



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

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

Jämförelse över tid av upplevd aktivitetsförmåga hos personer som drabbats av stroke

Författare: Pernilla Arvidsson,
Jill Nilsson

Handledare: Birgitta Wästberg

December 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

December, 2009

Jämförelse över tid av upplevd aktivitetsförmåga hos personer som drabbats av stroke

Pernilla Arvidsson och Jill Nilsson

Abstrakt

Stroke är en sjukdom som drabbar många äldre personer i Sverige och kan innebära nedsatt aktivitetsförmåga inom personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Syftet med studien var att jämföra om och i så fall hur upplevt aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse vid utskrivning ifrån en geriatrisk dagrehabilitering och vid en uppföljning minst tre månader senare förändrats. Undersökningsgruppen bestod av 19 personer, 11 män och 8 kvinnor, 65 år och äldre. Instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) används på geriatrisk dagrehabilitering och i studien gjordes en uppföljning med instrumentet 6-15 månader efter utskrivningen. Resultatet visade att för de flesta av deltagarna var aktivitetsutförandet oförändrat och aktivitetsstillfredsställelsen var oförändrad eller förbättrad. Detta resultat skulle kunna bero på att deltagarna hade bearbetat och anpassat sig till sin nya livssituation och/eller att de hade få fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar.

Nyckelord: arbetsterapi, stroke, COPM, uppföljning, dagrehabilitering

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

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	4
1.1 Stroke och arbetsterapi	4
1.2 Arbetsterapi och aktivitet	5
1.3 Arbetsterapi och aktivitetsbegränsning efter stroke	5
1.4 Arbetsterapi och uppföljning	6
1.4.1 Uppföljning av aktivitetsförmåga efter behandling på aktuelle enhet	7
2. Syfte	8
3 Metod	8
3.1 Urvalsförfarande	8
3.1.1 Beskrivning av undersökningsgruppen	9
3.2 Instrument för insamling av information	9
3.2.1 Beskrivning av hur instrumentet används	10
3.3 Procedur	10
3.4 Bearbetning och redovisning av den insamlade informationen	11
4. Etiska överväganden	12
5 Resultat	12
5.1 Val av aktivitet	12
5.2 Förändring av aktivitetsutförande och aktivitetstillfredsställelse	13
6. Diskussion	17
6.1 Resultatdiskussion	17
6.2 Metoddiskussion	20
7. Konklusion	22
Referenslista	23
Bilagor	
Brev till verksamhetschefen	Bilaga 1
Brev till strokesjuksköterskan	Bilaga 2
Brev till deltagarna	Bilaga 3

1. Bakgrund

Arbetsterapi inom geriatrisk dagrehabilitering fokuserar bland annat på personers aktivitetsutförande efter stroke (Svensson, 2001). Inom arbetsterapin på befintlig geriatrisk dagrehabilitering har diskussioner startats om det uppnådda aktivitetsutförande förändras efter utskrivningen ifrån geriatrisk dagrehabilitering. Det förekommer många synpunkter och åsikter kring detta, men det saknas vetenskaplig forskning inom området, som kan fungera som en bas för utvärderingen av den arbetsterapeutiska behandlingen efter stroke över tid.

1.1 Stroke och arbetsterapi

World Health Organisation [WHO] (2006) har definierat stroke som en snabbt påkommande fokalt störning av hjärnans funktion med symtom som varar minst 24 timmar eller leder till döden, där orsaken inte uppenbarligen är annan än vaskulär. Enligt Norrving, Olsson och Lindgren (2006) drabbas 30 000 personer av stroke i Sverige varje år varav 20 000 drabbas för första gången. Medelåldern vid insjuknandet är 75 år och cirka 20 % av de insjuknade är under 65 år. Vanliga symtom vid stroke är hemipares, sensibilitetsnedsättning, synfältsbortfall och nedsatta högre cerebrala funktioner. Vid skador i den dominanta hjärnhalvan ses symtom som afasi och apraxi och vid skador i den icke dominanta hjärnhalvan ses symtom som perceptions- och uppmärksamhetsstörningar, neglect och rubbningar av rumsuppfattningen (Norrving et. al., 2006).

Kliniska erfarenheter visar att skador i hjärnan kan åtföljas av betydande funktionsförbättringar under lång tid, generellt sett främst under de tre till sex första månaderna efter stroke, detta tolkas som hjärnans plasticitet. Dessutom finns det även starka vetenskapliga bevis för att denna funktion är aktivitetsrelaterad (Borg, 2006).

Aktivitetsbegränsningen efter stroke varierar ifrån att personen kan vara totalt beroende av hjälp till ingen aktivitetsbegränsning alls, cirka en tredjedel av de strokedrabbade är beroende av annan person för att klara det dagliga livets aktiviteter (Socialstyrelsen, 2006).

Kliniska studier visar att arbetsterapibehandling av patienter med stroke ger ökad aktivitetsförmåga i både P- och I-ADL och ökad delaktighet i samhällslivet. Enbart träning av sensomotoriska och kognitiva funktioner har en begränsad effekt på förmågan att utföra det dagliga livets aktiviteter. Däremot så finns det bevis för att uppgiftsspecifik

träning, som utgår ifrån aktiviteter som är valda av patienten och som genomförs i en hemliknande miljö ger ökad aktivitetsförmåga och ökad delaktighet i samhället. Dessutom förbättras sensomotoriska och kognitiva funktioner genom träning i hushållsaktiviteter och genom uppgiftsspecifik träning (Socialstyrelsen 2006).

1.2 Arbetsterapi och aktivitet

Arbetsterapi är en hälsoprofession vars främsta behandlingsmål är att möjliggöra aktivitetsutförande för patienter och denna behandling bidrar till att göra patienter med nedsatt aktivitetsförmåga mer självständiga (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 2002). Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA] definierar i sin Etiska kod aktivitet enligt följande ”Människans utförande av meningsfulla och betydelsefulla uppgifter i interaktion/samspel med omgivningen.”(s.14) och WHO (Socialstyrelsen, 2003) definierar i International Classifications of Functions [ICF] aktivitet enligt följande: ”Aktivitet (Activity) är en persons genomförande av en uppgift eller handling.”(s. 115). Aktivitet är själva kärnan i arbetsterapi och i Canadian Model of Occupational Performance [CMOP] (CAOT, 2002) beskrivs arbetsterapiens perspektiv genom att fokus läggs på aktivitet. Aktivitet är allt som människorna utför och utförandet av aktivitet är en komplex process i vilken människorna tillgodoser sina behov och mål i samspel med sin omgivning. Enligt CMOP har den arbetsterapeutiska synen på samspelet mellan människa, aktivitet och omgivning flera dimensioner: individens drivkrafter och förmågor påverkar aktivitetsutförandet, liksom kraven i aktiviteten och miljöns fysiska, sociala, kulturella och samhällsliga förutsättningar. Den kanadensiska modellen delar in aktivitet i tre områden: personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Den visar på att aktivitet har en central betydelse för mänsklig hälsa och välbefinnande och att utförandet av värdefulla aktiviteter ger mening åt livet och har en terapeutisk effekt.

