



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

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

Aktivitetsförändring hos personer med spondylartrit

**- en jämförelse av aktivitetsutförande och
aktivitetstillfredsställelse före och efter
rehabiliteringsperiod**

Författare: Jenny Andersson,
Tove Andersson

Handledare: Elisabeth Persson

Maj 2009

Kandidatuppsats

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



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2009-05-06

Aktivitetsförändring hos personer med spondylartrit

- en jämförelse av aktivitetsutförande och aktivitetstillfredsställelse före och efter rehabiliteringsperiod

Jenny Andersson & Tove Andersson

Abstrakt

Syftet med studien var att beskriva aktivitetsproblem hos personer med spondylartrit och att jämföra aktivitetsutförande och aktivitetstillfredsställelse före och efter rehabilitering samt att undersöka huruvida resultatet skiljer sig mellan kön och olika åldersgrupper. Urvalsgruppen bestod av 38 personer med diagnosen spondylartrit som var inskrivna på en reumatologisk klinik i Skåne. Studien är uppbyggd av redan insamlad data från bedömningsinstrumentet Canadian Occupation Performance Measure (COPM), där individen skattar sitt aktivitetsutförande och sin aktivitetstillfredsställelse. Resultatet visade en positiv förändring mellan inskrivning och fyra månaders uppföljning. Studien visade att det finns skillnader mellan män och kvinnor och mellan de personer som var < 47,5 år respektive > 47,5 år. Studiens resultat pekar på att det behövs fler studier som undersöker hur resultatet av den arbetsterapeutiska behandlingen påverkas av olika demografiska faktorer.

Nyckelord: COPM, aktivitetsutförande, aktivitetstillfredsställelse, spondylartrit

Kandidatuppsats

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

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
1.1 Teoretisk förankring inom arbetsterapi	1
<i>1.1.1 Aktivitet, Person och Miljö.....</i>	<i>2</i>
1.2 Arbetsterapeutiska bedömningsinstrument.....	3
1.3 Reumatologi och arbetsterapi.....	3
1.4 Spondylartrit.....	4
1.6 Aktivitetsförändring vid inflammatorisk ledsjukdom.....	4
2. Syfte.....	5
3. Metod	5
3.1 Urval.....	6
3.3 Metod för insamling av information	6
3.4 Procedur.....	7
3.5 Bearbetning av den insamlade informationen	9
3.6 Etiska överväganden	9
4. Resultat	10
4.1 Aktivitetsproblem inom aktivitetskategorierna.....	10
4.2 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse	10
4.3 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorierna	11
4.4 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorierna hos kvinnorna och männen	13
<i>4.4.1 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorin personliga dagliga aktiviteter för kvinnorna respektive männen.....</i>	<i>13</i>
<i>4.4.2 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorin produktivitet hos kvinnorna respektive männen.....</i>	<i>14</i>

<i>4.4.3 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorin fritid hos kvinnorna respektive männen</i>	<i>15</i>
4.5 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorierna hos personerna under respektive över 47,5 år	16
<i>4.5.1 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorin personliga dagliga aktiviteter hos personerna under respektive över 47,5 år</i>	<i>17</i>
<i>4.5.2 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorin produktivitet hos personerna under respektive över 47,5 år</i>	<i>18</i>
<i>4.5.3 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorin fritid hos personerna under respektive över 47,5 år.....</i>	<i>19</i>
5. Diskussion	20
5.1 Metoddiskussion	20
5.2 Resultatdiskussion	22
6. Referenser	26

1. Bakgrund

Reumatiska sjukdomar är vanliga i Sverige, cirka en halv miljon människor har någon form av reumatisk sjukdom. De symtomen som personer med reumatiska sjukdomar får kan ge negativa konsekvenser i utförandet av de dagliga aktiviteterna. Personer med reumatiska sjukdomen riskerar att bli mindre delaktiga i aktiviteter och vissa kan bli beroende av hjälp. Det finns också risk för att man får svårt att upprätthålla viktiga roller i vardagen såsom arbetsrollen och föräldrarollen (Klareskog, Saxne & Enman, 2005). De reumatiska sjukdomarna innebär även stora kostnader för samhället genom till exempel kostnader för vårdinsatser och behov av sjukersättning (Lindström & Ålund, 1996). Enligt Law, Polatajko, Baptiste och Townsend (2002) är aktivitet ett mänskligt grundläggande behov och Wilcock (2006) menar att människans aktiviteter påverkar både hälsan och välbefinnandet. Law et al. (2002) skriver att meningsfulla aktiviteter ökar människans möjlighet att ta hand om sig själv och andra, att ha god livskvalitet, att vara social och att kunna bidra till samhället. Aktivitet kan bidra till ett bättre fysiskt, mentalt och socialt välmående vilket i sin tur kan minska risken för ohälsa (Law et al., 2002). Ovanstående motiverade oss till att undersöka hur personer med reumatiska sjukdomar skattar hur de klarar av att utföra aktiviteter i sin vardag. Då det redan finns en studie gjord på personer med diagnosen RA (Duckberg, 2008) blev vi intresserad av att undersöka personer med spondylartrit.

1.1 Teoretisk förankring inom arbetsterapi

Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) (Law et al., 1997) är en modell som kan användas till alla personer med aktivitetsproblem, oavsett diagnos. Law et al. (2002) menar att aktivitetsutförandet i denna modell ses som resultatet av en dynamisk relation mellan aktivitet, person och miljö. Förändring i något av dessa områden påverkar personens utförande och tillfredsställelse av aktivitet. Personer med reumatiska sjukdomar har ofta aktivitetsbegränsningar på grund av de symptom sjukdomen för med sig och arbetsterapeutens fokus ligger på att möjliggöra aktivitet. Att arbeta klientcentrerat innebär enligt CMOP att man visar respekt för sin patient samt att man tar hänsyn till individens åsikter kring mål och behandling. Individens har unik kunskap om sina aktiviteter och sin livssituation, något som

arbetsterapeuten bör utnyttja. Arbetsterapeuten kan i sin tur bidra med yrkesspecifik kunskap som kan guida och stötta patienten till att bli medveten om sina behov, sina aktivitetsproblem och sina aktivitetsresurser (Law et al., 2002).

1.1.1 Aktivitet, Person och Miljö

Engagemang i olika aktiviteter kan medföra många positiva erfarenheter som utvecklar personen och ger ökad självkänsla och stärkt identitet. Med aktivitet menas allt som individen sysselsätter sig med inom aktivitetskategorierna personliga dagliga aktiviteter, fritid och produktivitet. Personliga dagliga aktiviteter innefattar aktiviteter som handlar om att ta hand om sig själv. Produktivitet innefattar aktiviteter som ger social eller ekonomisk vinning. Fritid innefattar aktiviteter som görs för nöjes skull (Law et al., 2002).

Enligt CMOP (Law et al., 1997) är det viktigt att se personen ur ett helhetsperspektiv och att tro på människors lika värde oavsett funktionshinder, ålder eller sociala situation. Personen har affektiva, kognitiva samt fysiska förmågor och dessa styr aktivitetsutförandet.

Spirualiteten är personens öcentrumö och inre drivkraft, den formas av miljön och ger mening åt aktiviteten (Law et al., 2002).

Miljön är den kontext i vilken aktivitetsutförande sker och uppstår. Den påverkar aktiviteten, den kan antingen hindra eller möjliggöra aktivitetsutförandet. Miljön delas enligt CMOP in i fyra domäner; den kulturella, den institutionella, den fysiska och den sociala (Law et al., 2002).

