den tillsammans.

Många var inte utomhus i den utsträckning som de skulle vilja vara. Det framkom att många ville ha en utomhusaktivitet där det inte ställdes stora krav på den fysiska förmågan. Många föreningar med äldre som målgrupp anordnar olika utomhusaktiviteter, ofta deltar inte personer med KOL i dessa. Ökad kunskap och förståelse för vilka aktiviteter som passar denna grupp tror vi skulle kunna leda till ett större deltagarantal på aktiviteter. Att gå en sträcka på bara 100 meter kan vara väldigt ansträngande för en person med KOL (Williams, Bruton, Ellis-Hill & McPherson, 2007).

Behöver personen inte lägga så mycket energi på att ta sig från punkt A till B kanske det är lättare delta i aktiviteten.

Det är viktigt att stanna upp, ta en paus och i möjligaste mån spara på energin i olika vardagliga situationer. Kanske måste man omprioritera bland sina aktiviteter och vissa aktiviteter måste kanske väljas bort. Kanske är det så att nya mindre fysiskt ansträngande intressen hittas. Vi anser att det är viktigt att fortsätta vara aktiv i den mån det går. Därför bör personer med KOL bli hjälpta med tips och råd om hur de ska kunna behålla sin roll som aktiva varelser.

Tips och råd för att underlätta i aktiviteter i det dagliga livet

Personliga aktiviteter i det dagliga livet (P-adl)

- Använd griptång/strumppådragare.
- Öppna fönstret vid dusch för att undvika ånga.
- Sitt ned vid duschning, rakning, påklädning.
- Använd badrock/småhanddukar vid dusch för att slippa tunga badlakan.

- Vila mellan aktiviteterna.

Instrumentella aktiviteter i det dagliga livet

- Vid bäddning; höj sängen, ha sängen fritt i rummet, använd lakan med resår.
- Vid matlagning; placera saker som används ofta nära arbetsbänken, sitt ned när du arbetar, använd rollator/rullbord när du flyttar saker, använd elektriska redskap.
- Vid inköp; använd Dramaten, shoppingvagn eller ha en kundvagn som stöd, handla med självscanning eller beställ hem varorna.
- Vid städning; använd så lite rengöringsmedel som möjligt, använd griptång istället för att böja dig ned, använd fuktig trasa vid damning, sätt hjul på möbler som behöver flyttas ofta, ha en bra arbetsställning vid dammsugning.
- Vid tvätt och strykning; undvik att bära tvätten, sitt ned vid sortering, vikning och strykning av tvätt, använd en torkställning som står på golvet, använd Dramaten vid förflyttning av tvätten.

Fritid

- Sitt ned vid trädgårdsarbete istället för att bocka dig fram, använd inte för tunga redskap, använd en självgående gräsklippare, gå inte ut i extrema väderlekar.
- Åk ut i naturen för att bara sitta och njuta.
- Planera och prioritera.
- Ta med en flaska vatten att ha vid plötsliga hostattacker på till exempel bion eller teatern.

7 Slutsats

En person med KOL ska inte behöva känna sig ensam i sin sjukdom. Det är viktigt att ha ett team att vända sig till som förstår sjukdomen. Genom att prioritera i vardagen, använda sig av energibesparande knep och ta del av hjälpinsatser från arbetsterapeut kan vardagen underlättas. Det har framgått i vår studie att det är viktigt att kunna vara aktiv. För att personer med KOL ska kunna få hjälp att bibehålla sina aktiviteter långt in i sjukdomsförloppet krävs mer forskning i ämnet gällande KOL och aktiviteter. Det som visade sig vara mest betydelsefullt att klara av i vardagen var de personliga dagliga aktiviteterna, att sköta sitt hushåll, att bibehålla fritidsaktiviteter och att ha ett socialt liv. Vi anser att dessa saker säkert är vardagliga bitar som är viktigt för de flesta människor. Att förmågan att utföra dessa bibehålls så länge som är möjligt är en självklarhet för

oss. Detta kan kanske möjliggöras genom forskning och utbildning. I ett möte med en person med KOL är det viktigt att förstå att de begränsningar de känner ofta inte syns på utsidan.

Referenser

Bäcklund, L., Hedenstierna, G., & Hedenström, H. (2000). *Lungfysiologi och diagnostik vid lungsjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Chan, S.C.C. (2004). Chronic Obstructive Pulmonary Disease and engagement In occupation. *The American Journal of Occupational Therapy*. 58, 408-415.

Cristiansen, C., & Baum, C. (2005). *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being*. Thorofare: SLACK Incorporated.

De Poy, E., & Gitlin, L. (1999). *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Derom, E., Marchand, E., Troosters, T. (2007). Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Annales de Radaptation et de medicine Physique*. 50, 615-626.