1.3 Arbetsterapi och aktivitetsbegränsning efter stroke.

WHO (Socialstyrelsen, 2003) definierar i ICF aktivitetsbegränsning enligt följande: ”Aktivitetsbegränsning (Activity limitation) är svårigheter som en person kan ha vid genomförandet av aktiviteter.”(s.115). De funktionsnedsättningar som uppstår i samband med en stroke ger olika och komplexa aktivitetsbegränsningar inom aktivitetsområdena personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid och det är dessa aktivitetsbegränsningar som främst

åtgärdas i den arbetsterapeutiska behandlingen (Asplund, 2001; Eriksson & Wallgren, 2001; Svensson, 2001). Det centrala i den arbetsterapeutiska behandlingen av strokepatienter är att behandla begränsningarna i patienternas aktivitetsutförande. Kärnan i denna process är att arbetsterapeuten och patienten tillsammans identifierar de aktivitetsbegränsningar, som patienten tycker är viktigast att åtgärda och tillsammans lägger upp en behandlingsplan för att minska patientens aktivitetsbegränsningar (CAOT, 2002).

Hoffman, McKenna, Cooke och Tooth (2003) visade i sin studie att arbetsterapeuterna på sjukhusens akuta strokeavdelningar ofta koncentrerade sina bedömningar och behandlingar på patienternas aktivitetsbegränsningar inom P-ADL och att de därför missade patienternas aktivitetsbegränsningar inom I-ADL och delaktighet i samhället. Detta ledde till att strokeavdelningarna skrev ut patienten till hemmet utan ytterligare uppföljning. Dessa aktivitetsbegränsningar inom I-ADL och delaktighet i samhället kvarstod flera år efter stroke. Därför drog Hoffman et al. (2003) slutsatsen att arbetsterapeuterna på akuta strokeavdelningar också borde bedöma aktivitetsutförande inom I-ADL och delaktighet i samhället och att det skulle finnas med i behandlingsplanen.

1.4 Arbetsterapi och uppföljning

Grimby (2001) poängterar att uppföljning inom rehabilitering är viktig för att kunna ge en optimal behandling och för att kunna göra både en klinisk och en vetenskaplig utvärdering av behandlingsresultatet samt att behandling och utvärdering av aktivitetsutförandet är en del av uppföljningen inom rehabilitering. Enligt Svensson (2001) är det även viktigt med uppföljning av strokepatienter under lång tid, eftersom aktivitetsbegränsningarna och funktionsnedsättningarna både kan öka och minska över tid och patienterna kan ha svårt att hävda sina behov. Innan den arbetsterapeutiska behandlingen avslutas är det viktigt med en uppföljning för att bedöma om de uppsatta målen för att minska aktivitetsbegränsningarna har uppnåtts eller ej. Denna uppföljning kan också visa på förändrat aktivitetsutförande över tid. Idealet är att den arbetsterapeutiska behandlingen avslutas när patienten är nöjd och/eller de uppsatta målen har nåtts (CAOT, 2002).

Werner och Kessler (1996) visade i sin studie att strokepatienter, som fick rehabilitering inneliggande efter sin stroke och sedan minst ett år efter insjuknandet i stroke fick ytterligare tre månaders arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk poliklinisk behandling hade ökat nivån

inom sitt aktivitetsutförande. Detta gällde både vid den första uppföljningen direkt efter avslutad behandlingsperiod och vid den andra uppföljningen sex månader senare.

Resultatet i en engelsk studie visade att strokepatienter som på sjukhuset bedömdes kunna klara sig utan rehabilitering, delvis beroende på att de hade en relativt hög nivå inom sitt aktivitetsutförande i P-ADL, skrevs ut till hemmet utan rehabiliteringsåtgärd. Patienterna kontaktades efter en månad av en arbetsterapeut för en uppföljning i hemmet och denna visade att de hade kvarstående aktivitetsbegränsningar inom P- och I-ADL samt fritidsaktiviteter. Hälften av dessa patienter erhöll då arbetsterapeutisk behandling i maximalt sex månader och efter denna behandling hade dessa patienter en signifikant ökning av sitt aktivitetsutförande (Walker, Gladman, Lincoln, Siemonsma & Whiteley, 1999).

Inom arbetsterapin på geriatriska dagrehabiliteringar tränar patienter som drabbats av stroke sitt aktivitetsutförande och eftersom det är viktigt med uppföljning av strokepatienters aktivitetsutförande över tid (Svensson, 2001), så skulle det vara intressant att göra en uppföljning av aktivitetsutförandet en tid efter avslutad behandlingsperiod på dagrehabilitering. De flesta av tidigare gjorda studier av personer som drabbats av stroke, har enligt vår litteratursökning, varit direkt uppföljning efter avslutad rehabiliteringsperiod, uppföljning av ineliggande patienter en tid efter utskrivning där det ej har redovisats vilka som fick ytterligare rehabilitering, eller har speciella rehabiliteringsenheter skapats och blivit utvärderade i studierna.

1.4.1 Uppföljning av aktivitetsförmåga efter behandling på aktuell enhet

Vid den arbetsterapeutiska utskrivningsbedömningen ifrån geriatrisk dagrehabilitering görs alltid en utvärdering av aktivitetsförmågan och den eventuella förändring som har skett. Har en COPM-bedömning gjorts vid inskrivningen på geriatrisk dagrehabilitering, görs en uppföljning av den. Om patienterna vid utskrivningsbedömningen har kvarstående aktivitetsproblem, kan patienterna själva eller behandlaren kontakta arbetsterapeuten i kommunen och/eller i regionen för uppföljning. Geriatrisk dagrehabilitering har ingen fortsatt kontakt eller uppföljning av patienterna efter avslutad rehabiliteringsperiod. Möjligheterna till fortsatt och regelbunden träning varierar mycket, främst beroende på geografiska skillnader i träningsutbudet och patientens behov utifrån sina fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar.

2. Syfte

Syftet är att hos personer som drabbats av stroke jämföra upplevt aktivitetsutförande och aktivitetstillfredsställelse vid utskrivning ifrån en geriatrisk dagrehabilitering och vid en uppföljning minst tre månader senare för att bedöma om aktivitetsförmågan förändrats och i så fall hur.

3. Metod

Studien är en uppföljande studie, där data från semistrukturerade intervjuer med instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) har samlats in och analyserats. Semistrukturerade intervjuer har en kvalitativ ansats, men eftersom personen även gör skattningar på en tiogradig skala i COPM, så finns det också ett kvantitativt inslag i bedömningsinstrumentet (DePoy & Gitlin, 1999). Resultatet har redovisats med kvantitativ och deskriptiv statistik.