1.2 Arbetsterapeutiska bedömningsinstrument

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Fearing, Law & Clark, 1997) är ett klientcentrerat bedömningsinstrument utvecklat ur modellen CMOP. Genom en semistrukturerad intervju identifieras problem i aktivitetsutförandet och patienten självskattar sitt aktivitetsutförande och sin aktivitetsstillfredsställelse i olika aktiviteter före och efter behandling och på så vis synliggörs förändringar över tid för både arbetsterapeuten och patienten (FSA, 2005). COPM är enligt Ripat, Eicheverry, Cooper och Tates (2001) ett bra instrument att använda för att bedöma aktivitetsproblem för personer med reumatism. Wressle, Marcusson och Henriksson (2002) visade i en studie att arbetsterapeuter var mycket positiva till det klientcentrerade förhållningssättet i instrumentet. Patienten kan bli medveten om och får möjlighet att reflektera över sina aktivitetsproblem vid användandet av COPM. Det kan ge insikt att få sätta ord på konsekvenserna av att inte kunna utföra vissa aktiviteter och det kan ge en ökad medvetenhet om hur den totala livssituationen påverkas av till exempel sjukdom (Wressle et al., 2002). Vidare menar författarna att COPM är till stor nytta vid formulering av mål och underlättade rehabiliteringsprocessen. När patienten själv får identifiera sina problem ökar motivationen och delaktigheten i rehabiliteringsprocessen (Wressle et al., 2002). Detta stöds även i Wressle, Lindstrand, Neher, Marcusson och Henrikssons (2003) studie där man kommer fram till att COPM kan ses som en hjälp för att säkra klientens målformuleringsprocess och för att planera behandlingen. Wressle et al. (2003) och Wressle et al. (2002) kom fram till att COPM är ett bra instrument för att utvärdera patientens måluppfyllelse.

1.3 Reumatologi och arbetsterapi

På reumatologiska kliniker arbetar arbetsterapeuten med att minska de aktivitetsinskränkande effekter som reumatiska sjukdomar medför. Behandlingen syftar till att träna nedsatt aktivitetsförmåga och att hjälpa patienten att hitta strategier för att klara de dagliga aktiviteterna, till exempel hushållsaktiviteter och trädgårdsarbete. Det är viktigt att få en helhetsbild av patienten och av hans/hennes dagliga aktiviteter för att kunna rådgiva om relevanta åtgärder som till exempel hjälpmedel som kan underlätta aktivitetsutförandet. Eftersom handen har en viktig funktion i utförandet av de dagliga aktiviteterna arbetar arbetsterapeuten även med att bedöma handfunktion, såsom styrka, grepp och eventuella

felställningar. Vanliga åtgärder vid nedsatt handfunktion är tillverkning och utprovning av ortoser, värme, rörelseträning och information om ledskydd (Lindström & Ålund, 1996).

1.4 Spondylartrit

De flesta arbetsterapeutiska studier inom reumatologi har gjorts på personer med diagnosen RA och det saknas studier gjorda på diagnosgruppen spondylartrit. Reumatiska sjukdomar delas in i fyra olika grupper; inflammatoriska ledsjukdomar, reumatiska systemsjukdomar, artros spondylit och gruppen lokala och generella smärttillstånd. Spondylartrit tillsammans med reumatoid artrit (RA) ingår i gruppen inflammatoriska ledsjukdomar. Symtom för spondylartritgruppen är främst ledvärk, men sjukdomen kan även engagera andra organ som till exempel hjärta och lungor. Gemensamt för gruppen spondylartrit är att sjukdomen kännetecknas av inflammation i två till fyra större leder. Ofta drabbas båda kroppshalvorna asymmetriskt och det är vanligt att bäckenlederna och ryggkotlederna också angrips. Sammanlagt har omkring 0.5 procent av befolkningen någon form av spondylartrit (Klareskog et al., 2005). Inom gruppen spondylartrit finns olika diagnoser, av vilka de tre vanligast förekommande är; ankyloserande spondylit som drabbar ryggen, psoriasisartrit som främst påverkar distala leder och reaktiv artrit där tarmen är involverad (Klareskog et al., 2005).

1.6 Aktivitetsförändring vid inflammatorisk ledsjukdom

Patienter med spondylartrit och RA har likartade grundsymtom och båda diagnosgrupperna ingår i gruppen inflammatoriska ledsjukdomar (Klareskog et al., 2005). Studier har visat att aktivitetsbegränsningar ökar långsamt ju längre den reumatiska sjukdomen fortskrider, på grund av försämrade funktionsförmåga och ökad smärta (Alsaker & Josephsson, 2003; Malcus-Johnson, Carlqvist, Stureson & Eberhardt, 2005). Mackinnon och Millers (2003) forskning har visat att närvaro av meningsfulla aktiviteter och förmåga att utföra aktiviteter på ett tillfredställande sätt är viktigt för deltagarna, oavsett om det är aktiviteter inom personlig vård, arbete, eller fritid. I Alsaker och Josephssons (2003) studie har det framkommit att några deltagare inte längre kan utföra vissa meningsfulla aktiviteter på grund av sina reumatiska besvär.

Tse, Lloyd, Penman, King och Bassett (2004) menar att genom att öka kunskapen om rehabilitering inom arbetsterapi förbättras kvalitén av arbetsterapeutiska interventioner och därmed ökar trovärdigheten för professionen. I Steultjens et al. (2002) litteraturstudie framkom det att arbetsterapi har god effekt vid behandling av RA vad gäller interventioner i dagliga aktiviteter.

Som ovan nämnts har studier visat att tillfredställelse av aktivitetsutförandet har stor betydelse och att det därmed är viktigt att undersöka detta. Tidigare studier (Alsaker & Josephsson, 2003; Malcus-Johnson, et al., 2005) visar att reumatiska sjukdomar medför aktivitetsförändring och därför är det intressant att undersöka inom vilka aktivitetsområden det förekommer flest aktivitetsproblem. Det är dessutom viktigt att undersöka om aktivitetsutförandet och aktivitetsstillfredställelsen förändras efter arbetsterapeutisk behandling och om kön och ålder har betydelse för denna förändring.

2. Syfte

Syftet med studien var att beskriva aktivitetsproblem hos personer med spondylartrit och att jämföra aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredställelse före och efter rehabilitering samt mellan kön och åldersgrupper.

3. Metod

Studien bygger på redan insamlad data från ett självskattningsinstrument gjorda på patienter med diagnosen spondylartrit på en reumatologisk klinik. Metoden som används är kvantitativ och har en deskriptiv design. Syftet med den deskriptiva designen är främst kartläggning och beskrivning. Det är en retrospektiv studie, det vill säga att den beskriver och undersöker redan inhämtad data (DePoy & Gitlin, 1999).

3.1 Urval

I urvalsgruppen ingick 38 personer som mellan 040309 och 070828 var inskrivna på reumatologens dagvårdsrehabilitering. I studien ingick totalt 37 personer (16 män och 21 kvinnor) med en medelålder på 47,5 år, den yngsta deltagaren var 27 år och den äldsta var 67 år. Bortfall bestod av en person, som på grund av ofullständiga uppgifter inte uppfyllde nedanstående inklusionskriterier. Inklusionskriterierna var att personerna skulle ha diagnoser som ingår i gruppen spondylartrit och det skulle vara första gången som patienterna besökte den aktuella reumatologiska dagvårdsavdelningen i Skåne. De skulle även ha deltagit i klinikens dagrehabiliteringsprogram, identifierat sina aktivitetsproblem och skattat sitt aktivitetsutförande och sin aktivitetsstillfredsställelse, det vill säga genomfört en intervju av arbetsterapeut med bedömningsinstrumentet COPM vid tre olika mättillfälle; inskrivning, fyra- och 12 månaders uppföljning.

3.3 Metod för insamling av information

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) är ett arbetsterapeutiskt bedömningsinstrument som utförs via en semistrukturerad intervju och tar 15-30 minuter att göra. I instrumentet kategoriserar arbetsterapeuten i samråd med patienten aktiviteter, som patienten har problem att utföra. Kategorierna i COPM är; personliga dagliga aktiviteter, produktivitet eller fritid. Vilken kategori som respektive aktivitet hamnar under beror på hur patienten formulerat syftet med respektive aktivitet. Dessa kategorier har flera underrubriker. Personliga dagliga aktiviteter delas in i underrubrikerna; personlig vård, förflyttning och att klara sig i samhället. Produktivitet delas in i underrubrikerna; betalt/obetalt arbete, sköta hushållet, lek och utbildning. Fritidsaktiviteter delas in i underrubrikerna; stillsam fritid, aktiv fritid och social samvaro. I första steget i intervjun identifierar patienten aktiviteter som är viktiga för honom/henne och som hon har uppenbara svårigheter i att utföra. I steg två skattar patienten aktivitetens betydelse på en skala ett till tio, där ett betyder öintet viktigt allsö och tio betyder öextremt viktigt. Steg tre vid intervjun innebär att patienten prioriterar högst fem aktivitetsproblem som är betydelsefulla för patienten att arbeta med och förbättra under rehabiliteringsperioden. Därefter skattar patienten hur utförandet av aktiviteten upplevs på en skala ett till tio, där ett betyder ökan inte utföra allsö och tio betyder ökan utföra extremt braö. Patienten skattar också hur tillfredställd han/hon är med utförandet av varje aktivitet på en

skala ett till tio, där ett betyder öinte nöjd allsö och tio betyder öextremt nöjdö. Efter behandlingen görs en utvärdering, steg fyra, genom att patienten återigen skattar utförandet och tillfredställellandet i aktiviteterna. Medelvärdet för utförande och tillfredställelse räknas ut var för sig genom att summera de självskattade poängen och sedan dividera resultatet med antal valda aktiviteter. För att räkna ut förändringen mellan inskrivningen och uppföljningen subtraheras uppföljningspoängen med inskrivningspoängen (FSA, 2005).