Ejlertsson, G. (1996). *Enkäten i praktiken- En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Ejvegård, R. (1993). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Kylén, J-A. (2004). *Att få svar*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.

Larsson, K. (2007). Aspects on pathophysiological mechanisms in COPD. *Journal of Internal Medicine*, 262, 311-340.

Larsson, K. (2006). *KOL Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, K., & Larsson, S. (2001). *Kronisk Bronkit och Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom, KOL, Rehabilitering vid KOL*. Arvika: Arvika grafiska.

Law, M., Baptiste, S., Carswell-Opzoomer, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure Manual*. (3rd ed.) Toronto: CAOT Publications ACE

Lundborg, M., & Gustafson, T. (2004). *KOL praktik, handbok i KOL-behandling med fallbeskrivningar*. Klippan: Ljungbergs Tryckeri.

Mannino, D.M., Buist, A.S. (2007). Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *The Lancet*, 370, 765-773.

Neistadt, M. E., & Crepeau, E.B. (1998). *Willard & Spackmans Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincot.

Rodgers, S., Dyas, J., Molyneux, A.W.P., Ward, M.J., & Reville, S.M. (2007). Evaluation of the information needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease following pulmonary rehabilitation: a focus group study. *Chronic Respiratory Disease*, 4, 195-203.

SBU. (2000). *Behandling av astma och KOL- En systematisk kunskapssammanställning*. Stockholm: ISBN.

Townsend, E. (Ed). (2002). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Törnquist, K. (1995). *Att fastställa och mäta förmåga till dagliga livets aktiviteter (ADL)*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete.

Törnquist, K., & Sonn, U. (1993). *FSA:s ADL-taxonomi*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Williams, V., Bruton, A., Ellis-Hill, C., & McPherson, K. (2007). What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? An exploratory study. *Chronic Respiratory Disease*, 4, 77-85.

Wilson, J.S, O'neill, B., Reilly, J., MacMahon, J., & Bradley, J.M. (2007). Education in Pulmonary Rehabilitation: The Patient's Perspective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 1704-1709.

Hjärt & lungfonden. Hämtad 6 september, 2007, från <http://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/sjukdomar.asp?infoid=113&id=5&sortering=relaterad>

Nationellt vårdprogram för KOL. (2007). Hämtad 6 september, 2007, från <http://www.slmf.se/kol/>

Enkät angående aktiviteter i det dagliga livet för personer som besväras av KOL

1. Är Du man eller kvinna?

- Man
- Kvinna

2. Vilket år är Du född? 19...

3. Hur bor Du idag?

- Radhus
- Flerfamiljshus
- Villa
- Servicehus
- annat.....

4. Är Du

- Ensamboende
- Sammanboende

5. När sökte Du doktor på grund av dina besvär?

- Mindre än ett år sedan
- 1-2 år
- 3-5 år
- Mer än 5 år

6. Hur länge har Du haft diagnosen KOL?

- Mindre än ett år
- 1-2 år
- 3-5 år
- Mer än 5 år

7. Är Du ...?

- Sjukskriven
- Sjukpensionär/aktivitetsersättning
- Pensionär

Om ja, i så fall sen när?

- Mindre än ett år
- 1-2 år
- 3-5 år

Mer än 5 år

8. Använder Du syrgas på grund av din sjukdom?

- Ja
- Nej

Om ja, hur många timmar per dag använder Du syrgas?

Hindrar din syrgas dig i vardagliga och fritidssysslor?

- Ja alltid
- Ibland
- Nej aldrig

9. Beskriv kortfattat hur en vanlig dag i Ditt liv ser ut?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Beskriv kortfattat hur en vanlig dag såg ut innan Du fick din diagnos?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Får Du någon hjälp dagligdags (i det dagliga livet)?

- Nej
- Hemtjänst
- Annan

12. Kryssa i det Du får hjälp med (flera svarsalternativ får ges):

- Äta/Dricka
- Förflyttning
- Toalettbesök
- På- avklädning
- Personlig hygien
- Övrig kroppsvård/ Skötsel

13. Kryssa i det Du får hjälp med (flera svarsalternativ får ges):

- Kommunikation (hjälp med att kommunicera)
- Resor (bil, tåg, buss)
- Matlagning
- Inköp av dagligvaror
- Städning
- Tvätt

14. Har Du någon form av hjälpmedel?

- Ja
- Nej

Om ja, vilka hjälpmedel har Du (flera svarsalternativ får ges)?

- Gånghjälpmedel
- Rullstol
- Duschpall
- Badbräda
- Toaförhöjare
- Stödhandtag på vägg
- Griptång
- Arbetsstol
- Handtag ovanför säng (dävert)
- Höj/sänkbar säng
- Övrigt

15. Tycker Du att Du får det stöd Du behöver i din sjukdom?

- Ja
- Nej

Kommentarer:

.....
.....
.....