3.1 Urvalsförfarande

Urvalet omfattade personer som drabbats av stroke och som under 2008 rehabiliterats på geriatrisk dagrehabilitering i en stad i södra Sverige.

Inklusionskriterier:

Kvinnor och män som är drabbade av stroke, ålder 65 år eller äldre, bor i ordinärt boende, har behandlats på geriatrisk dagrehabilitering och därefter har varit utskrivna i minst tre månader. COPM-bedömning ska ha gjorts på den geriatriska dagrehabiliteringen vid utskrivning.

Exklusionskriterier:

Personer som ej har tillräcklig språklig förmåga för att kunna genomföra COPM, på grund av till exempel afasi, icke svensktalande och/eller har drabbats av ytterligare sjukdom, exempelvis ny stroke, fraktur efter utskrivningen ifrån den geriatriska dagrehabilitering.

3.1.1 Beskrivning av undersökningsgruppen

Totalt uppfyllde 22 patienter kriterierna. En patient hade avlidit, en patient tackade nej till att delta i studien och en patient tackade ja till att delta studien, men blev sedan akut sjuk innan intervjun hade genomförts, det externa bortfallet blev därför tre patienter (13 %).

I undersökningen deltog 19 personer, 11 män (58 %) och 8 kvinnor (42 %) med en medianålder på 75 år (66-86). Medianåldern för män var 76 år (66-85) och för kvinnor 72,5 år (66-86). Fjorton personer (74 %) hade vänstersidiga skadelokalisationer och fem personer (26 %) hade högersidiga skadelokalisationer. Tolv personer (63%) var sammanboende och sju personer (37 %) var ensamboende. Mediantiden mellan COPM-bedömningen vid utskrivning från geriatrisk dagrehabilitering och den uppföljande COPM-bedömningen var 10 månader, med en spridning på 6-15 månader.

3.2 Instrument för insamling av information

Bedömningsinstrumentet COPM valdes eftersom det används kliniskt inom strokerehabilitering vid patientens bedömning av sin egen aktivitetsförmåga över tid. Det är ett individanpassat bedömningsinstrument, som bygger på den kanadensiska modellen CMOP och är utformat i syfte att upptäcka förändringar i en patients uppfattning om sin aktivitetsförmåga över tid och är tänkt att användas som ett resultatmått. COPM är ett standardiserat bedömningsinstrument med både god reliabilitet och validitet (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko, Pollock, 2006), vilket även bekräftades i en nederländsk studie av strokepatienter (Cup, Scholte op Reimer, Tjijssen & van Kuyk-Minis, 2003). Den sistnämnda studien visade också att många problem som är unika för patienten identifierades i COPM och dessa problem blev inte bedömda i andra mätinstrument. Phipps och Richardssons (2007) visade i sin studie att COPM hjälpte strokepatienter att identifiera meningsfulla aktivitetsmål och att arbetsterapeuten kunde använda COPM vid upprättandet av klientcentrerade behandlingsprogram och vid utvärderandet av den arbetsterapeutiska behandlingen. I en studie av den svenska versionen av COPM visade Wressle, Marcusson och Henriksson (2002) att instrumentet säkerställde ett klientcentrerat arbetssätt och stärkte arbetsterapeuten i sin professionella yrkesroll. Dessutom gjorde instrumentet det möjligt för patienten att få feedback på sina förändringar i sitt aktivitetsutförande över tid (Wressle et al., 2002).

3.2.1 Beskrivning av hur instrumentet används

I vår bedömning av deltagarna i studien, har COPM använts enligt manualen:

Steg 1 i processen är att göra en semistrukturerad intervju med personen om hennes/hans aktivitetsförmåga inom de tre aktivitetsområdena personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Hon/han identifierar de aktiviteter som hon/han vill utföra, behöver utföra och/eller förväntas att utföra i det dagliga livet.

Steg 2 är att personen skattar de identifierade aktiviteterna efter hur betydelsefulla de är för henne/honom på en visuell analog skala (VAS) mellan 1 (inte viktigt alls) och 10 (extremt viktigt).

Steg 3 är att personen väljer de aktivitetsproblem som är mest betydelsefulla för henne/honom. Dessa skrivs in i skattningsdelen under "Problem med utförande av aktivitet". Sedan skattar personen utförandet och tillfredsställelsen för varje vald aktivitet, enligt VAS: Utförandet skattas mellan 1 (kan inte utföra alls) till 10 (kan utföra extremt bra) medan tillfredsställelsen skattas mellan 1 (inte nöjd alls) till 10 (extremt nöjd). Totalpoängen för utförande respektive tillfredsställelse beräknas genom att valda aktiviteters poäng summeras inom respektive område och sedan divideras med antalet valda aktiviteter.

Steg 4 i processen är en uppföljning, där personen återigen skattar utförande och tillfredsställelse, enligt VAS. Sedan räknas totalpoängen ut för utförande och tillfredsställelse, på samma sätt som i steg 3. Därefter subtraheras totalpoängen för utförande respektive tillfredsställelse i steg 4 med totalpoängen för utförande respektive tillfredsställelse i steg 3 och dessa två differenser ger poängen för aktivitetsförmågan över tid. En förändring i två skalsteg eller mer i COPM bedöms ha klinisk relevans (Law et al., 2006).

3.3 Procedur

Verksamhetschefen kontaktades och informerades om studien och godkände genomförandet av den. Se bilaga 1. Ansökan skickades till Vårdvetenskapliga EtikNämnden (VEN), Lund som gav tillstånd till studien med diarienummer VEN 30-09. Strokesjuksköterskan på strokeenheten kontaktades och hon accepterade att undersöka vilka patienter som uppfyllde kriterierna. Se bilaga 2. Patienterna som uppfyllde kriterierna kontaktades per telefon, tackade de ja, skickades ett brev med information om studien, där de tillfrågades om den tidigare COPM-bedömningen fick användas och om de ville medverka i en uppföljande COPM-bedömning. Se bilaga 3. Deltagarna i undersökningen garanterades konfidentialitet och

informerades om att de kunde tacka nej utan risk för negativa konsekvenser vid eventuella framtida kontakter med kliniken eller oss.

Undersökningspersonerna träffade en av författarna för att de intervjuade inte skulle kunna känna att de kom i underläge om det var två personer som genomförde intervjun (Trost, 2005). Vi valde att föra fortlöpande anteckningar under intervjuerna, eftersom vi har lång klinisk erfarenhet av att använda COPM (Trost, 2005) och enligt Patel (2003) och Trost (2005) kan de intervjuade personerna bli besvärade, hämmade och deras svar kan påverkas om bandspelare används. Efter varje intervju läste vi igenom intervju anteckningarna och reflekterade över dem (Trost, 2005) och delgav sedan vår medförfattare resultatet. Vi fördelade intervjuerna emellan oss, en gjorde 10 intervjuer och den andra 9 intervjuer och i möjligaste mån undvek vi att intervju våra tidigare patienter. Deltagarna fick själva välja om de ville bli intervjuade på geriatrisk dagrehabilitering eller i hemmet.

