



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

De 5 Prioriterade Aktiviteterna i COPM

En studie av förändring i upplevelse av utförande och tillfredsställelse, före och efter smärtrehabilitering samt hur dessa klienters aktiviteter fördelas i olika aktivitetsområden

Författare: Lena Björklund

Handledare: Carita Nygren
Eva Ramel

Februari 2007

Kandidatuppsats

Adress: Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

2007-02-12

De 5 Prioriterade Aktiviteterna i COPM

En studie av förändring i upplevelse av utförande och tillfredsställelse, före och efter smärtrehabilitering samt hur dessa klienters aktiviteter fördelas i olika aktivitetsområden

Lena Björklund

Abstrakt

Långvarig smärta påverkar aktivitetsmönstret negativt. Ofta behövs smärtrehabiliterande insatser. Syfte: Undersöka hur de fem aktiviteter som skattats betydelsefulla av personer med smärta upplevdes ifråga om utförande/tillfredsställelse före och efter smärtrehabilitering, hur aktiviteterna fördelades på aktivitetsområdena personliga dagliga aktiviteter (PDA), produktivitet (P) och fritid (F) samt om de två först nedskrivna aktiviteterna skiljde i förändring från de tre övriga. Metod: Studien baseras på data som insamlats med instrumentet COPM på personer med långvarig smärta (n=87). Resultat: Aktiviteternas upplevda utförande och tillfredsställelse förändrades i de flesta fall positivt med gruppförändringar på mellan 1 och 3 skalsteg i medianberäkningarna. Mellan de två först nedskrivna aktiviteterna och de tre övriga fanns ingen skillnad i förändring för upplevt utförande och för tillfredsställelse var den marginell. Flertalet av de aktiviteter som skattats betydelsefulla tillhörde aktivitetsområde P. Speciellt inom rehabilitering är det väsentligt att kunna studera varje självvald betydelsefull aktivitet över tid för sig samt ha instrument där aktivitetsutförande kan utvärderas. Då är COPM ett bra/användbart instrument.

Nyckelord: Arbetsterapi, aktivitetsutförande, COPM, smärtrehabilitering.

Kandidatuppsats

Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	2
Aktivitet	2
Långvarig smärta	3
Långvarig smärta och aktivitet	4
Smärtrehabilitering	5
En smärtrehab i södra Sverige	6
COPM	8
SYFTE	10
METOD	10
Studiens upplägg och material	10
Urval	11
Procedur	12
Dataanalys	13
ETIK	14
RESULTAT	14
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Konklusion	23
REFERENSER	24
Elektroniska referenser	27

Introduktion

I samhället har långvarig smärta blivit ett stort problem dels på grund av det mänskliga lidandet och dels på grund av de kostnader som orsakas samhället för till exempel sjukskrivningar och medicin (Brattberg, 1995). Långvarig smärta innebär för många att de får svårt att utföra sina vardagliga aktiviteter. Den upplevda smärtan styr personen som lätt fastnar i ett mönster. Många får svårigheter att själv bryta sig loss och klara ta sig ur detta mönster. Följden av detta är att en stor del av personerna med långvarig smärta blir i stort behov av smärtrehabilitering (Brattberg, 1995).

Författaren arbetar på en enhet för interdisciplinär smärtrehabilitering i södra Sverige, vilket innebär att ett team av olika yrkesgrupper arbetar efter gemensamma mål som patient och team satt tillsammans. Arbetsterapi är en del av smärtrehabiliteringen. Begreppet aktivitet är grundläggande för arbetsterapeuter samt kunskapen att möjliggöra utförandet av aktiviteter (CAOT, 1997). I den arbetsterapeutiska smärtrehabiliteringen är det väsentligt att en person själv får välja de aktiviteter som känns betydelsefulla för att därmed bli mer motiverad för träning. För att få reda på vilka aktiviteter som är betydelsefulla men problematiska för personer med långvarig smärta att utföra och för att bedöma aktivitetsutförandet används ett arbetsterapeutiskt instrument, Canadian Occupational Performance Measure, (COPM) (Law, Baptiste, Carswell, McCall, Polatajko & Pollock, 1998). Där lyfts personens självvalda betydelsefulla aktiviteter fram och de (max fem) som känns mest angelägna att åtgärda för personen väljs ut och självskattas avseende utförande och tillfredsställelse. I smärtrehabiliteringsprogrammet i södra Sverige används COPM som ett arbetsterapeutiskt utvärderingsinstrument och läggs alltid in i den databas som kliniken har, bland annat för utvärdering enligt det kvalitetssäkringssystem som används. Vid uppföljningar av COPM efter smärtrehabiliteringen av respektive persons självvalda betydelsefulla aktiviteter har tendenser setts till att personerna verkade förbättras mer på de två först nedskrivna aktiviteterna (aktivitet 1 och 2) jämfört med de tre övriga. Därför valde författaren att i föreliggande studie undersöka hur personers fem självvalda betydelsefulla aktiviteter förändrades efter smärtrehabilitering och om vissa förändrades mer. Fokus lades även på att se hur dessa aktiviteter fördelades på aktivitetsområdena personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Undersökningen gjordes på de personer med långvarig smärta som varit på smärtkliniken för rehabilitering under ett år.

Bakgrund

Aktivitet

Kunskapen om aktiviteter är grundläggande inom arbetsterapi (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend, 1997). ”Med begreppet aktivitet avses en intentionell handlingsprocess som kräver tanke, känsla och energi och var riktat mot ett eftersträvat mål. Målet kunde vara relaterat till processen och/eller slutresultatet” (Mosey, 1986, s 227).

När det gäller det teoretiska perspektivet på arbetsterapi så menar Law et al (1997) att människor utför en mängd aktiviteter och uppgifter i dagliga livet som organiseras och ges värde, mening och betydelse av individerna och den kultur de tillhör. Människans aktivitet är en del av hennes identitet som människa och görandet, den egna aktiviteten, är ett sätt att hålla sig frisk på (Law, 2002). Både människans omgivning och hennes hälsa påverkar hennes förmåga att engagera sig i meningsfulla och produktiva aktiviteter (Strong, Unruh, Wright & Baxter, 2002; CAOT, 1997).

Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) som är en klientcentrerad modell baseras på utförande av aktiviteter samt möjliggörande att utföra aktiviteter (Law et al, 1997). CMOP fokuserar på att det finns ett dynamiskt förhållande mellan *människan*, *omgivningen* samt de *aktiviteter* individen utför (CAOT, 1997). Människan är försedd med *fysiska*, *kognitiva* och *affektiva* komponenter med en kärna av *andlighet*. Omgivningen som individen är en del utav består av fyra delar, en *kulturell*, en *social*, en *institutionell* och en *fysisk*. Aktiviteter som människan deltar i kategoriseras i tre aktivitetsområden; *produktivitet*, *fritid* och *personliga dagliga aktiviteter*. Varje aktivitetsområde kategoriseras i tre typer av aktiviteter. Produktivitet: betalt och obetalt arbete, sköta hushållet och utbildning/skola och lek. Fritid: stillsam fritid, aktiv fritid och social samvaro. Personliga dagliga aktiviteter: personlig vård, förflyttning och att klara sig i samhället (Law et al, 1998). Aktivitetsutförande är resultatet av det föränderliga förhållandet mellan person, omgivning och aktivitet och de olika delarnas beroende av varandra (CAOT, 1991; Christiansen & Baum, 1991).

Aktivitetsutförande omfattar både själva utförandet och tillfredsställelsen med utförandet. När människor utför en aktivitet har de möjlighet att i olika situationer bestämma/välja vad de vill göra och därmed utöva kontroll över sitt liv. De kan uttrycka sitt val genom att bestämma om dom vill fortsätta, förändra eller avsluta det dom håller på med (Law et al, 1997).

I föreliggande studie har indelningen av aktiviteter efter modellen CMOP i personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid följts. Aktiviteten sova/vila togs med som en del av personliga dagliga aktiviteter.

Vid all arbetsterapeutisk rehabilitering är det väsentligt att människan ses ur ett aktivitetsperspektiv. Detta innebär att personen och hans tidigare liv och miljö ses ur vederbörandes egen synvinkel. Men förutsättningarna för att rehabiliteringen ska vara terapeutiskt verksam är att personens egna önskemål om betydelsefulla aktiviteter att utföras tas tillvara (Strong et al, 2002). När en aktivitet fyller en speciell avsikt och man känner delaktighet i rehabiliteringen kan motivationen ökas. Känslan av meningsfullhet med det man gör påverkas, vilket kan bidra till en ökad livstillfredsställelse och ökad livskvalité (Law, 2002). För att kunna lyfta fram vilka aktiviteter som upplevs betydelsefulla för en person är det viktigt att använda instrument där detta beaktas (Law et al, 1997).