Det finns inga studier som undersökt reliabiliteten av COPM vid reumatiska sjukdomar, men studier gjorda med patienter som har andra diagnosgrupper visar att COPM har god reliabilitet. Cup, Scholte op Reimer, Thijssen och van Kuyk-Minis (2003) menar att COPM är ett vedertaget instrument som används i kliniska rehabiliteringsverksamheter, men att forskningen på instrumentets validitet och reliabilitet är begränsad. Genom att ha intervjuat patienten två gånger med 8 dagars mellanrum kom författarna (Cup et al., 2003) fram till att COPM har en god reliabilitet i strokerehabilitering med ett korrelationsvärde på 0.89 på utförandeskalan och 0.88 på tillfredställelseskalan. Studien visade att de aktivitetsproblem som patienten valde förändrades något vid andra intervjun. Oftast var endast tre av fem aktiviteter samma som vid den första intervjun. Ripat et al. (2001) studie visade att validiteten för COPM är god eftersom patienten själv identifierar aktivitetsproblem och själv skattar sitt aktivitetsutförande och sin aktivitetstillfredställelse. Carpenter, Baker och Tyldesley (2001) menar att COPM har god validitet och är ett instrument som kan mäta förändring över tid. COPM har visat sig vara ett lämpligt instrument att använda vid bedömning av aktivitetsproblem som relateras till funktionsnedsättning (Ripat et al., 2001).

3.4 Procedur

Undersökningen gjordes på en reumatologisk dagvårdsavdelning i Skåne. Patienter med reumatiska besvär blev remitterade till kliniken och det krävdes att man var medicinskt färdigbehandlad, att det fanns behov av rehabilitering från de i teamet ingående yrkeskategorierna samt att patienterna var motiverade till rehabiliteringen. Rehabiliteringen innebar att patienterna kom dagligen i tre och en halv veckas tid och fick interventioner från alla i det multidisciplinära teamet, både enskilt och i grupp. Det multidisciplinära teamet bestod av arbetsterapeut, kurator, läkare, sjukgymnast och undersköterska. Det fanns även sjuksköterska att tillgå vid behov. Träningsperioden inleddes med att patienten själv beskrev

sina övergripande förväntningar och mål under rehabiliteringsperioden. Detta gav teamet en uppfattning av hur klienterna uppfattade sitt rehabiliteringsbehov.

Aktivitetsvärden i COPM vid de tre olika mättillfällen samt information om ålder och kön var insamlad på kliniken och informationen bearbetades på plats. Första steget i sammanställningen av materialet var att identifiera och skriva ner klientens valda aktivitetsproblem. I det material vi tog del av var inte aktivitetsproblemen kategoriserade på det sätt som rekommenderas i manualen för COPM. Av denna anledning fick vi fördela aktivitetsproblemen i aktivitetskategorierna. I uppsatsen kommer vi att benämna aktivitetskategorierna som personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Exempel på aktivitetsproblem som vi sorterade in i kategorin personliga dagliga aktiviteter var; tvätta håret, påklädning på morgonen och gå in/ur bil. Vissa problem var inte aktivitetsinriktade, inom personliga dagliga aktiviteter placerades följande problem; smärthantering, balans mellan dagliga aktiviteter, att kunna sova, tid för avslappning rörlighet och kondition, att komma igång med träning. Exempel på aktivitetsproblem som framkom inom kategorin produktivitet var; att handla mat, att behålla arbetet och att dammsuga. Inom denna kategori fanns det vissa problem som inte var aktivitetsinriktade, dessa var; att lyfta tunga saker, att tappa saker och att skära/klippa. Exempel på aktivitetsproblem inom kategorin fritid var; att spela piano, att virka och att cykla.

Vi följde COPM manualen och räknade ut det totala medelvärdet på varje enskild individs självskattade aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse vid inskrivning, fyra- och 12 månaders uppföljning. Medelvärdet fick vi fram genom att summera de självskattade värdena på aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse vid de tre olika mättillfällena och därefter dividerades värdet med antal valda aktivitetsproblem. I uppsatsen kommer aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse benämnas som utförande och tillfredsställelse. Vi räknade också ut medelvärdet inom varje aktivitetskategori var för sig, genom att summera de självskattade värdena på utförande och tillfredsställelse inom aktivitetskategorierna vid de tre olika mättillfällena och dividera summan med antalet aktivitetsproblem inom den specifika kategorin. Varje individ gavs ett kodnummer för att underlätta överföringen av materialet till en databas som vi upprättade.

3.5 Bearbetning av den insamlade informationen

Databasen inkluderade variablerna ålder, kön, COPM medelvärde på utförande och tillfredsställelse vid inskrivning, fyra- och 12 månaders uppföljning. Vidare fanns nio variabler som visade medelvärdet på utförande och medelvärdet på tillfredsställelse i de tre aktivitetskategorierna vid de olika mättillfällena. Vid jämförelsen av värdena i COPM och åldersgrupper delades åldern in efter medelåldern, dvs under respektive över 47,5 år. Materialet har sammanställts i statistikprogrammet Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 11.5 och har bearbetats genom att använda funktionerna frequencies, descriptives och explore. Skattningsskalor som den i COPM är en ordinalskala, det vill säga en kvalitativ variabel. Detta möjliggör att skalvärden beskrivs med rangordning, procenttal eller medianvärde (Eljertsson, 1992). Som tidigare beskrivits följde vi COPM manualen där man rekommenderar att medelvärdet används.

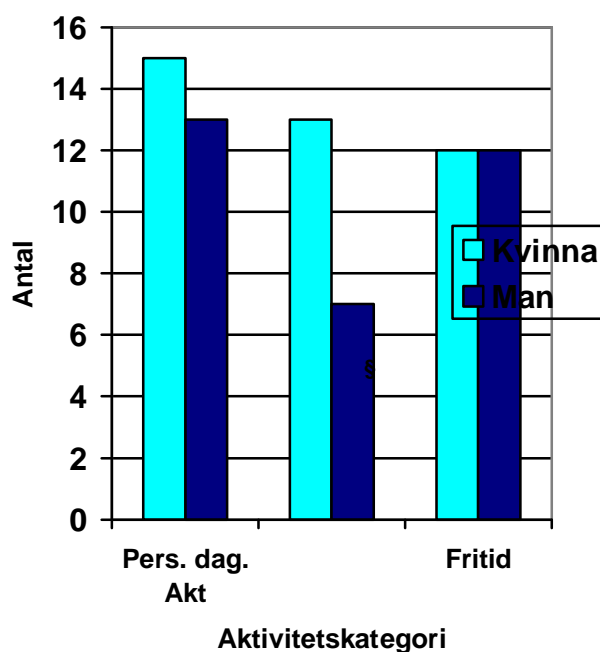
3.6 Etiska överväganden

Värdena från COPM lagras i ett vårdregister på den reumatologiska kliniken. Vårdregistret har tidigare godkänts som ett kvalitetsarbete av vårdvetenskapliga etiknämnden. Vid inskrivning vid kliniken dagrehabiliteringen informerades patienterna muntligt om att informationen sparas och kan användas i undersökningar som har till syfte att öka kvalitén av arbetet på kliniken. Patienterna informerades om rätten att när som helst kunna avbryta deltagandet i studier och vårdregistret. Vi har även fått godkänt av verksamhetschefen att använda ovanstående nämnda information. Materialet sammanställdes och patienternas personnummer kodades på reumatologen för att behålla sekretessen.

4. Resultat

4.1 Aktivitetsproblem inom aktivitetskategorierna

De 37 deltagarna som ingick i studien valde totalt 72 aktivitetsproblem. Figur 1 visar att kvinnorna har en jämn fördelning av aktivitetsproblem inom de tre kategorierna och att männen har färre aktivitetsproblem inom aktivitetskategorin produktivitet än vad kvinnorna hade.