3.4 Bearbetning och redovisning av den insamlade informationen

Vi bearbetade och analyserade den insamlade informationen tillsammans. Poängen för aktivitetsutförandet respektive aktivitetstillfredsställelsen vid uppföljningen i hemmet beräknades och jämfördes sedan med utskrivningsbedömningen ifrån geriatrisk dagrehabilitering och förändringen räknades ut, allt i enlighet med COPM:s manual (Law et al., 2006).

Antalet aktivitetsproblem som deltagarna i undersökningen identifierat och de vanligaste förekommande aktivitetsproblemen bland dessa sammanställdes. Vi valde att redovisa de aktivitetsproblem, som identifierats av minst fyra deltagare för att få en överskådlig tabell. Förändringen av aktivitetsutförandet och aktivitetstillfredsställelsen mellan utskrivningen ifrån geriatrisk dagrehabilitering och vid uppföljningen i hemmet för hela gruppen sammanställdes samt förändringen inom respektive aktivitetsområde. Utöver detta har aktivitetsutförandet och aktivitetstillfredsställelsen sammanställts i förhållande till skadelokalisation, kön, ålder och ensamboende/sammanboende.

Resultatet har främst redovisats i tabellform eftersom tabeller både ger en överskådlig bild och är det mest informationsrika sättet att redovisa insamlat material (Backman, 2008).

Vi valde att redovisa aktivitetsutförande respektive aktivitetstillfredsställelse i olika tabeller, men med samma nummer, där aktivitetsutförande redovisas under a och aktivitetstillfredsställelse under b. Sammanställningen av förändringen av aktivitetsutförandet och aktivitetstillfredsställelsen delades in på tre nivåer: förbättrat, oförändrat och försämrat. Förbättrat innebär en positiv förändring med minst två skalsteg, oförändrat innebär en positiv eller negativ förändring med mindre än två skalsteg och försämrat innebär en negativ förändring med minst två skalsteg.

4. Etiska överväganden

Studien har godkänts av VEN. Deltagarna i studien har gett sina godkännande till deltagandet i studien. Varje deltagare har fått ett kodnummer och i resultatet kan ingen enskild deltagare identifieras. Vid tre tillfällen: vid den första telefonkontakten, skriftligen i brevet och i samband med COPM-bedömningen i hemmet, har deltagarna fått information om att deltagandet i studien var frivilligt och att de hade möjligheten att när som helst avbryta utan att ange någon orsak och utan konsekvenser vid eventuella framtida kontakter med kliniken. Den insamlade datan förvarades inlåst på geriatrisk dagrehabilitering.

5. Resultat

5.1 Val av aktiviteter

De 19 deltagarna hade identifierat totalt 89 aktivitetsproblem som var viktiga för dem att utföra, men som de hade svårigheter med att utföra. Nedan redovisas antalet aktivitetsproblem per deltagare (tabell 1) samt vilka aktivitetsproblem som var identifierade av minst fyra personer (tabell 2) vid den första bedömningen.

Tabell 1. *Antalet identifierade aktivitetsproblem per person*

Antal personer n=19	antal valda aktiviteter
13	5
3	6
1	3
1	2
1	1

Av de 89 identifierade aktivitetsproblemen var 32 stycken (36 %) inom aktivitetsområdena personliga dagliga aktiviteter och 40 stycken (45 %) inom fritid. Sjutton stycken (19 %) aktivitetsproblem identifierades inom aktivitetsområdet produktivitet: Av dessa identifierades femton av kvinnor och två av (sammanboende) män.

Tabell 2. *Aktivitetsproblem som hade identifierats av minst 4 personer*

Aktivitetsproblem	antal personer
Gå	10
Läsa	6
Promenera	5
Skriva	5
Laga mat	4
Trädgårdsarbete	4
Tvätta	4
	38

Exempel på andra aktivitetsproblem var som hade identifierats av deltagarna förflyttning till och från rullstol, städa, fiska och besöka vänner.

5.2 Förändring av aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse

Nedan redovisas förändringen i gruppen mellan COPM-bedömningen vid utskrivningen ifrån geriatrisk dagrehabilitering och vid uppföljningen i hemmet. Förändringen av aktivitetsutförandet och aktivitetsstillfredsställelsen i gruppen (tabell 3) redovisas och också i undergrupperna aktivitetsområdena (tabell 4a, 4b), skadelokalisation (tabell 5a, 5b), kön (tabell 6a, 6b), ålder (tabell 7) och ensamboende/sammanboende (tabell 8a, 8b).

Tabell 3. *Förändring av aktivitetsutförande och aktivitetstillfredsställelse hos deltagarna*

	Förbättrat	Oförändrat	Försämrat
Utförande, <i>n=19</i>	3	15	1
Tillfredsställelse, <i>n=19</i>	7	10	2

Medianvärdet för förändringen i aktivitetsutförandet var 0,8 (-2,3 - 4,4) skalsteg och för förändringen i aktivitetstillfredsställelsen 0,4 (-3,2 - 7,0) skalsteg.

Tabell. 4a. *Aktivitetsutförande: Antalet aktiviteter som förbättrats eller försämrats eller är oförändrade inom aktivitetsområdena*

Aktivitetsområde	Förbättrat	Oförändrat	Försämrat
Personliga dagliga aktiviteter	11	15	6
Produktivitet	2	11	4
Fritid	13	19	8
Totalt	26	45	18

Tabell 4b. *Aktivitetstillfredsställelse: Antalet aktiviteter som förbättrats eller försämrats eller är oförändrat inom aktivitetsområdena*

Aktivitetsområde	Förbättrat	Oförändrat	Försämrat
Personliga dagliga aktiviteter	10	15	7
Produktivitet	6	8	3
Fritid	14	16	10
Totalt	30	39	20

Under intervjuerna framkom det att några av deltagarna hade minskat sitt utförande av vissa aktiviteter eftersom det krävde så mycket av dem, att de valde att prioritera utförandet av andra aktiviteter istället. Det framkom också att några av deltagarna vid utskrivningsbedömningen ifrån geriatrisk rehabilitering fortfarande hade hoppats på att genomförandet av vissa aktiviteter skulle återupptas eller förbättras. De hade därför skattat aktivitetstillfredsställelsen relativt högt vid utskrivningsbedömningen ifrån geriatrisk dagrehabilitering. Vid uppföljningen i vår studie hade de insett att aktivitetsutförandet inte

skulle återupptas eller förbättras och därför skattade de aktivitetsutförandet och aktivitetstillfredsställelsen lägre än vid utskrivningsbedömningen ifrån geriatrisk dagrehabilitering.

Tabell 5a. *Aktivitetsutförande: Förändring vid vänster- respektive högersidig skada*

	Förbättrat	Oförändrat	Försämrat
Vänstersidig skada, $n=14$	2	11	1
Högersidig skada $n=5$	1	4	0

Medianvärdet för förändringen av aktivitetsutförandet vid vänstersidig skada var 0,6 (-2,3 – 4,4) skalsteg och för högersidig skada 1,8 (-1,8 – 3,3) skalsteg.