16. Har Du några knep för att undvika att bli trött?

.....
.....
.....

17. Vilka fritidsintressen har Du nu?

.....
.....
.....

18. Vilka fritidsintressen hade Du innan Du fick diagnosen KOL?

.....
.....
.....

19. Är Du utomhus så mycket som Du skulle vilja vara?

- Ja
- Nej

Om nej, av vilken anledning är Du inte ute så mycket som du vill vara?

.....
.....
.....

20. Upplever Du dig hindrad av din sjukdom i ditt sociala liv?

- Ja
- Nej

Om ja, på vilket sätt hindrar din sjukdom dig i ditt sociala liv (flera alternativ får ges)?

- Jag har svårt att fysiskt lämna mitt hem
- Jag blir trött lätt
- Jag är rädd för att folk inte ska förstå mina begränsningar
- Övrigt

21. Vad är mest betydelsefullt för dig att klara av i ditt dagliga liv?

.....
.....
.....
.....

22. Övriga kommentarer:

.....
.....
.....
.....

Tack för din medverkan!



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Sektionen för arbetsterapi och gerontologi

Till mellanhand

Vi är två studenter på arbetsterapeutprogrammet, Lunds Universitet, som under hösten ska skriva vårt examensarbete, 15 p.

Syftet med vår studie är att undersöka förändringar i de dagliga aktiviteterna hos personer som besväras av Kronisk obstruktiv lungsjukdom. Ämnet KOL är aktuellt då statistik visar att fler och fler årligen insjuknar. Få undersökningar har genomförts särskilt i ämnet arbetsterapi och KOL, därför tycker vi att ämnet är intressant att belysa.

Den metod som kommer att användas är en enkätundersökning. Frågorna rör aktiviteter i det dagliga livet, hur vardagslivet är nu och hur det tidigare varit. Enkäten vänder sig till personer med KOL. Vi granskar de inkomna svaren och bearbetar dessa med hjälp av statistiska beräkningar. Detta tolkas sedan med skriven text.

Vi anhåller om hjälp av Dig att välja ut personer enligt våra ovan angivna urvalskriterier. Dessutom ber vi att Du hjälper oss att skicka ett brev till dem du valt ut med information om studien (vilket bif.) samt enkät och ett svarskuvert. Svarskuverten är adresserade till vår institutions sekreterare. Detta för att garantera undersökningspersonernas anonymitet och för att vi inte skall skicka ut en ev. påminnelse till dem som redan har svarat. Sektionen för arbetsterapi, Lunds Universitet står för kostnaden av kuvert och porto. Deltagandet är frivilligt och ingen obehörig kommer få tillgång till svaren. Konfidentialitet garanteras.

Om Du har frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Johanna Stala von Schewen

Anna Holmberg

Eva Ramel



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Sektionen för arbetsterapi och gerontologi

Att undersöka förändringar i aktiviteter i det dagliga livet hos personer som besväras av KOL

Vi är två studenter på arbetsterapeutprogrammet, Lunds Universitet som under hösten 2007 ska skriva vårt examensarbete, 15 p.

Syftet med denna studie är att undersöka hur vardagsaktiviteter hos en person som besväras av KOL ser ut. Statistik visar att fler och fler personer årligen drabbas av KOL. Medicinska studier har gjorts gällande ämnet men få har gjorts gällande personer med KOL och deras vardagliga aktiviteter. Vi anser att det är intressant att ta reda på hur aktivitetsmönstret har förändrats sedan insjuknandet i KOL.

Till detta brev medföljer en enkät som innehåller 22 frågor gällande vardagliga aktiviteter. Vi har fått kontakt mer Er genom den patientförening Du är medlem i. En person på föreningen skickar detta brev samt bifogad enkät till Dig.

Om Du accepterar att delta i vår studie ber vi att Du besvarar frågorna i bifogad enkät så fullständigt som möjligt och skickar tillbaka den i det portofria svarskuvertet inom en vecka till angiven adress. Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din kontakt med patientföreningen.

Svarskuvertet är kodat så att vi kan pricka av att Du svarat. Frågeformuläret är anonymt därför är det omöjligt att identifiera detta till någon enskild person. Om Du inte svarat inom en vecka kommer eventuellt ett påminnelsebrev att skickas till Dig.

Dina svar på enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till Dina svar. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.
Konfidentialitet garanteras.

Om Du vill veta mera om vår studie så ring eller skriv gärna till oss Johanna Stala von Schewen och Anna Holmberg eller till vår handledare Eva Ramel.
Med vänlig hälsning

Johanna Stala von Schewen

Anna Holmberg

Eva Ramel