Figur 1. Antal valda aktivitetsproblem i COPM inom aktivitetskategorierna personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid fördelat mellan kvinnorna och männen

4.2 Förändring av upplevt utförande och tillfredsställelse

Tabell 1 visar att medianvärdet på skattningen av utförandet förändrades mellan de tre olika mättillfällena. Mellan inskrivningen och fyra månaders uppföljningen syntes den största

ökningen både på utförandet och tillfredställelsen. Mellan fyra- och 12 månaders uppföljningen minskar värdet på utförandet, medan värdet på tillfredställelsen är oförändrat.

Tabell 1. *Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse i COPM vid de tre mättillfällena (N=37)*

Mättillfälle	Utförande	Tillfredsställelse
	Medianvärde (Min-Max)	
Inskrivning	3.4 (1.3-7.7)	2.5 (1.0-7.5)
4 Månader	6.0 (1.7-9.0)	5.0 (1.0-10.0)
12 Månader	5.8 (1.0-9.0)	5.0 (1.0-9.2)

4.3 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorierna

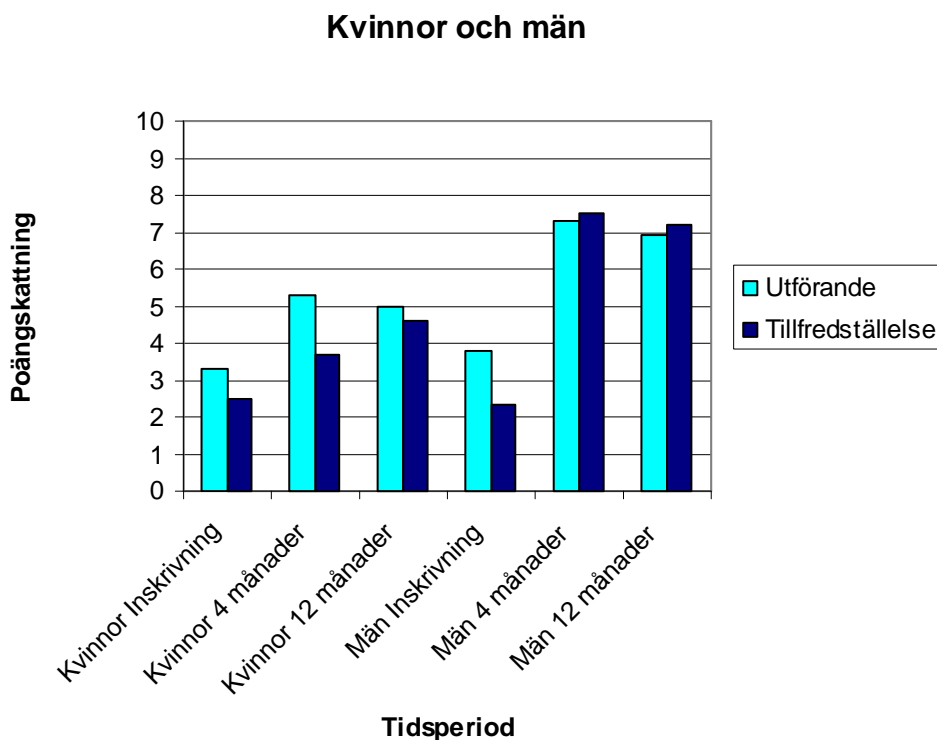
I tabell 2 beskrivs medianvärdena inom respektive aktivitetskategori vid de tre olika mättillfällena. Vad gäller utförandet har medianvärdet ökat mellan inskrivning och 12 månaders uppföljningen mellan 2,0 och 3,1 skalsteg. Medianvärdet för tillfredställelsen har ökat mellan 2,7 och 4,4 skalsteg. Mellan fyra- och 12 månaders uppföljningen har vissa aktivitetskategoriernas skalsteg ökat och vissa har minskat på både utförande och tillfredställelse.

Tabell 2. Förändring av medianvärde på upplevt utförande och tillfredsställelse i aktivitetskategorierna vid de tre mättillfällena (N=37)

Aktivitetskategori och mättillfälle	Utförande	Tillfredsställelse
	Medianvärde (Min-Max)	
Personliga dagliga aktiviteter Inskrivning	4.0 (1.0-7.5)	2.5 (1.0-5.0)
Personliga dagliga aktiviteter 4 Månader	5.5 (1.0-9.5)	5.5 (1.0-10.0)
Personliga dagliga aktiviteter 12 Månader	6.0 (1.0-9.0)	5.5 (1.0-10.0)
Produktivitet Inskrivning	4.0 (1.0-8.0)	2.0 (1.0-8.0)
Produktivitet 4 Månader	6.6 (2.0-10.0)	6.0 (1.0-10.0)
Produktivitet 12 Månader	6.2 (1.0-8.7)	6.4 (1.0-9.0)
Fritid Inskrivning	3.0 (1.0-6.0)	2.0 (1.0-7.0)
Fritid 4 Månader	6.5 (1.0-9.0)	5.7 (1.0-10.0)
Fritid 12 Månader	6.1 (1.0- 9.5)	4.7 (1.0-9.5)

4.4 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorierna hos kvinnorna och männen

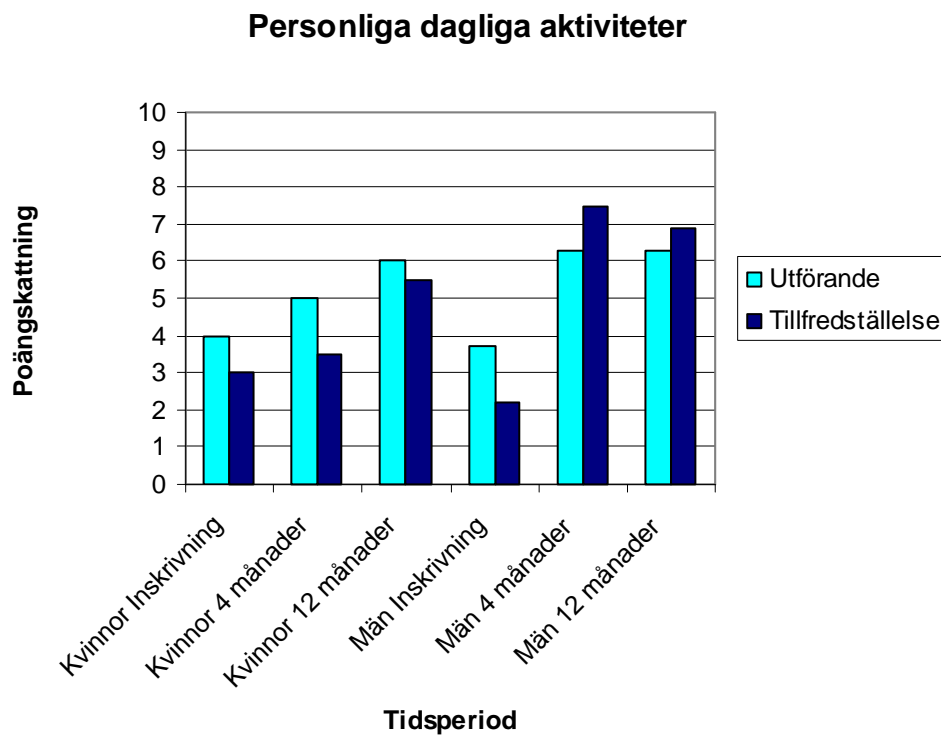
Figur 2 visar att både männen och kvinnorna ökar medianvärdet på utförandet och tillfredställelsen mellan inskrivningstillfället och fyra månaders uppföljningen. Männen har högre medianvärde på både utförande och tillfredställelse jämfört med kvinnorna vid både fyra- och 12 månaders uppföljningen. Mellan fyra- och 12 månaders uppföljningen minskar värdet på utförandet hos både kvinnorna och männen. Värdet på tillfredställelsen ökar däremot för kvinnorna under samma period.