Tabell 5b. *Aktivitetstillfredsställelse: Förändring vid vänster- respektive högersidig skada*

	Förbättrat	Oförändrat	Försämrat
Vänstersidig skada, $n=14$	5	9	0
Högersidig skada, $n=5$	2	1	2

Medianvärdet för förändringen av aktivitetstillfredsställelsen vid vänstersidig skada var 0,7 (-1,8 – 7,0) skalsteg och för högersidig skada 1,0 (-3,2 – 3,3) skalsteg.

Tabell 6a. *Aktivitetsutförande: Förändring för män respektive kvinnor*

	Förbättrat	Oförändrat	Försämrat
Män, $n=11$	1	9	1
Kvinnor, $n=8$	2	6	0

Medianvärdet för förändringen av aktivitetsutförandet för män var 0 (-2,3 – 2,0) skalsteg och för kvinnor 0,9 (0,3 – 4,4) skalsteg

Tabell 6b. *Aktivitetstillfredsställelse: Förändring för män respektive kvinnor*

	Förbättrat	Oförändrat	Försämrat
Män, $n=11$	2	7	2
Kvinnor, $n=8$	5	3	0

Medianvärdet för förändringen av aktivitetstillfredsställelsen för män var -0,3 (-3,2 – 7,0) skalsteg och för kvinnor 2,0 (-0,6 – 3,3) skalsteg.

Tabell 7. *Förändring av aktivitetsutförandet och aktivitetstillfredsställelsen åldersindelad*

Ålder År	Antal personer	Utförande medianvärde skalsteg	Tillfredsställelse medianvärde skalsteg
65-70	5	0,8 (-2,3 – 1,8)	2,4 (-1,0 – 7,0)
71-75	6	0,35 (-1,0 – 2,0)	1,2 (-0,3 – 2,7)
76-80	4	-0,05 (-1,8 – 1,0)	-1,4 (-3,2 – 0)
81-85	3	0,8 (-1,8 – 3,3)	1,0 (-2,0 – 3,3)
86-90	1	4,4	1,6

I åldersgruppen 76-80 år dominerade männen, i övriga åldersgrupper var det en jämn fördelning mellan män och kvinnor. Sex av de personer som hade förbättrat sin aktivitetstillfredsställelse, fanns i åldersgrupperna upp till 75 år. Dessa sex personer utgjorde cirka hälften av personerna i åldersgrupperna upp till 75 år. Den återstående personen som hade förbättrat sin aktivitetstillfredsställelse, fanns i åldersgruppen 81-85 år.

Tabell 8a. *Aktivitetsutförande: Förändring för ensam- respektive sammanboende*

	Förbättrat	Oförändrat	Försämrat
Ensamboende, $n=7$	2	4	1
Sammanboende, $n=12$	1	11	0

Medianvärdet för förändringen av aktivitetsutförandet för ensamboende var 0,8 (-2,3 – 4,4) skalsteg och för sammanboende 0,55 (-1,8 – 2,0).

Tabell 8b. *Aktivitetstillfredsställelse: Förändring för ensam- respektive sammanboende*

	Förbättrat	Oförändrat	Försämrat
Ensamboende, <i>n</i> =7	2	5	0
Sammanboende, <i>n</i> =12	5	5	2

Medianvärdet för förändringen av aktivitetstillfredsställelsen för ensamboende var 1,0 (-1,0 - 7,0) skalsteg och för sammanboende 0 (-3,2 - 3,3) skalsteg. Sju av männen (*n*=11) var sammanboende och fem av kvinnorna (*n*=8) var sammanboende.

6. Diskussion

6.1 Resultatdiskussion

De flesta av undersökningspersonerna hade identifierat fem eller sex aktivitetsproblem i den första COPM-bedömningen. De tre som hade identifierat ett till tre aktivitetsproblem vid den första bedömningen, hade redan en hög aktivitetsnivå och detta tolkar vi var orsaken till att fler aktivitetsproblem inte hade identifierats.

Den procentuella fördelningen av aktivitetsproblemen inom aktivitetsområdena i vår studie stämde relativt väl överens med den procentuella fördelningen i en brittisk studie av strokepatienter (Gilbertson & Langhorne, 2000). Endast cirka en femtedel av de identifierade problemen var inom produktivitet och då enbart inom undergruppen hushåll. Förklaringen till detta tror vi är att cirka en tredjedel av undersökningsgruppen bestod av sammanboende män. Enligt Statistiska Centralbyrån [SCB] (2003) och enligt vår kliniska erfarenhet har kvinnorna oftast huvudansvaret för hushållsarbetet. Nästan hälften av deltagarnas identifierade aktivitetsproblem var inom aktivitetsområdet fritid. Detta stämmer med Eriksson och Wallgren (2000), som menar att merparten av de strokedrabbade minskar eller slutar att utöva sina fritidsaktiviteter och om möjligheten att utöva sina fritidsaktiviteter försvinner påverkas tillfredsställelsen negativt. Detta är viktigt att beakta i det kliniska arbetet. Enligt vår erfarenhet är dagens friska pensionärer en aktiv grupp, där fritidsaktiviteterna upptar en stor del av det dagliga livet, eftersom få pensionärer arbetar.

Aktivitetsproblemet ”gå” identifierades av mer än hälften av undersökningspersonerna och ”promenera” togs upp av cirka en fjärdedel av undersökningspersonerna, vilket kan bero på att gå och promenera är aktiviteter, som underlättar genomförandet av andra aktiviteter, t. ex. handla, städa, besöka vänner (Widén & von Koch, 2001). Vår erfarenhet är också att de flesta strokepatienter identifierar gå som ett aktivitetsproblem och att gå underlättar genomförandet av andra aktiviteter. Detta är i linje med Tollén, Fredriksson och Kamwendo (2007) som visade i sin studie att många av de äldre, som skulle behandlas på en dagrehabilitering, ville träna sin gångförmåga.

Vår studie visade på att aktivitetsutförande över tid i undersökningsgruppen var oförändrat för de flesta av deltagarna och att aktivitetsstillfredsställelsen över tid i undersökningsgruppen var oförändrad eller förbättrad för de flesta av deltagarna. Detta stämmer överens med resultaten i Werners och Kesslers (1996) studie, vilken visade på att aktivitetsnivån för strokepatienter var oförändrad vid uppföljning sex månader efter utskrivning ifrån arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk poliklinisk behandling. En anledning till att de flesta deltagares aktivitetsutförande var oförändrat och att aktivitetsstillfredsställelsen var oförändrad eller förbättrad i vår studie, skulle kunna vara att flertalet hade få fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar, t.ex. var endast två rullstolsberoende. De flesta deltagarna föreföll att må bra, gav ett positivt intryck under intervjuerna och gav få negativa kommentarer angående sin livssituation. Den oförändrade eller förbättrade aktivitetsstillfredsställelsen skulle också kunna bero på att deltagarna i vår undersökning har bearbetat och anpassat sig till sin nya livssituation och utvecklat ett nytt positivt sätt att leva, vilket också Burell och Stensman (2006) tar upp. Vår kliniska erfarenhet är att strokepatienter med få fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar lättare bearbetar och anpassar sig till sin nya livssituation och accepterar att de inte kan genomföra sina dagliga aktiviteter på samma sätt som innan stroke, jämfört med dem som har flera fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar.