När fakta hämtats ur engelskspråkig litteratur valde författaren att genomgående översätta occupation med ordet aktivitet. Här stödde författaren sig på Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters (FSA) svenska översättning (FSA, 1999).

Långvarig smärta

The International Association for the Study of Pain (IASP) definierar smärta som ”en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av en sådan skada”, och ”den är alltid subjektiv och kan uppträda i frånvaro av vävnadsskada” (IASP, 2005; SOS-rapport 1994:4; Strong et al, 2002). Det finns två typer av smärta; akut och långvarig, tidigare sades ofta kronisk smärta istället för långvarig. Men under senare år har man valt att ersätta kronisk med långvarig smärta. Detta eftersom ordet kronisk ger intryck av att smärtan är omöjlig att påverka vilket får till resultat att inställningen till personen (både från sjukvården och från personens omgivning) blir mer negativ än vad som behövs (Brattberg, 1995). Till skillnad från den akuta smärtan så varar den långvariga längre tid än vad som kan anses förväntat efter den uppkomna skadan/sjukdomen. För att definieras som långvarig smärta förekommer tidsgränser på tre eller sex månader, där sex månader är vanligast (Brattberg, 1995). Men IASP (2005) benämner smärtan som långvarig efter ca tre månaders smärtduration, och detta har allt fler övergått till. Loeser och Melzack (1999) menade att det inte bara var varaktigheten av smärtan

som skiljde den akuta och långvariga smärtan åt, utan det väsentliga var ”kroppens oförmåga att återställa dess fysiologiska funktioner till normal homeostatisk nivå”(s. 1609). Författarna menade att denna kunskap har viktig innebörd för smärtbedömning och smärtintervention. Långvarig smärta är förknippat med avsevärt lidande, med psykologiska, beteendemässiga och miljöbetingade förändringar. Sternbach (1987) underströk att långvarig smärta till skillnad från akut smärta varken är ett symptom, en varningssignal eller ett ”behovstillstånd” för vila.

Diagnoser och orsaker kan variera. Fyra huvudtyper av smärta finns: nociceptiv smärta som uppstår i samband med vävnadsskada, neurogen smärta som orsakas av sjukdom/skada specifikt i perifera nervsystemet, ryggmärg och hjärna, psykogen smärta som orsakas av psykisk sjukdom och idiopatisk smärta som saknar känd orsak (Brattberg, 1995; Liedbeck, 2001). Många personer med långvarig smärta har flera diagnoser. Det gemensamma är att alla har smärta. Detta var anledningen till att författaren tar upp dem i studien som en enhetlig grupp. Ett vanligt symptom hos personer med långvarig smärta är sömnstörningar (svårt att somna, sover ytligt och rastlöst). Detta underströks av Linton (1992) som även tog upp att sömnproblemen i sin tur kunde öka upplevelsen av smärtan. Andra symptom är ökad muskelspänning, magproblem (på grund av värktabletter), bristande koncentration, låg toleransnivå, social isolering, svårigheter att utföra vardagliga aktiviteter, känsla av att vara en börda, problem i familjen och förlorad tro på sjukvårdsapparaten. Personen hamnar lätt i en ond cirkel. (Sternbach, 1987; Brattberg, 1995). Att förlora sin tidigare roll i samhället på grund av smärtan kan för många innebära en stor förlust (Gullacksen, 1998).

Långvarig smärta och aktivitet

Vid långvarig smärta påverkas aktivitetsmönstret (Strong et al, 2002). Möjligheten att utföra aktiviteter begränsas av smärtan. Smärtan medför att man behöver lära sig ett alternativt sätt att utföra en aktivitet på (förändra sitt aktivitetsmönster), d v s utveckla adaptationsstrategier och hitta en fungerande aktivitetsbalans (Strong et al, 2002). För att undvika smärttoppar behöver en person med långvarig smärta lära sig att hitta sina gränser i aktivitetsutförandet (Brattberg, 1995). Långvarig smärta inverkar på individens möjligheter att utföra dagliga aktiviteter. Smärtan och begränsningen i utförandet orsakar en stor förändring av tidsstruktur, roller och vanor vilket kan få psykosociala konsekvenser och vara ett hot mot hälsan (Strong et al, 2002, Gullacksen 1998). En del slutar göra saker och blir inaktiva medan andra inte alls

lyssnar på kroppens signaler och gör betydligt mer än de orkar. Att ta sig ur dessa vanor själv kan vara svårt. När individen inte längre klarar av att utföra de uppgifter man tidigare haft så krävs en omprioritering av roller och vanor samt en förändring av aktivitetsmönstret (Henriksson, 1995). Syftet med smärtrehabilitering är att patienten ska öka kontrollen över sin vardag och få en bättre balans av sina aktiviteter. Här fyller arbetsterapeuten en viktig roll (Brattberg, 1995). Målet för arbetsterapi inom smärtrehabilitering är att förbättra/utveckla den funktionella förmågan hos patienter och införliva de fysiska och psykiska fördelar som uppnås i hans/hennes vardagliga aktiviteter (Loeser & Egan, 1989). Arbetsterapeuten kan bistå patienten att förstå smärtans inverkan på det dagliga livet, hjälpa honom/henne att återupprätta ett fungerande dagligt schema, hitta sin aktivitetsnivå och medverka till att den fysiska aktiviteten åter ökas (Strong, 1996). En ytterligare uppgift för arbetsterapeuten är att hjälpa personer att identifiera sina aktivitetsproblem och hitta adaptationsstrategier (nya alternativa sätt att utföra en aktivitet på) för att möjliggöra utförande av för personen betydelsefulla aktiviteter, och utveckla ett nytt aktivitetsmönster. Stresshantering, anpassad ergonomi samt stödsamtal och arbetsplatsbesök är andra behandlingsstrategier som används (Strong, 1996). Två aktivitetsproblem som ofta tas upp som betydelsefulla av personer med långvarig smärta är att kunna sova och vila/ta pauser. Detta är många gånger väsentligt att prioritera vid rehabilitering för att ha bättre möjlighet att påverka/ändra aktivitetsmönstret (Strong et al, 2002).

För att nå så bra rehabiliteringsresultat som möjligt är det väsentligt att personer med långvarig smärta är aktiva i sin rehabiliteringsprocess, får möjlighet att värdera sin egen förmåga och själv välja de aktiviteter som de känner som betydelsefulla att utföra. Tycker man inte om att utföra en aktivitet så är det svårt att känna någon motivation, vilket är en förutsättning för att kunna uppnå hälsa, livskvalité och tillfredsställelse med livet (Law, 2002; Strong et al, 2002). Detta kan arbetsterapeuten bidra till genom att personen motiveras att delta i för varje individ självvalda meningsfulla aktiviteter.

Smärtrehabilitering

All rehabilitering syftar enligt FN:s standardregler till att människor med funktionsnedsättningar ska uppnå bästa möjliga fysiska, intellektuella, psykiska eller sociala funktionsförmåga och att ge dem möjligheter att förändra sina liv och uppnå ett större oberoende (Socialdepartementet, 1995). Det finns både åtgärdsinriktad och processinriktad

rehabilitering. Den åtgärdsinriktade koncentrerar sig på behandlingsformer och mätteknik. När det gäller den processinriktade koncentrerar man sig på möjligheterna och begränsningarna individen har i relation till sin omgivning (Rivano-Fischer, Tufveson & Olsson, 1997).