Figur 2. Förändring av medianvärde på upplevt utförande och tillfredställelse i aktivitetskategorierna vid de tre mättillfällena för kvinnorna respektive männen (N=37)

4.4.1 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorin personliga dagliga aktiviteter för kvinnorna respektive männen

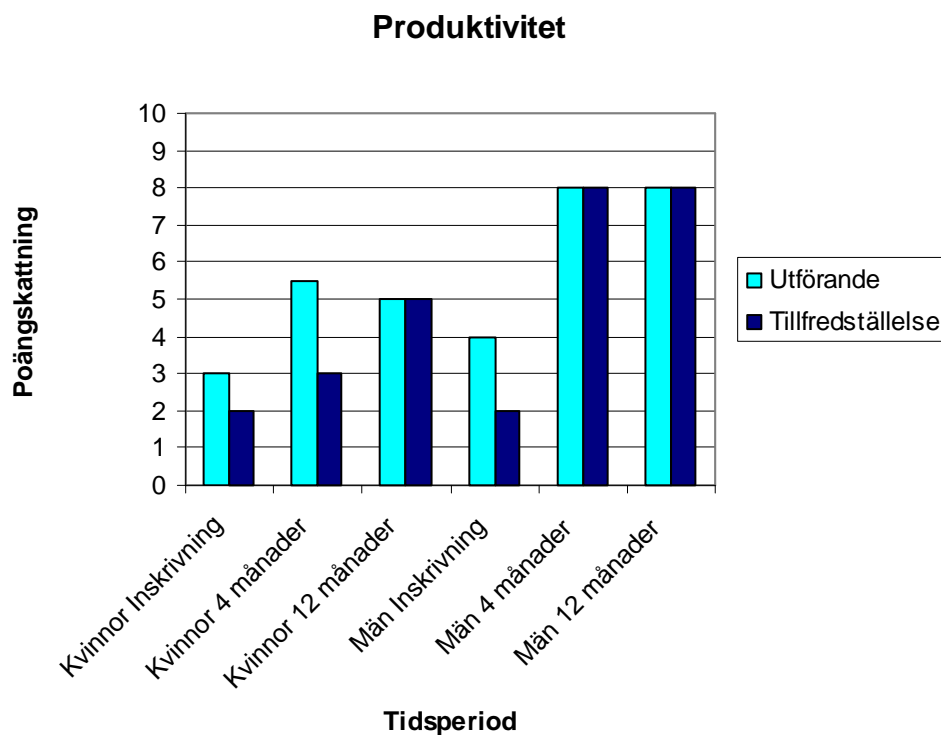
Figur 3 visar att både kvinnorna och männen ökar värdet på utförandet mellan inskrivningen och fyra månaders uppföljningen. Männen skattar en högre tillfredställelse än kvinnorna mellan inskrivning och 12 månaders uppföljningen, men värdet minskar mellan fyra- och 12 månaders uppföljningen.



Figur 3. Förändring av medianvärde på upplevt utförande och tillfredställelse i aktivitetskategorin personliga dagliga aktiviteter vid de tre mättillfällena för kvinnorna respektive männen (N=37)

4.4.2 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorin produktivitet hos kvinnorna respektive männen

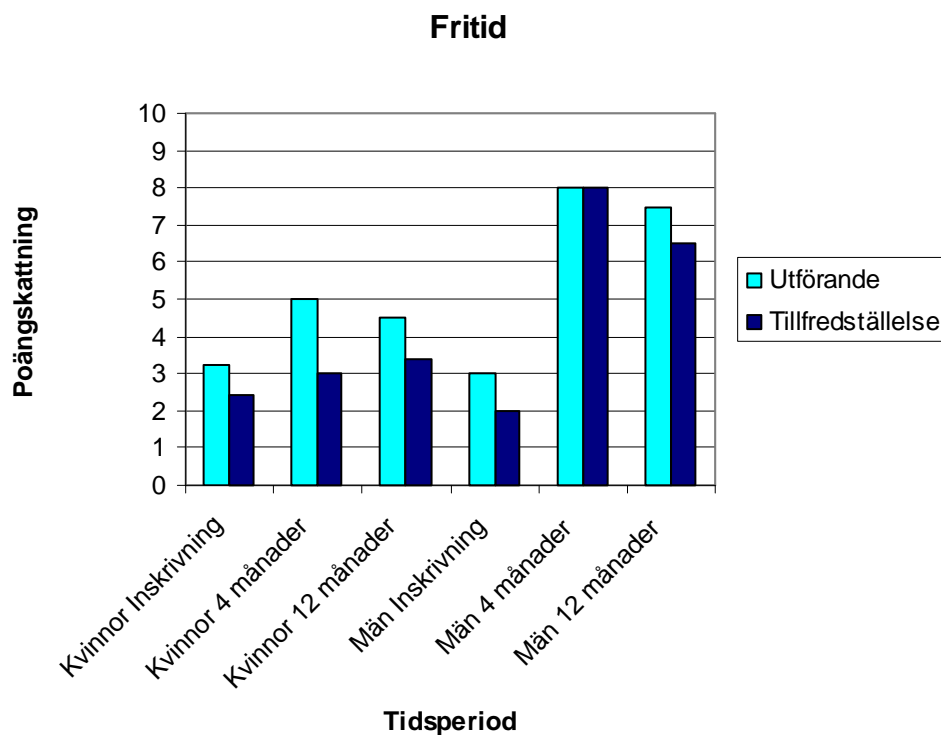
Figur 4 visar att värdet på utförandet och på tillfredställelse ökar hos både kvinnorna och männen mellan inskrivningen och 4 månaders uppföljningen. Vid fyra- och 12 månaders uppföljningen skattar männen högre på både utförandet och tillfredställelsen och än kvinnorna.



Figur 4. Förändring av medianvärde på upplevt utförande och tillfredsställelse i aktivitetskategorin produktivitet vid de tre mättillfällena för kvinnorna respektive männen (N=37)

4.4.3 Förändring av upplevt utförande och tillfredsställelse inom aktivitetskategorin fritid hos kvinnorna respektive männen

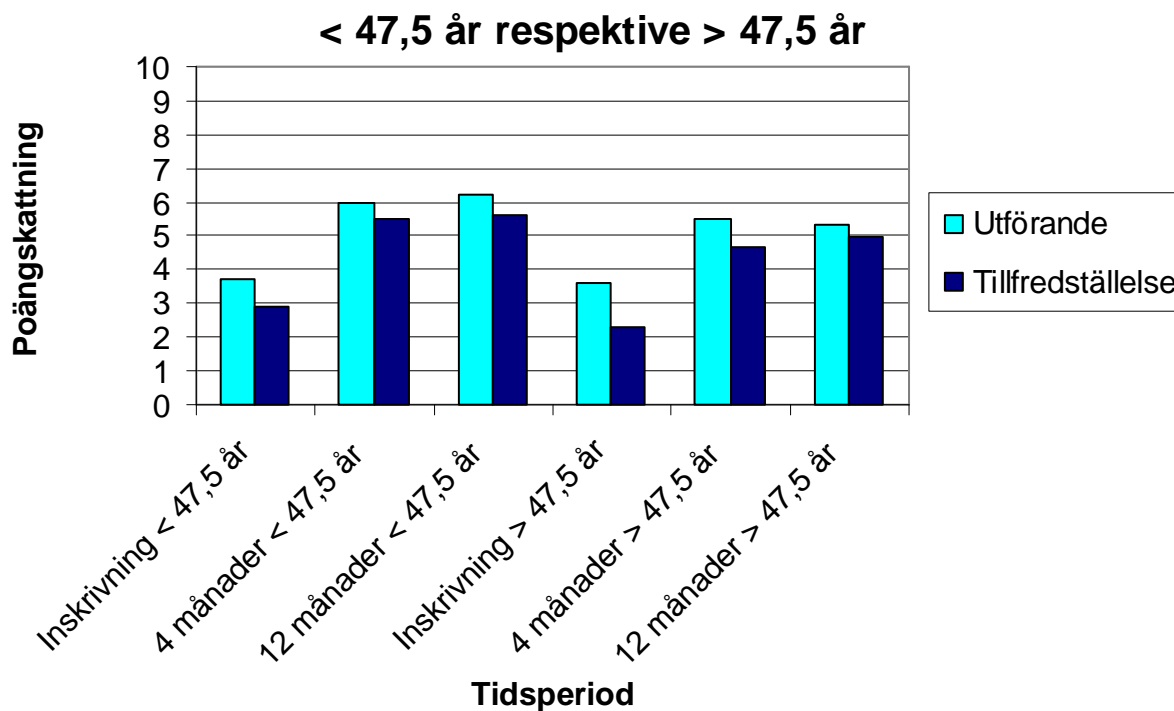
Enligt figur 5 ökar utförandet och tillfredsställelsen för både kvinnorna och männen mellan inskrivningen och fyra månaders uppföljningen. Vid fyra- och 12 månaders uppföljningen har männen ett högre värde än kvinnorna på både utförandet och tillfredsställelsen. Värdet på både utförandet och tillfredsställelsen hos kvinnorna och männen minskar mellan fyra- och 12 månaders uppföljningen.