Många av deltagarna hade aktivitetsproblem som hade förbättrats och sedan hade de andra aktivitetsproblem, som hade försämrats, detta ledde till att den totala poängsumman blev oförändrad jämfört med utskrivningsbedömningen. Den lägre skattningen av enskilda aktiviteter, både beträffande utförandet och tillfredsställelsen, skulle kunna bero på att vissa av deltagarna i vår studie hade kommit till insikt om att de inte kan återuppta eller förbättra utförandet av dessa aktiviteter, vilket flera av deltagarna uttryckte.

Fördelningen av vänster respektive högersidigt skadade i vår undersökning stämmer ganska bra överens med fördelningen i Phipps och Richardsons (2007) studie. Den sistnämnda studien visade också på att de med högersidig skadelokalisation hade en högre tillfredsställelsenivå jämfört med de med en vänstersidig skadelokalisation, detta tolkade Phipps och Richardson (2007) som att det berodde på att personerna med högersidig skadelokalisation ofta har en nedsatt bedömningsförmåga och därför överskattar sin egen aktivitetsförmåga. I vår studie hade procentuellt sett fler med högersidiga skador förbättrat sin aktivitetstillfredsställelse än de med vänstersidiga skador, vilket kan ha samma förklaring som ovanstående. Bland dem med högersidiga skador i vår studie fanns också de med flest fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar, vilket kan förklara varför lika många hade försämrat sin aktivitetstillfredsställelse som hade ökat den.

Enligt socialstyrelsen (2006) insjuknar lika många män som kvinnor årligen i stroke i Sverige, men kvinnor har en lägre åldersspecifik incidens. I åldrarna över 80 år är de flesta strokedrabbade kvinnor, troligen beroende på att de lever längre än männen, men i åldrarna under 80 år är de flesta strokedrabbade män (Socialstyrelsen, 2006). Detta stämmer delvis överens med fördelningen i vår studie, där männen utgör mer än hälften i åldersgruppen 65-80 år. Männen i vår studie var mindre tillfredsställda än kvinnorna, vilket skulle kunna bero på att männen var de med flest fysiska och kognitiva skador.

De flesta i vår undersökning var mellan 65-80 år. Orsaken till att geriatrisk dagrehabilitering inte får så många remisser på strokedrabbade personer över 80 år, skulle kunna vara att många äldre personer är multipelt sjuka och har hemtjänst eller särskilt boende redan innan stroke (Socialstyrelsen 2006). Enligt vår kliniska erfarenhet är oftast äldre personer mer påverkade och trötta efter stroke, har svårare att återhämta sig och är därför inte aktuella för rehabilitering på geriatrisk dagrehabilitering. En anledning till att större delen av de med en positiv förändring av sin aktivitetstillfredsställelse finns i åldergrupperna under 76 år skulle kunna vara, enligt vår kliniska erfarenhet, att deras närmaste anhöriga och sociala nätverk fortfarande främst består av friska personer, vilka därför har möjligheter att bistå i det dagliga livet.

Nästan hälften av de sammanboende hade förbättrat sin aktivitetstillfredsställelse, vilket kan bero på att de har en person, som kan bistå dem i och avlasta dem i det dagliga livets aktiviteter. Dock hade en del personer bland de sammanboende försämrat sin

aktivitetstillfredsställelse. En förklaring till detta kan vara att de med flest fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar i vår undersökningsgrupp var sammanboende. En tanke som har väckt hos oss under studien är huruvida dessa personer hade kunnat bo kvar hemma, om de varit ensamboende.

6.2 Metoddiskussion

COPM valdes som bedömningsinstrument i vår studie, eftersom det används inom strokehabilitering i Sverige och i andra länder. Vi är själva både utbildade i instrumentet och har lång klinisk erfarenhet av att använda det och arbetsterapeuterna på geriatrisk dagrehabilitering i denna studie använder det kontinuerligt för målformulering, bedömning och utvärdering. Dessutom är det ett av få arbetsterapeutiska instrument, som mäter en patients upplevda aktivitetsförmåga över tid (Law et al., 2006). En annan anledning till att vi valde COPM som bedömningsinstrument är att det fångar patienternas unika aktivitetsproblem (Cup et al., 2003), vilket bekräftades i vår undersökning.

Vi valde att intervjua personer som hade behandlats på den klinik vi arbetar på, eftersom vi var yrkesverksamma under tiden vi genomförde vår studie och därför hade en begränsad mängd med tid. Deltagarna i studien hade träffat oss i olika utsträckning på kliniken. Detta kan ha bidragit till att de allra flesta tackade ja till att delta i studien, men det kan också ha varit så att några av deltagarna inte ville tacka nej, eftersom de hade träffat oss tidigare och inte ville göra oss besvikna.

Vi hade önskat att COPM uppföljningarna av deltagarna i studien hade genomförts med samma tidsspann emellan utskrivningsbedömningen och uppföljningsbedömningen, t.ex. 6 månader, eftersom deltagarna då hade blivit mer likartat bedömda tidsmässigt. Då hade vi behövt använda oss av lämplighetssampling (DePoy & Gitlin, 1999), men detta rymdes inte inom ramen för vår studie.

I vår studie valde alla deltagarna att bli intervjuade i hemmet, vilket vi tror främst hade praktiska och ekonomiska orsaker. Fördelen med intervjuer i hemmet är att deltagarna känner sig trygga, men nackdelen är att det inte är någon ostörd miljö och att de anhöriga är närvarande i hemmet (Troost 2005). Vid några av intervjuerna var anhöriga närvarande i hemmet, men vi upplevde inte att det påverkade intervjuaren. När vi gick igenom COPM-

bedömningarna tillsammans, upptäckte vi att hade fått en fördjupad bild av deltagarnas livssituation, vilket vi nog inte hade fått i samma utsträckning, om bedömningarna hade genomförts på kliniken.

De uppföljande COPM-bedömningarna genomfördes utan att vi upplevde några problem i användandet av instrumentet. COPM-bedömningen gör det möjligt för patienten att få feedback på sina förändringar i sin aktivitetsförmåga över tid (Wressle et al., 2002) och vi fick också intrycket av att deltagarna i studien uppskattade att vi gjorde en uppföljning av deras aktivitetsförmåga.