I all processinriktad smärtrehabilitering är det väsentligt att det etableras ett så ändamålsenligt förhållningssätt som möjligt i arbetet med den patient man träffar. I kontakten med personer med långvarig smärta är det extra viktigt att komma ihåg att smärtan är vad patienten säger att den är. Lyssna till vad personen säger och bemöt personens åsikt med respektfullhet (Strong et al, 2002; Mc Caffery & Beebe, 1989). Huvudmålet vid processinriktad smärtrehabilitering är att hjälpa individen att leva med smärtan. Insikten om att smärtan förmodligen ej försvinner är en viktig del av detta. En stor del av smärtrehabiliteringen går ut på att individen åter ska få kontroll över sin tillvaro. I detta ingår att få kunskap om hur man hanterar smärtan och hjälp att åter lära sig balansera sin aktivitetsnivå. Detta måste ske i överensstämmelse med individens psykiska, fysiska och sociala kapacitet och i förhållande till egna och omgivningens krav (SOS 1994:4). Smärtrehabilitering kan förekomma på olika sätt. Brattberg (1995) förespråkar rehabilitering på en multidisciplinär klinik, där flera specialiteter finns representerade. Arbetet sker i team kring patienten, detta ger optimal möjlighet till en helhetssyn och patienten löper inte lika stor risk att få olika besked av olika behandlare. Arbetsterapeuten är en viktig del när det gäller att hjälpa personer att förbättra och känna sig mer tillfredsställda med sin aktivitetsnivå. Vid smärtrehabilitering är det vanligt att strategier används för att personerna ska lära sig hantera sin smärta. Då använder man sig av psykologiska tekniker, t e x avslappning eller beteendemässiga tekniker som aktivitetsträning (Linton, 1992). Idag är man ganska enig om att en kombination tillsammans av kognitiv terapi och beteendeterapi, så kallat kognitiv beteendeterapi ger bäst rehabiliteringsresultat (Brattberg, 1995). Dessutom ingår ofta medicinsk behandling, både som smärtlindring och för att kunna sova bättre.

En smärtrehab i södra Sverige

På smärtrehabiliteringen i södra Sverige används sedan början på 90-talet ett strukturerat program för utredning och behandling av personer med långvarig smärta. Programmet bedrivs i grupp under fem veckor inklusive två dagars uppföljning efter åtta veckor. Varje grupp består av nio patienter och alla är vuxna, huvudsakligen i arbetsför ålder. De personer med

långvarig smärta som anses lämpliga för interdisciplinär smärtrehabilitering utses av smärtmottagningen på samma enhet, då stor vikt läggs vid hur motiverad och rehabiliteringsbar patienten är. Den smärtrehabilitering som bedrivs i grupperna sker ur ett kognitivt beteendeterapeutiskt perspektiv (KBT). Detta innebär att man arbetar med ”här och nu” perspektivet och fokuserar på att förändra tankar/tolkningar (kognitiv teori) och beteende (beteendeteori) (Brattberg, 1995).

Teamet kring patienten består av läkare, sjukgymnast, kurator, psykolog och arbetsterapeut, med tillgång till sjuksköterska vid behov. Rehabiliteringsplanen för de fem veckorna läggs upp tillsammans med patienten under första veckan. Inför start av rehabiliteringen gör arbetsterapeut och kurator var för sig en komplettering för att förbereda samt stämma av med patienten. Vid detta tillfälle gör arbetsterapeuten en bedömning utifrån modellen CMOP (se s 2) med instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (se s 8) (Law et al, 1998). Vid utskrivningen efter fem veckor sker en uppföljning av COPM. Dessutom görs en 1-årsuppföljning.

Inom kliniken bedrivs kvalitetsutveckling utifrån Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, CARF (CARF, 2007). CARF är ett amerikanskt kvalitetssäkringssystem för att kritiskt granska och analysera rehabprocessen utifrån brukarens bästa, både avseende att uppnå största möjliga funktionsförbättring samtidigt som man ser till dennes bästa. Rehabiliteringsprocessen utförs av ett samverkande team som även innefattar patienten. CARF ställer krav på att smärtrehabiliteringens arbete är målinriktat, att man har måluppfyllelse och pågående utveckling av olika projekt samt uppföljning av de patientgrupper som behandlas. Inom arbetsterapin används instrumentet COPM som en del för att följa upp och nå den måluppfyllelse som teamet på smärtrehab satt upp och gemensamt arbetar efter. All data om patienterna, såväl bakgrundsdata som resultat av olika bedömningar lagras i en databas. Databasen ingår som ett led i CARFs målsättning med arbetet inom smärtprogrammet. Förutom data om ålder och kön läggs variabler in som förvärvsarbete/inte förvärvsarbete, ursprungsland, kostnad, smärtduration och diagnos. Vidare lagras information av de bedömningar som utförs, bl a COPM.

Den arbetsterapeutiska behandlingen inom smärtprogrammet inriktas på smärthantering i aktivitet. Syftet är att möjliggöra förändring av aktivitetsmönster och hjälpa personerna att hitta adaptationsstrategier i aktiviteter inom personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och

fritid. Stor vikt läggs vid att möjliggöra förändring av vanor och roller. De medel som främst används i den arbetsterapeutiska behandlingen är olika skapande aktiviteter. Dessutom används anpassad ergonomi, video-feedback (videofilmning av personernas rörelsemönster) och bio-feedback (instrument för att mäta spänning i muskler). I behandlingen ingår även olika teoriavsnitt bland annat ergonomi, planering och användning av tid samt hur olika krav kan påverka en person vid utförande av en aktivitet. Dessutom ingår praktisk undervisning då aktuella aktivitetsproblem i hushållet tas upp, ex inom matlagning och städning.

COPM

Canadian Occupational Performance Measure, COPM (Law et al, 1998) är ett arbetsterapeutiskt individanpassat bedömningsinstrument utformat i syfte att upptäcka förändringar i en persons uppfattning om sin förmåga vid utförande av olika aktiviteter över tid. Det är även tänkt att användas som ett resultatmått (Law et al, 1998). COPM baseras på CAOT:s modell Canadian Model of Occupational Performance, CMOP (se s 2) (CAOT, 1991,1997). Instrumentet anses ha god reliabilitet både för utförande som tillfredsställelse. Reliabiliteten (intraklasskorrelation =ICC) mellan test och omtestning befanns vara acceptabel både för utförande (ICC=0,63) och för tillfredsställelse (ICC=0,84) (Sanford, Law, Swanson & Guyatt, 1994). Även en senare studie har påvisat god reliabilitet (Law et al, 1998). Utvärderingsinstrumentet har i den svenska versionen validerats och visat sig vara känsligt för förändringar över tid (Wressle, Samuelsson & Henriksson, 1999).

COPM möjliggör för personen att identifiera sina betydelsefulla och väsentliga aktiviteter som är problematiska att utföra och därigenom kunna påverka och ta aktiv del i sin rehabilitering. Instrumentet har visat sig vara väsentligt för målformuleringsprocessen och planeringen av behandlingsinterventionen (Wressle, Marcusson & Henriksson, 2002). Enligt Strong, Tooth & Unruh (2000) är det extra viktigt att patienten involveras som en aktiv ”agent” i sin rehabiliteringsprocess.

Hur COPM ska användas beskrivs i en manual. Patienten identifierar först och främst vid en semistrukturerad intervju de betydelsefulla aktiviteter som hon vill, behöver eller förväntas utföra och om det finns svårigheter att utföra dem till belåtenhet. Varje vald aktivitet skattas därefter med Visual Analogue Scale (VAS), där 1 anger lägsta värdet och 10 det högsta, hur betydelsefull aktiviteten är. Detta utförs endast första gången. Bland de betydelsefulla

aktiviteterna ska patienten därefter välja ut max fem som känns mest angelägna eller överhängande att förändra. Dessa noteras utan någon avsiktlig rangordning. I COPM-bedömningen betonas ingen speciell rangordning (FSA, 1999). Därefter skattas den egna uppfattningen om både upplevt utförande och upplevd tillfredsställelse för de utvalda max fem aktiviteterna. Skattningarna görs på en tiogradig skala (där 1 anger lägsta värdet och 10 det högsta). Allra sist räknas medelvärdet av skattningarna för upplevt utförande och tillfredsställelse i de fem aktiviteterna ut. Den semistrukturerade intervjun där frågorna inte finns nedskrivna bygger på arbetsterapeutens kunskap att få personerna själva att identifiera vilka problem med aktiviteter de tycker är mest betydelsefulla för dem samt lyfta fram de max fem som känns mest angelägna att förändra. Det är väsentligt att de aktivitetsområden identifieras som innebär problem för personen (Law et al, 1998, i svensk version FSA 1999). Vid ett förvalt tillfälle skattas återigen de fem valda aktiviteterna avseende upplevt utförande och upplevd tillfredsställelse samt medelvärdet för de summerade fem aktiviteterna räknas ut. Medelvärdena jämförs med varandra före och efter en insats och på så sätt mäts förändringen avseende en patients uppfattning av sitt aktivitetsutförande. Men även jämförelser av enskilda betydelsefulla aktiviteter har börjat utföras. Denna tanke understöddes i en studie av Wressle et al (1999), som visade att det har stort värde speciellt inom rehabilitering.

Med hjälp av COPM kartläggs aktiviteter inom tre aktivitetsområden, *personliga dagliga aktiviteter*, *produktivitet* och *fritid*. Personliga dagliga aktiviteter (PDA) omfattas av personlig vård, förflyttningar och förmåga att klara sig i samhället. Produktivitet (P) av arbete betalt/obetalt, sköta hushållet, lek och utbildning, och fritid (F) av stillsam fritid, aktiv fritid och social samvaro (CAOT, 1991,1997; Law et al, 1998).

I smärtprogrammet i södra Sverige är det klinisk praxis att COPM-manualen följs. Uppföljning sker efter den fem veckor långa smärtrehabiliteringen. Skattningarna av respektive persons max fem självvalda aktiviteter avseende upplevt utförande och upplevd tillfredsställelse före och efter rehabilitering samt deras skattning för aktivitetens betydelse förs in i databasen på smärtrehabiliteringskliniken. Medelvärdet av personens upplevda utförande och tillfredsställelse räknas ut i dataprogrammet. Utöver det jämförs även i samband med uppföljningen varje enskild aktivitet för sig för att undersöka om någon förändring (positiv eller negativ) i aktiviteterna skett avseende upplevt utförande och upplevd tillfredsställelse.

Inom smärtprogrammet noterades tendenser till att det vid uppföljningen av COPM efter fem veckor verkade vara högre grad av positiv förändring för personernas upplevda utförande och upplevda tillfredsställelse i de första två aktiviteterna som skrevs ned (aktivitet 1 och 2), jämfört med de tre övriga aktiviteterna. Tankar uppkom här om aktivitet 1 och 2 på något sätt var mer betydelsefulla än de övriga tre aktiviteterna. Men även om något mönster kunde ses mellan fördelningen av de fem självvalda betydelsefulla aktiviteterna på de tre aktivitetsområdena PDA, P och F och förändringarna för upplevt utförande och tillfredsställelse av aktiviteterna. För att kunna se hur personernas självskattade betydelsefulla aktiviteter förändrades efter smärtrehabilitering ifråga om upplevt utförande och tillfredsställelse och hur aktiviteterna fördelades på de tre aktivitetsområdena samt om de två först nedskrivna aktiviteterna verkade förändras mer valde författaren att göra en kartläggning på de personer med långvarig smärta som genomgått fem veckors smärtprogram under ett år.

Syfte

Syftet var att undersöka hur de fem aktiviteter som skattats betydelsefulla av personer med smärta upplevdes ifråga om utförande och tillfredsställelse före och efter rehabiliteringen. Vidare var syftet att undersöka hur aktiviteterna fördelade sig på aktivitetsområdena personliga dagliga aktiviteter (PDA), produktivitet (P) och fritid (F). Ytterligare ett syfte var att undersöka om förändringarna av utförande och tillfredsställelse skiljde sig åt mellan de två först nedskrivna självvalda aktiviteterna och de tre resterande.

Metod

Studiens upplägg och material

Studien utformades som en före/efterstudie. Materialet till studien hämtades från två olika mättillfällen, före och efter smärtrehabilitering. Instrumentet som användes av undersökarna var COPM (se s 8). I detta fallet användes personernas självskattningar före och efter smärtrehabilitering för att mäta upplevd utförande och upplevd tillfredsställelse för var och en av deras fem självvalda betydelsefulla aktiviteter.

Materialet inhämtades från klinikens databas. Informationen om hur personernas valda aktiviteter kategoriserats i aktivitetsområden vid COPM-bedömningen hämtades ur journaler. Skattningarna av de fem aktiviteternas upplevda utförande och tillfredsställelse användes även för att kartlägga om de två först nedskrivna aktiviteterna förändrades mer än de tre övriga. Eftersom aktiviteterna skulle jämföras och de förts in utan någon avsiktlig rangordning togs självskattningarna för betydelse av de fem aktiviteterna med, varvid data hämtades ur databasen.

Urval

Urvalet omfattade patienter med långvarig smärta som under 2004 genomgått interdisciplinär smärtrehabilitering (kognitiv/beteendeterapeutiskt rehabiliteringsprogram) under fem veckors smärtrehabilitering i grupp på en avdelning för smärtrehabilitering i södra Sverige. Inom smärtprogrammet rehabiliterades 16 grupper 2004, varje grupp bestod av 9 patienter. Detta blev sammanlagt 144 personer, och alla var huvudsakligen i arbetsför ålder (18 – 65 år). Det blev ett externt bortfall på fyra personer, två personer som avbrutit sin rehabilitering, en som avstått från att vara med i databasen och en som stod i en gammal databas. Detta ledde till en ursprunglig grupp på 140 personer.

Urvalet gjordes därefter enligt följande: Först exkluderades alla personer som inte genomfört båda COPM bedömningarna. Därefter exkluderades alla som angett mindre än fem aktiviteter. Sammanlagt 53 personer. Resterande patientdatabas innefattande 87 personer med långvarig smärta inkluderades i föreliggande studie. Urvalsgruppen bestod av 24 % män och 76 % kvinnor. Personernas ålder indelades i fyra grupper: 30 år och yngre, 31 – 40 år, 41 – 50 år samt 51 år och äldre (se tab 1).

Den ursprungliga gruppen jämfördes med urvalsgruppen när det gällde ålders- och könsfördelning för att se om urvalsgruppen var representativ. När det gällde könsfördelningen för ursprungliga gruppen så var 29 % män och 71% kvinnor. För urvalsgruppen så var 24% män och 76% kvinnor. Ålder delades in i fyra åldersgrupper som sedan jämfördes med varandra (se tab 1). Resultatet visade att både åldersfördelning och könsfördelning för de båda grupperna var överensstämmande med varandra.

Tab 1 Indelning av ursprunglig grupp (n=140) och urvalsgrupp (n=87) efter åldersgrupper.

Ålder (år)	Urvalsgrupp (%)	Ursprunglig grupp (%)
30 år och yngre	13 %	16%
31 – 40 år	43 %	39%
41 – 50 år	33 %	30%
51 år och äldre	11 %	15%
Totalt	100 %	100%

Procedur

All insamling av data skedde på avdelningen för smärtrehabilitering i södra Sverige. Samtliga ingående patienter i studien hade bedömts under 2004 med COPM före och efter smärtrehabilitering av olika arbetsterapeuter vid avdelningen. Författaren medverkade inte vid COPM-bedömningen. Materialet till studien har hämtats ur klinikens databas och ur respektive journaler.

För denna studie använde författaren allmänna bakgrundsdata kring varje patient. Vidare användes den data kring graderingar som gjordes på de tre 10-gradiga skalorna i COPM (Law et al, 1998) rörande de fem självvalda betydelsefulla aktiviteterna. De rutiner som användes på kliniken för inläggning av information från patienter i datasystemet var följande: Bakgrundsdata överfördes till databasen av sekreterare. Arbetsterapeuterna lade in COPM före rehabilitering och efter rehabilitering. I databasen angavs i COPM vilka siffervärden (1 – 10) patienterna angett för aktivitet 1 - 5 avseende upplevt utförande och upplevd tillfredsställelse. Dessutom angavs före rehabiliteringen för varje aktivitet 1 – 5 med vilken siffra (1 – 10) värdet skattades för betydelse. Upplevt utförande, upplevd tillfredsställelse samt betydelse, skattades med VAS, där 1 var lägsta värdet och 10 det högsta. Värdet före rehabilitering betecknades med *in* och värdet efter rehabilitering med *ut*.

Då databasen endast innehöll värdena från COPM:s tre skattningsskalor hämtades data ur respektive journal om fördelningen av varje persons fem självvalda aktiviteter i aktivitetsområden. Kategoriseringen av aktiviteterna utfördes av undersökarna vid COPM-bedömningen före rehabiliteringen (*in*) utifrån varje persons behov i tre aktivitetsområden, det vill säga PDA, P och F (se s 8), i enlighet med CMOP (se s 2) (CAOT, 1997). För att kunna

utföra kartläggningen av aktiviteternas fördelning i aktivitetsområden hämtade författaren uppgifter ur respektive journal, därefter kodades materialet och matades in i databasen.

Dataanalys

Bearbetningen av materialet utfördes i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 11,5. Beräkningar och jämförelser gjordes utifrån de enskilda (fem) aktiviteterna och på gruppnivå. Centralmåttet som användes var medianen eftersom datan är på ordinalskalenivå (Ejlertsson, 1984, 1992). Tre analyser gjordes enligt nedan:

1. Data togs fram om personernas upplevda utförande och tillfredsställelse före (in) och efter smärtrehabilitering (ut) och graden av förändring beräknades och jämfördes både för upplevt utförande och för upplevd tillfredsställelse för alla fem självvalda aktiviteter (ut). Deskriptiv statistik användes (Ejlertsson, 1984, 1992).
2. Data togs fram om hur de fem självvalda betydelsefulla aktiviteterna fördelade sig på de tre aktivitetsområdena PDA, P och F. För gruppen angavs för var och en av de fem självvalda betydelsefulla aktiviteterna de tre aktivitetsområdenas (PDA, P och F) relativa värde i %. Dessutom angavs den relativa andelen i % av respektive aktivitetsområde för samtliga 435 aktiviteter sammanlagt. De fem självvalda aktiviteternas fördelning i aktivitetsområden jämfördes med graden av förändring (via medianen) för upplevd utförande och tillfredsställelse av de fem aktiviteterna.
3. Graden av förändring för upplevd utförande och tillfredsställelse av de två aktiviteter som först skrevs ned (aktivitet 1 och 2) jämfördes med de tre resterande (aktivitet 3, 4 och 5) via medianen. Eftersom studien inkluderade jämförelse av aktiviteter och de två först nedskrivna aktiviteterna på något sätt antogs vara mer betydelsefulla än de tre övriga så togs data fram om gruppens självskattning för betydelse av de fem aktiviteterna togs fram. Skattningarna jämfördes med varandra och med förändringen av gruppens självskattningar för upplevt utförande och upplevd tillfredsställelse av de fem aktiviteterna (före och efter rehabilitering) via median och min- och maxvärdet (Ejlertsson, 2003).

Etik

Allt material som togs ur databasen var aidentifierat. Ingen person kunde identifieras och alla hade gett sitt skriftliga tillstånd och godkännande att data insamlats och använts aidentifierat i databasen. När det gällde de data som togs ur respektive journal aidentifierades och kodades materialet innan det togs från kliniken. Studien godkändes av Vårdvetenskapliga Etiknämnden, VEN (Dnr VEN A103-05). Verksamhetschef godkände skriftligen föreliggande studie.

Resultat

Vid jämförelse före (in) och efter rehabilitering (ut) av medianen för totala gruppens självskattning av upplevt utförande i de fem aktiviteterna visade att alla de fem självvalda betydelsefulla aktiviteterna förändrades positivt, och att de förändrades lika mycket (medianen höjdes ett steg) (se fig 1.1). Gruppens upplevda utförande i de fem självvalda aktiviteterna skattades lika före rehabilitering (in) (md=3) och lika efter rehabilitering (ut) (md=4) (se fig 1.1). Spridningen för gruppens skattning av upplevt utförande var större i aktivitet 4 och i aktivitet 5, där maxvärdet också höjdes ett steg efter rehabiliteringen (se fig 1.1).

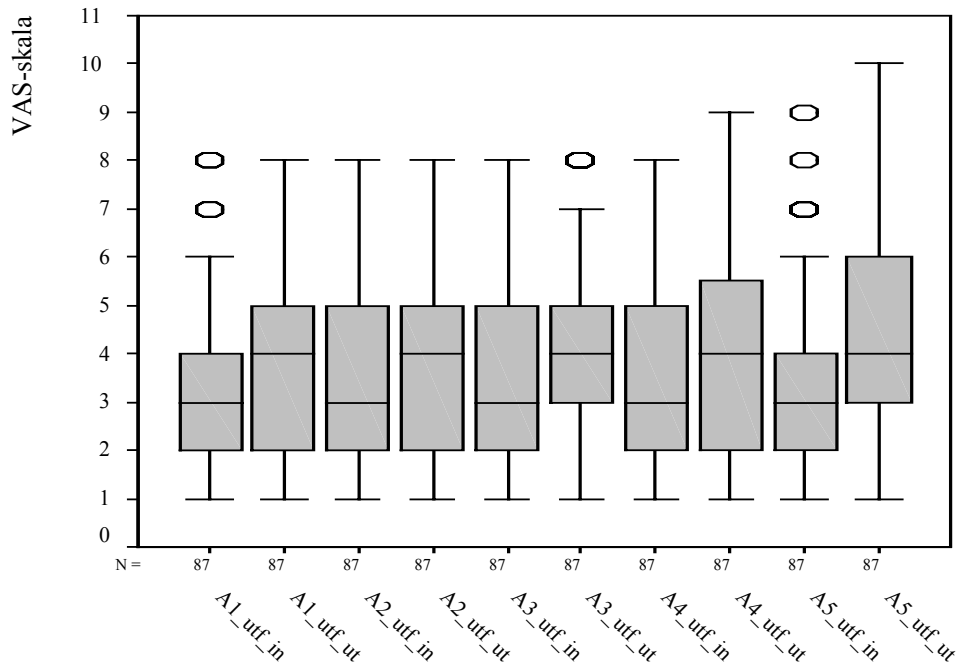


Fig 1.1 Upplevt utförande (utf) före (in) och efter (ut) smärtrehabilitering av samtliga personers fem valda aktiviteter (A=aktivitet) (n=87). I VAS-skalen anger 1 lägsta värdet och 10 det högsta.

Vid jämförelse före och efter rehabilitering visade medianen för gruppens självskattning av upplevd tillfredsställelse att samtliga personers fem aktiviteter förändrades positivt efter rehabilitering (ut) (se fig 1.2) (observera md=1 före rehabilitering (in) i aktivitet 1). Men till skillnad mot upplevt utförande (se fig 1.1) varierade resultatet av förändringen för upplevd tillfredsställelse i de fem aktiviteterna (se fig 1.2). Den största positiva förändringen efter rehabilitering (ut) var i aktivitet 5 (medianen höjdes tre steg). Den minsta var i aktivitet 2 (medianen höjdes ett steg). För de övriga tre var förändringen lika stor (medianen höjdes två steg) (se fig 1.2). Före smärtrehabilitering (in) skattades gruppens upplevda tillfredsställelse i aktivitet 1 lägre (md=1) än i de övriga fyra aktiviteterna (md=2). Efter smärtrehabilitering skattades aktivitet 5 högst (md=5) av gruppen, därefter kom aktivitet 3 och 4 (md=4) och lägst skattades aktivitet 1 och 2 (md=3)(se fig 1.2).

Spridningen av min/maxvärdet före rehabilitering (in) för gruppens skattning av upplevd tillfredsställelse visade obetydlig skillnad mellan aktiviteterna. Efter rehabilitering (ut) höjdes maxvärdet och åtminstone några individer inom samtliga fem aktiviteter ansåg sig ha full tillfredsställelse (= skattade 10 på VAS)(se fig 1.2).

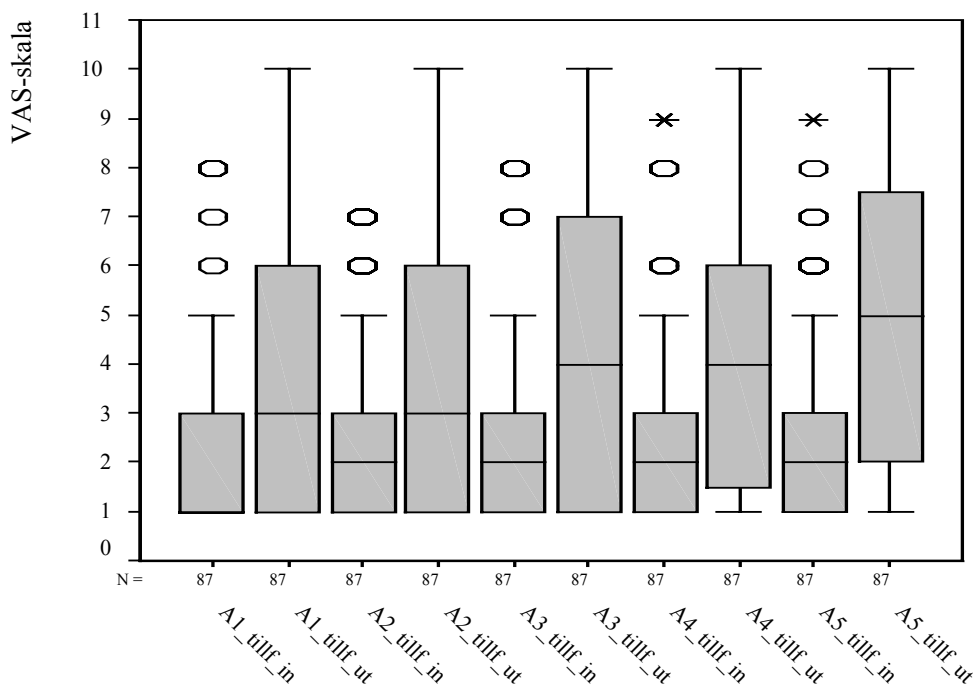


Fig 1.2 Upplevd tillfredsställelse före (in) och efter (ut) smärtrehabilitering av samtliga personers fem valda aktiviteter (A=aktivitet) (n=87). I VAS-skalan anger 1 lägsta värdet och 10 det högsta.

Gruppens upplevelse av tillfredsställelse i de självvalda aktiviteterna förändrades mer än skattningarna av utförande i alla aktiviteter utom i aktivitet 2 där förändringen var lika stor i båda (se fig 1.1 och 1.2).

Resultatet sammanlagt för hur urvalsgruppens (n=87) samtliga 435 självvalda aktiviteter fördelade sig på de tre aktivitetsområdena visade att relativa andelen var störst för P med 38%. Därefter följde PDA med 33% och lägst andel hade F med 29%.

Fördelat mellan de fem självvalda aktiviteterna visade det sig att PDA (personliga dagliga aktiviteter) hade störst andel i aktivitet 1 (59 %) och lägst i aktivitet 5 (16 %). F (fritid) visade omvänt resultat, det vill säga lägst i aktivitet 1 (7%) och högst i aktivitet 5 (44%). För P (produktivitet) blev det däremot ett relativt lika resultat i alla fem aktiviteterna med högst värde i aktivitet 4 och 5 (40%) och lägst i aktivitet 1 (34%) (se tab 2).

Tab 2 Hur de fem självvalda betydelsefulla aktiviteterna fördelar sig på aktivitetsområde PDA (personliga dagliga aktiviteter), P (produktivitet) och F (fritid) (n=87).

Aktivitets-område	Aktivitet 1	Aktivitet 2	Aktivitet 3	Aktivitet 4	Aktivitet 5
PDA	59 %	39 %	23 %	25 %	16 %
P	34 %	38 %	39 %	40 %	40 %
F	7 %	23 %	38 %	34 %	44 %

Oavsett hur den relativa fördelningen av aktivitetsområdena varierade i de fem aktiviteterna så förändrades upplevd utförande av aktiviteterna lika mycket. Den aktivitet som förändrades mest för upplevd tillfredsställelse (aktivitet 5) hade störst relativ andel av främst F, men även P (se fig 1.1, 1.2 och tab 2).

Resultatet visade att de två först nedskrivna aktiviteterna (aktivitet 1 och 2) inte förändrades mer än de tre övriga. Både när det gällde gruppens upplevda utförande och tillfredsställelse var förändringen i aktivitet 1 och 2 antingen mindre eller lika stor som i de tre övriga aktiviteterna (gällde medianen för gruppens upplevda utförande och tillfredsställelse) (se fig 1.1 och 1.2). För upplevt utförande skiljde sig inte de två först nedskrivna aktiviteterna i förändring från de tre övriga (via medianen). Medan upplevd tillfredsställelse (via medianen) för de två först nedskrivna aktiviteterna förändrades antingen lika mycket eller något mindre än de tre övriga (se fig 1.1 och 1.2).

Resultatet av hur de självvalda aktiviteterna skattades för betydelse visade att alla fem aktiviteterna skattades högt av gruppen (se fig 2). Aktivitet 1 ansågs ha störst betydelse och aktivitet 5 lägst. Detta trots att ingen avsiktlig rangordning utfördes vid bedömningen. Medianen för gruppens självskattning var högst i aktivitet 1, 2 och 3 (md=10) och i aktivitet 5 var det lägst. Alla fem aktiviteter hade samma maxvärde medan minvärdena varierade. Med följd att spridningen var störst i aktivitet 2 och 5 och minst i aktivitet 1 (se fig 2).

När gruppens skattning för betydelse av de fem aktiviteterna jämfördes med förändringen för upplevt utförande och tillfredsställelse så följdes inte resultaten åt. Gruppens upplevda utförande förändrades lika mycket i alla oavsett hur de skattats för betydelse. Medan upplevd tillfredsställelse förändrades mer i de aktiviteter som skattats lägst för betydelse (se fig 1.1, 1.2 och 2).

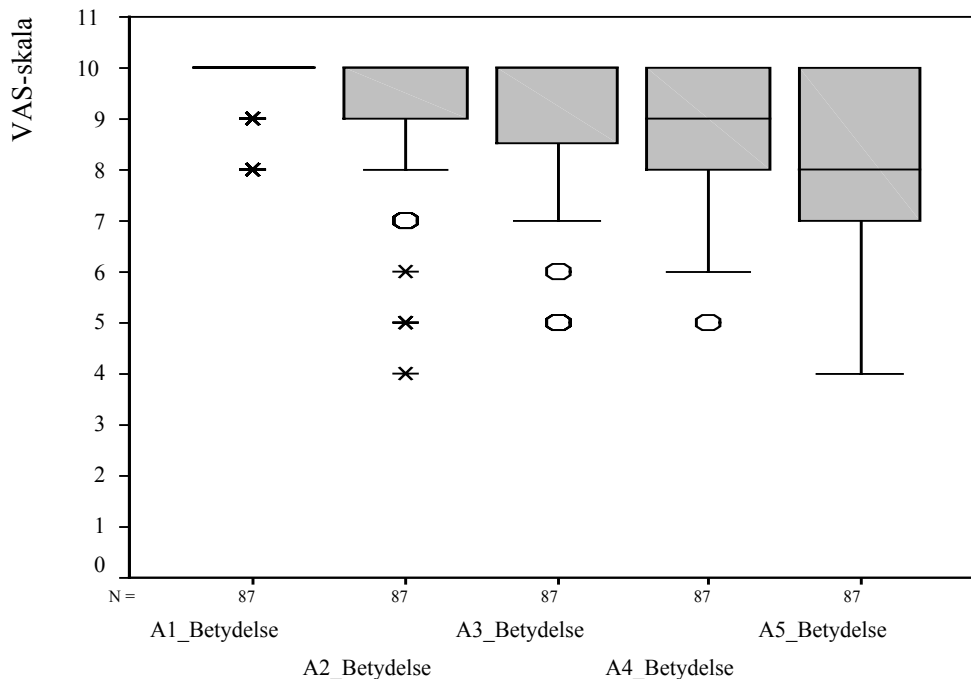


Fig 2. Värdering av betydelse för samtliga personers fem valda aktiviteter (A=aktivitet) (n=87). I VAS-skalan anger 1 lägsta värdet och 10 det högsta.

Diskussion

Metoddiskussion

Förändringar över tid före/efter smärtrehabilitering verkar ha fångats med COPM i enlighet med tidigare studie (CAOT, 1997). Däremot är förändringarna ofta små (omkring ett skalsteg i median) och vad det innebär kliniskt kan inte tolkas utifrån dessa skattningar.

Metoden fyllde syftet när det gällde att kartlägga förändringar för upplevd utförande/tillfredsställelse av de fem aktiviteterna samt att undersöka om aktiviteternas rangtal (det vill säga jämförelsen av aktivitet 1 och 2 med de övriga tre) betydde något för förändringen. Men det blev svårigheter att analysera och dra slutsatser när det gällde de fem aktiviteternas fördelning i aktivitetsområden samt vid jämförelse mellan delsyftena. Studien kunde här vunnit på att ses ur individperspektiv istället för ur grupperspektiv.

Avseende aktivitetsområdena hade det varit intressant att kunna fokusera på vilka undergrupper (typer) av aktiviteter som ingick i varje aktivitetsområde. Det kunde gett

ytterligare en dimension åt studien, speciellt vid jämförelsen av de fem aktiviteternas fördelning i aktivitetsområden med förändringen för aktiviteternas upplevda utförande och tillfredsställelse. Men det var inte möjligt här eftersom denna kategorisering inte var utförd vid COPM-bedömningen av undersökarna.

Rent arbetsterapeutiskt kändes det som en nackdel att fokusera på aktiviteternas rangtal istället för faktiska aktiviteter. Svårigheten med aktivitetsutförandet kommer inte fram och knappast den enskilda personliga upplevelsen.

När det gällde bortfallet kan det ha påverkat resultatet negativt att så många som 57 personer (inklusive ett externt bortfall på fyra personer) av totalt 144 personer blev exkluderade på grund av att de inte uppfyllde inklusionskriterierna (se s 11). Men för att kunna jämföra de två först nedskrivna aktiviteterna med de tre övriga så blev det nödvändigt att exkludera alla som inte valt fem aktiviteter. Eftersom rehabilitering handlar om process är det tråkigt att så många inte kunde följas upp, man kan då undra över vad som händer över tid. Men troligen var antalet deltagare i studien tillräckligt stort (n=87) för att medianvärdena inte skulle kunna påverkas nämnvärt av extrema skattningar. Dessutom var ålders- och könsfördelning överensstämmande med ursprungsgruppen (se tab 1).

Om studien enbart inriktats på att kartlägga förändringar av aktiviteternas upplevda utförande/tillfredsställelse så kunde man använt medelvärdet av de fem aktiviteterna. På så sätt hade det varit möjligt att ta med betydligt fler av de personer som nu exkluderades.

Författaren kunde inte påverka studien åt något håll eftersom materialet redan insamlats och godkänts för användning i olika studier (resultaten fördes då in i klinikens databas). Därmed kunde studiens syfte inte heller förklaras för varje person, vilket kändes negativt. Eftersom instrumentets användning bygger på en semistrukturerad intervju och den erfarenhet varje arbetsterapeut har finns möjligheten att det kan bli olika resultat. Men tidigare undersökning av reliabiliteten ger stöd för lika resultat trots flera användare (Law et al, 1996). Dessutom har COPM i studien använts av arbetsterapeuter med lång erfarenhet och inarbetad samsyn på instrumentet, vilket troligen stärker reliabiliteten i föreliggande studie.

Resultatdiskussion:

Syftet var att undersöka hur de fem aktiviteter som skattats betydelsefulla av personer med smärta upplevdes ifråga om utförande och tillfredsställelse före och efter rehabiliteringen. Vidare var syftet att undersöka hur aktiviteterna fördelade sig på aktivitetsområdena PDA, P och F. Ytterligare ett syfte var att undersöka om förändringarna av utförande och tillfredsställelse skiljde sig åt mellan de två först nedskrivna självvalda aktiviteterna och de tre resterande.

Den positiva förändringen över tid för gruppens skattning av upplevt utförande och tillfredsställelse i alla fem aktiviteterna är i enlighet med en tidigare studie (Siggeirsdottir, Alfredsdottir, Einarsdottir & Jonsson, 2004) (se fig 1.1 och 1.2). I denna studien var förändringen för upplevd utförande lika stor i alla fem aktiviteter (medianen höjdes ett steg) (se fig 1.1). Medan den för upplevd tillfredsställelse varierade. Förändringen var störst i aktivitet 5 (medianen höjdes tre steg) och minst i aktivitet 2 (medianen höjdes ett steg). Med följd att samma aktivitet förändrades olika för upplevt utförande och för upplevd tillfredsställelse utom i aktivitet 2 (se fig 1.1 och 1.2). Förändringarna var dock inte så stora varken för upplevt utförande eller tillfredsställelse av de fem aktiviteterna. Men med tanke på att många personer med långvarig smärta haft sina svårigheter under lång tid så är förändringarna troligen mer positiva och kliniskt betydande än vad resultatet tyder på utifrån medianberäkningarna. För personer med långvarig smärta är varje liten förändring väsentlig. För enskilda personer kan förändringarna också ha varit flera skalsteg. Extremvärdena visar sig vara högre (bättre) vid utskrivningen jämfört med vid inskrivningen.

En anledning till varför den upplevda tillfredsställelsen med de fem aktiviteterna förändrades mer positivt överlag än upplevt utförande kunde vara att tillfredsställelse kanske mer speglade gruppens upplevelse av hur nöjda de var med smärtrehabiliteringen allmänt. Law (2002) menar att om känslan av meningsfullhet kan påverkas bidrar detta även till en ökad livstillfredsställelse och ökad livskvalitet. Eftersom personerna i studien själva valde vilka aktiviteter som de vill arbeta med (enligt COPM), kan en sådan känsla av meningsfullhet ha påverkat skattningarna positivt vid utskrivningen.

Den positiva förändringen av gruppens upplevda utförande och tillfredsställelse med utförandet av de valda aktiviteterna i studien stämde väl med hur livstillfredsställelse

förändrades/ökades efter smärtrehabilitering i en undersökning som utfördes på samma klinik (Nilsson & Strandberg, 2004). Meyer (1977) påvisade i en studie att det finns ett naturligt samband mellan aktivitetsutförande och livstillfredsställelse. Så rehabilitering av aktivitetsutförande är väsentligt för att nå ökad livstillfredsställelse. Här har arbetsterapeuter en viktig arbetsuppgift i smärteamet, vilket Brattberg understryker (1995).

En svaghet i studien kunde möjligen vara att inte gruppen delades in i män och kvinnor. Detta eftersom man i flera studier observerat att män och kvinnor reagerade olika inför förändringar (Gerstle, All & Wallace, 2001). Detta betonades även i studien av Nilsson et al, 2004.

Resultatet där visade att det framförallt var kvinnorna som höjde sin livstillfredsställelse över tid medan det för männen inte kunde påvisas någon förändring.

Resultatet av hur personernas samtliga 435 aktiviteter fördelades i aktivitetsområden visade att för personer med långvarig smärta är P det väsentligaste aktivitetsområdet (38%), därefter kom PDA (33%) och sist F (29%) (se s 19). Resultatet för personer med långvarig smärta skiljde sig från en studie på personer med multipel skleros (MS), där PDA var väsentligast (Månsson Lexell, Iwarsson & Lexell, 2006).

Generellt sett hade de aktiviteter där gruppens upplevda tillfredsställelse förändrades mest efter smärtrehabiliteringen stor andel av F (se fig 1.2 och tab 2). En anledning till det kunde vara att många personer vid smärtrehabiliteringens början inte gav sig så stort utrymme för fritidsaktiviteter, detta speciellt när vardagen inte fungerade så bra. För ett flertal var det svårt att hitta en fungerande balans av de aktiviteter som utfördes varje dag och att få in fritidsaktiviteter bland allt som måste utföras. Men efter rehabiliteringen (ut) började många se fler möjligheter. De hittade kanske en ny fritidsaktivitet och/eller andra sätt/nya strategier en aktivitet på som gav dem glädje och tillfredsställelse samt gav sig själv utökad tid att utföra det. En hel del av dessa aktiviteter rymdes inom aktivitetsområde F (se fig 1.2 och tab 2).

I denna studien var det inte möjligt att svara på om ett aktivitetsområde och/eller dess andel av någon av de fem aktiviteterna var det som hade betydelse för förändringen av gruppens upplevda utförande eller tillfredsställelse i en aktivitet. Förmodligen hade man kunnat få fram mer information om man även haft möjligheten att kartlägga undergrupper (typer) av aktiviteter inom varje aktivitetsområde och hur personen skattade upplevelsen inom varje aktivitetsområde av respektive aktivitet.

Upplevt utförande av de två först nedskrivna aktiviteterna (aktivitet 1 och 2) skiljde sig inte i förändring (via medianen) från de tre övriga aktiviteterna. För upplevd tillfredsställelse av de två först nedskrivna aktiviteterna var förändringen lika stor eller något mindre än de tre övriga. Med följd att skillnaden i förändring för upplevt tillfredsställelse av aktiviteterna var marginell (se fig 1.1 och 1.2).

Eftersom skillnaden mellan gruppens skattningar för betydelse av de fem aktiviteterna var så liten i studien verkade den inte spela så stor roll för vilka aktiviteter som förändrades mest (speciellt för upplevd tillfredsställelse). Men alla ansågs tillräckligt betydelsefulla för att upplevas motiverande att förändra både för utförande och tillfredsställelse (se fig 1.1, 1.2 och 2).

Ytterligare anledning till att de två först nedskrivna aktiviteterna (aktivitet 1 och 2) inte förändrades mer än de tre övriga kunde vara att de främst dominerades av aktivitetsområde PDA (se tab 2). De typer av aktiviteter som ingår är personlig ADL (inkl sova), förflyttningar och röra sig i samhället (se s 2). Visserligen var det aktiviteter som ofta ansågs väsentliga av personer med långvarig smärta, eftersom en hel del kunde ha svårigheter med utförandet. Men det var dessutom aktiviteter som utfördes de flesta dagar i veckan och därmed redan ”tränares” varje dag. Förändringen får förmodligen ses på längre sikt.

En annan anledning gällde aktiviteten sova som kategoriserades under PDA. Personer med långvarig smärta har ofta problem att sova (Brattberg, 1995). Svårigheter att sova har stor påverkan på en persons liv och det påverkar aktivitetsutförandet (Strong et al, 2002).

Det är en aktivitet som kan ta lång tid att förändra. Möjligen kan fem rehabiliteringsveckor vara för kort tid. Om man tog med 1-årsuppföljningen blev kanske resultatet annorlunda.

Överhuvudtaget innebar det svårigheter i tolkningen av resultatet när studien enbart inriktades på hela gruppen smärtpatienter. Slutsatserna blev svårare att dra när man inte visste till vilken person de olika skattningarna för betydelse, upplevt utförande eller upplevd tillfredsställelse av respektive aktivitet hörde. Inte heller hur stor förändringen för den personen var. Dessutom visste man inte heller vilka aktivitetsområden som hörde till vilka skattade värden. Så hopslagningen av alla personerna till en hel grupp var förmodligen största anledningen till begränsningen av studiens resultat. Ett individuellt perspektiv hade förmodligen gett ett tydligare resultat över hur resultatet förändrades mellan före (in) och efter rehabilitering (ut) för personernas upplevda utförande och tillfredsställelse av aktiviteterna.

Även att analysera om hur aktiviteterna fördelades i aktivitetsområden PDA, P och F kunde ha någon betydelse för resultatet av förändringarna. Därför kunde det vara av värde att ytterligare en studie utfördes där inriktningen hade ett individuellt perspektiv istället för ett gruppriktat. I så fall borde även 1-årsuppföljningen tas med så att resultaten följdes över längre tid. Det vore även intressant om studien delades in i män och kvinnor. Detta för att se om upplevelsen av utförande och upplevelsen för tillfredsställelse blev olika för dem. Resultatet kunde i så fall jämföras med tidigare undersökning om livstillfredsställelse som utfördes på kliniken (Nilson et al, 2004). Även skillnaden för olika åldersgrupper kunde undersökas.

Konklusion

Eftersom aktivitetsutförande har ett naturligt samband med livstillfredsställelse är det viktigt att arbetsterapeuter i samband med rehabiliteringen har ett instrument som kan utvärdera aktivitetsutförande av personernas självvalda aktiviteter över tid. Detta speciellt med tanke på att rehabilitering är en process. COPM är då ett bra instrument..

Resultatet pekade på att det är väsentligt speciellt inom rehabilitering att även varje självvald betydelsefull aktivitet studeras för sig. Istället för att som i de flesta studier fokusera på medelvärde av samtliga fem aktiviteter som personerna valde i samband med COPM-bedömningen. För detta talade främst skillnaden i positiv förändring för gruppens upplevda tillfredsställelse av aktiviteterna, medan utförande upplevdes likadant efter rehabiliteringen. Resultatet visade även att de två först nedskrivna aktiviteterna inte förändrades mer än de tre övriga varken för hur personerna upplevde utförande eller tillfredsställelse. Utförandet av de fem aktiviteterna skiljde inte alls i förändring, medan den för upplevd tillfredsställelse var marginell. Aktiviteternas fördelning i aktivitetsområden var olika för fritid och personliga dagliga aktiviteter medan det var ungefär lika för produktivitet. Det viktigast aktivitetsområdet (av gruppens samtliga aktiviteter sammanlagt) för personer med långvarig smärta var produktivitet. Kanske bör det göras ytterligare studier på aktiviteternas fördelning i aktivitetsområden, men då bör man även ta med de typer (undergrupper) av aktiviteter som respektive aktivitetsområde omfattas av.

Referenser

Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). (1991). *Occupational therapy guidelines for client-centred practice*. Toronto, ON: CAOT Publications ACE.

Canadian Association of Occupational Therapists (ed)(CAOT). (1997). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

Christiansen, C., & Baum, C. (1991). *Occupational Therapy: Overcoming human performance deficits*. Thorofare, NJ: Slack.

Ejlertsson, G. (1984, 1992). *Grundläggande statistik - med tillämpningar inom sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). (1999). *Canadian Occupational Performance Measure. Svensk version. Tredje upplagan*. Originaltitel: Canadian Occupational Performance Measure. Third edition. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Gerstle, D.S., All, A.C., & Wallace, D.C. (2001). Quality of life and chronic nonmalignant pain. *Pain Management Nursing*, 2,(3) (September), 98-109.

Gullacksen, A. C. (1998). *När smärtan blir en del av livet. Livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder*. Helsingborg: AB Boktryck.

Henriksson, C. (1995). *Living with fibromyalgia. A study of the consequences for daily activities*. Linköping: Linköping universitet.

- Law (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, (6), (nov-dec), 640-649.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McCall, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure*. Third ed. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In Canadian Association of Occupational Therapists (Ed.), *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (29-56). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Lidbeck, J. (2001). Klinisk smärtanalys. *Svensk Rehabilitering* 2001/2 (9-12).
- Linton, S. (1992). *Smärtans psykologi. Muskuloskeletala besvär – teori och åtgärd*. Stockholm: Folksam.
- Loeser, J., & Egan, K. (1989). History and organization of the University of Washington Multidisciplinary Pain Center. In *Managing the Chronic Pain Patient* (J. Loeser, K. Egan, Eds.). New York: Raven Press.
- Loeser, J.D., & Melzack, R.(1999). Pain: an overview. *The Lancet* 353, May 8, 1607-1609.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. St Louis: C V Mosby.
- Meyer, A. (1977). The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 31, (639-642).
- Mosey, A. C. (1986). *Psychosocial Components of Occupational Therapy* (227). New York: Raven Press.
- Månsson Lexell, E., Iwarsson, S., & Lexell, J. (2006). The complexity of daily occupations in multiple sclerosis. *Är accepterad i Scandinavian Journal of Occupational Therapy, ej pulicerad (In press)*.

Nilsson, C., & Strandberg, A. C. (2004). Upplevd tillfredsställelse hos personer med långvarig smärta. *Lunds universitet. Avdelningen för arbetsterapi*.

Rivano-Fischer, M., Tufvesson, B., & Olsson, K. (1997). *Karaktärisering och utvärdering av rehabiliteringsprocesser*. Rehabcentrum Lund-Orup: Socialstyrelsen.

Sanford, J., Law, M., Swanson, L., & Guyatt, G. (1994). Assessing clinically important change in an outcome of rehabilitation in older adults. *Conference of the American Society of aging*. San Fransisco, CA.

Siggeirsdottir, K., Alfredsdottir, U., Einarsdottir, G., & Jonsson BY. (2004). A new approach in vocational rehabilitation in Iceland: preliminary report. *Work 22 (1)*, (3-8).

Socialdepartementet. (1995). *Standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet*. UN, Utrikesdepartement, Socialdepartement.

SOS-rapport 1994:4. *Behandling av långvarig smärta*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sternbach, A. R. (1987). *Leva med smärta: Hur man med psykisk och fysisk träning bemästrar smärta*. Orginaltitel: *Mastering pain*. Stockholm: Bonnier Fakta Bokförlag AB.

Strong, J. (1996). *Chronic Pain: the occupational therapist's perspective*. New York: Churchill Livingstone.

Strong, J., Tooth, L., & Unruh, A. (2000). Newly graduated occupational therapists and knowledge about pain. *Canadian Journal of Occupational Therapy 66*, (p. 221 – 228).

Strong, J., Unruh, A. M., Wright, A., & Baxter, G. D. (2002). *Pain: A textbook for therapists*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Wressle, E., Marcusson, J., & Henriksson, C. (2002). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure – Swedish version. *Canadian Journal of Occupational Therapy, Februari*,(40-48)

Wressle, E., Samuelsson, K., & Henriksson, C. (1999). Responsiveness of the Swedish Version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 6 (84-89).

Elektroniska referenser

Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF). (2007) February 7. [www document]. [URL://www.carf.org/](http://www.carf.org/).

International Association for the Study of Pain (IASP). (2005) September 25. Pain Terminologi. [www document].URL <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html#Pain>.