Figur 5. Förändring av medianvärde på upplevt utförande och tillfredsställelse i aktivitetskategorin fritid vid de tre mättillfällena för kvinnorna respektive männen (N=37)

4.5 Förändring av upplevt utförande och tillfredsställelse inom aktivitetskategorierna hos personerna under respektive över 47,5 år

Figur 6 visar att personerna under 47,5 år skattar högre på både utförandet och tillfredsställelsen, än personerna över 47,5 år vid fyra- och 12 månaders uppföljningen. Medianvärdet på tillfredsställelsen ökar hos både personerna under respektive över 47,5 år med 2,7 skalsteg från inskrivningen till 12 månaders uppföljningen.



Figur 6. Förändring av medianvärde på upplevt utförande och tillfredställelse i aktivitetskategorierna vid de tre mättillfällena för personerna under respektive över 47,5 år (N=37)

4.5.1 Förändring av upplevt utförande och tillfredställelse inom aktivitetskategorin personliga dagliga aktiviteter hos personerna under respektive över 47,5 år

Tabell 3 visar att medianvärdet för utförandet och tillfredställelsen inom aktivitetskategorin personliga dagliga aktiviteter ökar hos både personerna under och över 47,5 år mellan inskrivning och 12 månaders uppföljning.

Tabell 3. Förändring av medianvärde på upplevt utförande och tillfredsställelse i aktivitetskategorin personliga dagliga aktiviteter vid de tre mättillfällena för personerna under respektive över 47,5 år (N=37)

Personliga dagliga aktiviteter	Inskrivning	4 månader	12 månader
Medianvärde (Min-Max)			
Utförande < 47,5	3.7 (2.0-5.0)	5.6 (1.5-9.0)	5.9 (2.5-9.0)
Tillfredsställelse < 47,5	2.8 (1.0-5.0)	5.3 (1.0-10.0)	5.6 (1.0-10.0)
Utförande > 47,5	3.6 (1.0-7.5)	5.6 (1.0-9.5)	5.7 (1.0-9.0)
Tillfredsställelse > 47,5	2.3 (1.0-4.5)	5.1 (1.5-10.0)	5.4 (1.8-10.0)

4.5.2 Förändring av upplevt utförande och tillfredsställelse inom aktivitetskategorin produktivitet hos personerna under respektive över 47,5 år

Tabell 4 visar att medianvärdet på utförandet inom produktivitet ökar mellan inskrivningen och 4 månaders uppföljningen hos både personerna under och hos personerna över 47, 5 år. Båda åldersgrupperna ökar sitt värde på aktivitetstillfredsställelsen mellan inskrivning och 12 månaders uppföljning.

Tabell 4. Förändring av medianvärde på upplevt utförande och tillfredsställelse i aktivitetskategorin produktivitet vid de tre mättillfällena för personerna under respektive över 47,5 år (N=37)

Produktivitet	Inskrivning	4 månader	12 månader
Medianvärde (Min-Max)			
Utförande < 47,5	3.6 (1.0-6.0)	6.1 (2.5-9.0)	6.1 (2.0-8.5)
Tillfredsställelse < 47,5	3.1 (1.0-8.0)	5.6 (1.0-9.0)	5.8 (1.0-9.0)
Utförande > 47,5	3.8 (1.0-8.0)	5.9 (2.0-10.0)	5.6 (1.0-8.7)
Tillfredsställelse > 47,5	2.2 (1.0-4.0)	4.2 (1.0-10.0)	5.5 (1.0-8.7)

4.5.3 Förändring av upplevt utförande och tillfredsställelse inom aktivitetskategorin fritid hos personerna under respektive över 47,5 år

Tabell 5 visar att medianvärdet på utförandet och tillfredsställelsen i kategorin fritid ökar mer hos personer under 47,5 år än hos personer över 47,5 år mellan inskrivningen och fyra månaders uppföljningen. Tillfredsställelsen hos båda åldersgrupperna minskar mellan fyra- och 12 månaders uppföljningen.

Tabell 5. Förändring av medianvärde på upplevt utförande och tillfredsställelse i aktivitetskategorin fritid vid de tre mättillfällena för personerna under respektive över 47,5 år (N=37)

Fritid	Inskrivning	4 månader	12 månader
	Medianvärde (Min-Max)		
Utförande < 47,5	3.1 (1.0-6.0)	6.7 (4.0-9.0)	7.1 (1.0-9.5)
Tillfredsställelse < 47,5	2.4 (1.0-7.0)	6.6 (3.0-10.0)	6.0 (1.0-9.5)
Utförande > 47,5	3.1 (1.0-6.0)	4.5 (1.0-8.0)	3.9 (1.0-8.8)
Tillfredsställelse > 47,5	2.2 (1.0-4.0)	4.1 (1.0-9.0)	3.7 (1.0-9.0)

5. Diskussion

5.1 Metoddiskussion

I studien ingick 37 personer och detta deltagarantal är detsamma som det antal patienter med diagnosen spondylartrit som under perioden 040309 - 070828 var inskrivna på den reumatologiska klinik där studien gjordes (förutom bortfall på en person). Det innebär att urvalet bör ge en god representativ bild av aktivitetsförändring i nämnda grupp. Eliasson (2006) skriver att ju fler deltagare som ingår i en studie desto trovärdigare blir resultatet. Om deltagarantalet hade varit högre i denna studie hade också tillförlitligare slutsatser kunnat dras av resultatet. I resultatet jämför vi kvinnor och män, men då det var fem fler kvinnor än män bör man vara försiktig med att dra slutsatser. Den yngsta deltagaren är 27 år och den äldsta är 67 år. Det hade varit intressant att undersöka en större grupp då tillförlitligheten i jämförelsen mellan yngre och äldre skulle öka.

Studien bygger på redan insamlad data. Det finns nackdelar med att använda sekundärdata då informationen är insamlad för att användas i olika studier. Om undersökningen är en uppföljning av en redan gjord studie där man använder sig av liknande variabler och frågeställningar, kan datan anses bli mer användbar och tillförlitlig (Eliasson 2006). Denna studie är visserligen inte en uppföljning, men grundar sig delvis på samma material och är uppbyggd på ett liknande sätt som i en tidigare studie (Duckberg, 2008). Eliasson (2006) skriver att det är negativt att ha sekundärdata i den bemärkelse att man går miste om aktuell kunskap och inte har kontroll över insamlingen av data. Vi upplevde detta som ett problem vid bearbetningen av COPM materialet. Eftersom vissa i COPM beskrivna problem inte var aktivitetsinriktade var det svårt att dela in dem under aktivitetskategorierna personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Law et al. (2002) skriver att personliga dagliga aktiviteter bland annat handlar om att ha struktur i sitt dagliga aktivitetsmönster. Med den motiveringen placerades några problem in i aktivitetskategorin personliga dagliga aktiviteter, som till exempel; balans mellan dagliga aktiviteter, ökad vardagsork och tid för avslappning. Vissa problem var mer funktionsinriktade än aktivitetsinriktade, till exempel; att ha rörlighet samt förbättrad kondition. Då dessa problem inte handlade om fritidsaktiviteter utan mer om en önskan att klara av vardagen och kunna ta hand om sig själv placerade vi dem i

aktivitetskategorin personliga dagliga aktiviteter. Inom arbetsterapi har det diskuterats huruvida sova är en aktivitet eller inte. Wilcock (2006) menar att sömn räknas som en aktivitet då det är en mycket komplex, aktiv process som kan mätas med komplexiteten i de dagliga aktiviteternas utförande. Wilcock (2006) menar vidare att sömnen förbereder människan inför utförandet av framtida aktiviteter och att den är viktig för upprätthållandet av aktivitetsbalans. Green (2008) skriver att för en god sömn behöver individen ha ett regelbundet aktivitetsmönster. Vi håller med ovanstående författare om att sömnbrist kan ge konsekvenser på personens dagliga aktivitetsmönster och kan på så vis handla om aktivitetsobalans. Med den motiveringen placerade vi sova i aktivitetskategorin i personliga dagliga aktiviteter. Smärthantering var också ett problem för några och placerades i kategorin personliga dagliga aktiviteter då det handlar om att ta hand om sig själv i förhållande till symtomet smärta. Problem som att lyfta tunga saker, att tappa saker och att skära/klippa placerades in i aktivitetskategorin produktivitet eftersom de var viktiga delar i utförandet av hushållsaktiviteter. Dedding, Cardol, Eyssen och Beelen (2004) skriver i sin studie om validitet av COPM att några deltagare formulerade problem på funktionsnivå, även om intervjuerna försökte hålla fokus på aktivitet. Eftersom COPM är ett klientcentrerat bedömningsinstrument där man ligger vikt vid att patienterna identifierar och sätter upp egna aktivitetsmål för behandlingen godkändes i ovanstående studie även problem på funktionsnivå (Dedding et al., 2004).

Vad gäller reliabiliteten för COPM menar Cup et al. (2003) att en semistrukturerad intervju kan göra att intervjuerna skiljer åt sig vid två olika tillfällen. Vidare menar författarna att intervjuerna kan ge olika utfall på grund av att varje arbetsterapeut har sitt egna unika sätt att utföra intervjun på. Vi vet att intervjuerna på kliniken gjordes av två arbetsterapeuter och det kan ha påverkat utfallet i COPM. Cup et al. (2003) studie visade att aktivitetsproblemen förändrades från första intervjun till andra intervjun. Tre av fem aktiviteter var fortfarande detsamma. Enligt Cup et al. (2003) visar detta att identifieringen av aktivitetsproblem inte är stabilt över tid och det försämrar reliabiliteten eftersom de aktivitetsproblemen som identifieras vid ett tillfälle för individen kan ha fått ändrad mening till uppföljningen. Detta kan ha påverkat resultatet i vår studie där två uppföljningar gjordes. Dedding et al. (2004) skriver att poängskattningen av utförande och tillfredsställelse oundvikligen blir personligt tolkat av patienten. Emellertid ger det inga stora konsekvenser i klinisk verksamhet eftersom det är patienten som vid uppföljning återigen skattar sitt utförande och sin tillfredsställelse. I

forskning är det däremot viktigt att tänka på att skattningen av poängen inte är ett helt objektivi t mått (Dedding et al., 2004).

Som beskrivits i bakgrunden var det svårt att hitta studier om aktivitetsförändring hos personer med spondylartrit och därför användes studier som beskrev aktivitetsproblem vid RA. Detta är inte idealiskt, men då spondylartrit och RA ingår i samma grupp (inflammatorisk ledsjukdom) tror vi inte att studiens kvalitet påverkats nämnvärt.

Enligt COPM manualen (FSA, 2005) ska man mäta förändring genom att räkna medelvärdet på utförandet och tillfredställelsen. Enligt Ejlertsson (1992) bör man alltid använda medianvärdet när man använder ordinalskalor. Det är statistiskt diskutabelt att använda medelvärde som mått på förändring i COPM. Enligt manualen är det dock detta förändringsmått som rekommenderas och därför har vi använt medelvärdet.

5.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva aktivitetsproblem hos personer med spondylartrit, att jämföra utförande och tillfredställelse före och efter rehabilitering samt att se huruvida resultatet skiljer sig åt mellan kvinnorna och männen och mellan åldersgrupperna under och över 47,5 år. Syftet blir besvarat då resultatet gav oss en bild av i vilken/a aktivitetskategorier som deltagarna hade aktivitetsproblem inom. Resultatet i studien har visat att upplevelse av utförandet och tillfredställelsen hade förändrats, men också att det skiljer sig, inom de olika aktivitetskategorierna, mellan kvinnorna och männen och mellan personerna under respektive över 47,5 år.

I studien framkommer det att självskattningen i COPM skiljer sig åt mycket, speciellt mellan kvinnorna och männen. Dedding et al. (2004) skriver att en del av deltagarna i deras studie tyckte det var svårt att sätta poäng på sina problem. Deltagarna uttryckte en rädsla för att vara för negativa eller för positiva i poängskattningen. Poängen kunde dessutom påverkas av deltagarnas humör och dagsform (Dedding et al., 2004). Vi tror detta kan ha påverkat resultatet till viss del då det kan vara svårt att översätta en känsla till en siffra. På en skala från ett till tio kan det vara svårt att veta den inbördes skillnad mellan de olika skalstegen.

Resultatet visade att den största aktivitetsförändringen i positiv riktning skedde mellan inskrivningen och fyra månaders uppföljningen. Det sågs oftast en minskning mellan 4- och 12 månaders uppföljningen. MacKinnon och Miller (2003) studie visade att arbetsterapi inom reumatologi har en positiv inverkan på personen och ökar deras självkänsla. Vi tror att förbättringen på utförandet och tillfredställelsen mellan inskrivningen och fyra månaders uppföljningen påverkas av det faktum att deltagarna under rehabiliteringsperioden får mycket uppmärksamhet och stöd av arbetsterapeuten vilket kan uppmuntra klienten att fortsätta kämpa med sina aktivitetsproblem. Mellan fyra- och 12 månaders uppföljningen är det relativt lång tid där patienten arbetar utan stöd av teamet mot sina mål och det kan förklara den minskning som sågs i vissa aktivitetskategorier.

När utförandet och tillfredställelsen jämfördes i de tre aktivitetskategorierna framkom det att fritid var den kategori där den största förändringen på utförande sågs, trots att värdena mellan fyra- och 12 månaders uppföljningen minskade men 0,4 skalsteg. Däremot har tillfredställelsen inom samma kategori den lägsta poängen vid 12 månaders uppföljningen. MacKinnon och Miller (2003) skriver att närvaro av meningsfulla aktiviteter är viktigt för RA-patienterna i deras studie. Många meningsfulla aktiviteter utförs på fritiden och fritidsaktiviteter är därmed en viktig del av människans aktiviteter. Erlandsson och Persson (2005) modell VALMO innehåller ett självbelönande värde där fokus ligger på aktivitetsutförandet snarare än på aktivitetens resultat. Vidare menar dessa författare att självbelönande aktivitetsvärden ofta upplevs i samband med fritidsaktiviteter. Vi tror därmed att fritid blir den aktivitetskategori inom vilken det är sannolikt att deltagarna hade högst förväntningar på ett förbättrat aktivitetsutförandet. Detta skulle kunna förklara den låga tillfredställelsen inom fritidskategorin.

Visserligen hade vi fler kvinnor än män i vår studie, men kvinnorna valde betydligt fler aktivitetsproblem än männen inom kategorin produktivitet. Precis som forskning på Folkhälsoinstitutet (1999) visar, tror vi att kvinnor fortfarande oftast har huvudansvaret för hushållet och därmed har fler aktivitetsproblem inom det området. Medelåldern på deltagarna i studien är 47,5 år och vi tror att den här rollfördelningen är vanlig i denna åldersgrupp. Männen i denna studie har generellt skattat högre på utförande och tillfredställelse vid fyra- och 12 månaders uppföljningen än vad kvinnorna gjorde i alla aktivitetskategorier, trots att män och kvinnor skattade liknande värden vid inskrivningen. Det kan vara så att männen har en förmåga att i sin skattning uttrycka sig mer positivt om sitt egna resultat än vad kvinnor

har. I dagens sjukvård är det viktigt att kunna ställa krav på och vara delaktig i sin behandling. Traditionellt sett har män tillåtits ta för sig mer och stå på sig och vi tror att det kan ha haft viss betydelse i den höga skattningen. Vi tror att kvinnorna har fler aktivitetsproblem inom underrubriken att sköta hushållet medan männen har aktivitetsproblem inom underrubrikerna arbete och utbildning. Vi ställer oss frågan varför kvinnorna skattar lägre i jämförelse med männen på både utförande och tillfredsställelse. Kan det vara så att kvinnorna är missnöjda med själva aktiviteterna inom produktivitet eller så lyckas den arbetsterapeutiska behandlingen bättre med männen? Det hade varit intressant att i en kvalitativ studie undersöka kvinnornas aktivitetsproblem närmare och därmed få en personlig förklaring till den lägre skattningen av utförande och tillfredsställelse hos kvinnorna.

Resultat visade att personerna under 47,5 år hade något högre poäng på både utförande och tillfredsställelse i alla tre aktivitetskategorierna. I kategorin fritid hade personer under 47,5 år betydligt större aktivitetsförändring än personerna över 47,5 år vad gäller både utförandet och tillfredsställelsen. Det tror vi bland annat kan bero på det naturliga åldrandet som ofta enligt Rundgren (2001) medför en minskad fysisk kapacitet. Likaså tror vi att aktivitetsrepertoaren förändras när man blir äldre då man väljer färre aktiviteter och aktiviteter som är lugnare. Malcus-Johnson et al. (2005) visade att deltagarna i deras studie förändrade sina fritidsaktiviteter till aktiviteter som var mer ledbesparande som att till exempel cykla och läsa istället för att jogga och dansa. Albers et al. (1999) studie visade att ju äldre man var desto mer påverkades fritidsaktiviteterna negativt av RA. Det är möjligt att deltagarna över 47,5 år kan ha haft sin sjukdom längre än deltagarna under 47,5 år och därmed kanske de har en större funktionsnedsättning. Som beskrivits i bakgrunden har studier (Alsaker & Josephsson, 2003; Malcus-Johnson et al., 2005) visat att aktivitetsbegränsningar hos personer med reumatiska sjukdomar ökar ju längre sjukdomen fortskrider. Resonemang stöds även av Dalyan, Güner, Tuncher, Bilgic och Arasil (1999) som menar att längre sjukdomsduration har en negativ inverkan på funktionsnedsättning vid ryggreumatism. En längre sjukdomsduration skulle dock kunna innebära att man har fler strategier att klara av sina dagliga aktiviteter. West och Jonsson (2005) studie visade att den fysiska funktionen uppfattades som bättre hos patienter som nyligen insjuknat i RA jämfört med patienter som haft sjukdomen i ca 20 år. Wikström, Isacson och Jacobsson (2001) studie visade att patienterna hade fått ge upp två till tre fritidsaktiviteter sedan insjuknandet vilket hade samband med en högre grad av funktionsnedsättning. Det är troligt att äldre har större sjukdomsaktivitet och som konsekvens

av detta har förlorat fler fritidsaktiviteter vilket skulle kunna förklara den lägre självskattningen i denna studie.

Resultatet i denna studie visade en positiv förändring av upplevt utförande och tillfredsställelse vid 4- och 12 månaders uppföljningen. Detta pekar på att arbetsterapeutens behandling på den reumatologiska klinik där behandlingen utfördes kan ha god effekt avseende aktivitetsutförande för personer med diagnosen spondylartrit. Steultjens et al. (2005) skriver att det saknas studier som beskriver kön- och ålderskillnader. Resultatet i vår studie visar att det finns skillnader mellan män och kvinnor och även mellan de personer som under 47,5 år respektive över 47,5 år. Det tyder på att de arbetsterapeutiska interventionerna kan behöva utvecklas för att kunna tillgodose alla, oavsett kön och ålder eller inom vilket område personerna har aktivitetsproblem. Vi tycker att det behövs fler studier som undersöker hur resultatet av den arbetsterapeutiska behandlingen påverkas av olika demografiska faktorer.

6. Referenser

- Albers, J.M.C., Kuper, H.H., van Reil, P.L.C.M., Prevoo, M.L.L., Vanø Hof, M.A., van Gestel, A.M. & Severens, J.L. (1999). Socio-economic consequences of rheumatoid arthritis in the first years of the disease. *Rheumatology*, 38, 423-430.
- Alsaker, S., & Josephsson, S. (2003). Negotiating Occupational Identities while Living with Chronic Rheumatic Disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10, 167-176.
- Carpenter, L., Baker, G.A., & Tyldesley, B. (2001). The use of canadian occupational performance measure as an outcome of a pain management program. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68, 16-22.
- Cup, E.H.C., Scholte op Reimer, W.J.M., Thijssen, M.C.E., & van Kuyk-Minis, M.A.H. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17, 402-409.
- Dalyan, M., Güner, A., Tuncher, S., Bilgic, A., & Arasil, T. (1999). Disability in ankylosing spondylitis. *Disability and Rehabilitation*, 21, (2), 74-79.
- Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I., & Beelen, A. (2004). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. *Clinical Rehabilitation*, 18, 660-667.
- DePoy, E., & Gitlin, L.N. (1999). *Forskning - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Duckberg, S. (2008). *Utvärdering av aktivitetsförändring efter teambeserad rehabilitering i grupp för personer med Reumatoid Artrit*. (C-uppsats från Arbetsterapeutprogrammet). Lunds universitet, Avdelning för arbetsterapi och gerontologi, 221 00 Lund.
- Eljertsson, G. (1992). *Grundläggande statistik- med tillämpningar inom sjukvården*. (2:a rev. Uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Erlandsson, L-K., & Persson, D. (2005). Brott och Smutstvätt - en betraktelse av vardagens sysslor genom en litterär lins. In Bendixen, I. H. J. (red.), *Aktivitetsvidenskab: I et nordisk perspektiv* (sid. 147-165). København: FADL's forlag.

Fearing, V.G., Law, M., & Clark, J. (1997). An occupational performance process model: Fostering client and therapist alliances. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64, (1), 7-15.

Folkhälsoinstitutet. Hertting, A (red). (1999). *Stressens olika ansikten* (3: e rev. Uppl.). Örebro: Trio Tryck AB.

FSA. (2005). Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Svensk version, fjärde upplagan. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Green, A. (2008). Sleep, Occupation and the Passage of Time. *British Journal of Occupational Therapy*, 71, (8), 339-347.

Klareskog, L., Saxne, T., & Enman, Y. (Red.). (2005). *Reumatologi*. Lund: Studentlitteratur.

Law M., Cooper, B.A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1997). Theoretical contexts for practice of occupational therapy in Christiansen CH and Baum CM (eds.). *Occupational Therapy: Enabling function and well-being* (2nd Ed.), New Jersey, Slack.

Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S. & Townsend, E. (2002). Core Concepts of Occupational Therapy. In Townsend, E (Eds.), *Enabling Occupation - An Occupational Therapy Perspective* (pp. 29-56). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Lindström, F., & Ålund, M. (1996). *Reumatologi och reumakirurgi*. Lund: Studentlitteratur.

Mackinnon, J. R., & Miller, C. (2003). Rheumatoid Arthritis and self esteem: The impact of quality occupation. *Journal of Occupational Science*, 10, 90-98.

Malcus-Johnson, P., Carlqvist, C., Sturesson, A. L., & Eberhardt, K. (2005). Occupational Therapy during the first 10 years of rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12, 128-135.

Ripat, J., Eicheverry, E., Cooper, J., & Tate, R. (2001). A comparison of the Canadian Occupational Performance Measure and the Health Assessment Questionnaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68, (4), 247-253.

Rundgren, Å. (2001). *Åldrandets villkor* (A. Grimby & G. Grimby, Red.). Lund: Studenlitteratur

Steultjens, E. M. J., Dekker, J., Bouter, L. M., Leemrijse, C. J., van den Ende, C. H. M. (2005). Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. *Clinical Rehabilitation*, 19, 247-254.

Steultjens, E. M. J., Dekker, J., Bouter L. M., Van Schaardensburg D, Van Kuyk M. A. H., Van den Ende C. H. M. (2002). Occupational therapy for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Rheum*, 47, 672-85.

Tse, S., Lloyd, C., Penman, M., King, R., & Bassett, H. (2004). Evidence-based practice and rehabilitation: occupational therapy in Australia and New Zealand experiences. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27, 269-274.

West, E., & Jonsson, S.W. (2005). Health-related quality of life in rheumatoid arthritis in Northern Sweden: a comparison between patients with early RA, patients with medium-term disease and controls, using SF-36. *Clinical Rheumatology*, 24, 117-122.

Wikström, E., Isacson, A., & Jacobson, L.T. (2001). Leisure Activities in Rheumatoid Arthritis: Change after Disease Onset and Associated Factors. *British Journal of Occupational Therapy*, 64, (2), 87-92.

Wilcock, A. (2006). *An Occupational Perspective of Health*. (2nd edition). Thorofare, NJ: Slack.

Wressle, E., Lindstrand, J., Neher, M., Marcusson, J., Henriksson, C. (2003). The Canadian Performance Measure as an outcome measure and teamtool in a day treatment program. *Disability and Rehabilitation*, 25, (10), 497-506.

Wressle, E., Marcusson, J., Henriksson, C. (2002). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance 6 Swedish Version. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, (1), 40-48.