Fördelen med att vi hade träffat deltagarna tidigare var att de kanske kände sig trygga med oss och därför vågade ge ärliga svar, men en nackdel skulle kunna vara att de kanske gav felaktiga svar för att glädja oss eller för att de hoppades på att få någon ytterligare behandling för sin stroke. Deltagarna tog upp både för- och nackdelar med sin aktivitetsförmåga och därför upplevde vi att de svarade uppriktigt. Ett problem, som vi hade diskuterat innan studien, var att deltagarna skulle kunna framföra önskemål om ytterligare rehabilitering och/eller arbetsterapeutisk behandling för detta kunde vi inte erbjuda, men vi kunde hänvisa dem till olika behandlare, dock utan att kunna garantera att någon skulle ta emot dem. Detta problem uppkom aldrig, eftersom ingen av deltagarna tog upp det, vilket kunde bero på att de flesta deltagarna i studien hade ett oförändrat aktivitetsutförande och en oförändrad eller förbättrad aktivitetstillfredsställelse.

I vår studie redovisas COPM-bedömningar på gruppnivå, vilket innebär att förändringar med klinisk relevans för enskilda deltagares aktivitetsproblem kan döljas i den totala poängsumman, t.ex. en deltagare med en förbättrad aktivitetstillfredsställelse kan ha enskilda aktivitetsproblem med försämrade aktivitetstillfredsställelse.

Det hade varit intressant och hade kanske gett oss mer heltäckande bild av deltagarnas eventuella aktivitetsförändring och på vad som hade påverkat dessa förändringar, om vi hade haft med några frågor eller bedömningsinstrument angående aktivitetsnivån inom P-ADL och I-ADL, den fysiska och kognitiva funktionsnivån och livstillfredsställelsen. Detta fanns det inte utrymme för i denna studie, men det vore intressant att utforska detta vidare. En tanke som har väckts hos oss under studien, är om personer som är nöjda med sin livssituation

skattar sin aktivitetstillfredsställelse högre jämfört med dem, som är missnöjda med sin livssituation.

7. Konklusion

Vår studie utgörs av ett mycket litet material, därför kan inte några generella slutsatser dras utan ytterligare studier bör göras angående uppföljningen av strokepatienters aktivitetsförmåga över tid.

Resultatet visade på att aktivitetsutförandet över tid i undersökningsgruppen var oförändrat för de flesta av deltagarna och att aktivitetstillfredsställelsen över tid i undersökningsgruppen var oförändrad eller förbättrad för de flesta av deltagarna. Detta kunde bero på att deltagarna hade få fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar och/eller hade bearbetat och anpassat sig till sin nya livssituation. Några få av deltagarna i undersökningsgruppen hade försämrat aktivitetsutförande eller aktivitetstillfredsställelse över tid och därför är det viktigt med uppföljning av strokedrabbade över tid. Om en COPM-bedömning är gjord tidigare och en arbetsterapeut träffar den före detta patienten för en uppföljning är COPM ett bra instrument för att utvärdera aktivitetsförmågans förändring över tid, men den kan behövas kompletteras med ytterligare bedömningar. Vid en uppföljning av strokedrabbades aktivitetsförmåga över tid, bör arbetsterapeutisk behandling kunna erbjudas, om aktivitetsproblem finns.

Referenslista

Asplund, K. (2001). Vård under tidigt skede. O. Höök (Red.). *Rehabiliteringsmedicin. Fjärde upplagan.* (pp. 324-333). Stockholm: Liber.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser. Andra upplagan.* Lund: Studentlitteratur.

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik. Fjärde upplagan.* Lund: Studentlitteratur.

Borg, J. (2006). Neurologisk rehabilitering. J. Fagius & S-M. Aquilonius (Red.). *Neurologi. Fjärde upplagan.* (pp. 525-535). Stockholm: Liber.

Burell, G. & Stensman, R. (2006). Ett nytt liv: Copingstrategier vid långvariga funktionsnedsättningar. J. Borg, B. Gerdle, G. Grimby & K. Stibrant Sunnerhagen (Red), *Rehabiliterings medicin.* (pp.59-66). Lund: Studentlitteratur

Canadian Association of Occupational Therapists. (2002). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspectiv. Revised Edition.* Ottawa: CAOT Publications ACE.

Cup, E.H.C., Scholte op Reimer, W.J.M., Thijessen 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.*

DePoy, E. & Gitlin, L. (1999). *Forskning- en introduktion.* Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, G. & Wallgren, B. (2001). Arbetsterapi vid stroke. O. Höök (Red.). *Rehabiliteringsmedicin. Fjärde upplagan.* (pp. 348-350). Stockholm: Liber.

Gilbertson, L. & Langhorne, P. (2000). Home-Based Occupational Therapy: Stroke patients' Satisfaction with Occupational Performance and Service Provision. *British Journal of Occupational Therapy, 63, 464-468.*

Grimby, G., (2001). Bedömning, utvärdering och uppföljning. O. Höök (Red.). *Rehabiliteringsmedicin. Fjärde upplagan.* (pp. 123-132). Stockholm: Liber.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Globalt Företagstryck AB.

Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Hoffman, T., McKenna, K., Cooke, D. & Tooth, L. (2003). Outcomes after stroke: Basic and instrumental activities of daily living, community reintegration and geriatric health status. *Australian Occupational Therapy Journal*, 225-233.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. & Pollock, N. (2006). *Canadian Occupational Performance Measure. Svensk version. Fjärde upplagan*. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.

Norrving, B., Olsson, J-E. & Lindgren, A. (2006). Cerebrovaskulära sjukdomar. J. Fagius & S-M. Aquilonius (Red.). *Neurologi. Fjärde upplagan*. (pp. 188-198). Stockholm: Liber.

Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Tredje upplagan*. Lund: Studentlitteratur.

Phipps, S. & Richardson, P. (2007). Occupational Therapy Outcomes for Clients With Traumatic Brain Injury and Stroke Using the Canadian Occupational Performance Measure. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61, 328-334.

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

Socialstyrelsen (2006). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005. Medicinskt och hälsoekonomiskt faktdokument*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SCB (2003). *Kvinnors och mäns tidsanvändning 2000/01*. Tillgänglig: http://www.scb.se/Pages/Standard_38868.aspx [09-09-25]

Svensson, O. (2001) Rehabilitering efter stroke. O. Höök (Red.). *Rehabiliteringsmedicin. Fjärde upplagan.* (pp. 334-343). Stockholm: Liber.

Tollén, A., Fredriksson, C. & Kamwendo, K. (2007). Elderly persons' expectations of day-care rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 173-182.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer. Tredje upplagan.* Lund: Studentlitteratur.

Walker, M. Gladman, J., Lincoln, N., Siemonsma, P. & Whitley, T. (1999). Occupational Therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomized controlled trial. *Lancet (British Edition)*, 354, 278-280.

Werner, RA. & Kessler, S. (1996). Effectiveness of an intensive outpatient rehabilitation program for postacute stroke patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 75, 114-120.

Widén, L. & von Koch, L.(2001) Sjukgymnastik vid stroke. O. Höök (Red.). *Rehabiliteringsmedicin. Fjärde upplagan.* (pp.344-348). Stockholm: Liber

Wressle, E., Marcusson, J. & Henriksson, C. (2002). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure – Swedish version. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 40-48.

WHO. (2006). *The WHO Stroke Surveillance System.* Tillgänglig:
http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/ [09-11-06]



2009-03-25

Bilaga 1:1

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

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

Till ansvarig verksamhetschef

Jämförelse över tid av upplevt aktivitetsutförande hos personer som drabbats av stroke

Vi är två studenter på avdelningen för arbetsterapi och gerontologi., Lunds Universitet, som under 2009 ska skriva vårt examensarbete, 10 p/15 hp.

Syftet med studien är att beskriva om personernas aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse har förändrats efter minst tre månaders utskrivning ifrån Geriatrisk Dagrehabilitering och i så fall hur. Patienterna har blivit intervjuade av arbetsterapeuten om sin aktivitetsförmåga och aktivitetsstillfredsställelse med hjälp av instrumentet COPM vid in- och utskrivningen vid Geriatrisk Dagrehabilitering. Patienterna identifierade vilka aktiviteter de hade svårt att utföra och skattade de fem viktigaste aktiviteterna. Vi kommer att göra uppföljande COPM-bedömningar med patienter, som varit utskrivna minst tre månader ifrån Geriatrisk Dagrehabilitering, där de återigen skattar de fem viktigaste aktiviteterna. Vi kommer sedan att jämföra om aktivitetsförmågan och aktivitetsstillfredsställelsen har förändrats över tid.

Ungefär 10 patienter kommer att tillfrågas. Strokesjuksköterskan identifierar de patienter som uppfyller våra urvalskriterier. Vi kommer att ringa upp dem och ge dem information om studien, Tackar de ja till att medverka i studien, kommer de att få ett brev hem, där de kan ge sitt skriftliga samtycke eller tacka nej.

Vi anhåller om att få hjälp av stroke sjuksköterskan NN för att välja ut patienter enligt ovan angivna urvalskriterier.

COPM-formulären förvaras så att ingen obehörig får tillgång till svaren. Resultatet av studien kommer att redovisas så att patienterna inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

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

Med vänlig hälsning

Student:
Pernilla Arvidsson
Leg. arbetsterapeut

Student:
Jill Nilsson
Leg. arbetsterapeut

Handledare:
Birgitta Wästberg
Adjunkt, leg arbetsterapeut,
doktorand
Avd för arbetsterapi och
gerontologi
Institutionen för hälsa, vård
och samhälle, Medicinska
fakulteten
Lunds Universitet
Tel 046- 222 19 51

Jämförelse över tid av upplevt aktivitetsutförande hos personer som drabbats av stroke.

Er anhängan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Namn

Underskrift



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

Jämförelse över tid av upplevt aktivitetsutförande hos personer som drabbats av stroke

INFORMATIONSBREV

2009-03-25

Vi är två studenter på avdelningen för arbetsterapi och gerontologi., Lunds Universitet, som under 2009 ska skriva vårt examensarbete, 10 p/15 hp.

Syftet med studien är att beskriva om och i så fall hur personernas aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse har förändrats efter minst tre månaders utskrivning ifrån Geriatrisk Dagrehabilitering.

Vi kommer att göra uppföljande COPM-bedömningar med patienter, som varit utskrivna minst tre månader ifrån Geriatrisk Dagrehabilitering, där de ska skatta sitt aktivitetsutförande och sin aktivitetsstillfredsställelse. COPM-bedömningarna kommer sedan att jämföras med de COPM-bedömningar som gjordes vid utskrivningen ifrån Geriatrisk Dagrehabilitering.

Inklusionskriterier: Kvinnor och män som är drabbade av stroke, ålder 65 år eller äldre, bor i ordinärt boende, har behandlats på Geriatrisk Dagrehabilitering och därefter varit utskrivna i minst tre månader och COPM-bedömningen har gjorts på Geriatrisk Dagrehabilitering vid utskrivning.

Exklusionskriterier: Personer som ej har tillräcklig språklig förmåga för att kunna genomföra COPM, på grund av t.ex. afasi, icke svensktalande och/eller drabbats av ytterliggare sjukdom, t.ex. ny stroke, frakturer efter utskrivningen ifrån Geriatrisk Dagrehabilitering.

Vi anhåller om hjälp av Dig att välja ut patienter enligt ovan angivna urvalskriterier.

COPM-formulären förvaras så att ingen obehörig får tillgång till dem. Resultatet av studien kommer att redovisas så att patienterna inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Ansökan om att få genomföra studien på medicinkliniken har inhämtats från verksamhetschefen.

Ansökan har behandlats av Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN).

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

Med vänlig hälsning

Student:
Pernilla Arvidsson
Leg arbetsterapeut

Student:
Jill Nilsson
Leg arbetsterapeut

Handledare:
Birgitta Wästberg
Adjunkt, leg arbetsterapeut,
doktorand
Avd för arbetsterapi och
gerontologi
Institutionen för hälsa, vård
och samhälle, Medicinska
fakulteten
Lunds Universitet
Tel 046-222 19 51

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

Till

Vi är två studenter på avdelningen för arbetsterapi och gerontologi , Lunds Universitet, som under 2009 ska skriva vårt examensarbete, 10 p/15 hp. Syftet med vår studie är att beskriva om och i så fall hur personernas aktivitetsutförande och aktivitetsstillfredsställelse har förändrats efter minst tre månaders utskrivning ifrån Geriatrisk Dagrehabilitering.

Vi har fått ditt namn av stroke sjuksköterskan NN. Vi hoppas att du vill delta i studien. För att kunna genomföra studien behöver vi ta del av den COPM-bedömning, du gjorde vid utskrivningen ifrån Geriatrisk Dagrehabilitering. Vi vill sedan träffa dig och göra en uppföljande COPM-bedömning, vilket beräknas ta cirka en timme och den genomförs av Pernilla Arvidsson / Jill Nilsson. Du kan själv välja plats t ex i ditt hem, på CSK eller på annat lämpligt ställe.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Dina eventuella framtida behandlingar.
Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i bifogade svarskuvert inom en vecka.

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

Med vänlig hälsningar

Student:
Pernilla Arvidsson
Leg. arbetsterapeut

Student:
Jill Nilsson
Leg. arbetsterapeut

Handledare
Birgitta Wästberg
Adjunkt, leg. arbetsterapeut
doktorand
Avd för och arbetsterapi
och gerontologi
Institutionen för hälsa, vård och
samhälle,
Medicinska fakulteten
Lunds Universitet
Tel 046- 222 19 51

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om studien: Jämförelse över tid av upplevt aktivitetsutförande hos personer som drabbats av stroke.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer